ГОДИНА XLI

Број 1
ФЕБРУАР 2012. ГОДИНЕ

ЧАСОПИС ЗА СОЦИЈАЛНУ МЕДИЦИНУ,
ЈАВНО ЗДРАВЉЕ, ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРАЊЕ, ЕКОНОМИКУ
И МЕНАЏМЕНТ У ЗДРАВСТВУ

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Уређивачки одбор:

Председник:
Проф. др Георгиос Константинидис

Главни и одговорни уредник:
Доц. др Христо Анђелски

Чланови:
Проф. др Марија Јевтић
Рајко Гргуревић, дипл. ек.
Проф. др Александар Вуксановић
Мр др Дејан Станојевић
Др Драгомир Цимеша
Др Рајко Косановић
Проф. др Слободан Обрадовић
Доц. др Мирослав Чавлин
Проф. др Александар Павловић

Секретар:
Милка Томић-Каришик

ВЛАСНИК И ИЗДАВАЧ: Комора здравствених установа Србије – Београд

За издавача: Рајко Гргуревић, дипл. економиста
Уредништво и администрација: 11000 Београд, Нушићева 25/1

Тел/факс: (+381 11) 3615-358, 3615-371; Жиро-рачун: 205-4707-32

Припрема за штампу: И.П. „Обележја“, Патријарха Јоаникија 20а/54, 11000 Београд
e-mail: obelezja@yahoo.com

Лектура/Коректура:
Ковиљка Дабић

Технички уредник:
Синиша Ћетковић

Тираж:
500 примерака

Штампа:
„Типоштампа“, Београд

Часопис „Здравствена заштита“ евидентиран је под бројем YU ISSN 0350-3208 у Библиографији Србије, серијске публикације, и са овим бројем налази се у светској бази о серијским публикацијама (ISSN база) са седиштем у Паризу.

Чланци из часописа објављени су у Библиографији Србије, под чланци и прилози у серијским публикацијама, Серија Б.

Резимеи чланака објављују се у SCindeks-у (Srpski citatni indeks) при Народној библиотеци Србије и у COBISS.SR-ID 3033858.

Часопис „Здравствена заштита“ евидентиран је у Министарству науке Републике Србије као национални часопис.

Часопис Здравствена заштита депонује се у Дигиталном репозиторијуму Центра за научне информације Народне библиотеке Србије, а чланци из часописа се могу представити у Српском цитатном индексу у виду пуног текста у режиму отвореног приступа.

С а д р ж а ј

Стручни и научни радови

Маја Лалић, Ема Алексић, Михајло Гајић, Јасмина Милић, Ђока Малешевић
Утицај родитељског знања, ставова и понашања у вези са оралним здрављем на орално здравље школске деце 1

Христо Анђелски, Бранислав Поповић, Зоран Дурлевић, Предраг Ђорђевић
Социјално – економски положај и здравствене потребе бораца и војних инвалида 11

Радмила Кандић, Гордана Маринковић, Драгана Тодоровић, Љубомир Ердоглија, Лале Кузманоски, Ненад Кртолица
Регистроване заразне болести на подручју општине звездара у периоду од 2006 – 2010 године 21

Драгана Тендјера Милићевић
Показатељи здравствене заштите деце у граду краљеву у периоду 2001.-2010.године 33

Јелена Звекић Сворцан, Александра Миков, Иван Миков, Софија Субин Теодосијевић
Процена аналгетичког дејства интерферентних струја код пацијената са остеоартрозом колена 44

Слађана Васиљевић, Славица Коневић, Весна Пауновић
Карцином дојке код жена - превенција 50

Рајко Косановић, Сања Пауновић
Препорука Међународне организације рада у вези са HIV/AIDS-ом 59

Ибрахим Тотић
Политика финансирања здравствене заштите у САД. 71

Упутство ауторима 85

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 616.31-083-053.5 ; 613.955
ID BROJ: 189243916

Утицај родитељског знања, ставова и понашања у вези са оралним здрављем на орално здравље школске деце

Маја Лалић[1], Ема Алексић[2], Михајло Гајић[3], Јасмина Милић[4], Ђока Малешевић[5]

Influence of Parental Oral Health Related Knowledge, Attitudes and Behaviour on Oral Health of Schoolchildren

Maja Lalić, Ema Aleksić, Mihajlo Gajić, Jasmina Milić, Đoka Malešević

Сажетак: *Циљ истраживања био је да се утврди здравствено понашање родитеља и повезаност њиховог знања, ставова и понашања са стањем оралног здравља деце.*

Материјал и метод: Студија пресека обухватила је 99 парова родитеља и њихове деце узраста од петог до осмог разреда. На основу упитника утврђени су знање, ставови и здравствена пракса родитеља у погледу оралне хигијене, флуорпрофилаксе и исхране. Орално здравље родитеља анализирано је на основу података о губитку и адекватној надокнади зуба, док је орално здравље деце утврђено на основу резулатата стандардизованог стоматолошког прегледа.

Резултати: Два пута дневно зубе пере 85,7% родитеља. Иако већина родитеља сматра да је потребно користити зубни конац, само 29,3% га користи. Мање од половине родитеља контролише да ли њихово дете одржава оралну хигијену, а 18,2% родитеља сматра да не могу натерати своје дете да пере зубе два пута дневно. Трећина родитеља сматра да не треба да ускраћује слаткише својој деци. Утврђена је статистички сигнификантна повезаност између оралног здравља детета

Summary: *The aim of the study was to determine oral health health behavior of parents and its influence on childrens' oral health.*

Material and methods: this cross-sectional study included 99 pairs of parents and their children (V to VIII school grade). Data on parental oral health behaviour, knowledge and attitudes regarding oral hygiene, fluorides and nutrition were collected by questionnaires. Parental dental health was assessed according to self-reported data on tooth loss and prosthodontic rehabilitation, while dental status of theirchildren was determined by clinical examination.

Results: Twice a day brushing was reported by 85.7% of parents. Although the majority of parents stated it was necessary to use dental floss, only 29.3% reported flossing. Less than a half of parents supervised their child in brushing, and 18.2% of parents felt unable to influence their child to brush two times a day. Aproximately one third of parents thought they should not control sugar consumption of their child. There was a statistically significant correlation between parental oral hygiene and ability to control child in brushing, with oral status of a child.

1 Мр сц. Маја Лалић, асистент, Одељење за дечју и превентивну стоматологију, Стоматолошки факултет Панчево, Универзитет Привредна академија Нови Сад.

2 Мр сц. Ема Алексић, асистент, Одељење за ортодонцију, Стоматолошки факултет Панчево, Универзитет Привредна академија Нови Сад.

3 Др сц. Михајло Гајић, редовни професор, Одељење за дечју и превентивну стоматологију, Стоматолошки факултет Панчево, Универзитет Привредна академија Нови Сад.

4 Др сц. Јасмина Милић, ванредни професор, Одељење за ортодонцију, Стоматолошки факултет Панчево, Универзитет Привредна академија Нови Сад.

5 Др сц. Ђока Малешевић, редовни професор, Одсек за информатику и статистику, Стоматолошки факултет Панчево, Универзитет Привредна академија Нови Сад.

и оралне хигијене родитеља, као и навике да контролишу дете у прању зуба.

Закључак: Здравствено-васпитним радом за превенцију фактора ризика за настанак каријеса треба обухватити и родитеље школске деце, јер су њихове навике сигнификантан предиктор оралног здравља деце.

Кључне речи: *понашање у вези са оралним здрављем, родитељи, школска деца.*

Conclusion: Oral health education activities towards the prevention of risk factors for developing caries should involve both parents and their children, because parental behaviour was significant predictor of childrens' oral health.

Key words: *oral health related behavior, parents, school children.*

Увод

Понашање према здрављу је значајан фактор у одређивању ризика за појаву обољења. Стил живота је детерминанта здравља која је у функцији личног избора индивидуе и околине у којој човек живи и која утиче на индивидуални избор[1].

Најранија знања, понашања и ставови о здрављу формирају се у детињству, у процесу примарне социјализације, када се дете поистовећује са особама које су њему важне[2]. Главни извор информација о здрављу представља породица детета и одрасле особе у блиском окружењу.

Утицај породице на орално здравље детета већи је у млађем узрасту, када дете у потпуности зависи од понашања родитеља у погледу исхране, оралне хигијене и одлазака стоматологу, док у периоду секундарне социјализације јача утицај школске средине, вршњака и неформалних група. Сматра се да знање и понашање родитеља према оралном здрављу детета имају пресудну улогу у настанку каријеса раног детињства[3], при чему се фактори ризика често одржавају дуги низ година и повећавају ризик од оболевања сталних зуба[4, 5].

Промена понашања у вези са конзумирањем шећера, побољшана орална хигијена, масовна употреба зубних паста са флуоридима, ефикасност стоматолошких служби и имплементација превентивних програма у школама[6] довели су до значајне редукције каријеса у развијеним земљама[7, 8, 9]. Упоредо са побољшањем оралног здравља становништва, забележен је пораст позитивних схватања људи о важности оралног здравља, као и значајно повећање знања и позитивних ставова према оралном здрављу међу децом и родитељима[9, 10]. Насупрот томе, у земљама у развоју преваленца каријеса још је увек висока, посебно уколико нису имплементирани одговарајући превентивни програми у области оралног здравља[11, 12].

Циљ рада

Циљ нашег истраживања јесте да се утврди здравствено понашање родитеља школске деце, као и повезаност знања, ставова и понашања родитеља и утврђеног стања оралног здравља њихове деце.

У истраживању је коришћен дизајн студије пресека.

Материјал и метод

Узорак истраживања сачињавају родитељи и деца који су посетили Одељење за дечју и превентивну стоматологију Стоматолошког факултета у Панчеву, у периоду 1. марта до 1. априла 2011. године. Критеријуми за укључивање у истраживање били су: старост детета (школски узраст од V до VIII разреда), формирана стална дентиција, као и присуство једног родитеља приликом стоматолошког прегледа детета.

Од укупно 106 родитеља деце која су испуњавала селекционе критеријуме, 99 родитеља је дало пристанак за учешће у истраживању. Коначан узорак сачињава 99 парова родитељ – дете (одзив 93%).

Као инструмент истраживања коришћени су оригинални упитници за родитеље и децу. Упитник за родитеље садржи питања затвореног типа која се односе на демографске ка-

Табела 1. Дистрибуција родитеља према годинама старости

		груписане године			Укупно
		35 и мање	од 36 до 45	46 и више	
мајка	број	19	42	10	71
	%	95.0%	68.9%	55.5%	71.7%
отац	број	1	19	7	27
	%	5.0%	31.1%	38.9%	27.3%
старатељ	број	0	0	1	1
	%	0.0%	0.0%	5.6%	1.0%
Укупно	број	20	61	18	99
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Породична структура у зависности од година старости родитеља

			груписане године			Укупно
			35 и мање	од 36 до 45	46 и више	
Осим овог детета	немате друго дете	број	4	9	0	13
		%	23.5%	16.7%	0.0%	14.6%
	имате још млађе деце	број	12	14	2	28
		%	70.6%	25.9%	11.1%	31.5%
	имате још старије деце	број	1	31	16	48
		%	5.9%	57.4%	88.9%	53.9%
Укупно		број	17	54	18	89
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

($\chi 2 = 26{,}36$; $p<0{,}001$)

рактеристике и социоекономски статус породице; знање, ставове и праксу родитеља у вези са оралном хигијеном, флуор профилаксом и исхраном; самопроцену оралног здравља родитеља.

Упитник за децу садржи питања на основу којих су анализиране демографске карактеристике деце, знање, ставови и навике детета повезане са оралном хигијеном, флуор профилаксом и исхраном.

Стање оралног здравља родитеља анализирано је на основу њихове субјективне процене и података о губитку и адекватној надокнади зуба. Стање оралног здравља детета одређено је на основу резултата стандардизованог стоматолошког прегледа у амбуланти. Оболевање од каријеса мерено је на основу вредности КЕП-а, захваћености зуба каријесом - КИЗ и на основу просечног оболевања - КИП.

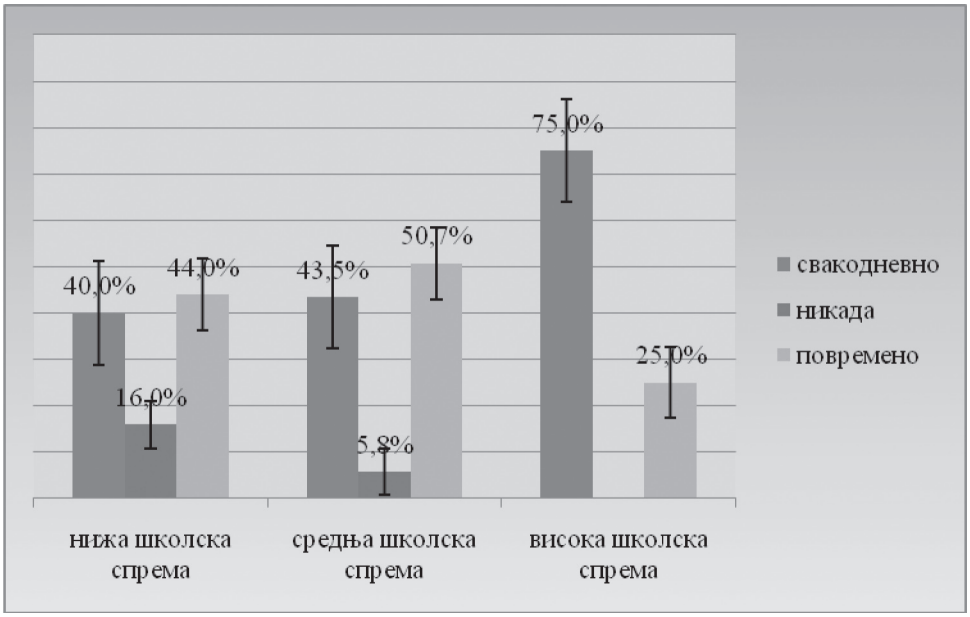
Исходна зависна варијабла посматрања у истраживању била је стање оралног здравља деце (група деце са каријесом, КЕП>0 и група деце са свим здравим зубима, КЕП=0). Независне варијабле посматрања биле су: знање родитеља у вези са оралним здрављем; ставови родитеља о локусу контроле оралног здравља детета и сопственој способности да утичу на орално здравље свог детета; понашање родитеља према оралном здрављу – редовност оралне хигијене, употреба пасте и раствора са флуоридима, учесталост конзумирања шећера у исхрани.

Подаци су статистички обрађени у програму SPSS (SPSS за Windows, верзија 17.0, Чикаго, Илиноис). За испитивање повезаности детерминанти понашања родитеља и стања здравља зуба деце, примењене су корелациона и вишеструка регресиона анализа.

Табела 3. Учесталост прања зуба у односу на ниво образовања родитеља

		Груписана школска спрема			Укупно
		нижа школска спрема	средња школска спрема	висока школска спрема	
Колико често перете зубе?	ујутру и увече или чешће	73.1%	89.7%	100.0%	85.7%
	само ујутру	0.0%	4.4%	0.%	3.1%
	само увече	19.2%	4.4%	0.0%	8.2%
	не перем зубе сваког дана	7.7%	1.5%	0.0%	3.1%

Графикон 1. Контролисање детета у одржавању оралне хигијене у зависности од образовања родитеља



Резултати

Упитник је попунило 99 родитеља (71 мајка, 27 очева и 1 старатељ). Старосна структура родитеља је приказана у табели 1.

Једно дете у породици има 14,6% испитаника, док 85,4% родитеља има двоје или више деце (табела 2). У брачној заједници живи 87% испитаних родитеља, 10% је разведено, а 3% су удовци/удовице. Средњу школску спрему има 69,7% испитаних родитеља, док 26,3% има нижу школску спрему (16% има завршену основну школу, 10% школу за КВ раднике), а 4% родитеља је факултетски образовано. Од укупног броја испитаника, запослених је 68,7%. У зависности од стручне спреме, незапослених је 60% родитеља са нижом и 21,7% са средњом школском спремом, док су сви високообразовани родитељи запослени (χ^2=16.70; p<0.05).

Знање и понашање родитеља према оралном здрављу анализирано је са аспекта оралне хигијене, флуорпрофилаксе и исхране.

Највећи број родитеља (96%) упознат је са чињеницом да зубе треба прати најмање два пута дневно. Два пута дневно или чешће зубе пере 85,7% родитеља, 11,3% пере зубе само једном дневно, а 3,1% не пере зубе свакодневно (табела 3). Иако 40,4% родитеља зна да адекватна хигијена подразумева да се зуби пе-

Табела 4. Учесталост конзумирања одређених намирница у току недеље

Врста намирнице	Никада или ретко (%)	Једном недељно (%)	2-3 пута недељно (%)	4-7 пута недељно (%)	Више од једном дневно (%)	Укупно (%)
сир, млеко	4,0	2,0	23,2	51,5	19,2	100,0
поврће и воће	1,0	1,0	24,5	39,8	33,7	100,0
мед, џем, крем	14,4	36,1	38,1	6,2	5,2	100,0
воћни сокови	10,2	10,2	22,4	25,5	31,6	100,0
газирани сокови	31,3	13,5	24,0	19,8	11,5	100,0
чипс, смоки, грисини	24,5	22,4	29,6	18,4	5,1	100,0
чоколада, кекс, колачи	12,1	24,2	33,3	25,3	5,1	100,0
бомбоне, лизалице	65,3	14,3	12,2	5,1	3,1	100,0

Табела 5. Понашање родитеља у вези са исхраном у односу на школску спрему

		Уписана школска спрема			Укупно
		нижа школска спрема	средња школска спрема	висока школска спрема	
Дајете ли свом детету џепарац за куповину грицкалица ван куће?	да	92.3%	78.3%	50.0%	80.8%
	не	7.7%	21.7%	50.0%	19.2%
	Укупно	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

ру 2-3 минута, само 23,2% то и чини, при чему је дискрепанца између знања и понашања сигнификантна (p=0,014). Већина родитеља (64,6%) пере зубе 1-2 минута, а 12,1% краће од једног минута. Иако 72,7% родитеља сматра да је осим прања зуба потребно користити и зубни конац, сигнификантно мање родитеља (29,3%) га користи (p=0.0001). Само 21,2% родитеља навело је да користи раствоpе са флуором као додатно средство за оралну хигијену, 8,2% употребљава растворе за које не зна садрже ли флуор, док 69,7% родитеља не користи поменута средства.

Свакодневно 43,8% родитеља контролише како њихово дете одржава оралну хигијену, 48,0% родитеља повремено надгледа, а 8,2% никада не надгледа своје дете при одржавању оралне хигијене, при чему је понашање родитеља са високом стручном спремом боље у поређењу са родитељима средње и ниже стручне спреме (графикон 1).

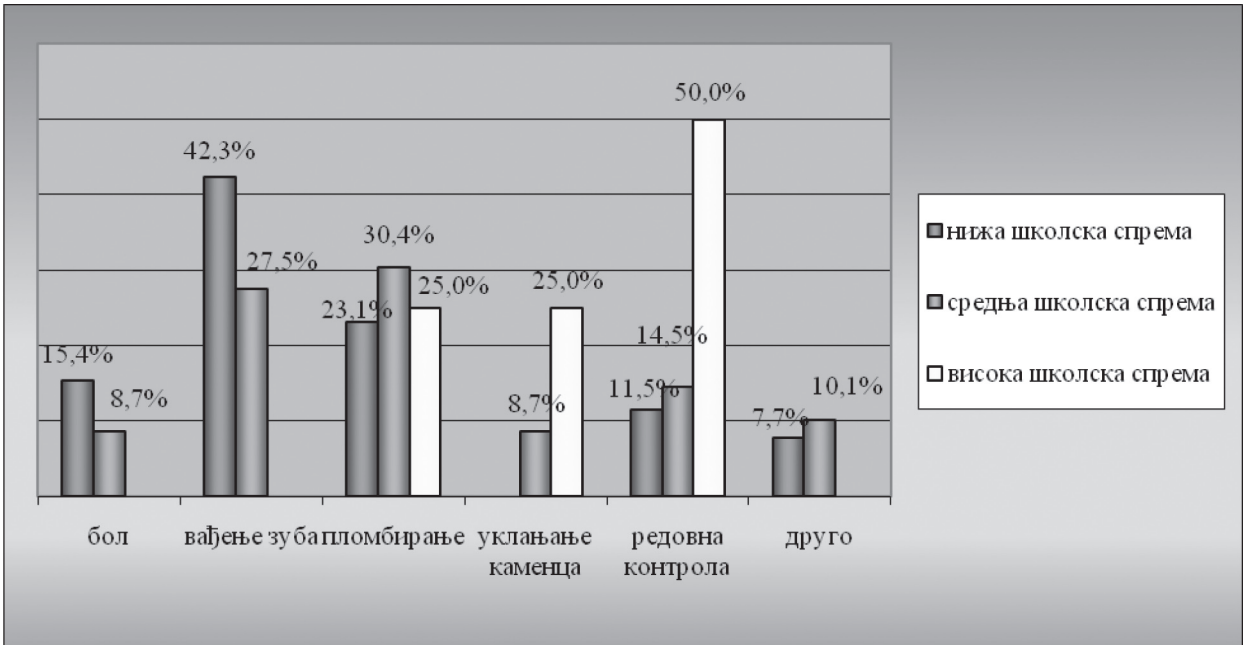
Навике у исхрани породице приказане су у табели 4. Четвртина испитаника (25,5%) конзумира воћне сокове 4-7 пута недељно, а трећина (31,6%) више од једном дневно. Највећи број родитеља (80,8%) својој деци даје новац за куповину грицкалица када су ван куће (табела 5).

Ставови родитеља у вези са оралним здрављем приказани су у табели 6. Готово сви

Табела 6. Ставови родитеља о оралном здрављу

Став	Слажем се (%)	Не слажем се (%)	Нисам сигуран (%)	Укупно (%)
Оболели зуби могу имати негативан утицај на опште здравље.	99.0	0.0	1.0	100.0
Не могу да натерам своје дете да пере зубе два пута дневно.	18.2	74.7	7.1	100.0
Слаткиши су омиљена посластица мог детета и не желим да му их ускраћујем.	32.3	55.6	12.1	100.0
Здравље зуба мог детета је моја одговорност.	88.9	8.1	3.0	100.0
Изглед зуба утиче на утисак који остављамо на друге људе.	91.9	2.0	6.1	100.0

Графикон 2. Најчешћи разлози за одлазак стоматологу у зависности од образовања родитеља



родитељи (99%) се слажу да оболели зуби могу имати негативан утицај на опште здравље и сматрају (88,9%) да су лично одговорни за очување оралног здравља свог детета. Интересантно је да 18,2% родитеља сматра да не могу натерати своје дете да пере зубе два пута дневно. Приближно трећина родитеља (32,3%) сматра да не треба да ускраћује слаткише својој деци, 12,1% није сигурно, а 55,6% сматра да треба да контролише употребу слаткиша.

У протеклих годину дана 75,8% родитеља је посетило стоматолога. Најчешћи разлог посете, како је приказано на графикону 2, био је вађење зуба (30,3% испитаника). Своје орално здравље 37,4% испитаника окарактерисало је као добро, 20,2% није сигурно какво је здравље њихових уста и зуба, а 42,4% родитеља сматра да има лоше здравље зуба. Рани губитак најмање једног зуба навело је 79,6% родитеља, а 62,6% до сада има више од осам извађених зуба. Од родитеља који су

Табела 7. Коефицијенти корелације оралног здравља детета и параметара којима се описује понашање и ставови родитеља према оралном здрављу

			pris_ots_K	radni status	koliko cesto peres zube	kontrolisete li svoje dete u odrzavanju oralne higijene	dajete li svom detetu dzeparac za kupovinu grickalica	zbog cega ste u toku poslednje godine bili kod stomatologa	slatkisi su omiljena poslastica mog deteta i ne zelim da mu ih uskratim	zdravlje zuba mog deteta je moja odgovornost
Kendall's tau_b	pris_ots_K	Correlation Coefficient	1	-0,073	-0,153	0,229(*)	-0,052	-0,103	-0,111	0,052
		Sig. (2-tailed)	.	0,453	0,114	0,02	0,604	0,255	0,252	0,603
		N		98	98	98	99	99	99	99
	radni status	Correlation Coefficient		1	-0,061	-0,152	-0,117	-0,064	0,053	-0,037
		Sig. (2-tailed)		.	0,518	0,112	0,233	0,467	0,571	0,7
		N			97	97	98	98	98	98
	koliko cesto peres zube	Correlation Coefficient			1	-0,086	0,07	0,044	0,212(*)	0,026
		Sig. (2-tailed)			.	0,362	0,469	0,613	0,023	0,783
		N				97	98	98	98	98
	kontrolisete li svoje dete u odrzavanju oralne higijene	Correlation Coefficient				1	0,216(*)	0,091	0,103	0,125
		Sig. (2-tailed)				.	0,028	0,301	0,276	0,2
		N					98	98	98	98
	dajete li svom detetu dzeparac za kupovinu grickalica	Correlation Coefficient					1	0,128	0,155	-0,092
		Sig. (2-tailed)					.	0,158	0,11	0,357
		N						99	99	99
	zbog cega ste u toku poslednje godine bili kod stomatologa	Correlation Coefficient						1	0,094	-0,136
		Sig. (2-tailed)						.	0,282	0,129
		N							99	99
	slatkisi su omiljena poslastica mog deteta i ne zelim da	Correlation Coefficient							1	-0,094
		Sig. (2-tailed)							.	0,33
		N								99
	zdravlje zuba mog deteta je moja odgovornost	Correlation Coefficient								1
		Sig. (2-tailed)								.
		N								

навели вађење зуба, 62,2% није надокнадило изгубљене зубе одговарајућом стоматолошком надокнадом.

Орално здравље деце

Велики број прегледане деце има један или више каријесних, екстрахираних, односно пломбираних зуба (КИО = 90%). Просечан број оболелих зуба по испитанику (КИП) износи 4.25±2.55 и расте са узрастом (у петом разреду КИП=3.38±2.48, у шестом КИП=3.55±2.06, у седмом КИП=4.85±2.66 и у осмом КИП=5,04±2.55). Пломбирани зуби су заступљени са 54%, несанирани каријесни зуби са 35%, док екстрахирани зуби чине 12% укупног КЕП-а.

Међузависност утврђених знања, ставова и понашања родитеља и оралног здравља деце

Применом корелационе анализе, испитивана је међусобна повезаност следећих параметара:

- стање оралног здравља детета, изражено кроз одсуство, односно присуство каријеса;
- радни статус родитеља;
- колико често родитељи одржавају оралну хигијену;
- контролишу ли родитељи своје дете у одржавању оралне хигијене;
- дају ли свом детету џепарац за куповину грицкалица;
- због чега су у току последњих годину дана родитељи посетили стоматолога;
- став родитеља према контроли слаткиша у исхрани детета;
- став родитеља о сопственој одговорности према оралном здрављу детета.

На нивоу сигнификантности p=0.05 постоји корелација (табела 7):

- између присуства, тј. одсуства каријеса код детета и понашања родитеља у вези са контролисањем детета у одржавању оралне хигијене (t_b =0.229);
- између редовног одржавања оралне хигијене родитеља и њиховог става о контроли слаткиша код детета (t_b =0.212);
- између понашања родитеља у погледу контролисања сопственог детета у одржавању оралне хигијене и навике давања новца детету за куповину слаткиша (t_b =0.216).

Опредељење за избор параметара за вишеструку регресиону анализу проистеко је из предходне корелационе анализе, односно:

- зависна варијабла је:
  - **(К) -** стање оралног здравља деце изражено кроз одсуство, односно присуство каријеса код деце
- независне варијабле су:
  - **(прање_зуба) -** редовност одржавања оралне хигијене родитеља
  - **(контрола хигијене) -** контролишу ли родитељи своје дете у одржавању оралне хигијене
  - **(џепарац) -** дају ли родитељи свом детету џепарац за куповину грицкалица
  - **(став о слаткишима) -** став родитеља о контроли слаткиша у исхрани свог детета.

Анализа облика зависности, исказана кроз коефицијенте мултпле регресије, односно једначином:

(К) = 1,526 – 0,085*(прање_зуба) + 0,114*(контрола хигијене)

указује да је поузданост прогнозирања параметра **(контрола хигијене)** врло висока (t=2,218; p= 0,029), а поузданост прогнозирања параметра **(прање_зуба)** нешто нижа (t= -1,898; p= 0,061), односно да су параметри у међусобној зависности.

Дискусија

Наше истраживање показало је да постоји повезаност између знања, ставова и понашања родитеља и стања оралног здравља њихове деце, што су потврдиле и бројне друге студије[13, 14]. Карактеристике као што су узраст, пол, образовање родитеља и социоекономски статус породице сматрају се значајним детерминантама знања, ставова и понашања повезаних са здрављем. Низак образовни ниво родитеља и сиромаштво повезани су са негативним исходом оралног здравља деце[4, 15]. Наше истраживање није показало да постоји корелација између детерминанти социјално-економског статуса (образовања и запослености родитеља) и присуства каријеса код деце. Ипак, запажа се да родитељи са високом школском спремом, у односу на родитеље са средњом и нижом школском спремом, у већем броју редовно одржавају оралну хигијену, користе растворе са флуоридима и чешће одлазе стоматологу ради контроле оралног здравља него из симптоматских разлога. Високообразовани и родитељи старији од 45 година чешће контролишу своје дете у одржавању оралне хигијене.

На основу резултата корелационе и вишеструке регресионе анализе може се сматрати да ће, уколико родитељи редовно перу зубе, дете имати боље орално здравље. Родитељи деце без каријеса (КЕП=0) адекватно одржавају оралну хигијену и контролишу оралну хигијену свог детета, за разлику од родитеља деце са каријесом, који перу зубе једном дневно, или ређе, и не контролишу своје дете у погледу оралне хигијене, што потврђују и друге студије[16]. Свакодневно 43,8% родитеља контролише како њихово дете одржава оралну хигијену, док 48,0% родитеља то чини повремено. Надзор детета приликом прања зуба је најзначајнији параметар који утиче на орално здравље детета (p= 0.029). Ови резултати сагласни су са налазима других аутора[17, 18].

Између приказаног знања и актуелне праксе испитаника присутна је велика дискрепанца. Иако родитељи поседују адекватно знање у погледу погледу дужине прања зуба, употребе конца и раствора са флуоридима, њихово понашање није адекватно.

Када посматрамо параметре везане за исхрану, уочава се да дневна учесталост конзумирања висококариогених намирница (слат-

киша, чипса, кекса, сокова) није висока. Ипак, свакодневно конзумирање поменутих намирница повећава ризик за настанак каријеса. Посебно је значајно указати родитељима да слане грицкалице и воћни сокови утичу на настанак каријеса, јер се ове намирнице често не сматрају опасним иако имају висок кариогени потенцијал[19, 20]. Такође, већина родитеља даје деци џепарац за куповину слаткиша и грикалица ван куће, чиме се смањује контрола над исхраном деце и значајно повећава учесталост конзумирања кариогених намирница. Нека истраживања показала су да став родитеља у вези са контролом слаткиша и грицкалица има сигнификантан утицај на орално здравље деце[14, 21]. Према нашим резултатима, приближно четвртина родитеља не жели или није сигурна да ли треба да ограничи слаткише и грицкалице деци, што представља фактор ризика за настанак каријеса.

Стање оралног здравља родитеља сматра се значајно повезаним са присуством каријеса код деце[5]. У нашем истраживању, родитељи у великом проценту нису били задовољни својим оралним здрављем, 62,6% родитеља има мање од 20 преосталих зуба, при чему већина није протетски надокнадила извађене зубе. На тај начин родитељи не могу послужити као узор својој деци и пренети им поруку да добро орално здравље представља позитивну вредност са здравственог и социјалног аспекта.

Закључак

- Знање родитеља у вези са оралном хигијеном, флуоридима и правилном исхраном је у високом проценту адекватно, али актуелна здравствена пракса није сагласна са приказаним знањем. Орално-хигијенске навике родитеља у погледу дужине прања зуба и употребе конца за зубе, нису задовољавајуће. Позитиван став родитеља о контроли слаткиша у исхрани детета је у корелацији са контролисањем да ли дете одржава оралну хигијену. Родитељи деце без каријеса имају боље орално-хигијенске навике и значајно чешће контролишу оралну хигијену детета у односу на родитеље деце са каријесом.
- Здравствено-васпитним радом за превенцију фактора ризика за настанак каријеса треба обухватити и родитеље школске деце, јер су њихове навике сигнификантан предиктор доброг оралног здравља деце.

Литература

1. Sheiham, A. Improving oral health for all: focusing on determinants and conditions. Health Education Journal 2000; 59: 64-76.
2. Ling Z, Petersen PE, Wang H, Bian J, Zhang B. Oral health knowledge of children and adolescents in China. Int Dent J 2003; 53: 289-298.
3. Martens L, Vanobbergen J, Willems S, Aps J, De Maeseneer J. Determinants of early childhood caries in a group of inner-city children. Quintessence Int 2006; 37(7): 527-536.
4. Mattila ML, Rautava P, Aromaa M, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssälä L et al. Behavioural and demographic factors during early childhood and poor dental health at 10 years of age. Caries Res 2005; 39(2): 85-91.
5. Alm A, Wendt LK, Koch G, Birkhed D, Nilsson M. Caries in adolescence - influence from early childhood. Community Dent Oral Epidemiol; 2011 Oct 24. doi: 10.1111/j.1600-0528 .2011.00647.x. [Epub ahead of print].
6. Szöke J, Petersen PE. Evidence for dental caries decline among children in an East European country (Hungary). Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28(2): 155-160.
7. Petersen PE, Christensen LB, Moller IJ, Johansen KS. Continuous improvement of oral health in Europe. J Ir Dent Assoc 1994; 40(4): 105-107.
8. Marthaler TM, O'Mullane DM, Vrbic V. The prevalence of dental caries in Europe 1990-1995. ORCA Saturday afternoon symposium 1995. Caries Res 1996; 30(4): 237-255.
9. Burt BA. Trends in caries prevalence in North American children. Int Dent J 1994; 44(4 Suppl 1): 403-413.
10. Whittle JG, Whittle KW. Five-year-old children: changes in their decay experience and dental health related behaviours over four years. Community Dent Health 1995; 12(4): 204-207.

11. Petersen PE, Hoerup N, Poomviset N, Prommajan J, Watanapa A. Oral health status and oral health behaviour of urban and rural schoolchildren in Southern Thailand. Int Dent J 2001; 51(2): 95-102.
12. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ. 2005; 83(9): 661-669. Epub 2005 Sep 30.
13. Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Anwar S et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economicall diverse groups. Community Dent Health 2004; 21(1 Suppl): 102-111.
14. Wong D, Perez-Spiess S, Julliard K. Attitudes of Chinese parents toward the oral health of their children with caries: a qualitative study. Pediatr Dent 2005; 27(6): 505-512.
15. Al-Hosani E, Rugg-Gunn A. Combination of low parental educational attainment and high parental income related to high caries experience in pre-school children in Abu Dhabi. Community Dent Oral Epidemiol 1998; 26(1): 31-36.
16. Wigen TI, Wang NJ. Caries and background factors in Norwegian and immigrant 5-year-old children. Community Dent Oral Epidemiol 2010; 38(1): 19-28.
17. Okada M, Kawamura M, Kaihara Y, Matsuzaki Y, Kuwahara S, Ishidori H, et al. Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modelling technique. Int J Paediatr Dent 2002; 12(2): 101-108.
18. Okada M, Kawamura M, Hayashi Y, Takase N, Kozai K. Simultaneous interrelationship between the oral health behavior and oral health status of mothers and their children. J Oral Sci 2008; 50(4): 447-452.
19. Maliderou M, Reeves S, Noble C. The effect of social demographic factors, snack consumption and vending machine use on oral health of children living in London. Br Dent J 2006; 201(7): 441-444.
20. Johansson I, Holgerson PL, Kressin NR, Nunn ME, Tanner AC. Snacking habits and caries in young children. Caries Res 2010; 44(5): 421-430.
21. Astrøm AN, Kiwanuka SN. Examining intention to control preschool children's sugar snacking: a study of carers in Uganda. Int J Paediatr Dent 2006; 16(1): 10-18.

Контакт: Мр сц. Маја Лалић Одељење за дечју и превентивну стоматологију, Стоматолошки факултет Панчево, Жарка Зрењанина 179, 26101 Панчево, Србија; Tel/Fax: 00381 13 366 582; e-mail: majajevtic@open.telekom.rs

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 364.4-058.65-056.26(497.111)
ID BROJ: 189244172

Социјално-економски положај и здравствене потребе бораца и војних инвалида

Христо Анђелски[1], Бранислав Поповић[2], Зоран Дурлевић[3], Предраг Ђорђевић[4]

Socio - Economic Status and Health Needs of Veterans and Disabled Veterans

Hristo Anđelski, Branislav Popović, Zoran Durlević, Predrag Đorđević

Сажетак: *Већина анкетирних бораца и РВИ су старији од 80 година (83,6%), а 58,8% бораца и РВИ су старији од 85 година. Мушкарци чине 69,5% анкетираних особа.*

У домаћинству самостално живи 26,7% анкетираних бораца и РВИ. Нерешено стамбено питање има 3,5% бораца и РВИ, а своје материјално стање као лоше лично је оценило 9,9% бораца и РВИ.

Потпуну способност самосталног кретања у кући има 57,5,7% бораца и РВИ, а 53,1% бораца и РВИ поседује потпуну способност самосталног кретања ван куће. Истовремено, 66,2% бораца и РВИ у потпуности самостално одржава личну хигијену.

Потреба за услугама помоћи у кући најизраженија је код оних бораца и РВИ који су своје здравље оценили као лоше и врло лоше и који су делимично покретни, а при том у већини случајева живе сами.

Потреба за смештајем у дом за старе најизраженија је код оних бораца и РВИ који су своје здравље оценили, такође, као лоше и врло лоше и који су делимично покретни, а при том у већини случајева живе сами.

Своје здравље је оценило као задовољавајуће 42,1% особа од укупног броја анкетираних. Код оболелих бораца и РВИ, са друге стране, најзаступљеније су болести костију, зглобова и кичме и болести срца и крвних судова. У највећем броју случајева оболели борци и РВИ имали су тешкоће при набавци ле-

Summary: *Most veterans and disabled veterans are older than 80 years (83.6%), and 58.8% of veterans and disabled veterans are older than 85 years. Men make up 69.5% of respondents.*

A household living alone 26.7% of veterans and war invalids. However, housing is the issue of 3.5% of veterans and disabled veterans, and their financial situation as bad in person was rated 9.9% of veterans and disabled veterans.

Full ability to move freely within the home has 57,5,7% veterans and disabled veterans, and 53.1% soldiers and war veterans has the full capability of independent movement outside the home. At the same time, 66.2% of veterans and disabled veterans to fully self-managed personal hygiene.

The need for home care services is most pronounced among those veterans and invalids who rated their health as poor and very poor and who are partially moving, and in doing that in most cases live alone.

The need for housing for the elderly at home is most pronounced among those veterans and invalids who rated their health, too, as bad and very bad and that the moving part, and in doing that in most cases live alone.

His health was assessed as satisfactory 42.1% of the total number of respondents. In patients with soldiers and war veterans, on the other hand, the most common are diseases of bones, joints and spine and heart and blood vessels. Most of the ill veterans and disabled veterans had difficulty in purchasing drugs when they used health services.

1 Доц. др Христо Анђелски, Градски завод за јавно здравље, Београд.

2 Др сц. мед. Бранислав Поповић, сан. генерал, СУБНОР Србије, Београд.

3 Прим. др Зоран Дурлевић, Градски завод за јавно здравље, Београд.

4 Прим. др Предраг Ђорђевић, СУБНОР Србије, Београд.

кова када су користили здравствене услуге.

Кључне речи: *социјално-економски положај, здравствене потребе, борци, војни инвалиди.*

Key words: *socio-economic status, health needs, veterans, disabled veterans.*

Увод

Овај извештај обухвата анализу резултата реализације пројекта „Социјално-економски положај и здравсвене потребе бораца и војних инвалида".

Пројекат је одобрен и финансијски подржан од Комисије за избор пројеката невладиних и друштвених организација у 2010. години, при Градској управи - Секретаријату за социјалну заштиту града Београда.

Пројекат је предвиђен и реализован у седам београдских општина – Вождовцу, Земуну, Обреновцу, Палилули, Раковици, Савском Венцу и Сурчину.

Организација спровођења активности предвиђених наведеним пројектом поверена је Комисији за борачко-инвалидску заштиту, Градског одбора СУБНОР-а Београда и члановима њихових комисија са општинским одборима борачких организација поменутих седам београдских општина.

Циљ рада

Реализацијом планираних активности, прво, употпуњена је слика здравствених и социјалних потреба бораца НОР-а чиме се ефикасније и свеобухватније планира и реализује деловање борачких организација на локалном нивоу у области здравствене и социјалне заштите и, друго, мобилишу се и подстичу одговарајуће државне и друштвене институције, организације и удружења (здравствене и установе социјалне заштите, црвени крст и друге хуманитарне организације) – како би се повећао ниво бриге о овој вулнерабилној и високозависној популацији бораца и војних инвалида.

Спровођењем предложених мера из овог документа практично се реализују неки од циљева Националне стратегије о старењу, коју је донела Влада Републике Србије септембра 2006. године.

Методологија рада

Основни инструмент за прикупљање података био је Упитник о здравствено-социјалним потребама бораца и војних инвалида са тридесет питања и око 60 модалитета одговора, груписаних у три области – општи подаци, социјалне прилике, здравствено стање (укључујући и потребе за здравственим услугама у кући, тешкоће при коришћењу здравствених услуга и др.).

Попуњавању Упитника претходили су договори о организацији спровођења активности предвиђених пројектом са представницима поменутих општинских одбора СУБНОР-а и непосредна помоћ од чланова радне групе Комисије за борачко-инвалидску заштиту Градског одбора СУБНОР-а Београда.

Све активности, почевши од дистрибуције Упитника и обуке анкетара, спровођења анкете, мониторинга спровођења мера социјалне и здравствене заштите, анализе резултата здравствене заштите, реализоване су са општинским одборима СУБНОР-а општина Вождовца, Земуна, Обреновца, Палилуле, Раковице, Савског Венца и Сурчина.

Резултати рада и дискусија

Прелиминарни подаци о броју бораца у одабраним општинама представљали су основну статистичку масу из које је требало дефинисати одговарајући узорак.

Теренско прикупљање података (анкетирање) обављено је у периоду од маја до октобра 2010. године, а унос и статистичка обрада података од новембра до децембра 2010. године. У наведеном периоду поменути општински одбори СУБНОР-а Београда доставили су 1.171 попуњен Упитник (табела 1).

Комплетнијом обрадом није обзхваћено 13 Упитника (1,11%), јер су недостајали основни подаци о старости и полу. Због тога се највећи

Табела 1: Структура бораца и РВИ по полу

Редни број	Општина	Број анкетираних		
		Укупно	Мушких	Женских
0.	1	2	3	4
1.	Вождовац	213	146	67
2.	Земун	3	1	2
3.	Обреновац	192	177	15
4.	Палилула	93	55	36
5.	Раковица	175	123	44
6.	Савски венац	333	210	120
7.	Сурчин	162	101	61
Укупно		1171	813	345
Процената		100	69,5	29,5

Табела 2: Старосна и полна структура бораца и РВИ

Редни број	Општина	Година живота и пол								
		Испод 80 година			80-84 године			85 и више година		
		Укупно	Мушки	Женски	Укупно	Мушки	Женски	Укупно	Мушки	Женски
0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1.	Вождовац	9	4	5	57	40	17	147	102	45
2.	Земун	2	0	2	0	0	0	1	1	0
3.	Обреновац	12	11	1	41	36	5	139	130	9
4.	Палилула	3	3	0	18	9	9	70	42	27
5.	Раковица	4	2	2	65	43	22	98	78	20
6.	Савски венац	47	33	14	86	46	40	197	131	65
7.	Сурчин	113	73	40	20	14	6	29	14	15
Свега		190	126	64	287	188	99	681	498	181
Процената		16,4			24,8			58,8		

део израчунатих параметара односи на мањи број анкетираних. У зависности од испитиване области, број одговора на поједина питања је различит, што се прецизно наводи у свакој табели.

Социјално-здравствене потребе

Прикупљени и анализирани подаци о старости бораца и војних инвалида, здравственом стању, физичким способностима, односно степену онеспособљености, породичним и стамбеним приликама и материјалном стању – били су основ за дефинисање социјално-здравствених потреба, што је и био задатак и циљ истраживања. Из тога су издвојене специфичне потребе за услугама у кући и за смештај у дом за стара лица.

Табела 3: Здравствено стање бораца и РВИ

Редни број	Број анкета	Број и % одговора о субјективној оцени здравственог стања					
		Задовољавајуће		Лоше		Веома лоше	
		Број	%	Број	%	Број	%
0.	1	2	3	4	5	6	7
1.	190	144	75,8	24	12,6	4	2,1
2.	287	116	40,4	122	42,5	29	10,1
3.	681	228	33,5	288	42,3	92	13,5
Свега	1158	488	42,1	434	37,5	125	10,8

Табела 4: Разлог за лоше или веома лоше здравствено стање бораца и РВИ према годинама живота

Редни број	Обољење	Број одговора	Године живота		
			Испод 80 година	80-84 год.	85 и више година
0.	1.	2.	3.	4.	5.
1.	Болести плућа и дисајних органа	116	2	35	79
2.	Болести срца и крвних судова	474	24	127	323
3.	Болести жлезда са унутрашњим лучењем	110	8	31	71
4.	Болести органа за варење	156	1	30	125
5.	Болести бубрега и мокраћних путева	241	8	62	171
6.	Душевни поремећаји	26	2	10	14
7.	Болести чула и нервног система	234	4	54	176
8.	Болести костију, зглобова и кичме	509	14	139	356
Свега		1866	63	488	1315
Проценат		100	3,4	26,2	70,4

Старосна структура и пол анкетираних

Већина преживлих учесника НОР-а 1941–1945. године данас има 80 и више година, што потврђују резултати истраживања у 2008. години и резултати овог истраживања у 2010. години.

Према подацима из табеле 1, 69,5% су мушкарци (813) и 29,5% су жене (345).

У време анкетирања, старосној групи од 80 до 84 година припадало је 278 бораца и војних инвалида (24,8%), а старосној групи 85 и више година припадало је 681 (58,80%) бораца и војних инвалида (табела 2).

Удео старосне групе 85 и више година бораца и војних инвалида по општинама је следећи:

Вождовац – 147 (69,0%)
Земун – 1 (33,3%)
Обреновац – 139 (72,3%)
Палилула – 70 (75,3%)
Раковица – 98 (56,0%)
Савски Венац – 197 (59,5%)
Сурчин – 29 (17,9%).

Табела 5: Разлози тешкоћа у коришћењу здравствених услуга према старости бораца и РВИ

Редни број	Разлог тешкоћа	Број анкетираних	Године живота		
			Испод 80 година	80-84 год.	85 и више година
0.	1.	2.	3.	4.	5.
1.	Куповина лекова	156	6	40	110
2.	Лош однос здравствених радника	12	0	1	11
3.	Набавка ортопедских помагала	3	1	1	1
4.	Архитектонске баријере за кретање	20	0	5	15
5.	Друго	24	0	5	19
Свега		215	7	52	156

Табела 6: Способност кретања у кући и ван куће према старости бораца и РВИ

Редни број	Старост	Способност кретања									
		У кући (код 1.120 анкетираних)						Ван куће (код 1.089 анкетираних)			
		Потпуна		Делимична		Непокретан		Потпуна		Делимична	
		Број	%	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1.	< 80 г.	15	2,3	10	2,3	1	2,1	166	28,7	13	2,5
2.	80-84 г.	193	30,0	103	24,0	7	14,9	149	25,8	121	23,7
3.	> 85 г.	436	67,7	316	73,7	39	83,0	263	45,5	377	73,8
Свега		644	100	429	100	47	100	578	100	511	100

Очигледно је да је највећи удео популационе групе 85 и више година у општинама Палилула, Обреновац, Вождовац, Савски Венац итд.

Од достављених 1158 попуњених Упитника 36 (3,10%) припадају ратним војним инвалидима. Анкетирањем је утврђено да у општини Савски Венац живи 27 (75%) РВИ, а само још пет, односно четири, у општини Раковица и Вождовац.

Здравствено стање

Евидентирани подаци о здравственом стању представљају личну оцену испитаника који су рангирали своје здравље као „задовољавајуће“, „лоше“ и „веома лоше“ (табела 3).

Од укупног броја анкетираних, само је на 1.158 упитника било одговора о субјективној оцени здравственог стања, тако да комплетном обрадом није обухваћено 111 (9,6%) упитника. Због тога се највећи део истраживаних параметара односи на 1.047 (90,4%) испитаника са комплетним одговорима.

Анкетирани (1.047 испитаника), који су одговорили на ова питања, сопствено здравље су оценили као задовољавајуће у 488 случајева (46,6%), као лоше у 434 случајева (41,5%), и као веома лоше у 125 случајева (11,9%), или заједно – лоше и веома лоше – оценили су у 559 случајева (53,4%).

Код оцена „лоше“ и „веома лоше“ испитаницима је понуђена могућност да образложе разлоге за такво стање сопственог здравља, заокружењем броја испред група обољења (табела 4).

Табела 7: Способност самосталног одржавања личне хигијене према старости бораца и РВИ

Редни број	Старост	Способност самосталног одржавања личне хигијене			
		Потпуна		Делимична	
		Број	%	Број	%
0.	1.	2.	3.	4.	5.
1.	< 80 г.	170	23,4	9	2,4
2.	80-84 г.	191	26,3	86	23,2
3.	> 85 г.	366	50,3	276	74,4
Свега		727	100	371	100

Табела 8: Број чланова домаћинства и стамбене прилике бораца и РВИ

Редни број	Општина	Број чланова домаћинства (код 1.105 анкетираних)			Стамбене прилике (код 1.137 анкетираних)	
		Живи сам/а	Два	Три или више	Решене	Нерешене
0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.	Вождовац	76	84	49	207	5
2.	Земун	1	2	0	3	0
3.	Обреновац	72	49	66	184	7
4.	Палилула	23	35	31	88	1
5.	Раковица	27	57	66	169	1
6.	Савски венац	75	117	113	300	10
7.	Сурчин	31	31	100	146	16
Свега		305	375	425	1097	40

Од 1.158 анкетираних добијени су одговори од њих 1.047. Они су навели по један или више разлога, односно укупно је регистровано 1.866 болести, датих у осам група обољења и стања. Најчешће су регистроване: болести костију, зглобова и кичме (27,3%) и болести срца и крвних судова (25,4%), затим следе болести бубрега и мокраћних путева (12,9%), болести чула и нервног система (12,5%), болести органа за варење (8,4%), болести плућа и дисајних органа (6,2%), болести жлезда са унутрашњим лучењем (5,9%) и душевни поремећаји (1,4%).

Оцене испитаника се знатно разликују у односу на њихову животну доб, а анкетирани борци и РВИ у просеку имају око два (1,8) обољења. Резултати првог истраживања показују да је борачка популација знатно оптерећена болестима и умањеним функционалним спобностима.

Борци и РВИ изразили су у 215 случајева постојање тешкоћа у коришћењу здравствене заштите или да су им здравствене услуге недоступне из одређених и наведених разлога (табела 5).

Физичка способност

Посебна димензија здравственог стања ове популационе групације садржана је у оквирима питања о способностима кретања у кући и ван куће, са или без туђе помоћи и о могућностима самосталног одржавања хигијене. Ови подаци су дати у табелама 6. и 7. и заједно се могу дефинисати као степен онеспособљености.

Одговори на питања о могућностима самосталног кретања у кући добијени су од 1.120 испитаника. Њих 644 (57,5%) поседују потпуну способност кретања у кући, 429 (38,3%) испитаника имају делимичну способност кретања, а 47 (4,2%) испитаника су непокретни.

Табела 9: Лична оцена матријалног стања бораца и РВИ

Редни број	Општина	Материјално стање (лична оцена) (код 1.129 анкетираних)		
		Добро	Подношљиво	Лоше
0.	1.	2.	3.	4.
1.	Вождовац	69	109	32
2.	Земун	3	0	0
3.	Обреновац	37	112	42
4.	Палилула	43	45	1
5.	Раковица	88	61	19
6.	Савски венац	167	134	5
7.	Сурчин	64	85	13
Свега		471	546	112

Одговоре на питање о могућности самосталног кретања ван куће добијени су од 1.089 испитаника. Њих 578 (53,1%) поседују потпуну способност кретања ван куће, а 511 (46,9%) испитаника има делимичну способност кретања ван куће.

Одговори на питање о способностима самосталног одржавања личне хигијене добијени су од 1.098 испитаника, а од тога њих 727 (66,2%) у потпуности одржавају личну хигијену и 371 (33,8%) поседују делимичну способност самосталног одржања личнр хигијене (табела 6).

Породичне и стамбене прилике

Породични статус посматран је кроз број чланова домаћинства који заједно живе. Претопоставка је да је живот у двочланој и трочланој породици гаранција вишег нивоа социјалне сигурности, мада се у вишечланим породицама понекад јављају проблеми неадекватног третмана старих особа.

Добијени подаци са 1.105 упитника, о уделу самачких 305 (27,6%) и двочланих 375 (33,9%) домаћинства, не одступају од општег стања у нашој средини, тако да 425 (38,5%) домаћинстава броје три или више чланова (табела 8).

Када се, међутим, број чланова домаћинства посматра упоредо са старошћу испитаника, степеном физичке неспособности и здравственим стањем, онда у први план долазе потребе за различитим врстама помоћи и подршке, како од теренских екипа здравствене делатности (патронажних сестара, екипе кућног лечења, неодложне помоћи), а такође и од служби социјалног старања и различитих услуга помоћи у кући.

Охрабрује податак да број бораца који немају адекватно стамбено решено стамбено питање није велик, али завређује пажњу јер 40 (3,5%) испитаника нема решено стамбено питање.

Материјално стање

Лична оцена анкетираних (1.129 анкета) да је материјално стање „добро“, представља висок ниво скромности анкетираних бораца и њихових чланова породице. То потврђују добијени подаци, јер 471 (41,7%) бораца и РВИ своје материјално стање оцењује као „добро“, 546 (48,3%) као подношљиво, а само 112 (9,9%) анкетираних оцењује своје материјално стање као „лоше“ (табела 9).

Потребе за услугама помоћи у кући

Потребе за услугама помоћи у кући сагледаване су на основу субјективног доживљаја здравља, функционалне способности и породичног статуса (табела 10).

Табела 10: Потреба за услугама помоћи у кући бораца и РВИ у односу на здравствено стање, покретљивост и породичне прилике

Редни број	Здравствено стање (самопроцена)	Способност кретања у кући без туђе помоћи				Број чланова домаћинства			
		Број одговора	Потпуна	Делимична	Непокретан	Број одговора	Живи сам	Два	Три и више
0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1.	Задовољавајуће	63	48	15	0	60	20	21	19
2.	Лоше	183	48	131	4	179	73	51	55
3.	Врло лоше	71	6	46	19	68	25	22	21
Свега		317	102	192	23	307	118	94	95

Табела 11: Потреба за смештај у дом за старе бораца и РВИ у односу на здравствено стање, покретљивост и породичне прилике

Редни број	Здравствено стање (самопроцена)	Способност кретања у кући без туђе помоћи				Број чланова домаћинства			
		Број одговора	Потпуна	Делимична	Непокретан	Број одговора	Живи сам	Два	Три и више
0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1.	Задовољавајуће	36	27	9	0	35	10	13	12
2.	Лоше	122	32	87	3	118	43	35	40
3.	Врло лоше	45	3	30	12	42	17	11	14
Свега		203	62	126	15	195	70	59	66

Потребу за услугама помоћи у кући навело је 317 бораца и РВИ од укупног броја анкетираних. Ова потреба је најизраженија код оних бораца и РВИ који су своје здравље оценили као лоше и врло лоше и који су делимично покретни (177 особа), а при том у већини случајева живе сами (98 особа).

Смештај у дом за стара лица

Анализирани подаци анкетираних о здравственом стању и социјалним потребама искажују око једне петине потребу за смештај у дом за стара лица, међу којима је три четвртине ограничено покретно или непокретно. Код већине њих су и породичне прилике незадовољавајуће (табела 11).

Потребу за смештај у дом за старе навело је 203 бораца и РВИ од укупног броја анкетираних. Ова потреба је најизраженија код оних бораца и РВИ који су своје здравље оценили, такође, као лоше и врло лоше и који су делимично покретни (117 особа), а при том у већини случајева живе сами (60 особа).

Закључак

Анкетирани борци и РВИ старији су од 80 година у 83,6% случајева.

Око 60% анкетираних старије је од 85 година.

Већину анкетираних чине мушкарци (око 70%).

Самачки живи око 27% анкетираних.

Са нерешеним стамбеним питањем има још 3,5% анкетираних.

Материјално стање је оценило као лоше око 10% анкетираних.

Око 60% анкетираних је способно за самостално кретање у кући, а око 50% анкетираних је способно за самостално кретање ван куће.

Преко 65% анкетираних самостално одржава личну хигијену.

Помоћ у кући потребна је оним борцима који су своје здравље оценили као лоше и врло лоше и који су делимично покретни, а при том у већини случајева живе сами. Ова група анкетираних изразила је и потребу за смештајем у дом за старе.

Преко 40% анкетираних је своје здравље оценило као задовољавајуће.

Код анкетираних најзаступљеније су болести костију, зглобова и кичме и болести срца и крвних судова.

У коришћењу здравствене заштите анкетирани су изнели низ тешкоћа.

Борачке организације преко окружних, градских и месних одбора, анализирају стање на свом подручју, са тежиштем да се у први план истакну обавезе везане за болесне, непокретне и самохране борце.

Сарадња са домовима здравља, војномедицинским центрима и њиховим организационим јединицама основа је за пружање медицинских услуга у кући бораца преко теренских јединица,

Недовољно је у здравственим установама уважавање старости, оронулости и инвалидности бораца.

Припрема предлога и смештај у дом за стара лица и за друге облике институционалне и ванинституционалне помоћи остварује се у сарадњи са центрима за социјални рад и геронтолошким установама.

Недостаје координационо тело на нивоу општине за реализацију наведених и других активности.

Литература

1. Димитријевић, З., Анђелски, Х., Целетовић Милошевић, И.: Здравствено стање старих лица у Београду. Здравствена заштита, 2010; XXXIX(4): 29-38.
2. Целетовић Милошевић, И., Анђелски, Х.: Здравствена заштита старих у Београду. Здравствена заштита, 2010; XXXIX(3): 1-4.
3. Анђелски, Х., Ђорђевић, П., Јелача П.: Стари у систему здравствене заштите. Здравствена заштита, 2009; XXXVIII(4): 51-56.
4. Довијанић, П., Анђелски, Х.: Социјална медицина у загрљају новог јавног здравља. Београд, Здравствена заштита, 2008; XXXVII(1): 13-20.
5. Тимотић, Б., Тимотић, М., Јањић, М., Анђелски, Х.: Превенција и очување здравља у старости. Београд, Здравствена заштита, 2007; XXXVI(2): 53-58.
6. Анђелски, Х.: Сарадња домова здравља, геронтолошких центара и других установа социјалне заштите. Београд, Здравствена заштита, 2006; XXXV(6): 37-39.
7. Ђорђевић, П., Анђелски Х., Јелача П., Поповић Б., Мереник А., Мијалковић М., Ђукић С.: Конкретно и глобално утврђивање социјално-економског положаја и здравствених потреба бораца и војних инвалида реализацијом пројекта. Београд, Геронтологија, 2006; (1): 165-169.
8. Тимотић, Б., Јањић, М., Анђелски, Х.: Кућно лечење и здравствена нега старих лица. У: Новине у унапређењу квалитета живота у старости. Уред.: Анђелски, Х., Динић, Д. Београд, Геронтолошко друштво Србије, 2004; 158-164.
9. Анђелски, Х., Тимотић, Б., Милићевић-Калашић, А., Јањић, М.: Ванинституционална здравствена заштита старих људи и улога социјалних и хуманитарних институција и организација. У: Новине у унапређењу квалитета живота у старости. Уред.: Анђелски, Х., Динић, Д. Београд, Геронтолошко друштво Србије, 2004; 110-118.

10. Јањић, М., Тимотић, Б., Анђелски, Х.: Међузависност социјалних карактеристика и квалитета живота старих на удаљеним брдскопланинским пределима. У: Здравствена политика и стратегија. Уред.: Гаврић, Ж.. Бања Лука, Интернационални конгрес „Здравље за све“ – перспективе здравља у 21. веку, 2003; 205-210.
11. Целетовић, И., Анђелски Х.: Евалуација спровођења програмске стоматолошке заштите код старих лица у Београду. Врњачка Бања, Шести геронтолошки конгрес Југославије, Књига резимеа стручних саопштења, 2002; 102.
12. Анђелски, Х., Анђелски, Б.: Здравствена заштита избеглих старих лица у Београду. Врњачка Бања, Шести геронтолошки конгрес Југославије, Зборник уводних саопштења, 2002; 207-213.
13. Анђелски, Х.: Потрошња лекова код оболелих од хроничних болести у ратним и ванредним приликама. У: Стари људи и пензионери у ратним и ванредним приликама. Београд, Геронтолошко друштво Србије, Стручно инструктивна геронтолошка едиција, 1999; 71-80.

Контакт: Доц. др Христо Анђелски, Стоматолошки факултет, Панчево, моб. 0628808721, email: leposava1@sbb.rs

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 616.9(497.11)"2006/2010"
ID BROJ: 189245196

Регистроване заразне болести на подручју општине Звездара у периоду од 2006. до 2010.

Радмила Кандић[1], Гордана Маринковић[2], Драгана Тодоровић[3], Љубомир Ердоглија[4], Лале Кузманоски[5], Ненад Кртолица[6]

The Registered Communicable Diseases on the Area of Zvezdara Municipality in the Period 2006 – 2010

Radmila Kandić, Gordana Marinković, Dragana Todorović, Ljubomir Erdoglija, Lale Kuzmanoski, Nenad Krtolica

Сажетак: *Захваљујући дејству бројних фактора високог ризика – непрекидној деструкцији природе, неквалитетном управљању медицинским и комуналним отпадом, широкој употреби имуносупресивне терапије, резистенцији на антибиотике, социјалној трансформацији, ризичном понашању људи и слично, заразне болести и даље представљају врло озбиљну претњу здрављу.*

Циљ рада јесте да се сагледа колико су заразне и паразитарне болести као здравствени проблем присутне на подручју београдске општине Звездара.

Методом дескриптивне анализе обрађени су подаци добијени из индивидуалних пријава оболелих или сумњивих од заразних болести које су Дому здравља „Звездара“ достављане од 2006. до 2010. године.

Резултати рада показују да је у петогодишњем периоду регистровано укупно 6.132 заразна обољења, од чега највише (86,3%) капљичних, значајно мање (10,3%) цревних, свега 0,5% паразитарних и 2,9% осталих. Највећи број заразних болести забележен је 2007. године (1.835), а најмањи 2010. године (886). У целом периоду доминирале су варичела, скарлатина и стрептококна ангина. У односу на

Summary: *Due to the influence of a number of high-risk factors – continuous destruction of nature environment, poor quality management of medical and municipal waste, widespread use of immuno-suppressive therapy, high resistance to antibiotics, social transformation, risky behavior of people etc., the infectious diseases continue to pose a serious threat to health.*

The main aim of this paper is to present the infectious and parasitic diseases trend, as health problems in the Belgrade municipality of Zvezdara.

The method of descriptive analysis has been used in processing of data obtained from the individual report cards of infectious diseases, delivered from the Primary Health Center "Zvezdara" in the period 2006-2010.

Our research reveals that in the afforementioned period a total of 6.132 infectious diseases was registered: mostly droplet (86,3%), significantly less intestinal (10,3%), parasitic only 0,5% and others 2,9%. The maximum appearance frequency of these diseases was recorded (1.835) in 2007, whereas it was the lowest (886) in 2010. Throughout the time interval considered varicella, scarlatina and angina streptococcica were dominating. Regarding the age, more than

1 Прим. др Радмила Кандић, специјалиста социјалне медицине, Дом здравља „Звездара“, Београд.

2 Др Гордана Маринковић, специјалиста медицинске статистике и информатике, Дом здравља „Звездара“, Београд.

3 Др Драгана Тодоровић, специјалиста социјалне медицине, Дом здравља „Звездара“, Београд.

4 Прим. др Љубомир Ердоглија, специјалиста превентивне и дечије стоматологије, Дом здравља „Звездара“, Београд.

5 Лале Кузманоски, виши санитарни техничар, Дом здравља „Звездара“, Београд.

6 Ненад Кртолица, санитарно-еколошки инжењер, Дом здравља „Звездара“, Београд.

узраст преко половине свих заразних болести регистровано је у популацији одојчади и мале деце. Иако је на основу анализираних података процењено да је у посматраном интервалу на нивоу локалне заједнице епидемиолошка ситуација била релативно мирна, претпоставља се да је стваран број заразних болести и неколико пута већи, што је најчешће последица њиховог крајње неуједначеног пријављивања, које се, на жалост, још увек доживљава као обична административна, а не као једна од првих законски обавезујућих мера.

Кључне речи: *пријављене заразне болести, подручје општине Звездара.*

a half of all infectious diseases were registered in the population of infants and among young children. In spite of the assement obtained from the data available in the considered period that the community-based epidemiological situation was relatively calm, we firmly believe that, unfortunately, the actual number of infectious diseases is several times greater. That is mostly the consequence of extremely nonstandard disease reporting, being still considered as a purely administrative task and not as a primary legally and compulsory measure.

Key words: *registration of communicable diseases, the area of Zvezdara municipality.*

Увод

Доскора се сматрало да је битка против заразних болести у целини добијена, међутим, настанак и ширење нове, као и поновна експанзија већ потиснуте инфективне патологије, недвосмислено нас уверавају да ове болести нису ишчезле из реалног света, да њихов значај још увек није опао и да објективно представљају врло озбиљну претњу здрављу.

Разлози за појаву нових заразних болести и враћање на сцену оних које су сматране одавно искорењеним су многобројни. У хигијенско-епидемиолошком смислу сведоци смо све чешћег стварања фактора и средина високог ризика за избијање, не само спорадичних случајева, већ и епидемија ширих размера, чему посебно доприносе: непрекидна деструкција природе, пораст мегалополиса, неодговарајуће снабдевање исправном водом за пиће, неизграђена канализациона мрежа са нерегулисаном диспозицијом течних и чврстих отпадних материја, неквалитетно управљање медицинским и комуналним отпадом, ницање дивљих депонија, неадекватна ветеринарска контрола, повећана контаминираност намирница, индустријски начин припремања хране и кондиционирања намирница, широка употреба инвазивне и имуносупресивне терапије, све присутнији глобални феномен резистенције на антибиотике, сиромаштво и малнутриција, социјалне трансформације, ризично понашање људи и слично.

Циљ рада

Основни циљ рада јесте да се сагледа колико су заразне болести као здравствени проблем присутне на подручју београдске општине Звездара у петогишњем периоду од 2006. до 2010. године и да се на основу тога процени епидемиолошка ситуација.

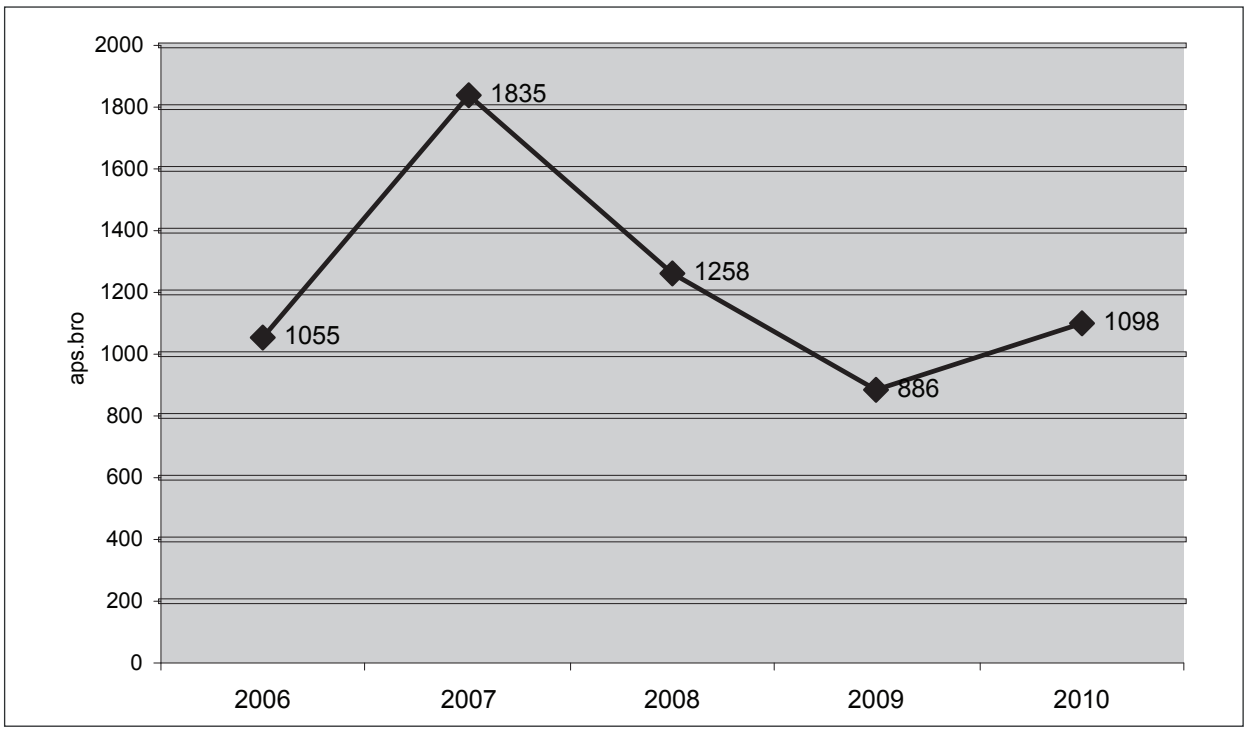
Метод рада

Сагласно Закону о заштити становништва од заразних болести *(Службени гласник РС 125/04),* Правилнику о пријављивању заразних болести и других случајева утврђених законом *(Службени гласник РС 98/05),* разним стручно-методолошким упутствима референтних установа градског и републичког нивоа и Десетој ревизији међународне класификације болести, методом дескриптивне анализе обрађени су подаци добијени из индивидуалних пријава оболелих, односно сумњивих лица од заразних и паразитарних болести који су одсеку санитарних техничара Дома здравља „Звездара“ достављани у петогодишњем периоду од 1. јануара 2006. до 31. децембра 2010. године.

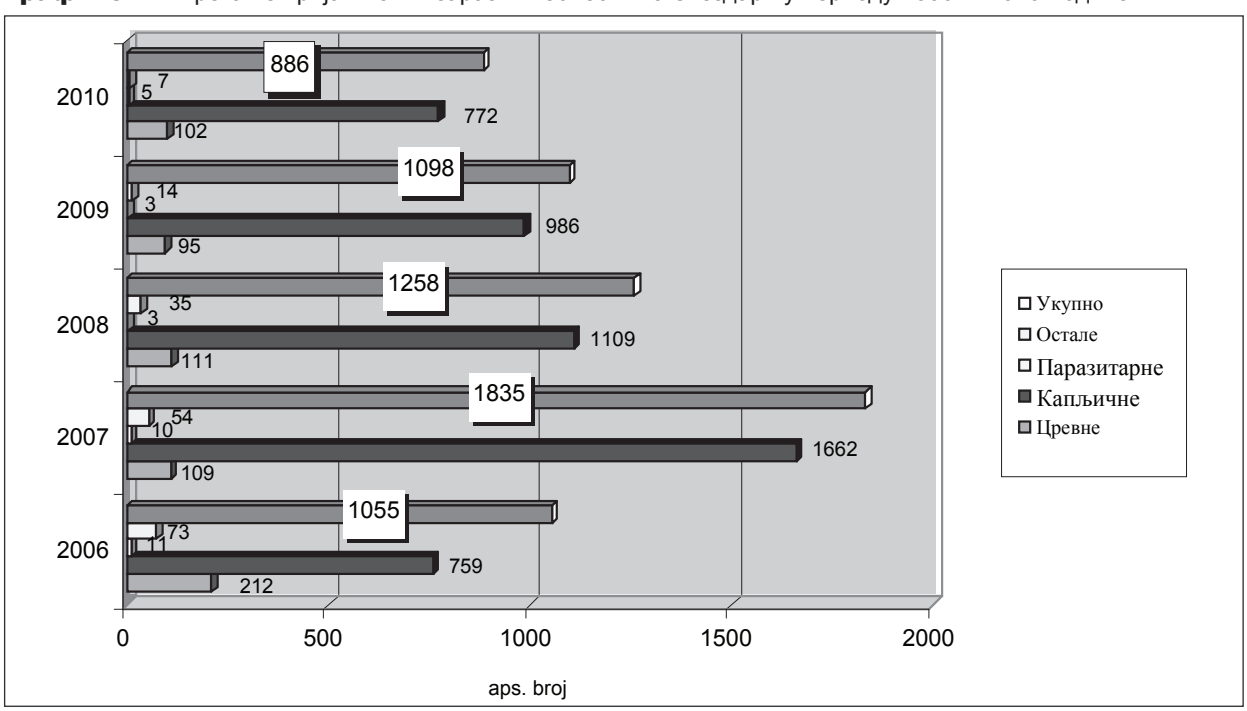
Резултати рада

Према анализираним пријавним обрасцима, на територији општине Звездара је у посма-

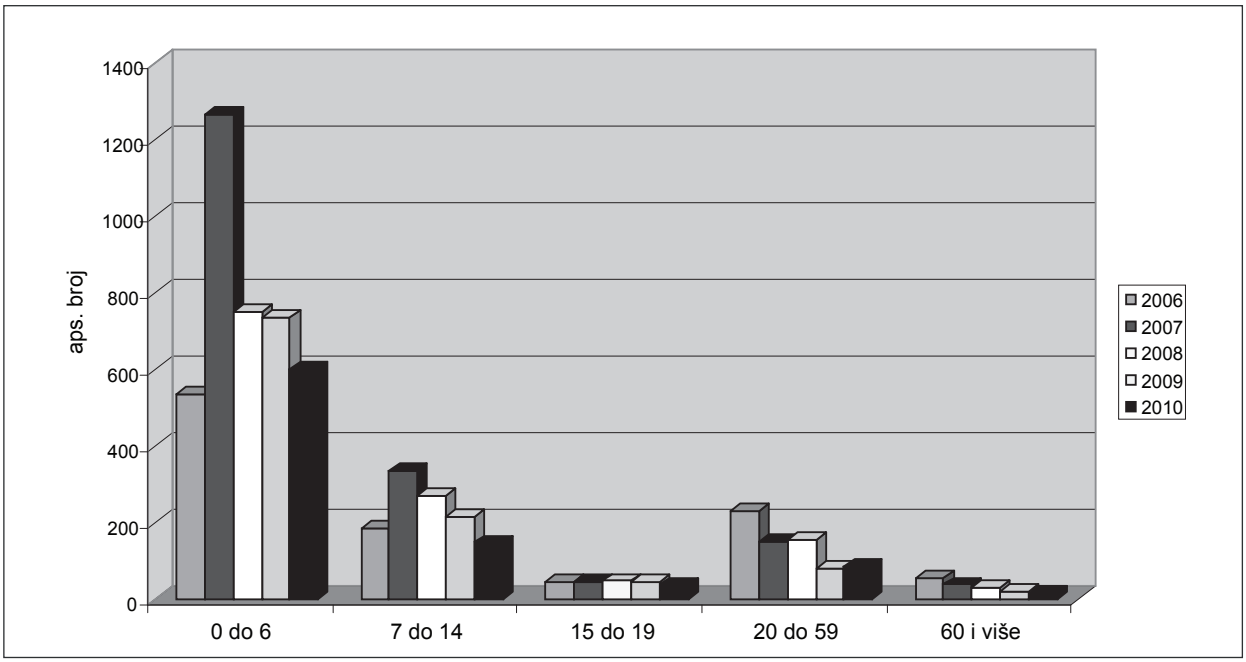
Графикон 1. Кретање укупног броја пријављених заразних болести на Звездари у периоду 2006. – 2010. година.



Графикон 2. Кретање пријављених заразних болести на Звездари у периоду 2006. – 2010. године.



Графикон 3. Структура заразних болести по старосним категоријама на Звездари од 2006. до 2010. године.



траном временском интервалу од 2006. до 2010. године регистровано укупно 6.132 оболелих и/или сумњивих лица од заразних обољења, од чега је највише (5.288 или 86,3%) било капљичних, значајно мање (629 или 10,3%) цревних, свега 32 (0,5%) паразитарних и 183 (2,9%) осталих (графикон 1).

Посматрано по годинама јављања највећи број (1.835) свих заразних и паразитарних обољења регистрован је 2007. године, скоро двоструко мање (1.055) у 2006. години, затим као благ раст (1.098) у 2008. и (1.258) у 2009. години, а најмање (886) у 2010. години (графикон 2).

Анализа болести према старосним категоријама показује да је приближно две трећине свих заразних болести (3.890 или 63,4%) на Звездари у испитиваном петогодишњем раздобљу регистровано у популацији одојчади и мале деце од 0 до 6 година, скоро једна петина (1.160 или 18,9%) у деце основношколског узраста 7 до 14 година, 221 (3,6%) међу средњошколском децом од 15 до 19 година, 700 (11,4%) у одраслих грађана од 20 до 59 година и свега 161 (2,6%) у старијих од 60 година (графикон 3).

Капљичне заразне болести

Група капљичних заразних болести је по заступљености доминирала у целом посматраном раздобљу на Звездари и кретала се од 759 (71,9%) у 2006. години, преко 1.662 (90,6%) у 2007. години, када је забележен највећи скок, после чега је дошло до постепеног опадања са 1.109 (88,2%) током 2008. и 986 (89,7%) 2009. године на 772 (87,1%) колико је регистровано 2010. године (табела 1).

Анализом структуре групе капљичних инфекција по појединим ентитетима утврђено је да су у целом петогодишњем периоду најзаступљеније варичеле са укупно 4.603 (87%), при чему најмање (548 или 72,2%) у првој години посматрања и највише (1.513 или 91%) у наредној 2007. години, а затим је евидентирано њихово постепено опадање од 965 (87%) у 2008. преко 885 (89,8%) у 2009. години до 692 (89,6%) на крају анализираног интервала.

Друго место по заступљености унутар групе са укупно 355 (6,7%) регистрованих случајева припало је скарлатини, при чему је 2006. године нотирано највише (127 или

Табела 1. Капљичне заразне болести на Звездари од 2006. до 2010. године.

Капљичне заразне болести	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.
Tuberculosis activa	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0
Morbilli	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0
Pertusis	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0
Varicella	548	1513	965	885	692
	72.3	91,0	87,0	89,7	89,6
Rubella	0	1	1	0	1
	0	0,06	0,09	0	0,1
Parototis epidemica	2	0	1	1	0
	0.2	0	0,09	0,1	0
Scarlatina	127	84	65	48	31
	16.7	5,1	5,9	4,9	4,0
Meningitis epidemica	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0
Meningitis purulenta	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0
Encephalitis	0	0	0	1	0
	0		0	0,1	0
Mononucleosis	26	30	27	39	29
	3.4	1,8	2,4	3,9	3,8
Angina streptococcica	56	34	50	13	19
	7.4	2,1	4,5	1,3	2,5
Укупно	759	1662	1109	986	772
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

16,7%), а затим је евидентно постепено смањење са 84 (5,1%) у 2007. години, преко 65 (5,9%) током 2008. и 48 (4,9%) 2009. године на свега 31 (4%) у 2010. години.

Стрептококна ангина са укупно 172 (3,3%) пријава све време се налазила на трећем месту са осцилирајућим кретањем: од пика са 56 (7,4%) у 2006. години, преко пада на 34 (2%) у 2007. години, поновног скока на 50 (4,5%) у 2008. години и пада на 13 (1,3%) у 2009. години до 9 (2,5%) пријављених случајева у 2010. години.

Затим следе: мононуклеоза са укупно 151 (2,9%) регистрованим случајем и подједнаком дистрибуцијом током анализираног времена, укупно четири епидемијска паротитиса (два у 2006. години и по један у 2008. и 2009. години), три рубеле (по једна у 2007, 2008. и 2009. години) и само један енцефалитис који је пријављен 2009. године.

На основу дистрибуције података према узрасним категоријама утврђено је да је у целом анализираном времену највише, односно 3.766, капљичних инфекција регистровано у дечијој популацији 0-6 година и 1.092 у школској популацији од 7 до 14 година, а значајно мање 192 у младих до 19 година и 232 у одраслих до 59 година, док је код старијих преко 60

Табела 2. Капљичне болести по добним групама на Звездари од 2006. до 2010. године.

Капљичне болести по добним групама / године /	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.
0 до 6	484	1238	740	715	589
	63,8	74,5	66,7	72,5	76,3
7 до 14	171	322	266	205	128
	22,5	19,4	16,0	20,8	16,6
15 до 19	34	39	41	43	35
	4,5	2,3	2,5	4,4	4,5
20 до 59	70	62	61	22	17
	9,2	3,7	3,7	2,2	2,2
60 и више	0	1	1	1	3
	0	0,1	0,1	0,1	0,4
Укупно	759	1662	1109	986	772
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

година било свега шест ових инфекција (табела 2).

Цревне заразне болести

Група цревних инфекција са укупно 629 (10,3%) обољења пријављених на територији општине Звездара непрекидно се налазила на другој позицији по заступљености међу свим регистрованим заразним болестима у анализираном раздобљу (табела 3).

Утврђено је да је у структури групе цревних болести далеко бројнији у односу на друге ентитете акутни ентероколитис који се кретао: од 156 (73,6%) у 2006. години, када је забележен врх, преко највећег пада од 66 (60,6%) наредне године и благог скока од 92 (82,9%) у 2008. години, до поновног пада на 71 (74,7%) у 2009. години и 70 (68,6%) у 2010. години.

Оболелих и/или сумњивих од салмонелозних инфекција било је укупно 102, при чему је шпиц са 32 (15,1%) пријаве забележен 2006. године, да би их наредне 2007. године било за око трећину мање (23 или 21,1%), а затим још мање: 14 (12,6%) у 2008. години, 16 (16,8%) у 2009. и 17 (16,7%) у 2010. години.

На трећој позицији по заступљености унутар групе цревних зараза нашао се вирусни хепатитис који је у петогодишњем периоду регистрован код укупно 24 особе, и то: по 4 (1,9%) током 2006. и 2009. године, 6 (5,5%) у 2007. години, 2 (1,1%) у 2009. години и 8 (7,8%) 2010. године.

У истом интевалу праћења код 17 оболелих дијагностикован је вирусни хепатитис А који је са 3 (1,3%) на почетку праћења, скочио на 11 (10,1%) наредне 2007. године, а затим поново пао на 2 (1,8%) у 2008. години и само један (1,1%) у 2009. године, док 2010. године није регистрован ниједан случај. Значајно мање је било свих других болести унутар анализиране групе цревних болести, и то: 9 (1,4%) алиментарних интоксикација, по 8 (1,3%) бациларних дизентерија и алиментарних токсиинфекција и 6 (0,9%) вирусних менингитиса.

У старосној структури највећи број цревних инфекција регистрован је у одраслих од 20 до 59 година, затим у групи најмлађих до шест година, 68 у деце школског узраста од 7 до 19 година и 62 у старијих особа (табела 4).

Табела 3. Цревне заразне болести на Звездари од 2006. до 2010. године.

Цревне заразне болести	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.
Dysenterio bacilaris	8	0	0	0	0
	3,8	0	0	0	0
Enterocolitis acuta	156	66	92	71	70
	73,6	60,6	82,9	74,7	68,7
Hepatitis virosa	4	6	2	4	8
	1,9	5,5	1,8	4,2	7,8
Hepatitis virosa A	3	11	2	1	0
	1,4	10,1	1,8	1,1	0
Intoxicatio alimentaris	4	1	0	2	2
	1,9	0,9	0	2,1	1,9
Toxiinfectio alimentaris	4	1	0	0	3
	1,9	0,9	0	0	2,9
Meningitis virosa	1	1	1	1	2
	0,4	0,9	0,9	1,1	1,9
Salmonellosis	32	23	14	16	17
	15,1	21,1	12,6	16,8	16,8
Укупно	212	109	111	95	102
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Табела 4. Цревне болести по добним групама на Звездари од 2006. до 2010. године.

Цревне болести по добним групама / године /	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.
0 до 6	52	23	12	21	221
	24,6	21,1	10,8	22,1	30,3
7 до 14	10	13	4	10	55
	4,7	11,9	3,6	10,5	7,5
15 до 19	4	5	2	1	13
	1,9	4,6	1,8	1,1	1,8
20 до 59	125	60	77	52	378
	58,9	55,1	69,4	54,7	51,9
60 и више	21	8	16	11	62
	9,9	7,3	14,4	11,6	8,5
Укупно	212	109	111	95	729
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Табела 5. Остале заразне болести на Звездари од 2006. до 2010. године.

Остале заразне болести	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.
Erysipel	4	9	0	1	0
	5,5	16,7	0	7,1	0
Herpes zoster	66	44	33	12	7
	90,4	81,5	94,3	85,8	100,0
Hepatitis virosa B	3	1	2	1	0
	4,1	1,8	5,7	7,1	0
HBS - носилац	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0
SIDA - болест	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0
Укупно	73	54	35	14	7
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Паразитарне и остале заразне болести

Најмањи број регистрованих заразних болести односио се на паразитарне болести којих је у анализираном периоду било укупно 32, са учешћем од свега 0,5% међу свим евидентираним заразним болестима на Звездари. Занимљиво је да су сви пријавни обрасци садржали једну исту дијагнозу, односно сумњу на скабијес.

Осталих заразних болести на испитиваном подручју било је укупно 183 (2,9%), и то: 73 у 2006. години, 54 у 2007., затим 35 у 2008. години, 14 у 2009. и само 7 у 2010. години. Анализом структуре групе осталих заразних болести утврђено је да је са 162 (88,5%) најзаступљенији био херпес зостер, а затим са 14 (7,7%) еризипел и са 6 (3,3%) вирусни хепатитис Б (табела 5).

Дискусија

Успеси постигнути у борби против неких заразних болести, а пре свега елиминација дифтерије, ерадикација ендемског сифилиса, трахома и маларије, као и драстично смањење стопе морбидитета и морталитета од тетануса, антракса, полиомијелитиса, трбушног тифуса и паратифуса, пертусиса и неких инфекција у развијеном свету, о чему између осталог сведоче актуелни подаци Европског центра за контролу заразних болести, имали су за последицу изградњу става стручне и шире јавности да заразне болести више не представљају неку озбиљнију претњу здрављу. На прилично слаб одјек наишла су и све бројнија упозорења најкомпетентнијих стручњака да заразне болести у већини неразвијених земаља и данас представљају прворазредни проблем, али да она то постају и у високо развијеним земљама у којима настају нове, светског значаја, попут сиде, Ебола, хеморагичне грознице, САРС-а, вирусног хепатита Ц, авијарне инфлуенце и слично.

Сасвим је извесно да смо последњих година суочени са многим новим методама лечења, све већом употребом инвазивне дијагностике и имуносупресивне терапије, као и ницањем бројних јединица за интензивну негу, дневних болничких центара, домова за старе и слично. Глобални феномен резистенције на антибиотике, која незадрживо расте у целом свету, немилосрдно узима свој данак, чему доприносе и грешке у прописивању лекова, непоштовање медицинске доктрине и недовољно коришћење антибиограма од стране професионалаца са једне стране, и неодговоран однос пацијената према прописаним дозама, са друге стране,

као и немогућност да се ограничи дистрибуција антибиотика који се осим у апотекама понегде могу набавити чак и у обичним радњама.

Поред тога све је очигледнија ерозија инфраструктуре за контролу и мониторинг заразних болести, нарочито смањење капацитета референтних центара и лабораторија које због ограниченог броја адекватних реагенаса нису у могућности да бла говремено открију узрочнике болести, затим све присутнија инсуфицијентност специјалистичког кадра у области хигијене и епидемиологије, али и мања спремност фармацеутског сектора да преузме ризик који са собом носе скупа истраживања неопходна у откривању и развоју нових генерација лекова.

Такође, све чешће се сређемо са проблемом неконтролисане употребе разних препарата и мера у агрономији, као и са смањеном отпорношћу неких вектора на многе инсектициде код трансмисивних болести, што се све додатно компликује повећањем учесталости и брзине интернационалних путовања и трговине, одговорних за појаву импортованих зараза, које на својеврсан начин бришу границе и чине да цео свет постане јединствена епидемиолошка целина.

Све је то кулминирало доношењем резолуције Светске здравствене скупштине још 1995. године која је изразила забринутост с циљем да се појача контрола заразних болести, како оних које су у поновној експанзији, тако и нових, да би се ефикасно могле идентификовати, спречити и сузбити. Ово се посебно односило на средине са промењивим економско-политичким приликама, попут наше, где је период транзиције донео неке нове непознанице и императивне захтеве за нова решења у области надзора над заразним болестима.

Занимљиво је да су као подршку постојећем систему надзора олакшавањем откривања пораста броја случајева одређених здравствених стања или њихове агрегације на дефинисаној узрасној групацији, Институт за заштиту здравља Србије и Канцеларија Светске здравствене организације у Београду почетком 2001. године у оквиру имплементације Пројекта „АЛЕРТ систем за брзо откривање епидемија заразних болести у Србији“ идентификовали главне проблеме постојећег надзора над заразним болестима - значајно кашњење у извештавању, недостатак повратних информација, непријављивање непотврђених случајева и епидемија, као и слабу мотивацију здравствених радника на свим нивоима заштите.

Увидом у периодичне извештаје о кретању заразних болести сачињених од стране стручних тимова примарне здравствене заштите и завода за јавно здравље у Србији може се констатовати да идентична проблематика прати и вишегодишње устројени стандардни надзор путем пријављивања законски дефинисаних заразних болести, као и да, осим извесних одступања, најчешће повезаних са спорадичним појавама епидемија, постоје међусобне сличности у структури регистрованих болести на посматраним подручјима.

Тако, на пример, анализа кретања пријављених цревних заразних болести на територији општине Звездара у петогодишњем периоду од 1992. до 1996. године показала је да се процентуално учешће ових болести кретало приближно на нивоу републичког просека од 14,6% на почетку до 17% на крају испитиваног раздобља, у којем су све време доминирали ентероколитиси (од 29,4% у 1992. години до 68,5% у 1996.) и салмонелозе (од 34,6% у 1992. години до 23,4% у 1996.) и да је њихов највећи број забележен у популацији мале деце од 0 до 4 године и деце школског узраста од 7 до 14 година.

Према статистичким подацима Градског завода за јавно здравље у Београду, акутне заразне болести на ужем и ширем подручју града у периоду 1994. до 2003. године регистроване су код 211.356 оболелих. Просечна стопа инциденце респираторних болести износила је 80,5/10.000; цревних 26,7/10.000; а болести из групе зооноза 2,6/10.000 становника. У анализираном десетогодишњем периоду пријављено је и 313 епидемија, од којих су 66,1% епидемије акутних цревних зараза, што између осталог указује на хигијенске пропусте у поступку са животним намирницама, недовољним инспекцијским контролама, неадекватном здравственом културом и друго.

Анализом морбидитета и морталитета на нивоу примарне здравствене заштите Подунав-

ског региона за 2007. годину утврђено је да су на посматраном подручју међу укупно 2.741 регистроване заразне болести водеће варичеле са 51,7% и дијареа инфективног порекла са 14,4%.

Из извештаја о кретању заразних болести у Пиротском округу у првом полугодишту 2008. године утврђено је да је у анализираном интервалу пријављено укупно 1.046 случајева заразних болести, што представља смањење од 35,03% у истом периоду претходне године када је регистовано 1.610 случајева. На првом месту по броју пријављених су респираторне заразне болести које са укупно 850 пријављних случајева бележе пад од 35,7% у односу на исти период 2007. године. Значајан пораст, међутим, забележен је код заразне жутице због појаве епидемије забележене у извештајном периоду, тако да је епидемиолошка ситуација оцењена као несигурна.

На основу расположивих података Градског завода за јавно здравље у Београду, чији је стручни тим епидемиолога сачинио анализу кретања заразних болести на подручју града Београда, у октобру 2009. године пријављено је 3.365 оболелих од заразних болести, што је за 18,2% више него у истом периоду 2008. године. У укупном броју доминирале су респираторне заразне болести са 3.083 (91,6%), док су у структури ове групе најзаступљеније биле варичела, стрептококни фарингитис и грип са укупно 85,5%.

Методом дескриптивне анализе појединачних пријава на територији општине Звездара од 2004. до 2008. године регистровано је укупно 3.648 заразних болести, од чега 432 (11,8%) цревних са доминантним ентероколитисом и салмонелозама, претежно у одраслих грађана, што је за 2.484 мање од свих пријављених заразних болести и за 187 мање цревних инфекција у односу на последњи петогодишњи период од 2006. до 2010. године, када је евидентирано укупно 6.132 оболелих или сумњивих лица од заразних обољења, од чега 629 (10,3%) цревних.

Компарацијом анализираних података добијених на основу пријавних образаца заразних болести достављаних тиму санитарних техничара Дома здравља „Звездара“ у последњем десетогодишњем периоду, са регистрованим морбидитетом из рутинске здравствене статистике, евидентно је њихово нередовно и непрецизно пријављивање, чиме је значајно умањена валидност не само процене епидемиолошке ситуације, него и општег здравственог стања становништва локалне заједнице. Претпоставља се, наиме, да је реалан број заразних болести на територији београдске општине Звездара и неколико пута већи, и да из године у годину прилично варира, што је поред промењивих санитарно-хигијенских прилика, животног стандарда и квалитета спроведених превентивних мера и активности, ипак, најчешће последица крајње неуједначеног пријављивања. Уједно се стиче утисак да се регистровање заразних болести које заправо има стручно-опертивни смисао још увек у великог броја здравствених радника, на жалост, доживљава тек као пука административна мера, а не као један од првих корака према изворима заразе.

Очигледни показатељи вишегодишње праксе инсуфицијентног регистровања заразних болести, међутим, све више нас уверавају да је у циљу повећања мотивације медицинских посленика за остваривање што квалитетније заштите грађана од инфективних болести, неопходно лекаре примарне здравствене заштите, због њихове преоптерећености мноштвом најразличитијих послова претежно административног карактера, повремено - у писаној форми, преко портала установе или на стручним колегијумима, потпуно и тачно информисати о њиховим обавезама заснованим на основним одредбама, мерама и начину спровођења Закона о заштити становништва од заразних болести.

При томе треба јасно истаћи да опште мере - обезбеђивање здравствено исправних вода за пиће, животних намирница и предмета опште употребе, санитарно-техничких и хигијенских услова у објектима под санитарним надзором, уклањање отпадних вода и других материја и слично, организују и спроводе органи јединица локалне самоуправе и други надлежни органи, док здравственим радницима и установама припада спровођење посебних мера:

- постављање дијагнозе заразне болести;
- лабораторијско испитивање ради утврђивања узрочника болести;
- обавезно пријављивање болести или сумње;
- епидемиолошко испитивање;
- здравствено васпитање;
- превоз, изолација и лечење оболелих;
- имунизација и хемиопрофилакса;
- дезинфекција, дезинсекција и дератизација.

Сагласно схватању да, међу посебним мерама, поступак обавезног пријављивања заразних болести има изузетно значајно место на примарном нивоу здравствене заштите, лекари опште медицине, педијатрије, гинекологије и медицине рада, у свом свакодневном процесу рада између осталог треба да имају у виду све оне случајеве који подлежу обавезној регистрацији:

- обољење или смрт једне од 70 законски утврђених заразних болести;
- сумња да постоји обољење односно епидемија заразне болести;
- могућност заразе вирусом беснила;
- акутна флакцидна парализа;
- инфекција унутар здравствене установе;
- резистенција бактерија на антимикробне лекове;
- лабораторијски утврђен узрочник заразне болести;
- сумња на употребу биолошких агенаса.

У циљу што квалитетнијег мониторинга, предлаже се да се менаџерском тиму и изабраним лекарима током године периодично достављају повратне информације о кретању заразних и паразитарних обољења на територији општине, у текстуалној и табеларној/графичкој форми, са пратећим сетом корисних савета: пријављивање се врши у предвиђеном року унутар 72 часа, сва оболела лица обавезно се евидентирају у књигу заразних болести која је саставни део медицинске документације, све пријаве морају бити тачно и читко попуњене, поред дијагностикованог обољења пријављује се и сумња на заразну болест, а у случају евентуалних нејасноћа и недоумица препоручује се консултација са компетентним стручњацима надлежног завода за јавно здравље.

Закључак

На основу добијених резултата у вези са кретањем заразних и паразитарних болести на територији београдске општине Звездара може се закључити да је у анализираном петогодишњем периоду од 2006. до 2010. године епидемиолошка ситуација на нивоу локалне заједнице била релативно мирна.

Праћење кретања и проучавање природе заразних болести, намеће се као стална потреба у контроли овог глобалног проблема, посебно у нас где су хигијенско-епидемиолошко стање и патологија још увек тесно повезане са економском и социјалном структуром становништва. У циљу одржавања мирне и под контролом епидемиолошке ситуације на нивоу локалне заједнице, потребно је побољшати регистровање свих оних заразних болести које иначе подлежу законској обавези и благовремено спроводити све неопходне превентивне и противепидемијске мере.

Литература

1. Радовановић З.: Општа епидемиологија. Медицински факултет Универзитета у Београду, Београд, 1986.
2. Јокић Т. и сар.: Здравствено стање становништва Србије. Завод за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић - Батут“, 1990.
3. Ристић С.: Основи опште епидемиологије. Графопромет, Београд, 1995.
4. Стошић В., Кандић Р., Ћирић Д., Вујић Љ., Кузмански Л.: Кретање цревних заразних болести на подручју општине Звездара у периоду од 1992. до 1996. године. Зборник радова Октобарских дана здравствених радника РС са међународним учешћем, Златибор, 1997.
5. Ристић С.: Важније заразне болести данас. Ars medica, Београд, 1998.

6. Маријановић Р. и др.: Програмски рад на спречавању, сузбијању и елиминацији заразних и паразитарних болести на територији Београда. Дани завода ,98, Програмска здравствена заштита, Београд, 1998; 103-114.
7. WHO: Communicable diseases. Geneva 2000, Geneva, 2001.
8. Сл. гласник РС 125/04: Закон о заштити становништва од заразних болести.
9. Вукадинов Ј. и сар.: Старост и инфекција. Медицински преглед, 2003; 56(5 – 6): 243-246.
10. Радивојевић С., Митровић Р., Љубић Б., Жакула Н., Илић-Гаротић Л., Бахтић Е.: Акутне заразне болести на подручју Београда у периоду 1994. до 2003. године. Здравствена заштита, 33(6): 15-20.
11. Tam C, Rodrigues L, Brien SO: The study of infectious intestinal disease in England. International Journal of Epidemiology, 2003; 32: 99-105.
12. Парлић М. и др.: АЛЕРТ систем за рано откривање епидемија заразних болести у Републици Србији: Гласник завода за заштиту здравља Србије, 2005; 77(1-2): 23-29.
13. Завод за јавно здравље Пожаревац: Анализа морбидитета и морталитета на нивоу примарне здравствене заштите Подунавског округа за 2007. годину. Пожаревац, 2007.
14. Завод за јавно здравље Пирот: Кретање заразних болести у Пиротском округу у првом полугодишту 2008. године. Пирот, 2008.
15. Кандић Р., Богдановић В., Ердоглија Љ., Тодоровић Д., Маринковић Г., Кузманоски Л.: Кретање регистрованих цревних заразних болести на подручју општине Звездара у периоду 2004–2008. Здравствена заштита, 2009; 38(5): 29-33.
16. Градски завод за јавно здравље Београд: Извештај о кретању заразних болести на подручју Београда у октобру 2009. године, Београд, 2009.
17. ECDC: Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010. Stockholm, 2010.

Контакт: Прим. др Радмила Кандић, Дом здравља „Звездара“, 11000 Београд, Олге Јовановић 11, 3401-434, 3401-400, 2832-352.

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 614.2-053.2(497.11)"2001/2010"
ID BROJ: 189246220

Показатељи здравствене заштите деце у граду Крагујевцу у периоду 2001–2010. година

Драгана Тендјера Милићевић[1]

Indicators of Child Health the City of Kraljevo in the Period 2001. - 2010. Years

Dragana Tendjera Milićević

Сажетак: *Циљ рада јесте сагледавање неких показатеља здравствене заштите деце и школске деце и омладине у Краљеву у десетогодишњем периоду од 2001. до 2010. године.*

Метод рада је ретроспективна анализа уз коришћење метода дескриптивне статистике. Извор података је публикација Завода за јавно здравље, Здравствени статистички годишњак за посматрани период.

Коришћење примарне здравствене заштите код предшколске и школске деце и омладине посматрали смо кроз кретање броја прегледа, посебно у области превентивне здравствене заштите (систематски и контролни), а посебно у области куративне здравствене заштите (први и поновни). Добили смо тренд опадања у обе области и обе популационе групе, израженији у куративи и код деце предшколског узраста, просечно за 4.132 посета годишње.

Коришћење здравствене заштите деце на секундарном нивоу анализирали смо праћењем броја хоспитализоване деце и броја посета специјалистичко-консултативним амбулантама у посматраном периоду. Анализа је показала тренд благог раста броја хоспитализоване деце на дечјем одељењу Опште болнице у Краљеву у просеку за око 30 годишње и тренд раста за просечно 511 посета годишње у области специјалистичке здравствене заштите деце.

Укупан регистровани морбидитет бележи благи тренд раста у овој деценији у просеку

Summary: *The aim of this study is mo assess some indicators of health care for children and school children and youth in Kraljevo in the decade 2001. to 2010.*

Method: The retrospective analysis using methods of descriptive statistics. The data source is a publication of the Institute of Public, Health Health Statistics Yearbook for the observed period.

The use of primary health care in preschool and school children and youth, we looked at the trend in the number of hits, especially in the field of preventive health care (systematic and control), especially in the field of curative health care (the first and again). We have received a declining trend in both areas and both population groups, more pronounced in the curative and in preschool children, average of 4.132 visit per year.

Use of health care of children at the secondary level, we analyzed the number of hospitalized children by monitoring the number of visits and specialist outpatient consultation in the period. The analysis showed a slight trend of increase in the number of children hospitalized in the pediatric ward of General Hospital in Kraljevo on average about 30 a year and a growth trend for the average 511 visits per year in the field of specialist health care of children.

Total registered morbidity recorded a slight upward trend in this decade by an average of 256 cases per year in preschool children, and 263 cases per year in school children and youth and we note a change in the structure of morbidity in both groups of children.

1 Др Драгана Тендјера Милићевић, специјалиста социјалне медицине, Завод за јавно здравље Краљево; Institut of public health Kraljevo.

за 256 случајева годишње код деце предшколског узраста, а за 263 случаја годишње код школске деце и омладине, а запажамо и промене у структури морбидитета код обе групе деце.

Кључне речи: *коришћење здравствене заштите деце, морбидитет.*

Key words: *children's health care use, morbidity.*

Увод

Деца и млади имају различите потребе и специфичности коришћења здравствене службе, које проистичу из основних карактеристика животног доба (раст и развој), као и зависности од родитеља, породице, васпитача и вршњака. Деца не могу сама себе да заступају и не могу да се старају о себи. Она имају права која сама не могу да остварују, јер су у реализацији својих здравствених и других потреба зависни емотивно и материјално од свог окружења[1].

Приоритети у оквиру здравствене заштите предшколске деце јесу праћење раста и развоја путем систематских прегледа и саветовање у вези неге, психоцијалног развоја и превенције повреда деце овог узраста. Код здравствене заштите деце школског узраста приоритети су праћење раста и развоја и здравствено васпитање које се односи на пушење, алкохол, дроге, сексуално васпитање, хигијену.

Циљ рада

Циљ рада јесте сагледавање неких показатеља здравствене заштите деце и школске деце и омладине у Краљеву за десетогодишњи период од 2001. до 2010. године.

Метод рада

Ретроспективна анализа уз коришћење метода дескриптивне статистике. Извор података је публикација Завода за јавно здравље Здравствени статистички годишњак за посматрани период.

Резултати и дискусија

На територији општине Краљево према попису из 2002. године живело је укупно 121.707 становника. Деце и младих од 0 до 19 година било је 26.654, што процентуално износи 21,9%, што је за 2,6% мање у односу на податке из претходног пописа када је удео ове популације износио 24,5%.

Сви витални показатељи у Краљеву показују негативан тренд, посебно изражен у првој деценији 21. века.

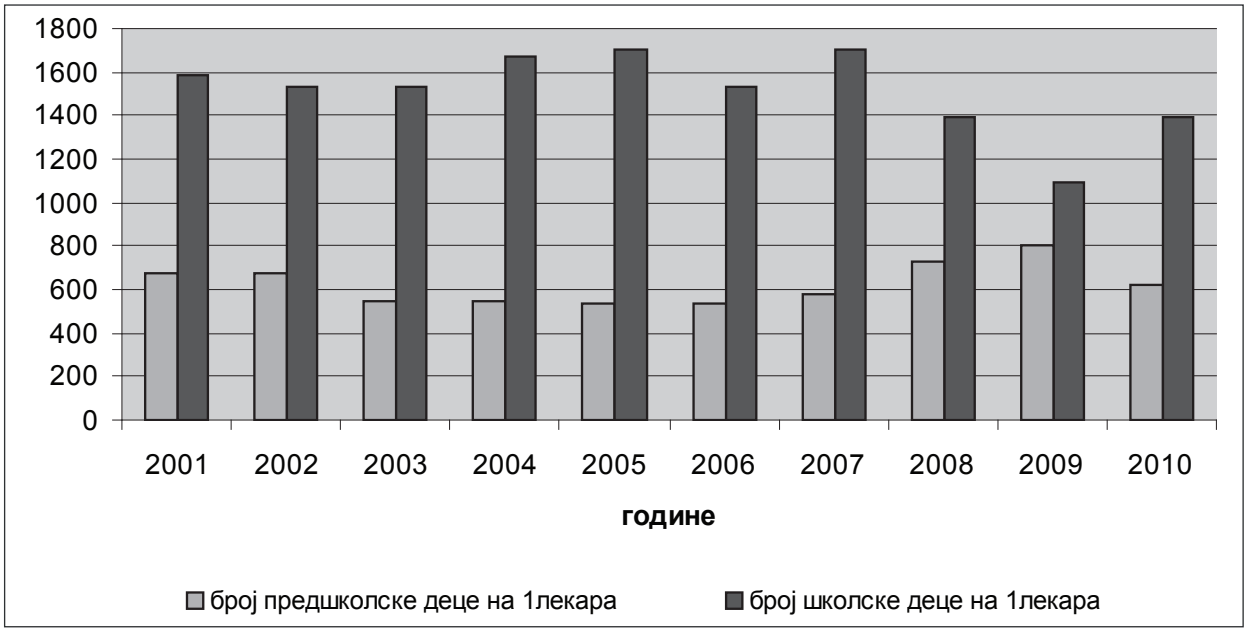
Стопа наталитета на почетку посматраног периода, у 2001. години, износила је 11.29‰, а у 2010. години стопа износи 8,56‰. Такође и стопа природног прираштаја износила је у 2001. години 0,60‰, а у 2010. години 4,91‰, што је последица дугогодишњег смањења стопе рађања и пораста опште стопе смртности[2].

Обезбеђеност здравственом заштititом деце од 0 до 6 година и школске деце и омладине од 7 до 19 година на примарном нивоу у нашој општини била је на задовољавајућем нивоу у посматраном десетогодишњем периоду, јер је одговарала постојећим нормативима у овим областима здравствене заштите који су износили 850 предшколске, односно 1.800 у делу посматраног периода, а затим 1.500 школске деце по лекарском тиму. (графикон 1).

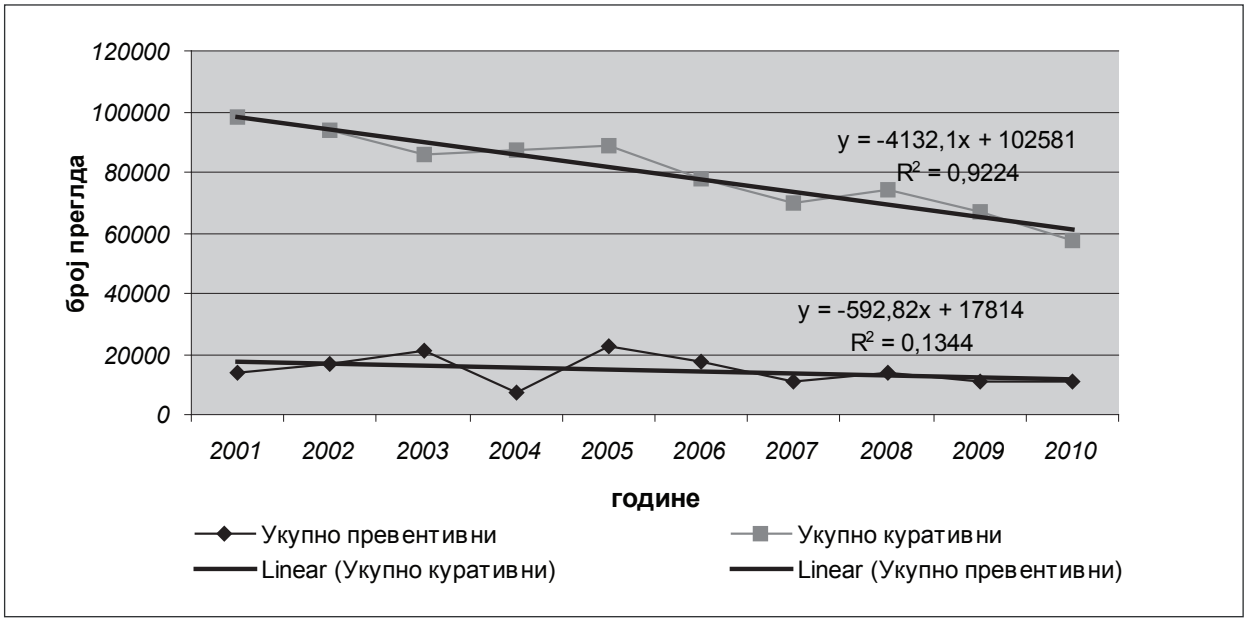
Коришћење примарне здравствене заштите код предшколске и школске деце и омладине, посматрали смо кроз кретање броја прегледа, посебно у области превентивне здравствене заштите (систематски и контролни прегледи.), а посебно у области куративне здравствене заштите (први и поновни прегледи).

Анализа података показује тренд пада просечно за око 593 прегледа годишње у превентиви и за 4.132 прегледа годишње у куратив-

Графикон 1. Обезбеђеност примарне здравствене заштите предшколске и школске деце и омладине у периоду од 2001. до 2010. године.



Графикон 2. Тренд броја прегледа у области здравствене заштите предшколске деце у Краљеву.

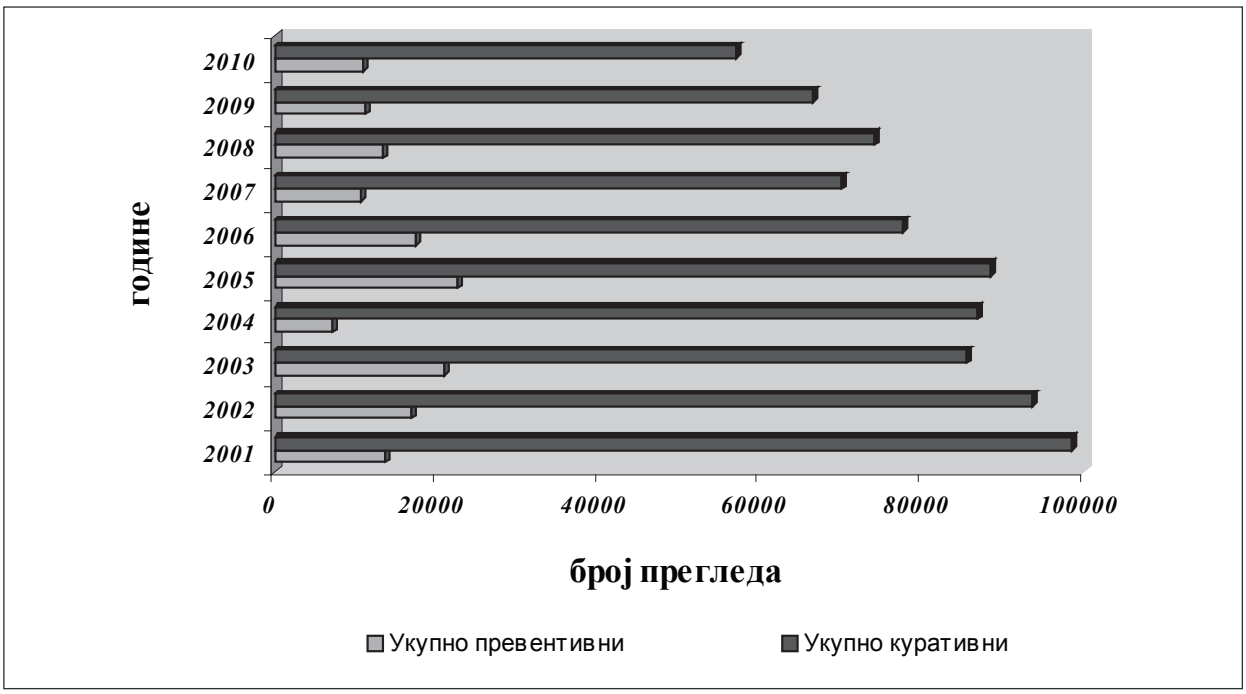


ној здравственој заштити деце предшколског узраста. (графикон 2).

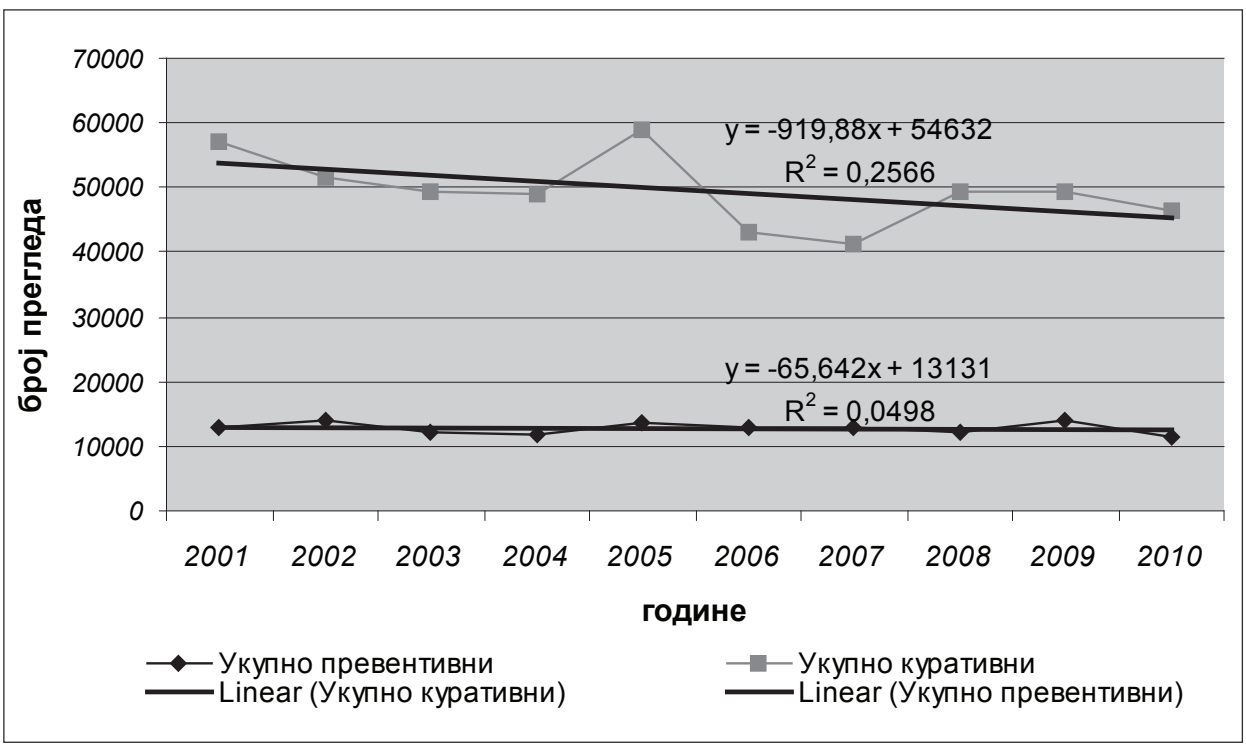
Такође и удео превентивних прегледа у односу на куративне у овом периоду бележи известан пад. (графикон 3).

У здравственој заштити школске деце добили смо блажи тренд пада, просечно за око 66 прегледа годишње у превентиви и за 920 прегледа годишње у куративи (графикон 4).

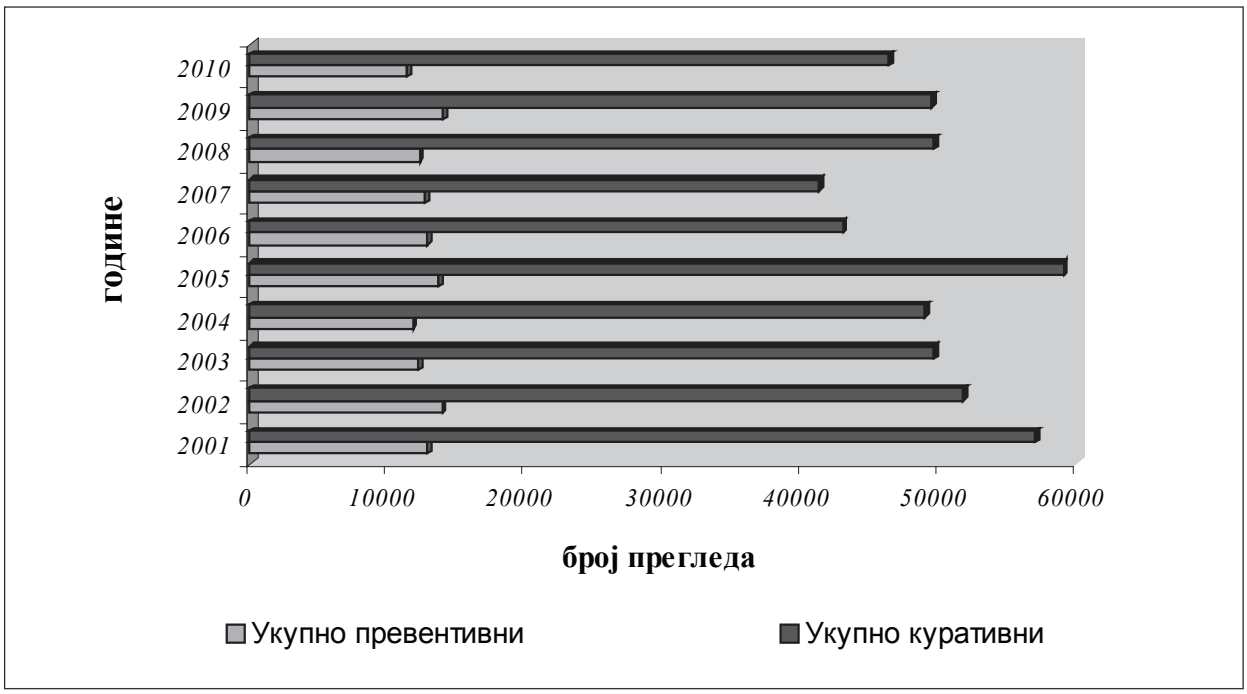
Графикон 3. Заступљеност и однос превентивних и куративних прегледа код предшколске деце у периоду од 2001. до 2010. године.



Графикон 4. Тренд броја прегледа у области здрвствене заштите школке деце у Краљеву.



Графикон 5. Заступљеност и однос превентивних и куративних прегледа код школске деце у периоду од 2001. до 2010. године.



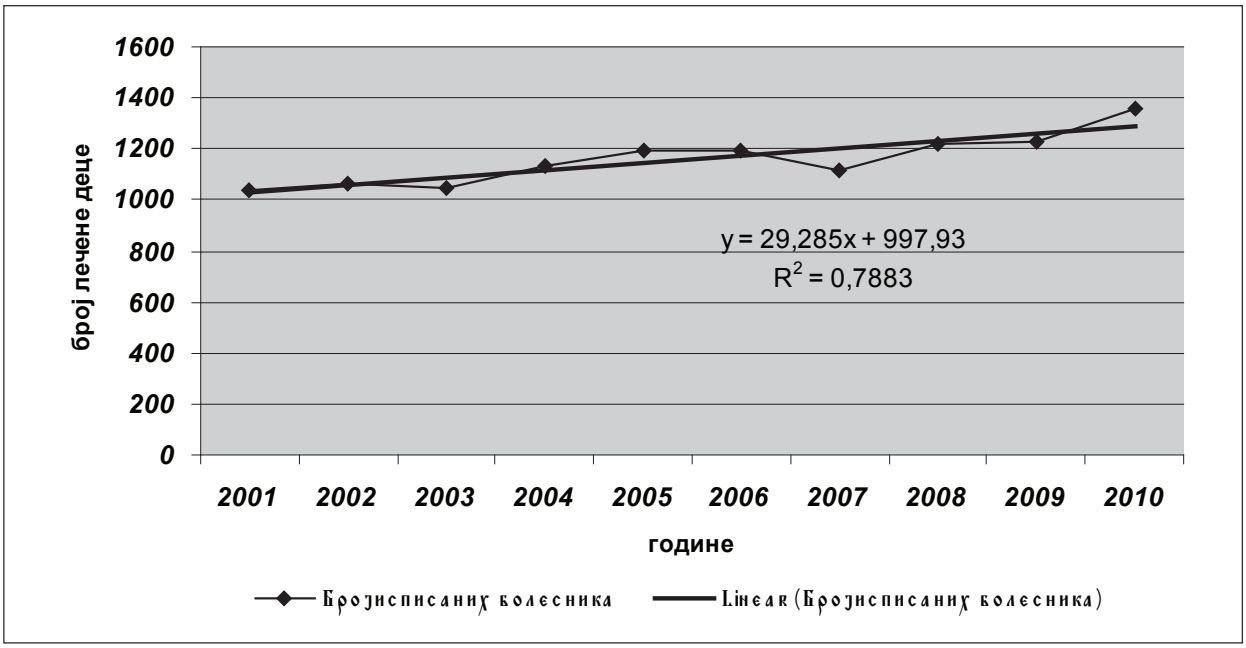
Табела 1. Показатељи болничке здравствене заштите на дечјем одељењу Опште болнице у Краљеву у периоду од 2001. до 2010. године.

Године	Лекари		Здрав. рад. са вишом и сред.	Број постеља	Број исписаних болесника	Број бол. дана	Број умрлих	Просечан број дана лечења
	Укупно	Специјалисти						
2001.	5	5	22	50	1039	5689	1	5.48
2002.	4	4	24	50	1062	8613	2	8.11
2003.	4	4	21	50	1050	5535	2	5.27
2004.	4	4	18	50	1133	3168	1	2.80
2005.	7	5	20	50	1191	6061	0	5.09
2006.	8	8	19	35	1196	6359	1	5.32
2007.	7	7	21	35	1113	5995	3	5.39
2008.	7	7	21	35	1221	6419	2	5.26
2009.	7	7	24	35	1224	6270	0	5.12
2010.	11	10	24	35	1361	7419	1	5.45

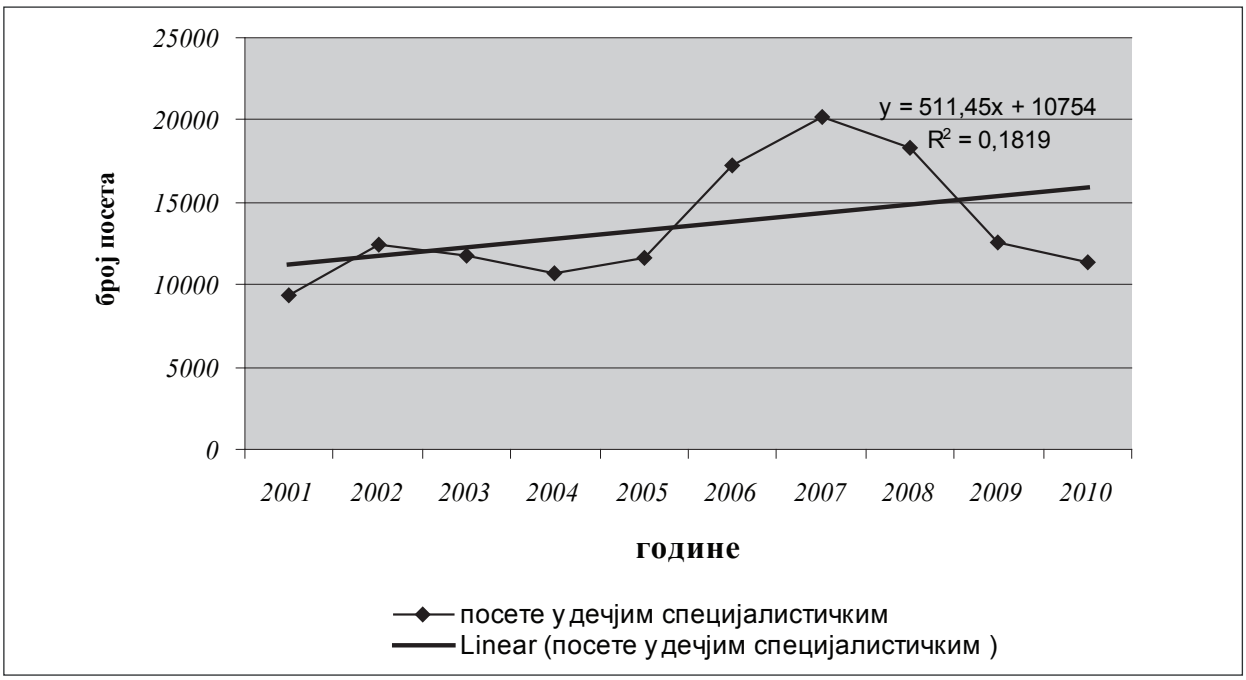
За разлику од деце млађег узраста, позитивно је да удео превентивних прегледа школске деце и омладине у односу на куративне у овом периоду бележи известан пораст (графикон 5).

Коришћење здравствене заштите деце на секундарном нивоу анализирали смо праћењем броја хоспитализоване деце и броја посета специјалистичко-консултативним амбулантама у посматранаом периоду. Неки показатељи рада дечјег одељања опште болнице Здравственог Центра „Студеница“ у протеклој деценији дати су табеларно (табела 1).

Графикон 6. Тренд исписаних болесника на дечјем одељењу у периоду од 2001. до 2010. године.



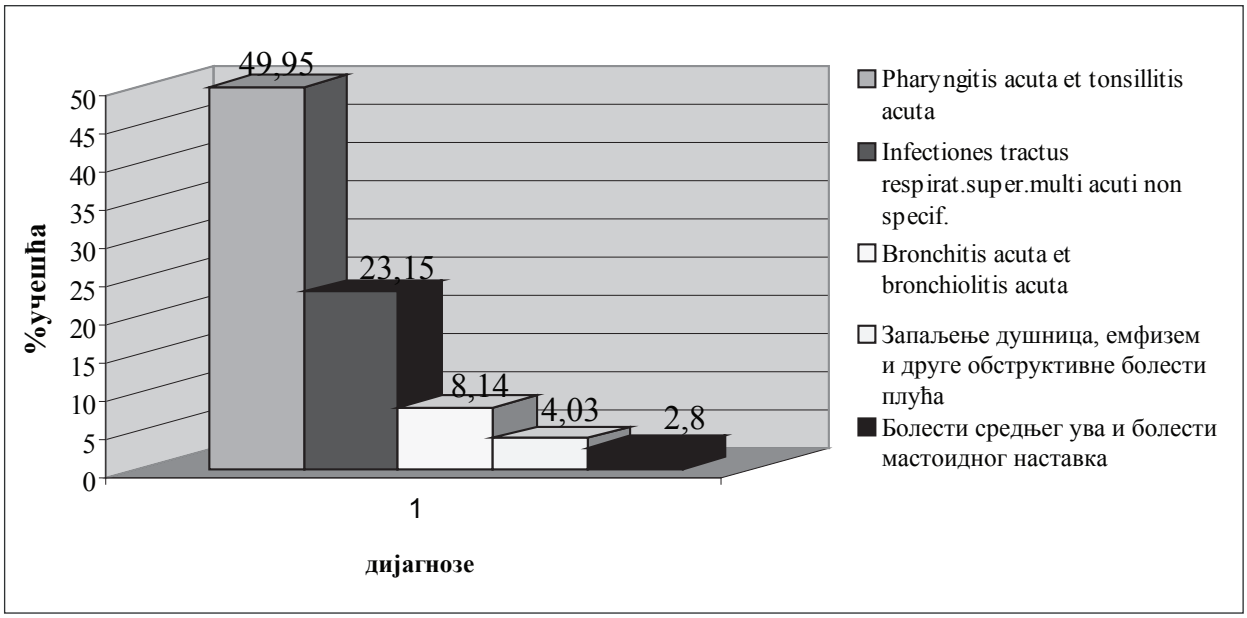
Графикон 7. Тренд коришћења здравствене заштите у дечјим специјалистичким амбулантама.



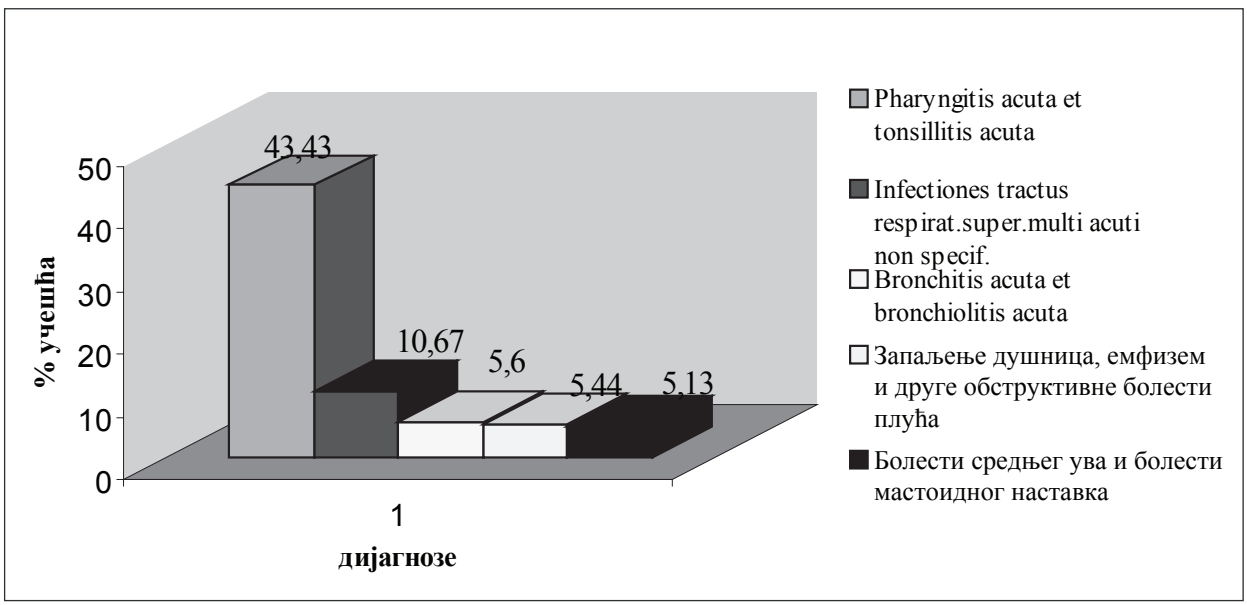
Линија тренда за период 2001-2010. година показује благи раст броја хоспитализоване деце на овом одељењу, у просеку за око 30 годишње (графикон 6).

Третман и лечење деце претрпело је током неколико последњих деценија значајне промене. Комбинација имунизације, побољшања социјалних услова и безбеднији начин

Графикон 8. Пет најчешћих обољења у служби здравствене заштите предшколске деце 2001. године.



Графикон 9. Пет најчешћих обољења у служби здравствене заштите предшколске деце 2010. године.

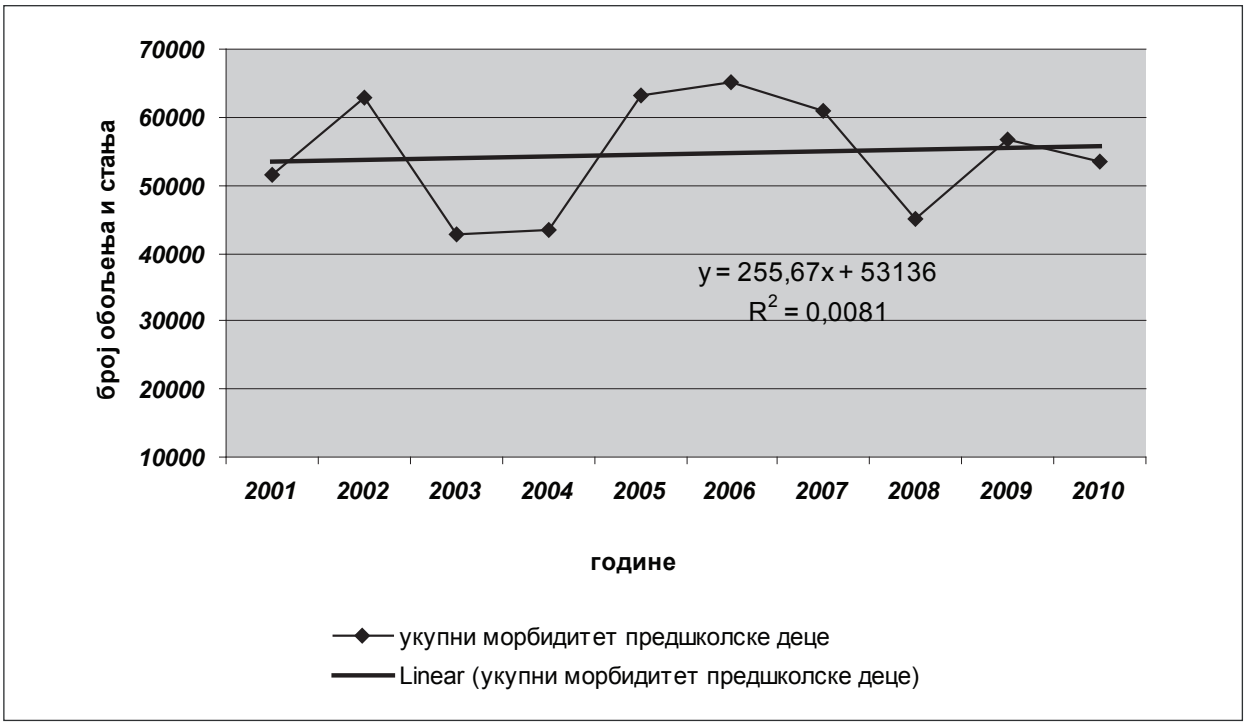


снабдевања храном довео је до тога да су многе од озбиљнијих болести деце данас ретке. Последично ће све више болница у будућности деци пружати само амбулантну заштиту[3].

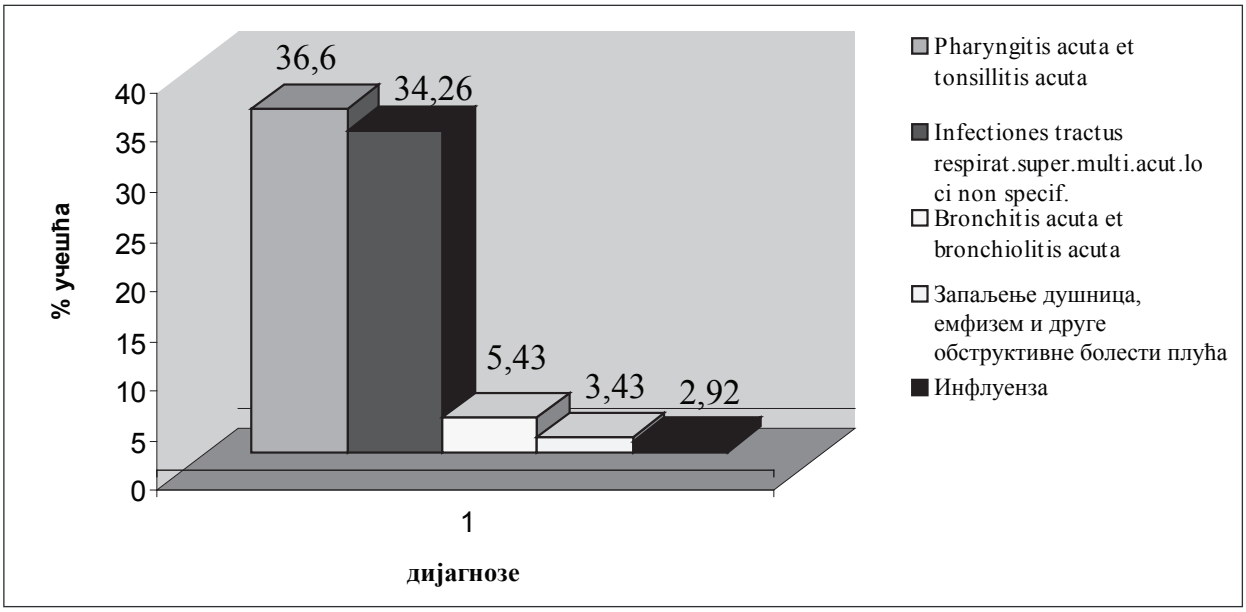
Специјалистичко консултативну заштиту деце у Краљеву обезбеђују амбуланте у следећим областима: дечја кардиологија, ендокринологија, хематологија, пулмологија, гастроентерологија, нефрологија и неуропсихијатрија.

Коришћење специјалистичке здравствене заштите у десетогодишњем периоду показало је тренд раста, за просечно 511 посета годишње (графикон 7).

Графикон 10. Тренд укупног морбидитета предшколске деце.

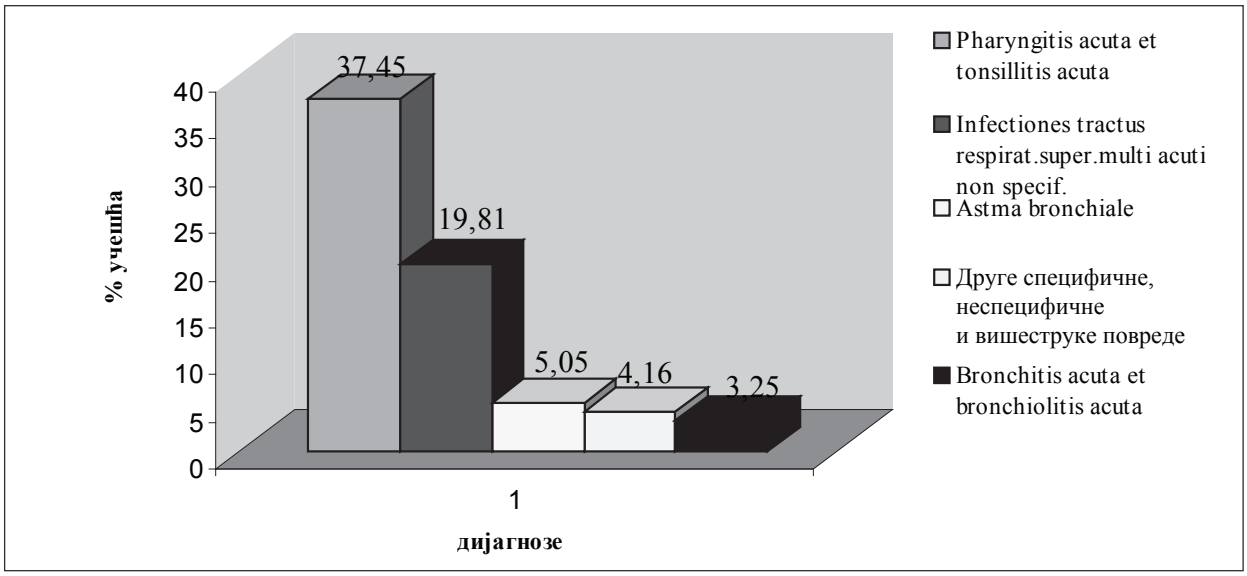


Графикон 11. Пет најчешћих обољења у здравственој заштити школске деце и омладине 2001. године.



Највеће коришћење бележи се у области дечје пулмологије. Једна петина посета свим специјалистичким амбулантама односи се на ову област са десетогодишњим трендом раста просечно за 110 посета годишње (y=109.93x +2114.1; P²=0,1603).

Графикон 12. Пет најчешћих обољења у здравственој заштити школске деце 2010. године.



Морбидитет обе популационе групе деце у десетогодишњем периоду посматрали смо: праћењем укупног морбидитета, упоређивањем ранга пет водећих дијагностичких група обољења и пет најчешћих појединачних дијагноза на почетку и крају посматраног периода.

Укупан број утврђених обољења, стања и повреда у области здравствене заштите предшколске деце током 2001. године у Краљеву износио је 51.469 са стопом од 5.081,35. на 1.000 деце од 0 до 6 година. У структури морбидитета најчешће су регистроване (графикон 8):

1. болести система за дисање са 90,93%;
2. болести ува и мастоидног наставка са 2,83%;
3. заразне и паразитарне болести са 1,62%;
4. болести коже и поткожног ткива са 1,45%;
5. болести система за варење са 0,96%.

Укупан број утврђених обољења, стања и повреда у области здравствене заштите предшколске деце током 2010. године износио је 53527, са стопом од 6646.84 на 1000 деце од 0 до 6 година. У структури морбидитета најчешће се региструју (графикон 9):

1. болести система за дисање са 73.52%
2. болести ува и мастоидног наставка са 5.49%
3. симтоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази са 4.77%
4. болести система за варење са 2.78 %
5. повреде тровања и последице деловања спољних фактора 2.69 %

Према укупном броју случајева обољења регистованих у диспанзеру за предшколску децу констатује се следеће: најмањи број 42.758 случајева регистрован је 2003. године, а највећи број случајева 67.526 регистрован је 2008. године.

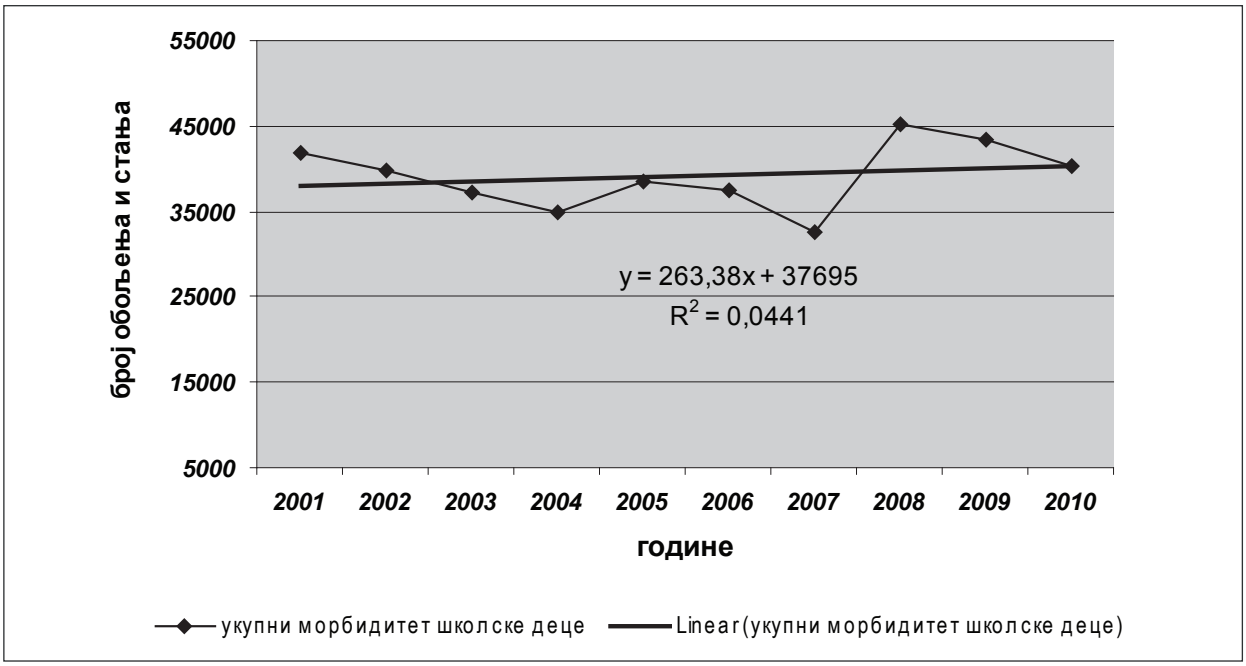
Укупан регистровани морбидитет код предшколке деце бележи благи тренд раста у овој деценији у просеку за 256 случајева годишње (графикон 10).

Ово повећање укупног морбидитета не треба тумачити једнострано, у смислу да су нам деца болеснија, већ као резултат више фактора, од којих су неки сигурно боља и прецизнија евиденција, боља доступност здравствене заштите.

Уочене су разлике у структури оболевања предшколске деце на почетку и крају посматраног периода. У првих пет дијагностичких група нема заразних болести и болести коже и поткожног ткива, а појављују се симтоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази и повреде, тровања и последице спољних фактора.

Ранг пет најчешћих појединачних дијагноза код деце предшколског узраста је непромењен

Графикон 13. Тренд укупног морбидитета школске деце.



на почетку и крају посматраног периода. Од првог до четвртог места рангиране су упале горњих и доњих респираторних путева, а на петом месту су болести средњег ува и мастоидног наставка.

Укупан број утврђених обољења, стања и повреда у области здравствене заштите школске деце и омладине током 2001. године у Краљеву износио је 41.885 случајева, са стопом од 2.028,82 на 1.000 деце од 7 до 19 година. У структури морбидитета најчешће су регистроване (графикон 11):

1. болести система за дисање са 87,94%;
2. заразне и паразитарне болести са 2,74%;
3. болести ува и мастоидног наставка са 2,53%;
4. болести коже и болести поткожног ткива са 1,67%;
5. болести мокраћно-полног система са 1,42%.

Укупан број утврђених обољења, стања и повреда у области здравствене заштите школске деце и омладине током 2010. године у Краљеву износио је 40.253, са стопом од 2.627,31 на 1.000 деце од 7 до 19 година. У структури морбидитета најчешће се региструју (графикон 12):

1. болести система за дисање са 71,40%;
2. симтоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази са 4,87%;
3. повреде, тровања и последице деловања спољних фактора са 4,71%;
4. болести ува и болести мастоидног наставка са 3,09%;
5. болести мокраћно полног система са 2,82%.

Укупан регистровани морбидитет школске деце и омладине у примарној здравственој заштити бележи благи тренд раста у овој деценији у просеку за 263 случајева годишње. Најмањи број 32.688 случајева регистрован је 2007. године, а највећи број 45.111 регистрован је 2008. године (графикон 13).

Као и код предшколске деце структура морбидитета школске деце је промењена, па у пет најчешћих група нема заразних болести и болести коже и поткожног ткива, а појављују се симтоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази и повреде, тровања и последице деловања спољних фактора.

Код школске деце и омладине промењена је и структура пет најчешћих обољења, па поред акутних упала грла и крајника као и ди-

сајних путева, друге специфичне и неспецифичне и вишеструке повреде и бронхиална астма представљају значајан здравствени проблем код школске деце и омладине на територији града Краљева.

Током последње две до три деценије запажају се промене у структури акутних респираторних обољења код деце, што се посебно односи на обољења бронха.

Оно што се упоредо мењало или што је претходило наведеној појави јесте развој индустрије и технологије, повећање врста и густине полутанса ваздуха и огроман саобраћај моторних возила. Овоме се придружују фактори урбанизације, чији је удео веома значајан[4].

Добро је познато да многи фактори одређују здравље и развој деце и адолесцената. Транзиција у развоју друштва узроковала је и транзицију у структури оболевања и умирања[5].

Узроци промена у морбидитету обе посматране групе деце у Краљеву су свакако комлексни. Корелација са понашањем и стилом живота деце, али и факторима животне средине, потврђена је у бројним истраживањима.

Животна средина највише утиче на децу старости до 14 година. Сматра се да је код овог узраста чак једна трећина болести последица различитих фактора животне средине[6].

Закључак

Постојећи здравствени капацитети на примарном и секундарном нивоу здравствене заштите у граду Краљеву омогућавају услове за спровођење ефикасне здравствене заштите деце.

Наравно, и убудуће треба тежити унапређењу квалитета рада у овим областима, а приоритет дати раном откривању поремећаја раста и развоја и активностима на превенцији фактора ризика који негативно утичу на здравље деце.

Даља анализа уочених промена у морбидитету деце треба да помогне у дефинисању приоритета деловања у будућим превентивним активностима, посебно промоцији здравља деце и омладине као основног предуслова за унапређење њиховог здравља.

Литература

1. Уредба о Националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине. Сл. гласник РС бр. 28 од 24. априла 2009.
2. Здравствени статистички годишњак 2001-2010. Завод за јавно здравље Краљево.
3. Бабић М: Будућност болница у свету и код нас – стварамо ли болнице за 21. век. Зборник радова и резимеа Другог конгреса социјалне медицине Србије, Златибор, 2010.
4. Николић П.М., Вукмировић М., Матијевић Б.: Здравље деце у условима градске и индустријске климатске средине. Београд, 2009.
5. Лозановић Миладиновић Д.: Здравље мајке и детета – могућности за унапређење. Зборник радова Научно стручне конференције социјалне медицине, Велика Плана, 2007.
6. Благојевић Љ., Петровић Б., Милтојевић В.: Здравствено стање школске деце у руралној средини. Зборник радова, 44 дани превентивне медицине, Ниш, 2010.

Контакт: Др Драгана Тендјера Милићевић, Завод за јавно здравље Краљево, Слободана Пенезића 16, 36000 Краљево, тел. 036 392 336/лок 124; моб. 064 8855035; e-mail: dragana.milicevic@zjzkv.org.rs

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 616.72-002-085.844
ID BROJ: 189249036

Процена аналгетичког дејства интерферентних струја код пацијената са остеоартрозом колена

Јелена Звекић Сворцан[1], Александра Миков[2], Иван Миков[3], Софија Субин Теодосијевић[4]

Assessment of Interferential Current Analgetic Effect in Patients With Knee Osteoarthritis

Jelena Zvekić Svorcan, Aleksandra Mikov, Ivan Mikov, Sofija Subin Teodosijević

Сажетак: *Увод. Остеоартроза је незапаљенско, хронично, прогредијентно дегенеративно реуматско обољење. Главни клинички симптом остеоартрозе јесте бол при покретима.*

Циљ. Евалуација анлгетичког ефекта интерферентних струја, као и евалуација функционалног стања болесника који болују од остеоартрозе колена.

Материјал и метод. Узорак је обухватио 40 пацијената који болују од остеоартрозе колена и лечени су у Специјалној болници за реуматске болести у Новом Саду. Пацијенти су лечени применом интерферентних струја и кинезитерапијом. Анализирана је толеранција на ход, обим покретљивости у оболелом зглобу и тестирана је груба мишићна снага мишића екстензора колена. Посматран је и карактер и интензитет бола преко скраћеног облика McGill упитника о болу. Терапијски ефекат је евалуиран пре, након терапије, као и 1 и 3 месеца након примењене терапије.

Резултати. Узорак је обухватио 40 пацијената, просечне старосне доби 59,80 година, већином жена 72,5%. Дошло је до побољшања функционалног стања пацијената у смислу повећања толеранције на ход, повећана је покре-

Summary: *Introduction. Osteoarthritis is a non-inflamatory, chronic, progressive degenerative rheumatic disease. The main clinical symptom is pain during movement.*

Aim. Evaluation of interferential current analgetic effect and assessment of functional state of patient with knee osteoarthritis.

Material and method. Sample included 40 patients with knee osteoarthritis, treated at the Special Hospital for Rheumatic Diseases in Novi Sad. Patients were treated by interferential current and by kinesytherapy. Walking tolerance and mobility level were tested as well as coarse muscular strength in knee extensor muscles. Character and intensity of pain were monitored using short form McGill pain questionnaire. Therapeutic effect was evaluated before and after therapy, and 1 and 3 months afterwards.

Results. The sample included 40 patients, average age of 59,80 years, with females prevailing (72,5%). There was improvement of patients' functional state in sense of increased walking tolerance, improved movements in the afected knee and increase of muscular strength in knee extensors. The analgetic effect was noted in all time intervals.

1 Мр сц. мед. др Јелена Звекић-Сворцан, MD, Ms, лекар специјалиста физикалне медицине и рехабилитације, Специјална болница за реуматске болести, Нови Сад.

2 Проф. др сц. мед. Александра Миков, MD, PhD, лекар специјалиста физикалне медицине и рехабилитације, Клиника за дечју хабилитацију и рехабилитацију, Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине, Медицински факултет, Нови Сад.

3 Проф. др сц. мед. Иван Миков, MD, PhD, лекар специјалиста медицине рада, Завод за здравствену заштиту радника, Медицински факултет, Нови Сад.

4 Др Софија Субин Теодосијевић, MD, лекар специјалиста интерне медицине, Општа болница „Др Ђорђе Јовановић", Зрењанин.

тљивост у оболелом колену и повећана је мишићна снага екстензора колена. Аналгетички ефекат је такође уочен у свим посматраним временским интервалима.

Закључак. Аналгетички ефекат интерферентних струја је настао у почетку третмана, а функционално побољшање било је највеће након три месеца захваљујући кинезитерапијском третману.

Кључне речи: *остеоартроза, колено, бол, интерферентне струје.*

Conclusion. The analgetic effect of interferential current occured at the start of treatment, and functional improvement was largest three months after, due to kinesytherapy treatment.

Key words: *Osteoarthritis, Knee, Pain, Interferential current.*

Увод

Остеоартроза је незапаљенско, хронично, лагано прогредијентно дегенеративно реуматско обољење непознате етиологије, које захвата периферне зглобове и/или кичмени стуб. Главни клинички симптом остеоартрозе јесте бол који се јавља при покретима, а смањује у току мировања[1, 2, 3]. Објективност мерења бола као субјективног симптома добија се када се он изрази помоћу дескриптивне, нумеричке или визуелне аналогне скале[4, 5, 6]. Лечење остеоартроза састоји се од општих мера, медикаментозне терапије, физикалног и хируршког лечења[7]. Интерферентне струје представљају вид физикалног лечења. На симптом бола делују аналгетски, а овај ефекат се објашњава дражењем рецептора у кожи и модулацијом бола у задњим роговима кичмене мождине („gate" механизам) као и ослобађањем ендогених опоида[8].

Циљ

Евалуација аналгетичког ефекта интерферентних струја и евалуација функционалног стања болесника који болују од остеоартрозе колена, пре тремана, непосредно након лечења, један и три месеца након лечења.

Материјал и метод

Проспективна клиничка студија обухватила је пацијенте који болују од остеоартрозе колена и лечени су у Специјалној болници за реуматске болести у Новом Саду. Узорак је обухватио 40 пацијената оба пола, старости од 50 до 75 година. Код свих пацијената је постављена дијагноза остеоартрозе колена на основу критеријума утрвђених од стране ACR (American College of Rheumatology)[9]. Из истраживања су били искључени сви пацијенти који су узимали медикаментозну терапију која би умањивала бол и пацијенти који се нису одазивали на заказане контролне прегледе. Коришћен је следећи протокол: мерена је толеранција на ход у минутима, мерен је обим покрета у колену (флексија и екстензија) помоћу гониометра и изражавана у степенима и тестирана је груба мишићна снага m. quadriceps-a (m. Qps-a) која је оцењивана оценама од 0 до 5. Мерења су вршена пре терапије и после десете терапије, као и на контролним прегледима, након месец дана и након три месеца. У истим временским интервалима је попуњаван и тзв. скраћени облик McGill-овог упитника о болу који садржи питања о физичком болу, емоционалном, интензитету бола (VAS скала), укупном болу и општем интензитеу укупног бола. Пацијенти су третирани интерферентним струјама, фреквенце од 90 до 100Hz, интензитета 20-40mA, трајања 15 минута. Процедуре су биле апликоване у трајању од две недеље, пет пута недељно, укупно десет терапија. Сви пацијенти су били укључени у исти кинезитерапијски третман у дневном трајању од 30 минута. У статистичкој анализи коришћене су методе дескриптивне статистике (средња вредност,

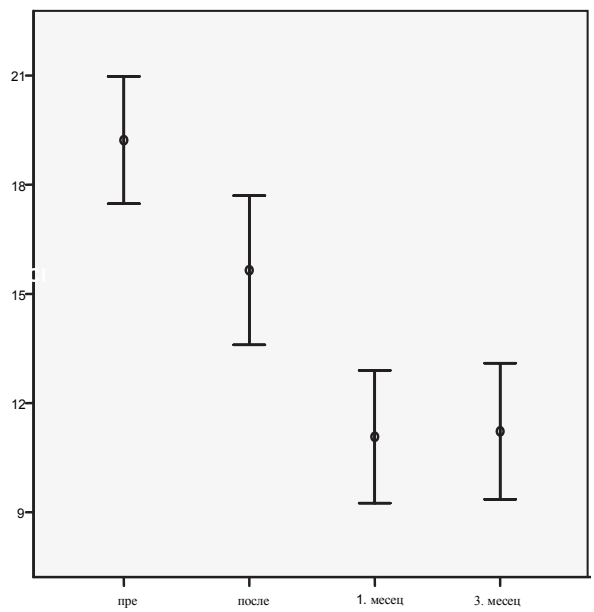
стандардна девијација), параметарски тестови (Студентов Т тест) и непараметарски Фишеров тест.

Резултати

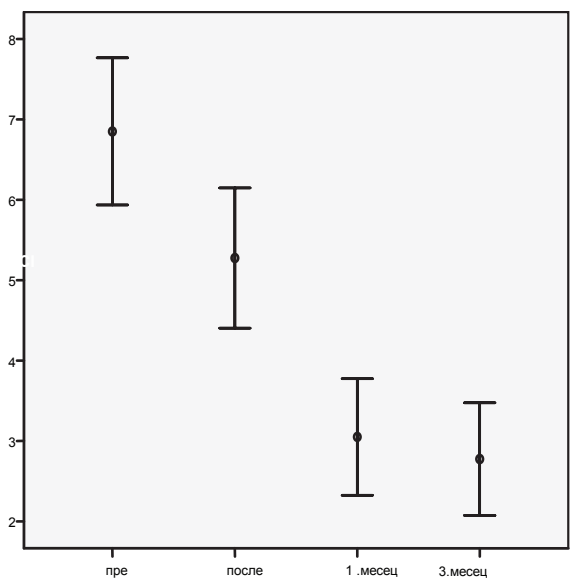
Просечна старост пацијента је износила 59,80 година (SD - стандардна девијација 7,914), а процентуална заступљеност по полу чиниле су жене у 72,5%, а мушкарци у 27,5% случајева. Посматрајући толеранцију на ход која је мерена у минутима пре, непосредно после десете терапије и један и тре месеца након завршеног третмана, након завршеног физикалног третмана дошло је до повећања броја пацијената који имају већу толеранцију на ход (преко 20 минута), и то након првог месеца 35%, а након трећег месеца од завршеног третмана њих 40%, с обзиром да пре терапије ни један пацијент није имао толеранцију на ход од 20 минута. Посматрајући повећање обима покрета у колену – највеће повећање се запажа након трећег месеца од спровођења терапије, тако да 97,55% пацијената има функционалну задовољавајућу покретљивост, док свега један пацијент (2,5%) није имало функционалну задовољавајућу покретљивост, док пре терапије њих 15 (37,5%) није имало функционалну задовољавајућу покретљивост. Највеће повећање мишићне снаге m. Qps-a добијено је трећег месеца након завршене терапије, тако да је 92,5% пацијената имало мишићну снагу m. Qps-a оцењену оценом 5, док 7,5% оценом 4, а ниједан пацијент није имао оцену 3, у поређењу са вредностима на почетку терапије када је чак 13 (32,5%) пацијената имало оцену 3, више од половине пацијената (52,5%) оцену 4 и свега њих 6 (15%) оцену 5.

Постоји статистички значајна разлика у индексу процене физичког бола у смислу његовог снижења пре третмана и након третмана ($t=8,597$; $<0,01$), један месец након лечења ($t=16,801$; $p<0,01$) и три месеца након лечења ($t=13,098$; $p<0,01$).

Графикон 1. Индекс процене физичког бола пре терапије, непосредно после терапије, један месец и три месеца након терапије.

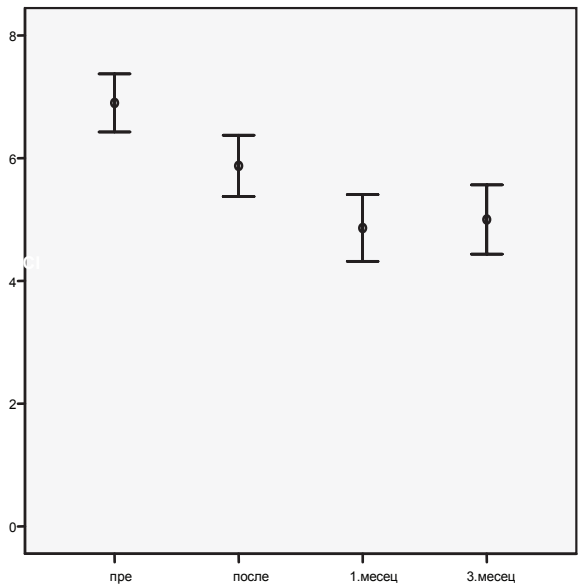


Графикон 2. Индекс процене емотивног бола пре терапије, непосредно после терапије, један месец и три месеца након терапије.



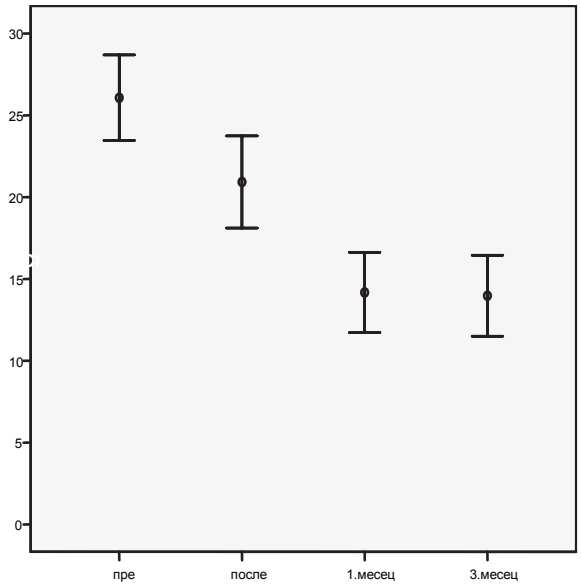
Постоји статистички значајна разлика у индексу процене емотивног бола у смислу његовог смањења, пре третмана и после ($t=6,494$; $p<0,01$), један месец после лечења ($t=13,566$; $p<0,01$) и три месеца након третмана ($t=12,174$; $p<0,01$).

Графикон 3. Интензитет присутног бола (VAS скала) пре терапије, непосредно после третмана, један месец и три месеца након третмана.



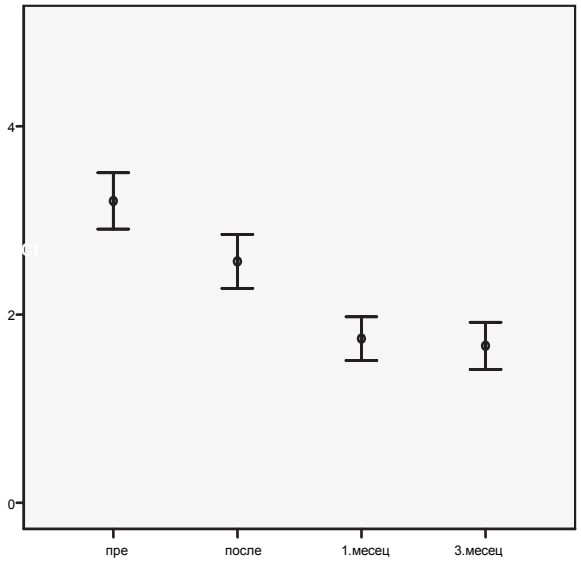
Постоји статистичка значајна разлика у интензитету присутног бола у смислу његовог смањења пре и након терапије (t=14,336; p<0,01), након месец дана (t=19,132; p<0,01) и након три месеца од терапије (t=14,284; p<0,01).

Графикон 4. Индекс процене укупног бола пре терапије, непосредно након терапије, један и три месеца након терапије.



Постоји статистички значајна разлика у индексу процене укупног бола у смислу његовог смањења пре и након терапије (t=10,156; p<0,01), након једног месеца од терапије (t=19,005; p<0,01) и три месеца након терапије (t=14,438; p<0,01).

Графикон 5. Општи интензитет укупног претрпљеног бола пре терапије, непосредно након терапије и један и три месеца након терапије.



Постоји статистички значајна разлика у процени општег интензитета укупног претрпљеног бола у смислу његовог смањења пре и након терапије (t=7,449; p<0,01), након једног месеца (t=15,584; p<0,01) и након три месеца од терапије(t=13,721; p<0,01).

Дискусија

Етиологија остеоартроза није у потпуности разјашњена, па је и лечење углавном симптоматско и усмерено ка уклањању субјективних тегоба уз очување функције захваћеног зглоба. Један вид лечења преставља и физикална терапија, где се убрајају и електропроцедуре међу којима су и интерферентне струје.

Резултати нашег истраживања су показали да је примена интерферентних струја довела до знатног клиничког побољшања испитиваних пацијената. Тестирањем толеранције на ход,

обима покретљивости у колену и јачине мишића екстензора колена дошло се до закључка да постоји статистичко значајно побољшање, посматрано у периоду одмах након третирања интерферентним струјама, првог и трећег месеца након примене терапије, са добијеним најбољим резултатима трећег месеца након примењене терапије. Анализирајући наше резултате можемо закључити да интерферентне струје доводе до смањења бола третираног зглоба, а самим тим и до побољшања клиничког налаза. Резултати који указују на побољшање након три месеца од завршеног третмана не могу се у потпуности приписати дејству интерферентних струја већ и кинезитерапији која је од почетка спровођена у амбулантним условима, а потом и у кућним условима. Сличне резултате добили су и други аутори у својим радовима[10, 11]. У истраживачком раду Rufus-a и сар. (2002) испитаници су били болесници који су имали остеоартрозу колена и који су у назад пар месеци имали сталан бол у колену. Испитивање је вршено упоредно, где је једна група испитаника била лечена интерферентним струјама фреквенце од 100Hz у трајању од 15 минута, а друга група плацебо ефектом.. Аналгетички ефекат је мерен VAS скалом која иначе преставља један део McGill-овог упитника о болу. Испитивање је показало да постоји статистичко побољшање у смислу купирања бола, што је самим тим довело и до клиничког побољшања код оних пацијената који су третирани интерферентним струјама. Бол у групи код које је примењивана терапија интерферентним струјама била је високо статистички значајно мања у односу на групу која је била третирана плацебо ефектом[12]. У најновијој студији која је објављена октобра 2011. године упоређивани су ефекти три различите фреквенце интерферентних струја (40, 100 и 180Hz) и плацебо ефекта. Рандомизирана студија обухватила је 60 пацијената са дијагностикованом остеоартрозом колена. Пацијенти су били подељени у три групе, прве три су третиране различитим фреквенцама интерферентних струја, а четврта плацебо ефектом. Лечење је вршено пет пута недељно, три недеље. Пацијенти су били контролисани на крају третмана и након месец дана од лечења. Посматрана је VAS скала, клинички налаз у смислу толеранције на ход, покретљивост зглоба колена и WOMAC скала. Закључак студије јесте да нема значајне разлике у терапијском дејству између различитих вредности фреквенце, али се показало побољшање у односу на пацијенте који су третирани плацебо ефектом ($p< 0,05$)[13]. Током нашег истраживања, добијени резултати о карактеристикама бола евалуирани су дескриптивном методом скраћеног облика McGill-овог упитника о болу[14]. Статистичком обрадом ова дескриптивна метода је дала квантитативни однос бола пре терапије и на контролним прегледима након терапије. Овај упитник је коришћен и у истраживањима других аутора, мада у литератури нисмо нашли радове са којима би могли детаљно да упоредимо резултате наших истраживања на основу овог дескриптивног теста[5, 6].

Закључак

Примена интерферентних струја у лечењу болесника са остеоартрозом колена доводи до побољшања функционалног статуса у смислу повећања толеранције на ход у свим испитиваним временским интервалима са највећим ефектом три месеца након завршене терапије. Такође је уочено повећање обима покрета у колену, као и повећање грубе мишићне снаге код скоро две трећине пацијената након три месеца од завршетка терапије. Аналгетички ефекат након примене интерферентних струја испитан је применом скраћеног облика McGill-овог упитника о болу, а добијени резултати указују да је највећи ефекат уочен након месец дана од примењене терапије. Ови резултати могу се објаснити аналгетичким дејством ових струја у почетку третмана, док се позитивни ефекти у смислу функционалног опоравка, поготово након три месеца од завршене терапије, могу више приписати позитивним ефектима које има кинезитерапијски третман.

Литература

1. Peterson IF, Jacobson LT. Osteoarthritis of the peripheral joints. Best Pract Clin Rheumatol 2002; 16: 741-760.
2. Croft P, Jordan K, Jinks C. „Pain elsewhere“ and the impact of knee pain in older people.Arthritis Rheum 2005; 52(8): 2350-4.
3. Dieppe PA, Lohmander LS. Patogenesis and management of pain in osteoarthritis.The Lancet 2005; 365(9463): 965-973.
4. Kersten P, White PJ, Tennant A. The visual analogue WOMAC 3,0 scale-internal validity and responsiveness of the VAS version. BMC Musculoskelet Disord 2010; 11: 80.
5. Strand LI, Ljunggren AE, Bogen B, Ask T, Johnsen TB. The Short – Form McGill Pain Questionnaire as an outcome measure: test – retest reliability and responsiveness to change. Eur J Pain 2008; 1287): 917-25.
6. Chaffee A, Yakuboff M, Tanabe T. Responsiveness of the VAS and McGill pain questionnaire in measuring changes in musculoskeletal pain. J Sport Rehabil 2011; 20(2): 250-5.
7. Wagner E. Non-surgical treatment of osteoarthritis of large joints-new aspects. Wien Med Wochenshr.2009; 159(3-4): 76-86.
8. Михајловић В. Физикална терапија. Ободско слово, Ријека Црнојевића, 2002.
9. Wu CW, Morrell MR, Heinze E, Wollaston SJ, Arnold EL, Singh R at al. Validation of American College of Rheumatology classification criteria for knee osteoarthritis using arthroscopically defined cartilage damage scores. Semin Arthritis Rheum 2005; 35(3): 197-201.
10. Fransen M, McConnell S. Exercise for osteoarthritis of the knee. Cochrane Database Syst Rev.2008 Oct8; (4): CD004376.
11. Coleman S, Briffa NK, Carroll G, Inderieeth C, Cook N, McQuade J. Effect of self-management, education and specific exercises, delivered by health professionales, in patients with osteoarthritis of the knee. BMC Musculoskelet Disord.2008Oct2; 9: 133.
12. Rufus AA, Maltheu OB, Oluwatson OF. Effect og interferential current stimulation in management of osteoarthritis knee pain. Psysiotherapy 2002; 88: 493-499.
13. Gundog M, Atamaz F, Kanyilmaz S, Kirazli Y, Celepoglu G. Interferential Current Therapy in Patient with Knee Osteoarthritis Comparison of the Effectiveness of Different Amplitude-Modulated Frequencies. Am J Phys Med Rehabil.Oct 2011.
14. Jacques E. McGill Pain Scale for Pain Assessment. Medical Review Board 2009.

Контакт: Мр сц. мед. др Јелена Звекић Сворцан, лекар специјалиста физикалне медицине и рехабилитације, Специјална болница за реуматске болести, Футошка 68, Нови Сад, e-mail: zvekic.svorcan@gmail.com

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 618.19-006.6-084
ID BROJ: 189249804

Карцином дојке код жена – превенција

Слађана Васиљевић[1], Славица Коневић[2], Весна Пауновић[3]

Breast Cancer in Women – Prevention

Sladjana Vasiljević, Slavica Konević, Vesna Paunović

Сажетак: *Рак дојке је најчешћи злоћудни тумор код жена. Јавља се и код мушкараца, али сто пута ређе. У свету оболи милион жена годишње од рака дојке. У САД-у 100/100.000; у Европи 46-73/100.000; док у Србији 3.500 до 4.000 новооболелих годишње.*

Правовремено откривање рака дојке омогућава излечење у 90 одсто случајева. На основу овог података пажњу треба посветити превенцији и методама за рано откривање те болести. Најбољи начин борбе против малигних болести јесте примарна и секундарна превенција. Делује спречавањем настанка обољења путем уклањања штетних деловања или путем увођења позитивног понашања. Велики значај има секундарна превенција, односно рано откривање болести. Терцијална превенција, такође, може да побољша квалитет живота код већ дијагностикованих жена. С обзиром на познате факторе ризика, где на неке можемо и сами да делујемо, прва мера превенције јесте самопреглед дојке, затим клинички преглед и палпација дојки, ултразвучни преглед дојке и мамографија.

Поменуте методе се могу применити спровођењем „скрининга“ за рак дојке, који може бити организован на националном нивоу.

Познавајући све променљиве и непроменљиве факторе ризика који могу допринети настанку рака дојке, програм скрининга се може спровести веома поуздано и ефикасно. Тако, здравствено стање представља динамичку равнотежу човека и животне средине.

Скрининг спада у секундарни од три нивоа превенције, који подразумева едукацију лекара,

Summary: *Breast cancer is the most common malignant tumor in women. It occurs in men as well, but at a hundred times less frequent rate. Throughout the world, one million women fall ill with breast cancer every year. In the USA - 100/100.000; in Europe 46-73/100.000; while in Serbia there are 3.500 to 4.000 newly diseased every year.*

Timely detection of breast cancer enables successful treatment in 90% of the cases. Based on this information, attention should be paid to prevention and methods of early detection of the disease. The best way to fight malignant diseases is primary and secondary prevention. They aim at preventing emergence of the disease, by eliminating harmful influences, or by introducing positive behavior. Secondary prevention, i.e. early detection of the disease, has a major importance. Tertiary prevention too, can improve quality of life for most women who had been diagnosed with breast cancer. Considering the established risk factors, some of which can be influenced by ourselves, the first prevention measure is breast self-examination, followed by clinical examination and breast palpation, ultrasound breast examination and mammography.

Those methods can be implemented by conducting breast cancer „screening“, that can be organized at a national level.

If all variable and invariable risk factors that can contribute to the development of breast cancer are established, screening program can be conducted very reliably and efficiently. In this way, health conditions set dynamic balance between man and environment.

1 Слађана Васиљевић, dipl. ecc. mndz. у здравству, Дом здравља „Земун“, Београд, тел. 0607654- 620; 11272 Добановци, Владе Вујића бр.13; e-mail vasiljevicsladjana2@gmail.com

2 Славица Коневић, dipl. ecc. mndz. у здравству, Дом здравља „Раковица“, Београд.

3 Весна Пауновић, dipl. ecc. mndz. у здравству, Гинеколошко акушерска клиника “Народни фронт“, Београд.

едукацију техничара, здравствено просвећивање становништва у циљу раног откривања карцинома дојке.

Поређењем више студија, које су рађене различитим моделима, Светска здравствена организација још увек је у дилеми који би то критеријуми били важни за спровођење скрининг програма на националном нивоу.

Кључне речи: *рак дојке, превенција, скрининг, мамографија.*

Screening belongs to the second out of three existing levels of prevention and it includes training of physicians and technicians, as well as general health education of population, in order to improve early detection of breast cancer.

After comparing several studies, based on different models, WHO still faces a dilemma as to which would be the criteria that are important for conducting the screening program at a national level.

Key words: *breast cancer, prevention, screening, mammography.*

Увод

У Србији свака дванаеста жена (45-69 година) болује од карцинома дојке у односу на сваку шеснаесту жену у земљама Европске уније. Годишње у Србији од рака дојке умре преко 1.500 жена. На основу многих студија, које су рађене, како у Србији, тако и у свету, потврђено да је прави лек за ову болест ***превенција***[1].

С обзиром на то да су познати сви фактори ризика и да се поједини могу предупредити, организовани вид превенције са сигурношћу може да умањи инциденцију рака дојке код жена. Године старости, позитивна породична анамнеза, претходни рак дојке, репродуктивни фактори ризика, хормонски препарати и структура дојке најбитнији су фактори ризика који се путем превенције могу умањити или уклонити[2].

Прва мера превенције јесте самопреглед дојке, затим клинички преглед и палпација дојки, ултразвучни преглед дојке и мамографија.

Значај скрининга јесте да умањи морталитет од рака дојке. У Шведској је код жена између 40 и 74 година старости смртност смањена за 63 одсто (у односу на део популације која није имала скрининг), што показује да је спровођење скрининг програма најуспешнији начин у раном детектовању саме болести. Рано откривање болести даје већу могућност за излечење[3].

Након двадесете године живота све жене би требале једном месечно да прегледају своје дојке и то непосредно после менструације, односно од петог до десетог дана циклуса.

Клинички преглед и палпација дојки најважнија је метода и подразумева узимање породичне анамнезе и детаљну палпацију обе дојке и пазушних јама у различитим положајима од стране искусног лекара[4].

Ултразвучни преглед дојки се најчешће користи код младих жена, које имају више жлезданог ткива. Ултразвуком дојки може се рано открити присуство чворића (могу бити цисте или тумори). Ултразвучни преглед дојки се изводи амбулантно, није болан, нити су могуће компликације.

Мамографија је поуздана рендгенолошка метода којом се откривају тумори и друге промене, премале да би се могле напипати. Мамографски преглед у већини случајева није болан. Код младих жена жлездано ткиво заузима готово целу дојку и мамографска слика је прилично нејасна, стога нема разлога снимати дојке женама млађим од 35 година[5, 6].

Као помоћна метода за откривање и дијагностиковање рака дојке јесте и мерење туморских маркера.

Циљ рада

Циљ рада јесте да покаже у којој мери скрининг мамографијом може да умањи инциденцију и морталитет жена оболелих од рака дојке.

Резултати

За ефективну превенцију веома је важно деловати на узроке инциденције. Скоро две трећине свих умрлих од рака доводи се у везу са четири фактора ризика, који се могу модификовати.

Употреба дувана је појединачно најзаступљенији превентабилни узрок малигних болести у свету. У 30 одсто случајева навике у исхрани су повезане са настанком рака у развијеним земљама. Гојазност је дефинисана као БМИ 30кг/м2, повезана је са око 10 одсто свих случајева рака. Физичка активност као фактор ризика, повезана је са један одсто свих случајева рака.

Жене које имају позитивну породичну историју, спадају у групу високо ризичних за оболевање. Међутим, мере превенције никако не смеју бити искључене код осталих жена, без обзира на факторе ризика и старосну доб. Такође, није битна верска и етичка припадност, ниво образовања и материјални и социјални статус. Лекар као обавезни члан тима у детекцији симптома процењује у односу на старосну доб која је метода поуздана како би се препознали симптоми болести, а да при том не делује контраиндиковано или штетно по здравље саме жене. Фактори ризика, патогенеза и прогноза значајно се разликују у пременопаузалном и постменопаузалном периоду жене[4].

Шта је скрининг?

Скрининг је прелиминарно откривање особа са непрепознатим облицима поремећаја здравља, уз помоћ лако и брзо применљивих метода и поступака, на иницијативу доктора.

То је програм дизајниран од стране националног удружења за борбу против рака дојке, и обухвата више метода за детекцију болести. Програм је углавном бесплатан, или по веома ниској цени (не обухвата здравствено осигурање), доступан је целокупном становништву. Програм се спроводи у оквиру сваке државе како би центри за контролу болести имали увида у здравствено стање становништва. Програм може да се организује и спроводи на различите начине, односно најбољи начин је прилагодити га становништву и факторима ризика. Дизајниран је да пружи само скрининг, међутим чланови тима за скрининг програм морају да успоставе комуникацију на вишем нивоу како би се откривена болест даље дијагностиковала и лечила[5, 6, 7]. Постоји масовни, селективни, мултипли и опортунистички скрининг.

Који су критеријуми за увођење скрининг програма?

1. Везани за испитивано обољење, важан здравствени проблем – озбиљност прогнозе, висока учесталост пресимптоматских облика, сагледан природни ток и бољи исход услед ранијег откривања.
2. Који се односе на скрининг тест – валидност, поузданост, једноставност, безбедност.

Значај скрининга се може потврдити на основу података Америчког националног центра за здравствену статистику који показује да је одзив жена преко 40 година старости, исказан процентуално, у сталном порасту[23].

1987. године	28,8%
1992. године	55,8%
1998. године	66,9%
2000. године	70,0%

Самопреглед дојке – први корак превенције

Почетком двадесете године живота (може и пре) жена би требало да изврши самопреглед дојке. Најпре мора да буде упућена како треба да изгледају здраве дојке, како би током прегледа приметила промену. Свака промена не мора да значи и рак дојке[6, 7]. Жена може да осети сваку промену на дојци, или да уочи промене након самопрегледа. Приступ самоопрегледу дојке зависи од саме жене. Након завршетка менструалног циклуса, одреди дан за самопреглед. Приступа се корак по корак, левом шаком опипава десну дојку, а десном шаком опипава леву дојку. Опипавање врши кружним покретима и покретима горе-доле. Тај поступак понавља у лежећем и

стојећем положају испред огледала.

Жене са уграђеним имплантантима дужне су да се едукују код хирурга како би препознале промене. Жене дојиље и труднице, такође, могу да приступе самопрегледу дојке. Сваку промену су дужне да пријаве свом изабраном лекару, како би се наставила даља дијагностика и лечење[8, 9].

Резултати досадашњих студија показују да редовни самопреглед дојки не потврђује смањење смртности од рака дојке, па се не може препоручити као скрининг тест.

Самопрегледом се једино повећава свест и мотивисаност жене за учешће на скринингу[10, 11].

Клинички преглед и палпација дојки

Клинички преглед и палпација дојки је преглед од стране здравствених радника – лекара, лекара помоћника и медицинске сестре. Врши се два пута годишње без обзира на старосну доб и потребе пацијента. Лекар прегледа облик, величину, текстуру, промене на кожи и брадавици. Палпацијом и добром техником може да испита и дубље ткиво у дојци. Поред палпације, изабрани лекар захтева додатне анализе, тумор маркер (CA 15-3 добро прати ширење карцинома дојке), биохемијске анализе и ултра звук дојке[13, 14, 15].

Године 1963, 1978, 1980. у скринингу на карцином дојке, у програму превенције и извиђења рандомизиране студије, поред мамографије, примењиван је и клинички преглед дојке.

Не постоје докази да клинички преглед дојки, као скрининг тест, може да доведе до смањења смртности од рака дојке у обухваћеној популацији[16, 17].

Ултразвучни преглед дојки

Ултразвучни преглед дојки је метода која има за циљ да открије сваку промену која није палпацијом или другим прегледом откривена. Ултразвуку дојке се могу подвргнути све жене, које лекар индукује. Метода је поуздана, нема контраиндикација и најчешће се прегледају млађе жене, које имају више жлезданог ткива[18]. Изводи се амбулантно, неинвазивна, комфорна метода у дијагностици. Лекар мора да поседује посебну едукацију из ове области.

Мамографија

Зашто мамографија?

- Златни стандард у дијагностици болести дојке,
- Метода избора за скрининг због високе сензитивности,
- Нижа специфичност у дефинисању природе промена.

Циљ мамографије јесте да детектује сваку непалпабилну промену на дојци. Мамографија је поуздана рендгенолошка метода којом се откривају тумори и друге промене[15]. Мамографски преглед у већини случајева није болан. Код младих жена жлездано ткиво заузима готово целу дојку и мамографска слика је прилично нејасна, стога нема разлога снимати дојке женама млађим од 35 година. Прву мамографију, тзв. иницијалну, треба направити женама између 38. и 40. године, а затим женама старијим од 40 година једном годишње. Код жена од 50 до 69 година препорука је мамографију направити једном у две године[18, 19].

Снимање треба да се врши у две стандардне пројекције, чиме се повећава сензитивност мамографије и смањује број лажно позитивних налаза.

Код суспектних налаза дијагностика се проширује на аспирацију и цитолошку анализу добијеног садржаја, као и биопсију, хистолошки преглед добијеног ткива, као и прегледи ради искључења десеминације болести (ТРГ плућа, РТГ кичме, карлице, краниограм). Као додатна метода у дијагностици рака дојке помаже и мерење туморских маркера. Туморски маркер CA 15-3 добро прати ширење карцинома дојке, али због слабе осетљивости не помаже у раном откривању рака дојке. За детаљнију потврду користи се магнетна резонанца (МР), компјутеризована томографија (ЦТ) и сцинтиграфија[20].

Ефикасност мамографије

Рандомизирана клиничка испитивања су показала да је 30 одсто мања смртност од рака дојке код жена између 50 и 69 година старости које су радиле мамографију, док су подаци о женама испод 50 година старости непотпуни и мање јасни. Закључци студије су нејасни, јер је дизајн студије са неадекватним узорком[6, 21].

Неколико студија је показало негативан утицај на смртност у првим годинама примене мамографије. Узроци ових ефеката нису познати, чак и мета-анализа није довољна за добијање резултата о ефикасности скрининг-мамографије код жена млађих од 50 година[22, 23].

Такође, ретки су подаци о ефикасности скрининг-мамографије код жена старијих од 69 година.

Подаци истраживања о делотворности мамографа за одређене групе стално ажурирају и доступни су преко Националног института за рак.

Осетљивост мамографа у процентима је 75-90%, док је специфичност од 90 до 95%.

Осетљивост зависи од квалитета опреме, стручности радиолога и густине дојке.

У Копенхагену, 1991. године, спроведена је Кохортна студија у спровођењу скрининг програма. Циљ студије био је да се докаже у којој мери скрининг мамографијом за рак дојке код жена од 50-те до 69-те године живота може да утиче на смањење смртности. Програм је рађен у три региона, док су остали региони били контролна група. Циљна група су биле жене од 50-те до 69-те године старости, док је обухват био око 40.000 жена. Студија је завршена 31. марта 2001. године. У првом кругу позива одазвало се 71 одсто жена, док је одзив у другом кругу био успешнији. Резултати студије показали су да је смртност умањена за 25 процената. Већ након шесте године студија значај мамографије је био примећен[24, 25, 26].

Ефикасност мамографије може се документовати и на основу више упоредо рађених рандомизираних студија које су рађене 1963, 1976, 1977, 1978, 1980, 1981. и 1982. године у Шведској. Студију су спровели Олсен и Goche. Старосна популација 40-74 године живота. Контролна и студијска група су биле приближно једнаке. Дизајн студије је био усклађен према популацији. Резултати су показали да ефикасност мамографије износи 30 процената[27, 28, 29].

Ако упоредимо студију мета анализе из Шведске, рађене 1993. године, где су укључене све жене и на основу тога су добијени резултати који, такође, прате претходне студије и доказују да се смртност од рака дојке умањује мамографијом, односно раним откривањем[30, 31].

У Норвешкој је скрининг програм почео 1995/96. године, а ефекат ће се тек проценити[32].

Студија је објављена 1996. године у Вашингтону. Рађена је путем детаљног интервјуа и мамографије, хиспано жена беле и црне расе. Студија је извођена у две фазе у руралном подручју где су постојала различита веровања и страхови за излагање мамографији.

Садржај првог упитника је био 18 детаљно наведених фактора ризика, док је други својим садржајем и информисао жене о мамографији. Фокус група је била усмерена на теме које ће их навести на разлоге којих треба да се ослободе да би извршиле мамографију. Веровања у судбину, питања културе, цена мамографије, утицај породице (лојалност супругу), тешко успостављање комуникације и остали разлози су утицали на спровођење мамографије. Друга фаза истраживања након прикупљања података подразумева приступ мамографији по приоритету обрађених фактора ризика. Преко 60 одсто испитаника је изнад 50. године живота. Од 29 испитаника, шест жена није знало шта је мамограф, а млађе су од 50 година. На питање који је разлог за одбијање мамографије, најчешћи одговор је "биће шта мора", тј. веровање у судбину или нелојалност свом супругу ако би се јавиле лекару[33-40]. Закључак студије је недовољна информисаност о раку дојке и слаба социјална забринутост. Програм превенције прилагодити према специфичним потребама.

Ограничења мамографског скрининг прегледа

Лажно негативни налаз: мамографски налаз је нормалан или је промена окарактерисана као бенигна упркос постојању инвазивног карцинома. Чешћи у старосној групи 40-49 година (25%) него код жена 50-70 година (око 10%).

Интервални рак дојке: примарни рак дојке откривен у периоду између два скрининг прегледа, као последица лажно позитивног налаза или као новонастала промена, најчешћи тумор брзог раста. Број интервалних карцинома дојке не би смео да буде већи од 30 процената у року од 12 месеци од претходне мамографије која је оцењена као нормална. Ту спадају жене са позитивном породичном анамнезом, жене под хормонском супституционом терапијом, и велики размак мамографске контроле[41, 42].

Начин извођења мамографије

Савремена опрема за мамографију користи X зраке, чији је ниво зрачења занемарујући, односно веома низак (0,1 до 0,2 рад по слици).

Мамографија се изводи јачим притиском плоче за снимање на груди жене, што може бити болно на тренутак. Компресија траје само неколико секунди. Слике су црно-беле. Цео поступак за скрининг мамографије траје око 20 минута. Правилно снимање, даје и поуздан резултат. Лекар тумачи резултат и обавештава жену о осталом виду превенције[5, 8, 31, 43].

Савременији модел мамографа датира из 1969. године. Најновији дигитални мамографи помажу у прецизнијем читању снимка.

Препоруке

Амерички колеџ за радиологију и Амерички колеџ гинеколога и акушера препоручују скрининг мамографије за жене старости од 40 до 49 године сваких једну до две године, а након наршене 50-те године живота сваке године. Амерички колеџ лекара препоручује Бијенал скрининг за жене старости између 50 и 74 године. Америчка академија породичних лекара, који препоручују мамографију за жене преко 50 година старости, тренутно ажурирају своје смернице. Канадска Радна група у периодичном систему превентивних прегледа, препоручују годишњу мамографију за жене старости од 50 до 69 година, док за жене старости 40 до 49 година не препоручују. Сличан став за превентивне мере има Радна група САД и препоручује мамографију сваке једне до две године за жене старости 50 до 69 година[44].

Многе земље скрининг мамографију процењују као методу избора, иако постоје различити ставови о овој врсти превенције. На основу процене ризика за рак дојке, постоје основне препоруке: Скрининг преглед, мамографски преглед дојки на две године код жена старости од 50 до 70 година. Додатни преглед односи се на клинички преглед дојки на годину дана од 40 година старости, самопреглед дојки од 30 година старости. Жене са већим ризиком подлежу ранијем скринингу у краћим интервалима, док се додатне методе спроводе према факторима ризика[41, 44].

Дискусија

Превенција рака дојке обухвата све мере које спречавају настанак болести. Односе се на смањење фактора ризика у општој популацији. Ризик за настанак рака дојке постоји код сваке жене, укључујући и оне код којих не постоји ни један фактор ризика. Скрининг прегледе треба препоручити свим женама према њиховим годинама старости. Избор скрининга зависи од фактора ризика и старосног доба.

У складу са смерницама мамографија је на ниском нивоу, нарочито међу женама преко 60 година старости. Најчешће су то жене са ниским социоекономским статусом, као и припаднице етичких мањина. Процене варирају, сматра се да око десет до шездесет одсто жена пријављује да је радило мамографију у претходној години. Све зависи од урбаности

животне средине и настањености[45, 46]. Низак степен искоришћености мамографа оправдава се финансијским дефицитом. Одмах затим је и слаб подстицај од стране лекара, ниво образовања и небрига о сопственом здрављу. У примарној здравственој заштити мамографија би требала да се уведе као рутинска дијагностика. Свеобухватни приступ превентивним мерама морају, најпре, запослени у здравству да имају како би подигли свест о одговорности и бризи за здравље појединца. Процена је да скрининг рака дојке кошта од 3.400$ до 83.000$ за годину. Потенцијална исплативост скрининга је већа ако је обухват жена у већем броју, а посебно се односи на старију популацију, јер је старењем и број оболелих већи. Постоје докази да је смртност смањена код жена од 50 до 69 година захваљујући двогодишњем спровођењу скрининга. Жене са повећаним ризиком за настанак рака дојке скрининг-мамографије и магнетне резонанце требао би да почне у 30 година старости. С обзиром да је за ову популацију жена неусклађено мишљење о превенцији, савет и препоруке жена мора да добије од свог изабраног лекара. Постоје два модела за процену ризика. Гејл-модел заснива своје процене ризика на личне факторе ризика, као што су појава прве менархе и анамнезу оболелог првог сродника. The Mraz модел процену ризика доноси на основу породичне анамнезе и првог и другог сродника. Иако користе оба модела исте податке резултати су различити. Амерички центар за рак верује да је коришћење мамографије и МР код жена са високим ризиком неопходно и да се на тај начин смањује смртност.

Овај комбиновани приступ превенцији је поузданији од било које врсте тестова. МР је скупља од мамографије, већина великих осигуравајућих кућа ће платити скрининг тестове ако је жена у високом ризику. Међутим, у многим земљама постоји забринутост за излагање трошковима и на тај начин ограничење висококвалитетне услуге МР[47, 48]. Студија рађена у Енглеској на ефикасност мамографије показала је да је за 21 одсто умањена смртност од рака дојке Године. 2001. Шведска је увођењем скрининг програма за рак дојке код жена од 50-те до 64-те године живота смањена смртност за 21 одсто.

Поређењем више студија које су рађене различитим моделима Светска здравствена организација још је у дилеми који би то критеријуми били важни за спровођење скрининг програма на националном нивоу[49]. Због саме природе болести постоје велике варијације у ставовима о мамографији. Када и у ком животном добу је спроводити, који временски период посматрати као валидни податак може да се користи национални регистар за рак који поседује базу података о смртности и оболевању. Ставови су различити у свим земљама. Не постоје подаци и докази о штетности мамографије као методе која може бити контраиндикована.

За жене преко 70 година старости, не постоји довољно доказа на основу којих би се могле формирати препоруке о њиховом укључењу у програме скрининга. Узимајући у обзир већ добијене резултате и искуства других земеља, може се донети јединствени модел о превенцији рака дојке. Модел који би био користан и за појединца и за целокупно становништво[50, 51].

Закључак

Скрининг треба спроводити кроз добро организоване програме и то за жене од 50 до 70 година старости. Још увек не постоје општеприхваћени ставови о томе да ли у масовне скрининг програме треба укључитии жене старости од 40 до 49 година. Уколико се мамографски прегледи отпочну од 40-те године, препоручује се да се спроводе у краћем интервалу (на 12 до 18 месеци) до 50. године, а затим на две године.

Не постоје докази о ефикасности клиничког прегледа, самопрегледа, магнетне резонанце или било које друге методе, изузев мамографије као скрининг теста за масовне програме.

Литература

1. Parker S, Tong L, Bolden S, Wingo P. Cancer Statistics 1996. CA Cancer J Clin 1996; 46: 8-9.
2. Pharoah PD, Day NE, Duffy S, et al.: Family history and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. Int J Cancer 71 (5): 800-9, 1997.
3. Jonsson H, Nyström L, Törnberg S, Lenner P. Service screening with mammography of women aged 50–69 years in Sweden: effects on mortality from breast cancer. J Med Screen 2001; 8: 152–60.
4. Colditz G. Epidemiology of breast cancer: findings from the nurses health study. CA Suppl 1993; 71: 1480-9
5. Hendrick RE. Mammography quality assurance: current issues. Cancer 1993; 72(4 suppl): 1466-74.
6. Elwood JM, Cox B, Richardson AK. The effectiveness of breast cancer screening by mammography in younger women. Online J Clin Trials 1993; 2: Doc no 32.
7. Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, Ernster VL. Efficacy of screening mammography. A meta-analysis. JAMA 1995; 273: 149–54.
8. Miller AB, Baines CJ, To T, et al. Canadian national breast screening study 1: breast cancer detection and death rates among women ages 40-49 years. Can Med Assoc J 1992; 147: 1459-98.
9. Greenland S. Metaanalysis. I: Rothman K, Greenland S, red. Modern epidemiology. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998: 643–73.
10. Weiss NS. Breast cancer mortality in relation to clinical breast examination and breast self-examination. Breast J 2003; 9 (suppl2): S86-89.
11. Teh W, Wilson AR: The role of ultrasound in breast cancer screening.A consensus statement by the European Group for Breast Cancer Screening. European Journal of Cancer 1998; 34(4): 449-450.
12. Fox SA, Stein JA. The effect of physician-patient communication on mammography utilization by different ethnic groups. Med Care 1991; 29: 1065-82.
13. Brown ML, Fintor L. Cost-effectiveness of breast cancer screening: preliminary results of a systematic review of the literature. Breast Cancer Res Treat 1993; 25: 113-8.
14. Moskowitz M. Guidelines for screening for breast cancer: is a revision in order? Radiol Clin North Am 1992; 30: 221-33.
15. Bondy M, Lustbader E, Halabi S, et al. Validation of a breast cancer risk assessment model in women with a positive family history. JNatl Cancer Inst 1994; 86: 620-4.
16. Barton MB, Harris R, Fletcher SW: Does this patient have breastcancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How? JAMA: Journal of the American Medical Association 1999; 282(13): 1270-1280.
17. Rosen M, Rehnqvist N. Breast screening. No need to reconsider breast screening programme on basis of results from defective study. BMJ 1999; 318: 809–10.
18. Thompson W. Genetic epidemiology of breast cancer. CA Suppl 1994; 74: 279-87.
19. Teh W, Wilson AR: The role of ultrasound in breast cancer screening.A consensus statement by the European Group for Breast Cancer Screening. European Journal of Cancer 1998; 34(4): 449-450.
20. American Cancer Society. Detailed Guide: Breast Cancer. 2010. Accessed at http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/DetailedGuide/index on September 24, 2010.
21. Pisano ED, Gatsonis C, Hendrick E, et al. Diagnostic performance of digital versus film mammography for breast-cancer screening. N Engl J Med. 2005; 353: 1773-1783.
22. Kopans D. Screening for breast cancer and mortality reduction among women 40-49 years of age. CA Suppl 1994; 74: 311-22.
23. Saslow D, Boetes C, Burke W, et al for the American Cancer Society Breast Cancer Advisory Group. American Cancer Society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. CA Cancer J Clin. 2007; 57: 75-89.
24. Gøtzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? Lancet 2000; 355: 129–34.
25. Olsen O, Gøtzsche PC. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Breast Cancer Group. I: Cochrane Library, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software, 2001.
26. Olsen O, Gøtzsche PC. Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. Lancet 2001; 358: 1340–2.
27. Miller AB, Baines CJ, To T, Wall C. Canadian National Breast Screning Study: 1. Breast cancer detection and death rates among women aged 40 to 49 years. Cancer Causes Control 1992; 147: 1459–76.
28. Tabâr L, Vitak B, Chen HH, Duffy SW, Yen MF, Chiang CF et al. The Swedish Two-County Trial twenty years later. Updated mortality results and new insights from long-term follow-up. Radiol Clin North Am 2000; 38: 625–51.

29. Alexander FE, Anderson TJ, Forrest APM, Kirkpatric AE, Prescott RJ, Smith A. 14 years of follow-up from the Edinburgh randomised trial of breast-cancer screening. Lancet 1999; 353: 1903–8.
30. Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, Ernster VL. Efficacy of screening mammography. A meta-analysis. JAMA 1995; 273: 149–54.
31. Nyström L, Rutquist LE, Wall S, Lindgren A, Lindquist M, Ryden S et al. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. Lancet 1993; 341: 974–8.
32. Hakama M, Pukkala E, Soderman B, Day N. Implementation of screening as a public health policy: issues in design and evaluation. J Med Screen 1999; 6: 209–16.
33. Miller AB, Baines CJ, To T, Wall C. Canadian National Breast Screning Study: 1. Breast cancer detection and death rates among women aged 40 to 49 years. Cancer Causes Control 1992; 147: 1459–76.
34. Tabâr L, Vitak B, Chen HH, Duffy SW, Yen MF, Chiang CF et al. The Swedish Two-County Trial twenty years later. Updated mortality results and new insights from long-term follow-up. Radiol Clin North Am 2000; 38: 625–51.
35. Alexander FE, Anderson TJ, Forrest APM, Kirkpatric AE, Prescott RJ, Smith A. 14 years of follow-up from the Edinburgh randomised trial of breast-cancer screening. Lancet 1999; 353: 1903–8.
36. Greenland S. Metaanalysis. I: Rothman K, Greenland S, red. Modern epidemiology. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998: 643–73.
37. Koning HD. Assessment of nationwide cancer-screening programmes. Lancet 2000; 355: 80–1.
38. Duffy SW. Interpretation of the breast screening trials: a commentary on the recent paper by Gøtzsche and Olsen. Breast 2000; 9: 1–4.
39. Tabâr L, Fagerberg G, Duffy SW, Day N, Gad A, Grontoft O. Update of the Swedish two-county program of mammographic screening for breast cancer. Rad Clin North Am 1992; 30: 187–209.
40. Baines CJ, Dayan R: A tangled web: factors likely to affect the efficacy of screening mammography. Journal of the National Cancer Institute 1999; 91(10): 833-838.
41. Breast Imaging Reporting and Data System, BYRADSTM (1998), 3rd edn. American College of Radiology, reston, USA.
42. Centers for Disease Control and Prevention. National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. Accessed at: www.cdc.gov/cancer/nbccedp/about.htm on September 22, 2009.
43. Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, et al. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: Update 2003. *CA Cancer J Clin*. 2003; 53: 141-169.
44. Caplan LS, Wells BL, Haynes S. Breast cancer screening among older racial/ethnic minorities and whites: barriers to early detection. JGerontol 1992; 47: 101-10.
45. Carlson RW, Allred DC, Anderson BO, Burstein HJ, Carter WB, Edge SB, et al. Breast cancer. Clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2009 Feb; 7(2): 122-92. [PubMed: 19200416].
46. Chlebowski RT, Kuller LH, Prentice RL, Stefanick ML, Manson JE, Gass M, et al. Breast cancer after use of estrogen plus progestin in postmenopausal women. N Engl J Med. 2009 Feb 5; 360(6): 573-87. [PubMed: 19196674].
47. Hayes DF. Clinical practice. Follow-up of patients with early breast cancer. N Engl J Med. 2007; 356(24): 2505-13. [PubMed: 17568031].
48. Onsson H, Nyström L, Törnberg S, Lenner P. Service screening with mammography of women aged 50–69 years in Sweden: effects on mortality from breast cancer. J Med Screen 2001; 8: 152–60.
49. Minskad dödlighet i bröstcancer för kvinnor mellan 50 och 74 år. Pressemelding nr. 64. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.
50. Kåresen R, Jacobsen U, Sauer T, Skaane P. En prospektiv registrering av diagnostikk og behandling av tumor mammae ved Ullevål sykehus 1988–95. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3562–6.

Контакт: Слађана Васиљевић, dipl. ecc. mndz. у здравству, Дом здравља „Земун“, Београд, тел. 0607654- 620; 11272 Добановци, Владе Вујића бр.13; e-mail vasiljevicsladjana2@gmail.com

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 342.734:[616.98:578.828-05
ID BROJ: 189250060

Препорука Међународне организације рада у вези са HIV/AIDS-ом

Рајко Косановић[1], Сања Пауновић[2]

Recommendation of The International Labour Organisation Regarding Hiv and Aids

Rajko Kosanović, Sanja Paunović

Сажетак: *HIV и AIDS имају озбиљан утицај на друштво и економије, на свет рада, на раднике, њихове породице и особе које од њих зависе, на послодавце и организације радника, као и на јавна и приватна предузећа, те да поткопавају напоре за стварање хуманих услова рада и одрживог развоја, ради чега је Генерална конференција Међународне организације рада, 17. јуна 2010. године, усвојила Препоруку R 200 о HIV/AIDS-у.*

Кључне речи: *Међународна организација рада, HIV/AIDS, препорука.*

Summary: *HIV and AIDS have a serious impact on society and economies, on the world of work in both the formal and informal sectors, on workers, their families and dependants, on the employers and workers organizations and on public and private enterprises, and undermine the attainment of decent work and sustainable development, so the General Conference of the International Labour Organization adopted on 17 june 2010 R 200 HIV and AIDS Recommendation.*

Key words: *International Labour Organisation, HIV/AIDS, recommendation.*

Увод

Међународна организација рада – МОР (ILO - International Labour Organisation), једна је од најстаријих и најмасовнијих међународних организација. Основана је на Мировној конференцији у Паризу 1919. године, а на основу посебног уговора из 1946. године, трансформисана је у специјализовану агенцију Уједињених нација, не мењајући своје задатке, које чине активности на побољшању радних, економских и социјалних услова запослених лица. Међу оснивачима МОР-а налазила се и Југославија, која је имала прекид у чланству ове, већ близу девет деценија старе, организације у периоду од 1949. до 1951. године и у време замрзавања чланства, увођењем санкција Међународне заједнице 1992. године.

Организациону структуру МОР-а карактерише **трипартитност**, тј. у саставу органа МОР-а налазе се представници влада држава чланица МОР-а, представници радника (синдикалних националних централа) и представници послодаваца (национална удружења послодаваца).

Разлоге настанка међународног радног законодавства и оснивања МОР-а треба тражити у: 1) тежњи за побољшање тешког живота великог броја радника, 2) успостављању социјалног мира у индустријализованим земљама и 3) изједначавању услова за међународну конкуренцију (земље које су имале заштитно национално радно законодавство биле су у неповољнијем положају у односу на земље које га нису имале).

Једна од кључних функција МОР-а, од самог њеног оснивања, јесте установљење **међународних радних стандарда** о социјалним и питањима рада, а који имају облик **конвенција и препорука.**

Циљеви МОР-а утврђени су у Преамбули **Устава МОР-а**, а редефинисани су доноше-

1 Др сц. Рајко Косановић, председник Управног одбора Републичког фонда за здравствено осигурање.

2 Др сц. Сања Пауновић, Савез самосталних синдиката Србије.

њем **Филаделфијске декларације** 1944. године.

Имајући у виду циљеве и методе деловања МОР-а, можемо разликовати три делатности МОР-а и то: нормативну делатност; научно-истраживачку делатност и практичну делатност[1].

Према члану 2. Устава МОР-а, **три главна органа** МОР-а су: Генерална конференција представника земаља чланица; Административни савет и Међународни биро рада.

Састав, надлежности и организација наведених органа регулисани су Уставом МОР-а.

1. Међународни радни стандарди

Основу рада МОР-а представља доношење **међународних радних стандарда,** односно начела, норми или смерница о економским и социјалним правима, условима рада, социјалној сигурности и благостању на међународном плану, које имају за основне циљеве постизање социјалне правде, стабилизацију међународног мира и утицај на међународну конкуренцију.

Међународни радни стандарди садржани су у конвенцијама и препорукама МОР-а, што утиче на њихову правну природу. Наиме, уколико су садржани у ратификованим конвенцијама представљају правно обавезујуће норме, а уколико су садржани у препорукама имају више карактер социјално-политичких норми[2].

Основна обележја међународних радних стандарда су: **универзалност,** под којом се подразумева обезбеђивање минималног нивоа услова рада и социјалног благостања у светским размерама, и **трипартизам**, који се манифестује како у поступку доношења међународних радних стандарда, тако и у поступку имплементације.

Ради уважавања разлика у условима рада и степену економске и социјалне развијености, које постоје између држава чланица МОР-а, ублажавање униформисаности стандарда постиже се уношењем **клаузула флексибилности**, које овлашћују државе чланице МОР-а да, у оквиру граница које поставља одређена конвенција, саме одреде обим обавеза које су спремне да преузму. Разуме се да нема места клаузулама флексибилности у погледу међународних радних стандарда који се тичу основних права човека.

Посматрано по тематици, међународни радни стандарди могу се сврстати у следеће групе, односно области: слобода удруживања, колективно преговарање и индустријски односи; принудни рад; уклањање дечијег рада и заштита деце и младих; једнакост прилика и третмана; трипартитне консултације; радна администрација и инспекција; политика запошљавања и унапређења; професионално (стручно) усавршавање; сигурност запослења; зараде; радно време; професионална безбедност и здравље; социјална сигурност; материнска заштита; социјална политика; радници мигранти; поморци; рибари; лучки радници и посебне врсте радника.

2. Конвенције и препоруке МОР-А

Конвенције и препоруке представљају најзначајније акте које доноси Генерална конференција представника земаља чланица. Оне се доносе према сложеном поступку, који може да траје и до три године. До данас је увојено **188 конвенција и 200 препорука МОР-а**.

Земље чланице МОР-а у обавези су да у року од 12 месеци по усвајању конвенције исту поднесу парламенту (или неком другом органу власти) на **ратификацију.**

У упоредном праву разликују се два основна метода (доктрине, теорије) испуњавања обавеза које произилазе из ратификоване конвенције: монистички метод и дуалистички метод.

Према монистичком методу, ратификована међународна конвенција аутоматски се укључује у унутрашњи правни поредак и постаје

1 Боривоје М. Шундерић: Право Међународне организације рада. Правни факултет, Београд, 2001, стр. 3.

2 Бранко А. Лубарда: Лексикон индустријских односа. Радничка штампа, Београд, 1997, стр. 118.

обавеза за све државне органе, укључујући и судове и појединце.

Према дуалистичком методу, ратификована међународна конвенција не укључује се аутоматски у унутрашњи правни поредак, већ је обавеза државе да после ратификације конвенције изврши измене у националном законодавству (доношењем нових прописа или изменом постојећих) и на тај начин обезбеди примену конвенције.

Држава чланица МОР-а која ратификује конвенцију има обавезу да је поштује 10 година, с тим што се рок аутоматски продужава на наредних 10 година, уколико је не откаже годину дана пре истека њеног важења.

За разлику од ратификоване конвенције, препорука нема правно обавезујућу снагу, она има више карактер смерница државама чланицама МОР-а да предузму одговарајуће мере законодавне и управне природе.

Препорука се може донети као:

a. допуна конвенција или
b. независно од конвенције, у случају да није могуће изгласати конвенцију.

Србија је ратификовала 72 конвенције и 22 препоруке МОР-а.

У погледу испуњења обавеза које проистичу из ратификованих конвенција, у Републици Србији, као и у претходној Југославији, прихваћен је **монистички метод**, а то нам показују и чланови 16. и 194. Устава Републике Србије[3].

Члан 16. гласи:

„Спољна политика Републике Србије почива на општепризнатим принципима и правилима међународног права.

Општеприхваћена правила међународног права и потврђени међународни уговори саставни су део правног поретка Републике Србије и непосредно се примењују. Потврђени међународни уговори морају бити у складу с Уставом."

Члан 194. гласи:

„Правни поредак Републике Србије је јединствен.

Устав је највиши правни акт Републике Србије.

Сви закони и други општи акти донети у Републици Србији морају бити сагласни са Уставом.

Потврђени међународни уговори и општеприхваћена правила међународног права део су правног поретка Републике Србије. Потврђени међународни уговори не смеју бити у супротности са Уставом.

Закони и други општи акти донети у Републици Србији не смеју бити у супротности са потврђеним међународним уговорима и општеприхваћеним правилима међународног права."

Србија, као и све остале земље, у обавези је да МОР-у једном годишње подноси извештај о предузетим мерама примене ратификоване конвенције, како у законској регулативи, тако и у пракси.

3. Препорука у вези са HIV/AIDS-ом

Схватајући да HIV и AIDS имају озбиљан утицај на друштво и економије, на свет рада, на раднике, њихове породице и особе која од њих зависе, на послодавце и организације радника, као и на јавна и приватна предузећа, те да поткопавају напоре за стварање услова за хумане услове рада и одрживи развој, Генерална конференција Међународне организације рада, 17. јуна 2010. године, на свом 99. заседању, одржаном у Женеви, усвојила је Препоруку, која је означена као Препорука о HIV/AIDS-у из 2010. године (у даљем тексту: Препорука).

Поглавља Препоруке су следећа: I Дефиниције, II Циљ, III Општи принципи, IV Националне политике и програми (Дискриминација и промовисање једнаких шанси и третмана; Превенција; Лечење и нега; Подршка; Тестирање, приватност и поверљивост; Безбедност и здравље на раду; Деца и омладина), V Имплементација (Социјални дијалог; Едукација, обука, информисање и консултације; Јавне

3 Устав Републике Србије. Службени гласник РС 83/06.

службе, Међународна сарадња) и VI Даљи кораци.

3.1. Дефиниције основних појмова

Појмови коришћени у Препоруци имају следећа значења:

1. HIV - вирус хумане имунидифицијенције, вирус који оштећује људски имуни систем. Инфекција се може спречити одговарајућим мерама;
2. AIDS - стечени синдром имунодифицијенције, који наступа на узнапредовалим стадијумима HIV инфекције и који карактеришу опортунистичке инфекције или канцери повезани са HIV-ом, или и једно и друго;
3. особе које живе са HIV-ом – особе инфициране HIV-ом;
4. стигматизирање – социјално обележавање, које, када се односи на особу, обично изазива маргинализацију или представља препреку пуном уживању социјалног живота од стране особе инфициране или погођене HIV-ом;
5. дискриминација – било каква дистинкција, ексклузија или став који има утицај на укидање или негацију шанси или третмана у вези са запошљавањем или занимањем, као што је то наведено у Конвенцији о дискриминацији у области запошљавања и занимања и Препоруке из 1958. године;
6. погођене особе – особе чији животи су се изменили под утицајем HIV-а или AIDS-а услед ширег ефекта пандемије;
7. разумна акомодација – свака модификација или прилагођавање послу или радном месту које је разумно могуће и омогућава особи која живи са HIV-ом или AIDS-ом приступ запослењу, или учешће или напредовање у запошљавању;
8. угроженост – неједнаке шансе, социјалну ексклузију, незапосленост или несигурно запослење, узроковано социјалним, културним, политичким и економским факторима који особу чине подложнијом HIV инфекцији и развоју AIDS-а;
9. радно место – било које место на којем радници обављају своју активност; и
10. радник – било која особа која ради у свим облицима и на основу свих споразума.

3.2. Циљ доношења Препоруке

Циљ доношења Препоруке је да обухвати:

a. све раднике који раде у свим облицима и на основу свих споразума, као и на свим радним местима, укључујући: особе било ког запослења или професије; особе на обуци, укључујући приправнике и шегрте; волонтере; особе које траже посао и које конкуришу за посао; и отпуштене и суспендоване раднике;
b. све области економске активности, укључујући приватне и јавне секторе и формалну и неформалну економију; и
c. оружане снаге и униформисане службе.

3.3. Општи принципи

Према Препоруци, следећи **општи принципи** треба да се примењују на све акције у оквиру националних одговора на HIV и AIDS у свету рада:

a. одговор на HIV и AIDS треба да се сматра доприносом остварењу људских права и основних слобода и родне равноправности за све, укључујући раднике, њихове породице и особе које од њих зависе;
b. HIV и AIDS треба да се сматрају и третирају као питање радног места, које треба да буде укључено у основне елементе националних, регионалних и међународних одговора на пандемију уз пуно учешће организација послодаваца и радника;
c. не сме да буде дискриминације или стигматизације радника, посебно особа које траже посао и конкуришу за посао, на основу стварног или претпостављеног HIV статуса или чињенице да припадају регионима света или сегментима популације који су изложени већим ризицима или угроженији од HIV инфекције;
d. апсолутна превенција преношења HIV-а треба да представља основни приоритет;
e. радници, њихове породице и особе које од њих зависе треба да имају приступ превенцији, лечењу, нези и подршци у вези са HIV-ом и AIDS-ом, као и са тим повезане бенефите, а радно место треба да има улогу у олакшавању приступа тим услугама;

f. учешће и ангажовање радника у осмишљавању и процени националних програма и програма на радним местима треба да буде признато и поспешивано;
g. радници треба да уживају корист од програма за превенцију специфичних ризика професионалног преношења HIV-а и повезаних преносивих болести, као што је туберкулоза;
h. радници, њихове породице и особе које од њих зависе треба да уживају заштиту своје приватности, укључујући поверљивост у вези са HIV-ом и AIDS-ом, посебно у вези са њиховим сопственим HIV статусом;
i. од радника не сме да се захтева да се подвргавају тестирању на HIV или да откривају свој HIV статус;
j. мере везане за HIV и AIDS у свету рада треба да буду део националних политика и програма развоја, укључујући оне везане за рад, образовање, социјалну заштиту и здравље; и
k. заштита радника у професијама које су посебно изложене ризику од преноса HIV-а.

3.4. Националне политике и програми

Према Препоруци, када је о националним политикама и програмима реч:

1. Чланице треба да:
   a. усвоје националне политике и програме о HIV-у и AIDS-у и свету рада и о безбедности и здрављу на раду, где они још увек не постоје; и
   b. интегришу своје политике и програме о HIV-у и AIDS-у и свету рада у развојне планове и стратегије смањења сиромаштва, укључујући евентуалне стратегије за хумане услове рада, одрживе послове и стварање прихода.
2. У развоју националних политика и програма надлежне институције треба да узму у обзир Кодекс праксе МОР о HIV/AIDS-у из 2001. године и све касније ревизије, друге релевантне инструменте МОР, као и друге међународне смернице усвојене по овом питању.
3. Националне политике и програми треба да буду развијени од стране надлежних институција уз консултацију са репрезентативним организацијама послодаваца и радника, као и организација које представљају особе које живе са HIV-ом, узимајући у обзир ставове релевантних сектора, посебно сектора здравства.
4. Надлежне институције при развоју националних политика и програма треба да узму у обзир улогу радног места у превенцији, лечењу, нези и подршци, укључујући промовисање добровољног саветовања и тестирања у сарадњи са локалним заједницама.
5. Чланице треба да искористе сваку прилику за ширење информација о својим политикама и програмима о HIV-у и AIDS-у и свету рада путем организација послодаваца и радника, других релевантних институција које се баве HIV-ом и AIDS-ом и канала јавног информисања.

3.4.1. Дискриминација и промовисање једнаких шанси и третмана

У вези са дискриминацијом и промовисању једнаких шанси и третмана, према Препоруци:

1. Владе треба уз консултацију са репрезентативним организацијама послодаваца и радника да размотре пружање подршке једнаке оној која се прокламује у Конвенцији о дискриминацији (запошљавање и занимање) из 1958. године у превенцији дискриминације на основу стварног или претпостављеног HIV статуса.
2. Стварни или претпостављени HIV статус не сме да буде основ за дискриминацију која спречава ангажовање или стално запошљавање, или стремљење једнаким шансама у складу са одредбама Конвенције о дискриминацији (запошљавање и занимање) из 1958. године.
3. Стварни или претпостављени HIV статус не сме да буде узрок раскида радног односа. Привремено одсуство са радног места услед болести или дужности неге у вези са HIV-ом или AIDS-ом треба да се третира на исти начин као и одсуства због других здравствених разлога, узимајући у обзир Конвенцију о престанку радног односа из 1982. године.
4. Када постојеће мере против дискриминације на радном месту нису адекватне за ефикасну заштиту од дискриминације у вези са HIV-ом и AIDS-ом, чланице треба да прилагоде те

мере или их замене новим и обезбеде њихову ефикасну и транспарентну имплементацију.
5. Особама са обољењима везаним за HIV не сме бити ускраћена могућност да наставе да обављају свој рад, уз разумну акомодацију, уколико је то потребно, у периоду у којем су медицински за то у стању. Треба да се поспешују мере за упошљавање таквих особа да би радиле разумно прилагођено својим способностима, да нађу други посао кроз обуку или да се олакша њихов повратак на посао, узимајући у обзир релевантне инструменте МОР и УН.
6. Треба да се предузму мере да се на радном месту или путем радног места смањи преношење HIV-а и ослаби његов ефекат:
   a. обезбеђењем поштовања људских права и основних слобода;
   b. обезбеђењем родне равноправности и јачањем улоге жена;
   c. обезбеђењем акција ради спречавања и забране насиља и злоупотребе на радном месту;
   d. промовисањем активног учешћа жена и мушкараца у одговору на HIV и AIDS;
   e. промовисањем учешћа и јачања улоге свих радника, без обзира на њихову сексуалну оријентацију и на то да ли припадају некој угроженој групи;
   f. промовисањем заштите сексуалног и репродуктивног здравља и сексуалних и репродуктивних права жена и мушкараца; и
   g. обезбеђењем ефикасне поверљивости личних података, укључујући медицинске податке.

3.4.2. Превенција

Што се превенције тиче:
1. Стратегије превенције треба да се прилагоде националним условима и врсти радног места, при чему се у обзир узимају родни, културни, социјални и економски аспекти.
2. Програми превенције треба да обезбеде:
   a. да се тачне, актуелне, релевантне и правовремене информације ставе на располагање и учине доступним свима, и то културолошки адекватним језиком и у одговарајућем облику кроз разне расположиве канале комуникације;
   b. свеобухватне програме едукације, да би се женама и мушкарцима помогло у схватању и смањењу ризика свих начина преношења HIV-а, укључујући преношење са мајке на дете, као и у схватању важности промене ризичних понашања везаних за инфекцију;
   c. ефикасне мере безбедности и заштите на раду;
   d. мере за охрабривање радника да сазнају свој лични HIV статус путем добровољних саветовања и тестирања;
   e. приступ свим видовима превенције, укључујући, али не ограничавајући се само на гаранцију доступности неопходних средстава, и где је то могуће, информације о њиховом правилном коришћењу и доступности профилаксе након излагања;
   f. ефикасне мере за смањење високо ризичних понашања, укључујући групе које су изложене највећем ризику, са циљем смањења појаве HIV-а; и
   g. стратегије за умањење штете на основу смерница објављених од стране Светске здравствене организације, Заједничког програма УН за HIV/AIDS (UNAIDS), Бироа УН за дроге и криминал (UNODC) и других релевантних смерница.

3.4.3. Лечење и нега

Када је о лечењу и нези реч, према Препоруци:
1. Чланице треба да обезбеде да њихове националне политике и програми везани за здравствене интервенције на радним местима буду донете уз консултацију са послодавцима и радницима и њиховим представницима, те да се доставе службама јавног здравља. Они треба да пруже најшири обим одговарајућих ефикасних интервенција ради превенције HIV-а и AIDS-а и умањења њихових ефеката.
2. Чланице треба да обезбеде да радници који живе са HIV-ом и особе које од њих зависе уживају пун приступ медицинској нези кроз систем јавног здравља, социјалне заштите, приватног осигурања или на други начин. Чланице такође треба да обезбеде едукацију и

подизање свести радника ради олакшања њиховог приступа медицинској нези.

3. Све особе на које се односи ова Препорука, укључујући раднике који живе са HIV-ом, њихове породице и особе које од њих зависе, треба да имају право на медицинске услуге.
   Те услуге треба да обухватају следеће бесплатне или материјално доступне услуге:
   a. добровољно саветовање и тестирање;
   b. антиретровирални третман и додатну едукацију, информације и подршку;
   c. одговарајућу исхрану у складу са третманом;
   d. третман опортунистичких инфекција и сексуално пренетих инфекција, као и свих обољења повезаних са HIV-ом, посебно туберкулозе; и
   e. програме подршке и превенције за особе које живе са HIV-ом, укључујући психосоцијалну подршку.
4. Не сме да постоји дискриминација према радницима или особама које од њих зависе на основу стварног или претпостављеног HIV статуса у приступу системима социјалне заштите и професионалног осигурања, или у вези са користима које се пружају кроз те системе, укључујући бенефите везане за медицинску негу и инвалидност, као и смрт и преживљавање.

3.4.4. Подршка

Према Препоруци, када је о подршци реч:

1. Програми неге и подршке треба да обухватају мере разумне акомодације радног места за особе које живе са HIV-ом или обољењима повезаним са HIV-ом у складу са националним условима. Рад треба да се организује на такав начин да се прилагоди епизодичној природи HIV-а и AIDS-а, као и могућим пропратним последицама лечења.
2. Чланице треба да промовишу останак на послу и регрутовање особа које живе са HIV-ом. Чланице треба да размотре ширење подршке у периодима запослења и незапослености, укључујући по потреби могућности стицања прихода за особе које живе са HIV-ом или особе погођене HIV-ом и AIDS-ом.
3. Где може да се успостави директна веза између занимања и ризика од инфекције, AIDS и инфекција HIV-ом треба да буду препознати као професионално обољење или повреда на раду, у складу са националним процедурама и дефиницијама, а у складу са Препоруком о листи професионалних обољења из 2002. године, као и са другим релевантним инструментима МОР.

3.4.5. Тестирање, приватност и поверљивост

У делу Препоруке који се односи на тестирање, приватност и поверљивост, истиче се да:

1. Тестирање мора бити потпуно добровољно и без икакве принуде, а програми тестирања морају да поштују међународне смернице везане за поверљивост, саветовање и сагласност.
2. Тестирање и други облици прегледа на HIV не смеју да се захтевају од радника, укључујући раднике мигранте, особе које траже посао и конкуришу за радна места.
3. Резултати тестирања на HIV треба да буду поверљиве природе и не смеју да утичу на доступност радних места, период запошљавања, сигурност радног места или могућности напредовања у послу.
4. Од радника, укључујући раднике мигранте, особе које траже посао и конкуришу за посао, као и од земаља порекла, транзита или дестинације не сме да се тражи откривање информација о њиховом HIV статусу или статусу других. Приступ таквим информацијама мора бити регулисан правилима поверљивости у складу са Кодексом праксе МОР о заштити личних података радника из 1997. године и другим међународним стандардима заштите података.
5. Радници мигранти или радници који желе да мигрирају у потрази за послом не смеју да буду искључени из миграције од стране земаља порекла, транзита или дестинације на основу њиховог стварног или претпостављеног HIV статуса.
6. Чланице треба да имају обезбеђене доступне процедуре за пружање помоћи радницима у случају кршења њихових горе наведених права.

3.4.6. Безбедност и здравље на раду

Када је реч о безбедности и здрављу на раду, према Препоруци:

1. Радно окружење треба да буде безбедно и здраво да би се спречило преношење HIV-а на радном месту, применом Конвенције о безбедности и здрављу на раду и Препоруке из 1981. године, Конвенције о промотивном оквиру безбедности и здравља на раду и Препоруке из 2006. године, као и других релевантних међународних инструмената, као што су заједничке смернице МОР и СЗО.
2. Мере безбедности и здравља на раду ради спречавања излагања радника HIV-у на радном месту треба да обухвате опште мере за спречавање несрећа и опасности, као што су организационе мере, контролне техничке и радне праксе, опреме за личну заштиту, евентуалне мере еколошке контроле и профилаксе након излагања, као и друге безбедносне мере ради минимизирања ризика од HIV-а и туберкулозе, посебно за занимања која су највише изложена ризику, укључујући здравствени сектор.
3. Тамо где постоји могућност излагања HIV-у на радном месту, радници треба да стекну едукацију и обуку у вези са начинима преношења и мерама за спречавање излагања и инфекције. Чланице треба да предузму мере да би обезбедиле превенцију, безбедност и здравље у складу са релевантним стандардима.
4. Мере за подизање свести треба да нагласе да се HIV не преноси обичним физичким контактом, те да присуство особе која живи са HIV-ом не треба да се сматра опасношћу на радном месту.
5. Службе медицине рада и механизми на радним местима везани за безбедност и здравље на раду треба да се баве HIV-ом и AIDS-ом на основу Конвенције о службама медицине рада и Препоруке из 1985. године, заједничке смернице МОР/СЗО о медицинским службама и HIV/AIDS-у из 2005. и њених каснијих измена, као и других релевантних међународних инструмената.

3.4.7. Деца и омладина

У вези са децом и омладином, према Препоруци:

1. Чланице треба да предузму мере ради сузбијања дечијег рада и трговине децом као резултата смрти или болести чланова породице или старатеља услед AIDS-а и смањења угрожености деце од HIV-а на основу Декларације МОР о основним принципима и правима на раду из 1998. године, Конвенције о минималним годинама старости за заснивање радног односа и Препоруке из 1973, као и Конвенције о најгорим облицима дечијег рада и Препоруке из 1999. године. Треба да се предузму посебне мере ради заштите те деце од сексуалног злостављања и сексуалне експлоатације.
2. Чланице треба да предузму мере ради заштите младих радника од HIV инфекције и да посебне потребе деце и омладине обухвате у одговору на HIV и AIDS у националним политикама и програмима. То треба да обухвата објективну сексуалну и репродуктивну здравствену едукацију, посебно ширење информација о HIV-у и AIDS-у кроз професионалну обуку и програме и службе запошљавања младих.

3.5. Имплементација Препоруке

Националне политике и програми у вези са HIV-ом и AIDS-ом и светом рада, према Препоруци треба да:

a. се спроводе уз консултацију са репрезентативним организацијама послодаваца и радника и другим укљученим странама, укључујући релевантне јавне и приватне структуре које се баве здрављем на раду, на један или кроз комбинацију следећих начина:
   – националне законе и регулативе;
   – колективне уговоре;
   – националне акционе политике и програме везане за радна места; и
   – секторске стратегије, уз посебну пажњу на секторе у којима су ризику највише изложене особе на које се односи ова Конвенција;
b. укључивањем правосудних органа компетентних за радна питања, као и органа радне уп-

раве у планирање и имплементацију политика и програма и обезбеђивањем њихове обуке по том питању;
c. предвиђањем мера у националним прописима у случају кршења приватности и поверљивости и друге заштите која се пружа на основу ове Препоруке;
d. обезбеђивањем сарадње и координације између одговарајућих јавних институција и јавних и приватних служби, укључујући програме осигурања и помоћи и друге програме;
e. промовисањем и подржавањем свих предузећа у имплементацији националних политика и програма, такође и кроз њихове ланце набавке и мреже дистрибуције, уз учешће организација послодаваца и радника, уз обезбеђивање сарадње предузећа из зоне спољне трговине;
f. промовисањем социјалног дијалога, укључујући консултације и преговоре, у складу са Конвенцијом о трипартитним консултацијама (Међународни стандарди рада) из 1976. године, и друге облике сарадње међу владиним институцијама, јавним и приватним послодавцима и радницима и њиховим представницима, узимајући у обзир ставове особља у области медицине рада, специјалиста за HIV и AIDS, као и других страна, укључујући организације које представљају особе које живе са HIV-ом, међународне организације, релевантне организације цивилног друштва и националне механизме координације;
g. формулацијом, имплементацијом, редовном анализом и актуализацијом, узимајући у разматрање најновије научне и социјалне развоје и потребу повезивања родних и културолошких питања;
h. координацијом, између осталих, политика и програма рада, социјалне заштите и здравља; и
i. доношењем адекватне регулативе у сврху имплементације, узимајући у обзир националне услове, као и капацитет послодаваца и радника.

У вези са **социјалним дијалогом**, у Препоруци се наводи да:
1. Имплементација политика и програма везаних за HIV и AIDS треба да се заснива на сарадњи и поверењу међу послодавцима и радницима и њиховим представницима и владиним институцијама, уз активно учешће особа које живе са HIV-ом на њиховим радним местима.
2. Организације послодаваца и радника треба да шире свест о HIV-у и AIDS-у, укључујући превенцију и недискриминацију, кроз пружање едукације и информација својим члановима. То треба да се врши уз поштовање родних и културолошких разлика.

У Препоруци истиче се значај **едукације, обуке, информисања и консултација**, наиме:
1. Обука, безбедносне инструкције и било какве неопходне смернице на радном месту у вези са HIV-ом и AIDS-ом треба да се пружају на јасан начин и у разумљивом облику за све раднике, а посебно за раднике мигранте, нове ангажоване раднике без искуства, младе раднике и особе на обуци, укључујући приправнике и шегрте. Обука, инструкције и смернице треба да буду родно и културолошки усклађени и прилагођени карактеристикама радне снаге, узимајући у обзир факторе ризика за радну снагу.
2. Актуелне научне и социоекономске информације и евентуална едукација и обука о HIV-у и AIDS-у треба да стоје на располагању послодавцима, менаџерима и представницима радника да би могли да предузимају одговарајуће мере на радном месту.
3. Радници, приправници, особе на обуци и волонтери треба да добију информације и одговарајућу обуку о контролним процедурама у вези са HIV инфекцијом у контексту несрећа на радном месту и прве помоћи. Радници који су због занимања изложени ризику од додира са људском крвљу, производима крви и другим телесним течностима треба да добију додатну обуку везану за превенцију излагања, процедуре евиденције излагања и профиласком након излагања.
4. Радници и њихови представници треба да имају право да буду информисани и консултовани у вези са мерама предузетим у сврху имплементације политика и програма о HIV-у и AIDS-у везаних за радна места. Представници радника и послодаваца треба да учествују

у инспекцијама радних места у складу са националном праксом.

Када је о **јавним службама** реч, у Препоруци се наводи да:
1. Улога служби управе рада, укључујући инспекторат рада и правосудне институције надлежне за питања рада, треба у одговору на HIV и AIDS да буде анализирана и, по потреби, ојачана.
2. Системи јавног здравља треба да се ојачају и прате заједничке смернице МОР/СЗО о здравственим службама и HIV/AIDS-у из 2005. године, као и све њихове накнадне измене, да би помогле у обезбеђивању боље доступности превенције, лечења, неге и подршке и смањењу додатног оптерећења јавних служби, посебно здравствених радника, изазваног HIV-ом и AIDS-ом.

У делу Препоруке који се односи на **међународну сарадњу**, истиче се следеће:
1. Чланице треба да сарађују кроз билатералне или мултилатералне споразуме, кроз своје учешће у мултилатералном систему, или на друге ефикасне начине да би допринеле ефикасној примени ове Препоруке.
2. Мере да би се обезбедила доступност превенције, лечења, неге и услуга подршке у вези са HIV-ом за раднике мигранте треба да предузму земље порекла, транзита и дестинације, а међу укљученим земљама, када год се за то укаже потреба, треба да се закључују споразуми.
3. Треба да се охрабрује међународна сарадња између чланица и њихових националних структура везаних за HIV и AIDS, као и релевантних међународних организација, што треба да обухвата и систематску размену информација о свим мерама предузетим у одговору на HIV пандемију.
4. Чланице и мултилатералне организације треба да посвете посебну пажњу координацији и неопходним ресурсима за задовољење потреба свих земаља, посебно земаља високе преваленције, у развоју међународних стратегија и програма превенције, лечења, неге и подршке у вези са HIV-ом.
5. Чланице и међународне организације треба да настоје да смање цену материјала свих врста који служе превенцији, лечењу и нези инфекција изазваних HIV-ом и других опортунистичких инфекција и канцера повезаних са HIV-ом.

3.6. Даљи кораци у имплементацији Препоруке

Према Препоруци, **даљи кораци у њеној имплементацији** су:
1. Чланице треба да успоставе одговарајући механизам или користе постојећи за надгледање развоја у вези са националном политиком о HIV-у и AIDS-у и свету рада, као и за формулисање савета у вези са њеним усвајањем и имплементацијом.
2. Репрезентативне организације послодаваца и радника треба да буду заступљене на једнаком нивоу у механизму надгледања развоја у вези са националном политиком. Поред тога, те организације треба да буду консултоване у оквиру механизма сваки пут када је то потребно, узимајући у разматрање ставове организација особа које живе са HIV-ом, извештаје експерата или техничке студије.
3. Чланице треба у највећем могућем обиму да прикупљају детаљне информације и статистичке податке и врше истраживања развоја на националном нивоу и секторалним нивоима у вези са HIV-ом и AIDS-ом у свету рада, узимајући у обзир бројчани однос жена и мушкараца и друге релевантне факторе.
4. Поред извештаја у складу са чланом 19 статута Међународне организације рада, редовна анализа акција предузетих на основу ове Препоруке може да се приложи уз националне извештаје UNAIDS-у и извештаје у оквиру релевантних међународних инструмената.

4. Ковенције из области социјалног осигурања

Југославија, односно Србија, која је члан МОР-а од његовог оснивања ратификовала је

следеће значајније конвенције из области социјалног осигурања[4]:

1. Конвенција (број 12) о обештећењу несрећних случајева на послу у пољопривреди (из 1921. године);
2. Конвенција (број 17) о обештећењу несрећних случајева при раду (1925);
3. Конвенција (број 19) о једнаком поступању према страним и домаћим радницима у погледу обештећења несрећних случајева при раду (1925);
4. Конвенција (број 24) о осигурању за случај болести индивидуалних и трговачких радника и домаће послуге (1927);
5. Конвенција (број 25) о болничком осигурању пољопривредних радника;
6. Конвенција (број 48) која се односи на установљавање међународног уређења, очувања права у осигурању за случај изнемоглости, старости и смрти (1935);
7. Конвенција (број 56) о болесничком осигурању помораца (1936);
8. Конвенција (број 102) о минималној норми социјалног осигурања (1952);
9. Конвенција (број 103) о заштити материнства (1952);
10. Конвенција (број 121) о давањима за случај несреће на послу и професионалних болести;
11. Конвенција (број 143) о миграцијама у условима злоупотребе и унапређењу једнаких могућности и третмана радника миграната;
12. Конвенција (број 159) о професионалној рехабилитацији и запошљавању инвалида;
13. Конвенција (број 168) о промоцији запошљавања и заштити од незапослености.

Поред поменутих конвенције, из области социјалног осигурања ратификоване су следеће препоруке:

1. Препорука (број 67) о обезбеђењу прихода и
2. Препорука (број 69) о здравственој заштити.

Закључак

Међународна организација рада, путем *Препоруке R 200 о HIV/AIDS-у*, даје подршку националним и међународним напорима у заштити права и достојанства радника и свих особа које живе са HIV/AIDS-ом.

У Србији, након усвајања Препоруке R 200 о HIV/AIDS-у, на заседању Генералне Конференције МОР-а 17. јуна 2010. године, покренут је поступак да се утврди интерес у земљи за њеним ратификовањем. Наиме, Министарство рада и социјалне политике Владе Републике Србије затражило је од репрезентативних социјалних партнера - Савезу самосталних синдиката Србије допис је упућен 29. јуна 2011. године - достављање мишљења: „о томе **да ли Република Србија има интерес за ратификацију**", (поред осталих) и Препоруке у вези са HIV/AIDS-ом.

Савез самосталних синдиката Србије, се у свом одговору, дописом од 11. јула 2011. године, заложио за што хитнију ратификацију ове Препоруке.

Литература

1. Рајко Косановић: Конвенције и препоруке Међународне организације рада. Радничка штампа, Београд, 2007.
2. Рајко Косановић, Сања Пауновић: Колективно преговарање / Collective bargaining. Friederich Ebert Stiftung, Београд, 2010.
3. Рајко Косановић, Сања Пауновић, Дивна Вујасиновић Дучић: Пристојан рад / Decent work. Swiss Labour Assistance, Београд, 2008.
4. Сања Пауновић, Рајко Косановић. Сива економија / Hidden economy. International Trade Union Confederation, Београд, 2009.
5. Бранко А. Лубарда: Лексикон индустријских односа. Радничка штампа, Београд, 1997.
6. Љиљана Станојевић, Велибор Стошић: Збирка међународних уговора о социјалном осигурању. Београд, 1996.

4 Љиљана Станојевић, Велибор Стошић: Збирка међународних уговора о социјалном осигурању. Београд, 1996, стр. IX; Рајко Косановић: Конвенције и препоруке Међународне организације рада. Радничка штампа, Београд, 2007, стр. 14.

7. Устав Републике Србије. Службени гласник РС 83/06.
8. Боривоје М. Шундерић: Право Међународне организације рада. Правни факултет, Београд, 2001.
9. Закон о раду. Службени гласник РС 24/05, 61/05 и 54/09.

Контакт: Др сц. Рајко Косановић, Републички фонд за здравствено осигурање, Јована Мариновића 2, Београд, тел. 011/3335-177; моб. 064/8744-013; drrajko.kosanovic@gmail.com

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 336:614.2(73)
ID BROJ: 189250316

Политика финансирања здравствене заштите у САД

Ибрахим Тотић[1]

Health Care Financing Policy in the Us

Ibrahim Totić

Сажетак: *У овом раду акцентирано је спровођење политике владе Сједињених Америчких Држава чији је примарни циљ обухватна здравствена заштита грађана и смањење високих здравствених трошкова. Влада у јавном сектору обезбеђује између 60 и 65% средстава за финансирање здравствене потрошње. Средства се усмеравају на финансирање различитих програма од којих су доминантни Медикер (Medicare) и Медикејд (Medicade) програми, Програм здравственог осигурања деце и Програм Управе за здравствену заштиту ратних ветерана. Здравствена политика још увек најразвијеније економије на свету, заснована је на релевантним показатељима који притискају владу али и приватни сектор, да конципирају и усвајају конкретне програме здравствене заштите. Здравствена политика је политика будућности, упућена на достигнућа савремене медицинске науке, на ригорозно контролисање финасијских токова и на правовремену примену фармаколошких и техно-економских процедура.*

Неупућенима може звучати невероватно да у Сједињеним Америчким Државама до краја 2009. године, преко 50 милиона грађана (или 16,7% становништва) није поседовало ниједан облик здравственог осигурања. И поред тога, према укупним јавним здравственим расходима оне су заузимале врло високу трећу позицију на свету. Податак који изазива неверицу, а при том ништа не мења, јесте да Сједињене Америчке Државе за здравствену заштиту на годишњем нивоу, троше више новца по осигуранику (7.960 УСА $), него било која друга држава свету. Нарочито су високи трошкови

Summary: *This paper accentuated the implementation of the policy of the United States whose primary goal is comprehensive health care for citizens and reduce the high medical expenses. Government in the public sector provides between 60 and 65% of funding for health care spending. Funds are directed to finance various programs of which the dominant Medikar (Medicare) and Medikaid (Medicade) programs, children's health insurance program and the program of the health care of veterans. Health policy is still the most developed economy in the world, based on relevant indicators of government pressure and private sector, to conceptualize and adopt specific health care programs. Health policy is the policy of the future, addressed to the achievements of modern medical science, the rigorous control of financial flows and the timely implementation of pharmacological and techno-economic procedures.*

Uninitiated may sound unbelievable, that in the United States to the end of 2009. year, over 50 million people (or 16.7% of the population) is not possessed any form of health insurance. Nevertheless, the total public health expenditure they occupy a very high third place in the world. The fact that causes disbelief and thereby does not change is that the United States for health care annually, spending more money per insured (US $ 7.960) than any other state in the world. In particular, the high cost of direct medical services, pharmaceutical procedures and administrative costs. They are causing a growing number of bankruptcies of insurance companies and health insurance funds and increased the number of uninsured citizens.

1 Проф. др Ибрахим Тотић, Државни универзите у Новом Пазару, департман за право и департман за економију.

директних медицинских услуга, фармацеутских процедура и административни трошкови. Они су узрок све већем броју банкрота осигуравајућих друштава и фондова здравственог осигурања и повећаном броју неосигураних грађана.

Кључне речи: *Здравствена политика, здравствена заштита, финансирање, потрошња, обухватност.*

Key words: *Health policy, health care, finance, consumption, coverage.*

Увод

Здравље људи у свакој држави зависи од политике и стратегије владе, од успеха реализованих здравствених програма и од правилног руковања расположивим потенцијалима. Свака од ових компоненти појединачно, а нарочито у комбинацији са другима, доприноси увећању степена здравствене вредности. Сврха здравствене политике владе Сједињених Америчких Држава је прецизно дефинисање детерминанти здравља, спровођење утврђених програма и мера које су под контролом официјелне политике и унапређење фактора чије деловање повољно утиче на квалитет здравља становништва. Она је суштински, релевантан фактор и њен основни задатак је да кориснике здравствене заштите ослободи површне тезе и сталног уверавања да њихово здравље зависи искључиво од ангажовања здравственог сектора. То није и не може бити тачно. Тиме се *prima facie* непотребно заклања истина да у великој мери услове живота и квалитет здравља уређују политички, друштвени и економски фактори и да од њих зависи конципирање и реализација модерних здравствених програма и примена савремених модела који доприносе унапређењу квалитета здравствене заштите.

Многи аналитичари сматрају да Сједињене Америчке Државе, које све вреднују новцем, треба да одступе од те философије, макар када је у питању вредновање живота и здравља грађана. На пример, велика непокривеност здравственим осигурањем није проблем, ако се он жели решити на прави начин. Такође, неједнакост у третману здравствених осигураника због њиховог припадања појединим, а посебно вулнерабилним категоријама, не би такође била проблем да је више воље да се људи *an masse* једнако вреднују. Сједињене Америчке Државе су дуго година биле једина високоразвијена, индустријска држава која није обезбеђивала услове у којима би сви грађани имали здравствену заштиту (јавно, односно државно осигурање или неку врсту приватног осигурања)[1]. Дубља анализа тог и таквих проблема показује да критичари здравствене политике почињу сами себи да сметају. Наиме, њих брине то што у америчком здравству старија и болеснија популација обилато користи средства запослених (и богатих) слојева становништва. По њиховом мишљењу, то је неправилна расподела буџетских средстава. У реду или О. К. Па чему онда толика брига око продужетка животног века америчком грађанину. Многи аналитичари, нарочито они критички настројени, немају одговор на питање зашто се њихово становништво према дужини животног века налази тек на 42 месту на свету[2]. Ако се у томе Сједињене Америчке Државе упоређују са у другим индустријализованим земљама (Јапан, Француска, Немачка, Велика Британија), онда су далеко иза њих... чак су далеко и иза земаља које нису тако развијене, на пример, Чиле који заузима 35 или Куба 37 место[3]. Да ли амерички грађани могу да замисле да се најдуже на свету живи у малој Андори, за коју преко 90% њих не зна где се налази или није никада чуло. Тамо је просечан животни век 83,5 година[4].

У Сједињеним Америчким Државама сви проблеми, па и они у здравственој заштити, решавају се мерама фискалне политике. То је у већини случајева просто немогуће. Зато се политичке структуре у Сједињеним Америчким Државама тренутно баве питањима фискалне

политике и њеног утицаја на функционисање здравствене заштите. Расправе иду у правцу да се послодавци искључе из пореске обавезе али да на други начин спонзоришу здравствену заштиту и помогну финансирање трошкова насталих већом здравственом покривеношћу. Трошкови здравствене заштите су својеврстан проблем. На пример, у 1990. години, износили су 714 милијарди УС $, да би 2008. године достигли 2,3 билиона УС $, што је више од три пута. Подсећања ради, 1980. године износили су „само“ 253 милијарде УС $, или осам пута мање него у 2008. години. Овако изражен пораст постао је главни политички приоритет због чега се влада, послодавци и потрошачи грчевито боре да успоре стални пораст трошкова здравствене заштите[5]. Здравствена политика, ако има јасан циљ, мора макар да понуди одговор на питања – који су то главни покретачи раста здравствене потрошње, која је улога владе у контроли тог повећања и како је могуће, најлакше спровести штедњу и осујетити агресивну здарвстену потрошњу? Одговор не треба очекивати у скоро време с обзиром да је на америчком тлу посејано семе за велику наредну кризу. Све је извесније да незадовољни амерички грађани прижељкују сценарио арапског пролећа, због корпоративне похлепе, високе стопе незапослености, заплене кућа и других непокретности од стране незаситих банака, док се на другој страни новац тих истих грађана усмерава за спасавање њиховог посрнућа[6]. Тренутно су актуелни протести и опсада Вол Стрита *(Wall Street),* шта је следеће?

Циљ рада

У свету постоји велики респект према тренутно водећој политичкој, војној и економској сили света, и гледано кроз призму знатижеље, она представља изазов ради налажења макар и најмање слабости у било којој сфери њених државних активности. Евентуалне слабости би требале да послуже као аргумент да су стубови уверења о томе како у Сједињеним Америчким Државама заиста све беспрекорно функционише, прилично уздрмани. Много је елитиста који сматрају да и од америчке здравствене политике и њиховог здравственог система постоје боље уређени, рационалнији и економичнији ситеми у којима се људско здравље хуманије чува и реалније вреднује. Овај рад је мала сугестија читаоцу да не очекује обилне доказе у смислу глорификација или одијума стварности, с обзиром да су Сједињене Америчке Државе простор на коме је здравствена сигурноста грађана врхунско достигнуће. Занемаримо аспект да критичарима ова истина не значи пуно, јер су многи од њих заборавили да супростављање релевантним чињеницама представља авантуру неизграђеног духа. Такви често износе податке да Сједињене Америчке Државе остварују слабије резултате од других развијених земаља и сматрају их катастофалним. Међутим, олако прелазе преко чињенице да се здравствена политика спроводи беспрекорно, да здравствена служба врхунски функционише и да је у америчком здравству ангажован најстручнији и најпрофесионалнији кадар на свету.

Дискусија

Нездрживи процеси глобализације најављују неминовност да се мора смислити стратегија која би коначно помирила циљеве у оквиру здравствене политике и правилно распоредила њене вредности на различите кориснике. Овај концепт би у принц ипу био рецепт за имплементирање реалне и неоптерећене здравствене политике и свима доступних програма и мера за заштиту здравља. У извештају Светске здравствене организације *(СЗО-WHO)* стоји да: „...недостатак било које врсте здравственог осигурања сваке године у Сједињеним Америчким Државама, почев од 2004. године па даље, проузрокује око 18 хиљада непотребних смртних случајева“[7]. Не може се узети као изговор да је парцијална покривеност здравственим осигурањем последица тога и повећане потрошње. Изгледи су да је финансијски буџет намењен осигураницима неправилно расподељен, што значи да се код лекара могу комотније осећати само богатији амерички грађани. Према томе, ако се жели смањити неједнакост у здравству, његова правилнија расподела треба да буде разлог више

за суштинску промену здравствене политике. Далеко је истина да је расна дискриминација део америчке историје. Напротив, она је и у времену глобалних процеса саставни део здравствене политике Сједињених Америчких Држава, о чему сведоче многа истраживања, анализе и извештаји компететних тела и ауторитета. Обојени грађани Сједињених Америчких Држава одавно се, а и сада, дискриминишу тако што за разлику од својих белих сугрђана, добијају редуцирану здравствену заштиту, нарочито ако она захтева савременије процедуре и укључује скупе и савремене здравствене технологије.

Осим тога, припадници етничких мањина (афроамериканци, Индијанаци, латино-американци) имају лошије здравље, већу учесталост хроничних болести, више стопе кардиоваскуларних обољења и ХИВ/АИДС, дијабетес и повећан морталитет, не само у односу на белце већ и у односу на Американце азијског порекла[8]. Најбоља здравствена политика се иначе креира ван здравственог сектора, јер је обухватнија и снабдевенија другим, оригиналним компонентама које бацају светлост на проблеме које затворене здравствене институције не могу да докуче. Закључци на основу односа пацијент, прималац - давалац здравствених услуга, често није логичан, искрен, добро схваћен и/или репрезентативан. Према томе политика која вуче одлучујуће потезе око заштите здравља становништва мора бити усмерена на решавање крucијалних проблема на свим нивоима власти. Здравље становништва је уско повезано са различитим условима али са сличним здравственим програмима. Под покровитељством Светске здравствене организације *(СЗО-WHO)* развијен је програм „*Здравље за све*“ на темељима здраве јавне политике и међусекторске активности. Програм садржи поруку о потреби интегрисања других политика и сектора изван здравственог сектора у језгро здравствене полтике.

ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА И ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Укупна здравствена политика, не само у Сједињеним Америчким Државама, него и шире, мора бити схваћена као свесна и одговорна активност, усмерена на постизање специфичних циљева здравствене заштите применом адекватних инструмената и мера, ангажманом стручних егзекутора и рационалним коришћењем расположивих ресурса. Иако су раширена мишљења да је реч о компликованој политици (попут осталих), ради се о врло прецизној и конкретној лепези одлука, планова и акција коју званичници Светске здравствене организације *(СЗО-WHO)* дефинишу као визију будућности[9]. Она истиче приоритете и очекиване улоге различитих група, омогућава консензус код великог броја питања и обавештава људе о могућностима приступа свим облицима здравствене заштите. Здравствена политика није свет за себе, без обзира што је један од највиталнијих састојака глобалне, економске политике сваке земље, па и Сједињених Америчких Држава. Она је у скалду са својом природом и садржином, пространа палета коју структуирају друге политике и/или њихови специфични делови. Било како да је схваћена, теоријски или практично, она може бити све осим листа на којој су таксативно наведене различите жеље, жеље које често и нису то што чини њихов смисао. Ако су жеље неостваривe или тешко остваривe, а у много случајева јесу, онда такав приступ додатно еродира концепт здравствене и политике и заштите. Због тога је од велике важности да здравствена политика *va bank* претпоставља технологију додељивања и уживања права на здравствену заштиту, велики обухват становништва, процес неометаног финансирања здравствене индустрије и потрошње, активно задовољавање здравствених потреба и безбедну фармацеутску заштиту.

Од здравствене политике у тако развијеној земљи, центру групе Г 5 (позната КВИНТА), што јесу Сједињене Америчке Државе, с правом треба очекивати да своју активну функцију обавља у циљу очувања јавног здравља и промовише програме који садрже начин и принципе вођења квалитетног живота грађана. На пример, нека то буде спровођење активности у борби против уживања дувана, алкохола и опијата, са равноправним третманом различитих корисника здравствене заштите,

код процедура имунизације, правилног дојења, очувања околине и код стварања услова потребних за правилан развој и неговање биолошког и хуманог капитала. Током прве деценије XXI века, деловање здравствене политике на тлу Сједињених Америчких Држава све више постаје тема различитих дебата, међу којима је најинтензивнија она која је најмање потребна, политичка. Зашто? Зато што се резултати здравствене политике однедавно вреднују искључиво кроз политичку призму, независно од тога колико је она заиста прецизан мерни инструмент. Политичка оцена се своди на приближавање ивица гапа (јаз) који је последица сужених могућности финансирања и нарасле здравствене потрошње, услед проширеног права на здравствену заштиту.

У условима какви јесу, очекује се да све проблеме реши здравствена политика због чега увек добија нове, према многим мишљењима још теже задатке. Њена сврха је борба са финансијским проблемима или боље речено, мукотрпна иницијатива у налажењу начина да се галопирајућа здравствена потрошња изазвана деловањем различитих чинилаца неометано финасира са недовољним средствима. А у којој мери је то сужавање могуће, с обзиром да велика економска криза од 2008. године[10] потреса свет, и не само што не јењава, него прети да знатније експандира, лако се може закључити. Финансијска криза је изазвала комплексне проблеме у погледу ликвидности банкарског система у Сједињеним Америчким Државама 2008. године. Тада је дошло до пада кредитне доступности због чега је страдао знатан део финансијског сектора, а привреда у Сједињеним Америчким Државама и широм света је под теретом неликвидности успорила свој развој. Током задњих деценија XX века, борба против раста здравствене потрошње у Сједињеним Америчким Државама, као и у већини других индустријски развијених земаља света, постала је главни проблем здравствене политике. Но, није реч само о борби са финансијским проблемима (листа је много шира), ради се и о другим препознатљивим мањкавостима чије присуство девастира њену вредност и отежава реализацију циљева. Здравствена заштита је предмет живе, на моменте оштре расправе која често излази из оквира учтивости. Многи учесници у расправама имају један једини циљ, оспоравање њеног концепта и дезавуисање постигнутих резултата.

Програме, мере и циљеве здравствене политике сви различито вреднују. Зато су критички осврти на обим права на здравствену заштиту, приступе, правичност, ефикасност, цене, избор, еквивалентне вредности и уопште на њен укупни квалитет, пословична пракса. Критички настројени аналитичари сматрају да је она у многу чему недоследна и због њених нејасноћа актуелни систем здравствене заштите, осим што у много чему посрће он и заостаје за другим развијеним системима у свету, нарочито за канадским. Зато, сматрају они, њен концепт не улива наду да се могу очекивати бољи услови у којима би функционисала квалитетнија здравствена заштита. Чврсто су уверени да многе пројекције и намере нису у складу са реалним потребама и задацима. За њих дакле, овако конципирана здравствена политика нема одговарајући капацитет који би представљао адекватну логистику здравственој заштити чија је обавеза да буде еквивалент за утрошена финансијска средства. И после Обамине здравствене реформе[11] Сједињене Америчке Државе плаћају дупло више здравствене трошкове. Амерички конгрес је тесном већином (219:212) изгласао нови закон о обавезном здравственом осигурању и он ће се примењивати на особе слабијег имовинског стања и учиниће приступачнијим здравствено осигурање свим грађаним Сједињених Америчких Држава. Да ли ће то допринети да оне више не заостају за другим богатим земљама? На пример, у погледу смањења смртности одојчади и продужавања животног века грађана... имају већу стопу смртности одојчади од већине индустријализованих нација света, при чему је агресивни медицински дуг представљен као отежавајући фактор[12].

Према неписаном правилу, све кризе, па и здравствена, због погодних услова, најбоље се „примају“ управо на тлу Сједињених Америчких Држава. Упркос томе, општа оцена је да здравствено стање њеног становништва представља примарни задатак владе и најважнији корак ка утврђивању циљева здравствене по-

литике и анализирању здравствених карактеристика на нивоу земље. Да би циљеви здравствене политике у Сједињеним Америчким Државама били реално постављени и реализовани, њихови протагонисти, као мало који у другим државама, морају бити свесни да је неопходан мултидисциплинаран приступ чиниоцима (допринос медицинских, социјалних, економских и институционалних) који делују у оквиру националног здравственог система и да овакав приступ нема алтернативу. Када је реч о поменутим факторима за спровођење ефектне здравствене политике, најважније је прецизно утврдити који од њих више од осталих конкретније детерминише обим здравствене потрошње. Промотери здравствене политике некада могу занемарити премису колико њихова земља треба да издваја за здравствену заштиту својих грађана. Међутим, то их не ослобађа обавезе да макар апроксимативно оперишу са фондовима финансијских средства која су услов за функционисање здравственог система, и како да располажу са спектром различитих варијабли од којих поменути фондови зависе. Њихова обавеза у оквиру здравствене политике апостофирана је првенствено познавањем структуре болести, склоностима ка оболевању, разликовањем дејстава социјалних, привредних и географских услова као и процењивањем очекиваног трајања живота грађана. Креаторима здравствене политике у Сједињеним Америчким Државама, без обзира на гломазност апарата, велики број здравствених субјеката у државном (јавном) и приватном власништву, наглашеној конкуренцији, великом броју неосигураних грађана, повећаној здравственој потрошњи и сл., треба одати признање на инфериорности према корупцији. У томе је здравствена политика Сједињених Америчких Држава права парадигма и многе земље Европе би требале да је неизоставно следе.

То нарочито важи за Републику Србију чије министарство здравља не памти да је било који његов министар отишао из министарског кабинета а да иза њега није остала гранд-афера, око лекова, набавке аутомобила, мита и корупције или као ова последња, због варања у јавним набавкама (вакцине против грипа). Дакле, ни Американци нису у свему најбољи! Концепт здравствене заштите будућности не трпи импровизације и претпоставља резонантан приступ свим ресурсима које америчком естаблишменту реално стоје на располагању. Наиме, Сједињене Америчке Државе имају наглашен интерес код избора и ангажовања медицинских стручњака различитих специјалности, код медицинске технологије и код приступа најновијим информацијама неопходним за медицинска истраживања у сврху унапређења квалитета здравствене заштите. У многим земљама то није случај, јер је тај однос прилично необавезујући. Очито, поменута интересовања су препуштена појединцима тако да успех може имати само неко ко је ентузијаст *par exellance*. Међутим, не сме се због ове паралеле заборавити да ово све егзистира у наглашеној потрошачкој ери у којој је новац једини критеријум за мерење вредности и за дефинисање незадрживих налета глобализациних процеса[13, 14].

ЗДРАВСТВЕНИ ПРОГРАМИ И ЊИХОВО ФИНАНСИРАЊЕ

Здравствено осигурање, односно покривеност популације неким његовим обликом, један је од горућих проблема у Сједињеним Америчким Државама. Зато здравствена политика на америчком тлу веома озбиљно креће у акцију ка утврђивању и реализацији програма обухвата грађана здравственим осигурањем. Према многим извештајима, неосигурани становници, њих око 38%, живи у домаћинствима која остварују приходе од 50, 75 или више хиљада УС $[15]. Свакако најзначајнији подухват је преко Медикер *(Medicare),* Медикал *(Medi-Cal)* и Медикејд *(Medicaid)* програма који су уприличени за кориснике здравствене заштите. Програми се спроводе од стране Центара за Медикер и Медикејд програме. Медикер је савезни програм здравственог осигурања конципиран са циљем да обухвати особе од 65 година и старије и/или млађе особе али са инвалидитетом. Његови корисници су најчешће старија лица и инвалиди, односно сиромашни слојеви становништва, иначе највећи потроша-

чи здравственог УС $. Већина људи су Медикер-корисници по одласку у пензију зато што су уживаоци права на социјално осигурање или су корисници неке врсте давања по основу инвалидског осигурања. Они који су корисници додатних прихода на пример, финасијске подршке за избеглице или хранитељске помоћи, аутоматски стичу право на заштиту у оквиру Медикал-програма. Особе са 65 или више година, затим слепи, инвалиди, труднице, родитељи испод 21 године и штићеници старачких домова, такође могу бити обухваћени Медикал-програмом. Дакле, амерички грађани могу бити истовремено корисници оба програма, јер њихови провајдери раде заједно и настале трошкове здравствене заштите плаћају према утврђеном редоследу. Медикер-програм плаћа први а Медикал други, тако да се увек приликом коришћења здравствених услуга морају показати обе картице осигурања ради идентификације и категоризације услуга и редоследа у плаћању[16].

Медикер-програм покрива четири дела или области здравственог осигурања, тако да се корисницима пружа прилика да бирају делове које желе да користе и у складу са избором плаћају премије за њихово финансирање. Поменути делови који стоје на располагању корисницима овог програма су:

1. део *А* - у коме корисници користе болничке услуге и негу под одређеним условима,
2. део *Б* - обезбеђује ванболничке медицинске користи и лабораторијске таксе,
3. део *Ц* - подразумева здравствене предности које пацијенти кроз разне планове могу добијати у болници и ван ње у скалду са изабраним програмом и
4. део *Д* - обезбеђује покривеност у смислу здравстне заштите и прописане фармаколошке процедуре и покривеност трошкова лекова на издати рецепт[17].

Делови *А* и *Б* овог прогрма покривају само неопходне медицинске услуге, укључујући и услуге заштите менталног здравља, али не и расходе настале по основу стоматолошких услуга. Медикер-програм је у компетенцији федералне владе која има мандат да на основу релевантних постулата конципира и спроводи здравствену политику. Његови корисници имају широка права, на пример, на информације и савете у вези са начином осигурања, обимом и квалитетом здравствене заштите, заступањем и/или пружањем стручне помоћи у решавању проблема. Осим тога, корисници имају могућност да уложе жалбу на штетне одлуке, на пример, у вези са плаћањем или непоштовањем одредби из утврђених здравствених планова које су одабрали на основу здравствене понуде. Иако обухваћени Медикер-програмом, корисници имају право на коришћење здравствене заштите коју покрива Медикејд-програм. У случају да неки корисници Медикејд-програма из неког разлога користе здравствено осигурање у Медикер-програму, и да поред уплата премија не могу сносити своје здравствене трошкове, Медикејд-програм може стати иза њих и уплатити припадајуће премије. Медикејд-програм обухвата особе које нису у стању да себи приуште право на здравствену заштиту јер не остварују финансијске приходе у довољној мери. Овај програм неретко чини одређене уступке појединим категоријама осигураника. Тако на пример, труднице и деца могу користити здравствену заштиту без проблема али само у неким клиникама и/или болницама.

Уколико корисник под одређеним околностима (губитак запослења, скраћено радно ангажовање, дуже одсуство и сл.) изгуби право на покривеност Медикејд-програм не престаје са уплатом бенифиција и покривањем здравствених трошкова у његову корист. Медикејд-програм може платити кориснику здравствене услуге и у случају када он то не може да учини због старосне доби, лоших финансијских околности, незавидне породичне ситуације или због промене начина на који организује живот. Медикејд-програм такође нуди шансе на штедњу јер он плаћа своје премије, а Медикар-програм плаћа премије и одбитне ставке[18]. Приходи и други ресурси који припадају обухваћеним Медикејд-програмом, подлежу корекцији јер се на годишњем нивоу њихова вредност мења, односно смањује или увећава. На пример, банковни рачуни, покретна и непокретна сопствена имовина која је, а ако није може постати, извор права на здравствено осигурање. Уколи-

ко се корисник и провајдер Медикејд-програма сагласе, тада се као ресурс за уплату премија осигурања може уврстити и имовина законски одговорних сродника у домаћинству. Веома је важно истаћи да особе обухваћене Медикејд-програмом имају апсолутно право на приватност. Информације о здрављу, приватним активностима, брачном и имовинском статусу обухваћених лица могу се користити само уз њихов пристанак или ако је то крајње нужно, на пример у судским расправама. Дакле, не мора бити јавно доступна општа информација о томе чиме је особа располагала или располаже у време припадања Медикејд-програму. Медикејд-кориснику се могу надокнадити трошкови здравствених услуга из његових средстава или некретнина и после његове смрти.

Финансирање здравствене заштите је за сваку земљу необично важно питање. То је у ингернцији влада јер оне имају мандат да уређују здравствени систем чији је основни циљ обезбеђивање и дистрибуција финансијских средстава за покривање трошкова здравствене заштите. Федерална влада Сједињених Америчких Држава кроз своју здравствену политику фокусира проблем финансирања здравствених услуга на основу економског ризика који може да експандира услед ниског здравственог степена њене популације. Око 84,7% америчких држављана има неки вид здравственог осигурања или преко послодавца, супружника или родитеља. Међутим, сви државни програми здравственог осигурања имају ограничене погодности за кориснике, јер влада не располаже ни са једним његовим обликом који би апсолутно обухватио све америчке грађане[19].

У Сједињеним Америчким Државама постоји пет основних начина финансирања система здравствене заштите и то посредством:

1. општег опорезивања на нивоу државе, округа или општина,
2. социјално-здравственог осигурања,
3. добровољног или приватног здравственог осигурања,
4. директног плаћања услуга или исплате из сопственог џепа и
5. донација здравствених добротвора[20].

У много случајева, или боље речено у много федералних држава, примењује се микс-финансирање или комбинација поменутих модела. Међутим, начин дистрибуирања средстава на одређене носиоце трошкова варира од једне до друге федералне државе, а неретко се варијације током времена могу срести и унутар сваке од њих. У здравственој политици сваке федералне државе, у складу и уз помоћ њене јурисдикције, посебно се креирају технике финансирања. Јурисдикција упућује на релевантне прописе и подстиче владу и приватни сектор да доносе само оне одлуке које се тичу здравствене политике и усвајања специфичних програма, мера, технологије и нивоа финансирања здравствене заштите. На пример, социјално здравствено осигурање подразумева модел у коме цела популација има право на покриће здравствене заштите, при чему су обухват и начин пружања услуга законом регулисани. Политика јавног финансирања здравствене заштите је хетерогена. Она бухвата обавезно и добровољно приватно здравствено осигурање и комплетну капитализацију коришћених здравствених услуга преко приватних фирми[21]. У току су сталне расправе на који начин и коју врсту здравствене заштите финансира влада, а коју приватни сектор, односно грађанин. Каквог је квалитета пружена здравствена заштита, како се обезбеђују финансијска средства и да ли је њихова расподела и употреба ефикасна и праведна. Много је аргумената да људи као најбољи облик заштите њиховог здравља доживљавају универзалну здравствену заштиту, јер би били ослобођени плаћања премија осигурања и/или партиципације. То је аргумент да су више опредељени за превентивне здравствене услуге које гледано на дуже време, сужавају простор разним болестима и смањују укупне трошкове здравствене заштите.

Посебно питање је однос јавног и приватног (добровољног) финансирања здравствене заштите. Постоје тврдње да јавно финансирање здравствене заштите унапређује квалитет и ефикасност личним контактом здравствене заштите јер јавна (државна) потрошња има суштински значај када је у питању приступачност и одрживост здравствених услуга и про-

грама[22]. Јавно финансирана здравствена заштита (државна), која је узгред бесплатна, пословично проузрокује увећане медицинске процедуре и услуге, што има за последицу пораст укупних здравствених трошкова. Додељена јавна средстава, била ограничена или не, не ослобађају неосигуране грађане да из џепа плаћају трошкове за одређене здравствене услуге. Примедба је да би јавна средства могла бити рационалније употребљена за финансирање услуга из делокруга хитне помоћи, без обзира да ли је осигураник способан да на пример плати хитан медицински третман[23].

Приватни системи, односно осигуравајуће компаније, смањују расипништво и бирократију уклањањем непотребних извршилаца-провајдер послова. Такође смањују обимну документацију коју професионалци, уговарачи осигурања обрађују и повећавају концентрисаност на потребе осигураника-пацијента. То су аргументи за све који верују да приватно финансирање пружа квалитетнију заштиту и подиже здравље на виши ниво[24]. Приватно финансирана здравствена заштита постиже квалитеније резултате и већу ефективност смањеним чекањима на специјалистичке услуге и већим могућностима употребе савремене технологије у здравственим процедурама. Приватно финансирање здравствене заштите и ефектно управљање ресурсима спречава федералну владу да повећаним порезима подмирује трошкове здравствене заштите[25].

ТРОШКОВИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СЈЕДИЊЕНИМ АМЕРИЧКИМ ДРЖАВАМА

Трошкови здравствене заштите у Сједињеним америчким држава, у односу на привредне потенцијале, економску снагу и остварени бруто друштвени производ *(БДП),* премашују исте у свим другим земаљама у свету. Укупна америчка здравствена потрошња према свим мерилима стреми да у наредним година нарасте до алармантних висина. У извештајима се могу срести подаци да сваки УС $ долар потрошен на здравствену заштиту у Сједињеним Америчким Државама, може да се посматра и мери тако што његових 31% одлази на болничку негу, 21% за лекаре који пружају клиничке услуге, 10% покрива лекове, 4% стоматолошке услуге, 6% смештај и негу у домовима, 3% одлази за кућну негу, 3% на малопродајне производе, 3% за владине јавне здравствене активности, 7% подмирује административе трошкове, 7% иде на инвестиције, а преосталих 6% одлази на остале професионалне услуге[28]. У току 2009. године, Сједињене Америчке Државе (федерална влада, локалне владе, корпорације и појединци), заједно за здравствену заштиту потрошили 2,5 трилиона УС $ или 8.047 УС $ по особи. То је 17,3% од бруто друштвеног производа *(БДП)*[29].

Више од половине пораста здравствене потрошње која је обележила последње деценије XX и прву деценију XXI века, последица је технолошког прогреса, промена у осигурању и у здравственим материјалним и хуманим ресурсима. Здравствена потрошња је расла у складу са приходима које су одређене категорије грађана остваривале, са условима осигурања које су диктирали провајдери као и са зарадама здравствених стручњака. Пораст потрошње је нарочито изражен код фармаколошких прозвода које користе претежно старије особе. Ту се рађа мотив за штедњом. Заговорници уштеда у здравству тврде да је она могућа само у спровођењу мера и процедура код превентивне, примарне здравствене заштите. Акценат смањења потрошње је на благовременом превенирању различитих облика болести, иако су нека истраживања оповргла овакве ставове. Дакле, у већини случајева, сходно тим истраживањима, превенција не смањује ниво здравствене потрошње, односно не генерише значајније уштеде, макар не на дуже време. Превентивна заштита пружа здравствене услуге многима како би се раније заштитили од различитих болести, али и онима који су делимично болесни. Међутим и тада се за те исте кориснике верује да ће кроз наредне услуге у позним годинама живота надоканадити трошкове здравствене заштите[30]. Познати амерички милијардер-инвеститор Ворен Бафет *(Warren Buffet)* је 1. марта 2010. године, осврћући се на трошкове у свим облицима

здравствене заштите, а нарочито на оне у превенцији, рекао: „...да ће високи трошкови здравствене заштите које за своје запослене плаћају америчке компаније ставити исте у незавидан положај... и да различите врсте трошкова у поређењу са остатком света, као пантљичара једу наше економском тело“[31]. Ова изјава је последица упоређивања здравствене потрошње у Сједињеним Америчким Државама која журно иде према 17% бруто друштвеног производа *(БДП)* у односу на просечних 9% бруто друштвеног производа *(БДП)* колико троше друге, такође развијене земље.

Од корисника здравственог осигурања којима послодавци уплаћују премије за здравствено осигурање може се захтевати да једним делом и сами партиципирају у делу својих трошкова. Послодавци бирају осигуравајућа друштва за здравствено осигурање и преговарају са њима у складу са бројем будућих корисника здравственог осигурања и о условима које осигуравајуће куће нуде. Према подацима из 2004. године, када је здравствена потрошња имала умерен ток, приватно здравствено осигурање личним средствима финансирало је њених 36%, федерална влада је финансирала 34%, финансирање из „сопственог џепа“ износило је 15%, из буџета државних и локалних самоуправа финансирано је 11%, док су други приватни фондови финасирали око 4% здравствене потрошње[32]. Све су чешће примедбе од стране корисника здравствених услуга и уплатиоца премија да је здравствени систем у Сједињеним Америчким Државама на добром путу да дословно прекопира неке европске и латиноамеричке здравствене системе. Наиме, у последњих неколико година постала је пракса да се јављају надувани рачуни, понекад и по десет пута већи него што износи вредност пружене-коришћене здравствене услуге. Некоректан, непоштен и неефикасан здравствени систем, не треба ни једном америчком грађанину који може бити жртва плаћања увећаних здравствених трошкова.

За велики број америчких грађана млађих од 65 година, њих око 59,3%, здравствено осигурање је обезбеђено преко послодавца. У послодавце се рачунају приватни и државни, односно јавни сектор. Приметно је да у последњих неколико година овај проценат покривености лагано опада, а разлоге тог тренда треба тражити пре свега у порасту трошкова које послодавци плаћају на име осигурања. Према истраживањима из 2007. године, коју је спровела фондација Кајзер Фамили *(Kaiser Family Foundation),* стоји: „...да су почев од 2001. године, премије за породичну покривеност здравственим осигурањем порасле за 78%, док су плате порасле 19%, а инфлација 17%. Послодаваци су уплаћивали премије за здравствено осигурање својих радника с тим што је у 2007. години, њихова појединачна, индивидуална покривеност износила свега 16%, а њихових породица 28% од уплаћног износа“[33]. Тако се и поред уплаћених премија од стране послодаваца већина радника приликом коришћења здравствених услуга суочава са додатним уплатама. За одређене услуге појединци морају често унапред плаћати део укупних трошкова и на тај начин се цена као механизам поскупљења укупне здравствене заштите рапидно увећава. То је један од разлога зашто приватно здравствено осигурање, са 35% учешћа у укупним здравственим трошковима Сједињених Америчких Држава, има далеко највећи удео међу земљама ОЕЦД. Осим Сједињених Америчких Држава, само Канада и Француска од земаља ОЕЦД-а имају учешће приватног здравственог осигурања у укупном осигурању изнад 10%.

Здравствени систем у Сједињеним Америчким Државама карактерише велики број различитих учесника, којих је претпоставља се неколико хиљада, мада се ни апроксимативно не зна њихов тачан број. На пример, сада је свакоме веома тешко рећи колико у Сједињеним Амерчким Државама тренутно има осигуравајућих друштава[34]. Али је зато потпуно извесно да амерички здравствени систем има значајне административне трошкове. Они су толико наглашени да су далеко већи него што је то случај са канадским или неким од европских здравствених система (Велика Британија, Немачка, Француска). Према подацима из студије Харвардске медицинске школе и канадског Института за здравствени информациони систем, утврђено је да око 31% америчког здравственог УС $, или преко 1.000

Табела 1. Расходи за здравствену заштиту у земљама ОЕЦД по глави становника у УС $.*

Редни број	Земља ОЕЦД	Укупни здравствени расходи	% учешћа у БДП
1.	Сједињене америчке државе	7.960	17,4
2.	Норвешка	5.352	9,6
3.	Швајцарска	5.144	11,4
4.	Холандија	4.914	12,0
5.	Луксембург	4.808	7,8
6.	Канада	4.363	11,4
7.	Данска	4.348	11,5
8.	Аустрија	4.289	11,0
9.	Немачка	4.218	11,6
10.	Француска	3.978	11,8
11.	Белгија	3.946	10,9
12.	Ирска	3.781	9,5
13.	Шведска	3.722	10,0
14.	Исланд	3.538	9,7
15.	Аустралија	3.445	8,7
16.	Велика Британија	3.487	9,8
17.	Финска	3.226	9,2
18.	Италија	3.137	9,5
19.	Шпанија	3.067	9,5
20.	Јапан	2.878	8,5
21.	Грчка	2.724	9,6
22.	Нови Зеланд	2.983	10,3
23.	Португалија	2.508	10,1
24.	Словенија	2.579	9,3
25.	Израел	2.104	7,9
26.	Чешка	2.108	6,8
27.	Словачка	2.084	9,1
28.	Јужна Кореја	1.879	6,9
29.	Мађарска	1.511	7,4
30.	Пољска	1.394	7,4
31.	Естонија	1.393	7,0
32.	Чиле	1.186	8,4
33.	Турска	902	6,1
34.	Мексико	918	6,4

**Извор*: OECD Health Division (June 30, 2011). „OECD Health Data 2011 - Frequently Requested Data“. Paris: OECD.

УС $ по особи у оквиру здравствене заштите, годишње одлази на административне трошкове. Овај износ је двостуко већи од онога којим се, на пример, мере канадски здравствено-административни трошкови. Због ове, а и због других околности, много је изјава да је амерички систем здравствене заштите „нефункционалан“ и да неправедно уклања пацијента-главног учесника из збивања која се тичу политике финансирања и висине медицинских трошкова. Наредна табела садржи податке за неколико земаља света (Организација за економску сарадњу и развој (ОЕЦД)) сортиране према износима укупних расхода за здравствену заштиту по становнику и према њиховом процентуалном учешћу у бруто друштвеном производу *(БДП)* за 2009. годину[35].

Закључак

Будући да здравствена политика представља простран миље човекових, стручних делатности које су усмерене на заштиту људског здравља, не смеју се изоставити подкатегорије које додатно увећавају њену супституционалну вредност. Ту се пре свих мисли на финансирање даваоца услуга у оквиру здравствене заштите, институција осигурања и осталих субјеката који на било који начин доприносе увећању квалитета људског здравља. Узимајући у расправу мере и одлуке владе које здравствена политика у свакој земљи, па и у Сједињеним Америчким Државама, садржи, од њиховог спровођења зависи функционисање укупног здравственог система. Не треба посебо истицати да су све одлуке садржане у здравственој политици управо политичке одлуке јер је официјелна, државна политика таква да влада има задатак да доноси одлуке које имају политичку димензију. Наравно, треба посебно издвојити одлуке које се доносе у смислу потреба да здравствена политика мора садржати прописе о индивидуалним правима, етици и надлежностима државних органа и институција битних за њено спровођење. На другој страни, треба истаћи економску димензију здравствене политике, која подразумева смањење трошкова и максимизирање ефикасности пружања здравствених услуга.

Стратегија као једна од битних компоненти здравствене политике, обично се фокусира на неколико главних начела. Први фокус је на заједничком вредновању здравља, други је стављање осигураника у први план и смањење неједнакости у здравству, трећи је афирмација става да је здравље највеће богатство и да се инвестиције у здравље не посматрају као трошак већ као улагање у здраву популацију која је предуслов за економску продуктивност и просперитет и, на крају, четврти је интегрисање здравствених мера у низ других релевантних политика, као што су политика заштите човекове околине, контрола дуванских, алкохолних и фармацеутских производа и сл. Циљеви здравствене политике у Сједињеним Америчким Државама су неговање доброг здравља њеног становништва које стари, а старење је повезано с растом трошкова здравствене заштите и потребом да се непрестано трага за решењима која се односе на проблеме обезбеђивања адекватне заштите. Посебна пажња треба бити посвећена заштити грађана од здравствених ризика. У том случају је неопходна подршка развоју динамичног здравственог система кога на динамику приморава аплицирање нових технологија и ангажовање нових стручних кадрова. Федерална влада Сједињених Америчких Држава озбиљно схвата присутне проблеме и према њима опредељују здравствену политику, финансирање здравствене заштите и здравствене програме који обезбеђују здравствену заштиту за стара лица, војне ветеране и њихове породице, децу, сиромашне и инвалиде. Тако је савезним законом обезбеђен јавни приступ хитним службама, без обзира на способности угроженог да плати примљену здравствену услугу.

Проблем здравствене политике у Сједињеним Америчким Државама је и тај што систем универзалне здравствене заштите није спроведен широм земље. Међутим, процене ОЕЦД-а су да ће америчка влада, с обзиром на укупне здравствене расходе по осигуранику, имати довољно простора да обезбеди основно здравствено осигурање за целу популацију. Не треба занемарити чињеницу да је један од проблема америчког здравства и лоша координа-

ција између осигураника-пацијента и лекара. Пре свега, погледи на медицину као струку и услов за добру комункацију са пацијентом, темељито се разликује и различито схватају. Лекарима се замера да су недовољно фокусирани на дијагностику и лечење, а пацијентима струка замера да су недовољно заинтересовани за коначан исход јер недовољно слушају савете лекара. Замерке су што велики број лекара опште медицине, односно примарне здравствене заштите, никада више не виде своје пацијенте пошто их отпреме у болницу. На другој страни болнички лекари наступају крајње површнио јер нису (такве су изјаве) имали никакве претходне контакте са пацијентом кога третирају и немају довољно увида у његову медицинску историју. Такође важно питање које се везује за спровођење здравствене политике и остваривање поменутих фокуса јесте питање здравственог ризика. У већини федералних јединица у Сједињеним Америчким Државама особе које желе да себи и својој породици обезбеде здравствено осигурање, обавезне су да се подвргну строгим, систематским прегледима који подразумевају стручну процену здравственог ризика. Осигуравајућа друштва стално захтевају да се критеријуми који се користе за процену ризика осигураника ублаже за који степен, јер је у питању атак на њихов профит, али и на степен здравственог обухвата. Болести које не дају прилику особи да обезбеди одређени облик здравственог осигурања су по свему веома озбиљне (артритис, карцином, кардиоваскуларне болести, гојазност, старе спортске повреде и сл.). Заговорници медицинских ризика тврде да је то начин да индивидуалне здравствене премије осигурања буду што је могуће ниже. На другој страни, критичари медицинских ризика сматрају да је нехумано и неправедно људе са релативно малим здравственим проблемима лишавати могућности добијања здравственог осигурања.

Амерички здравствени економисти сматрају да се, без обзира да ли федерална влада има мандат да спроведе систем универзалне здравствене заштите, мора наћи адекватан модел да исти буде спроведен. Влади Сједињених Америчких Дражава, дакле, предстоји да осујети усијане политичке расправе и да све снаге усмери на елиминацију подела по партијској линији. Тиме би истакла своје виђење здравственог система и понудила одговор на питања – шта би требало урадити да се он побољша. Присталице универзалне здравствене заштите тврде да велики број неосигураних грађана ствара директне и индиректне здравствене трошкове које деле сви становници и сматају да би шира покривеност здравственим осигурањем допринела њиховом смањењу.

Литература

1. World Health Organization assesses the world's health system. Press Release WHO/44, 21 June 2000.
2. Goldberg J, Hayes W, Huntley J: Understanding Health Disparities. Health Policy Institute of Ohio, (November 2004, page 3.
3. 2009 US Census Report: Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009, pp. 22-28.
4. Симић Ј: Бизнис и финансије. октобар 2011; број 56, јун 2009.
5. WHO (May 2009): World Health Statistics 2009. World Health Organization. http://stats.oecd.org/index.aspx. (Посећено: новембар 12, 2011, 22:14).
6. Стојановић Д: Посејано семе за наредну кризу. Актер, 10 октобар, 2011, стр. 29.
7. How Trends in the Health Care System Affect Low-Income Adults: Identifying Access Problems and Financial Burdens», Issue Brief: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, December 21, 2007.
8. Habib JL: Progress lags in infection prevention and health disparities. Drug Benefit Trends. 2010; 22(4): 112.
9. World Health Organization. Health Policy. accessed 22 March 2011.
10. The New York Times, World Economic Outlook: Crisis and Recovery. April 2009» (PDF).
11. Тотић И: Економски аспекти реформи у здравственом осигурању. Здравствена заштита, часопис за социјалну медицину, менаџмент у здравству и здравствену заштиту, Комора здравствених установа Србије-Београд, 2011. бр. 4, стр. 1-12).

12. O'Teele TP, Jose JA, Robert SL: The Baltimore Community Health Consortium (2004). „Medical Debt and Aggressive Debt Restitution Practices - Predatory Billing Among the Urban Poor". J Gen Intern Med (Society of General Internal Medicine) 19 (7): 772–778.
13. Kim SS (2003): „China,s Path to Great Power Status in the Globalization Era". Asian Perspective, vol. 27, No. 1 pp. 35-75.
14. Gidens E (2005): Odbegli svet: kako globalizacija preoblikuje naše živote. Stubovi kulture, Beograd,. (Prevela Saduša Redžić, SOCIOLOGIJA, Vol. XLIX (2007), N° 3, str. 286.).
15. U.S. Healthcare Costs: Background Brief. Kaiser EDU.org. See also Trends in Health Care Costs and Spending, March 2009 - Fact Sheet. Kaiser Permanente.
16. http://health.lsnc.net/medicare/. (Посећено: новембар 13, 2011, 18:54).
17. http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/#definition. (Посећено: новембар 17, 2011. 17:45).
18. U.S. Congressional Budget Office: Technological Change and the Growth of Health Care Spending", January 2008.
19. Lorber J (July 21, 2009): Lobbying Increases as Health Care Debate Intensifies. The New York Times.
20. Tulenko et all: Framework and measurement issues for monitoring entry into the health workforce. Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health. Geneva, World Health Organization, 2009.
21. Kereiakes DJ, Willerson JT: US health care: entitlement or privilege? Circulation. 2004 Mar 30; 109(12): 1460-2.
22. Lu C et all: Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis. The Lancet; 375(9723):1375-1387, 17 April 2010 doi:10.1016/S0140-6736(10)60233-4.
23. Friedmen D (1978): The Machinery of Freedom. Arlington House Publishers: New York,. p 65-69.
24. Heritage Foundation News Release: The Cure: How Capitalism Can Save American Health Care. December 18, 2006.
25. May FW: The Ethical Foundations of Health Care Reform. The Christian Century, June 1–8, 1994, pp. 572-576.
26. Medical Research Spending Doubled Over Past Decade, Neil Osterweil, MedPage Today, September 20, 2005.
27. 2009 US Census Report: Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009, pp 22-28.
28. 2008 Annual Report, (pdf). PHRMA.
29. U.S. Healthcare Costs: Background Brief. KaiserEDU.org. See also Trends in Health Care Costs and Spending, March 2009, - Fact Sheet. Kaiser Permanente.
30. Steven B. Cohen and William Yu: The Persistence in the Level of Health Expenditures over Time: Estimates for the U.S. Population, 2002–2003. MEPS Statistical Brief #124, Agency for Healthcare Research and Quality, May 2006.
31. Funk J (March 1, 2010): Buffett says economy recovering but at slow rate. San Francisco Chronicle (SFGate.com).
32. Fuhrmans V: Consumers Cut Health Spending, As Economic Downturn Takes Toll. The Wall Street Journal, September 22, 2008.
33. U.S. Healthcare Costs: Background Brief. KaiserEDU.org. See also Trends in Health Care Costs and Spending, March 2009, - Fact Sheet. Kaiser Permanente.
34. Thomas M. Selden and Merrile S: The Distribution Of Public Spending For Health Care In The United States, 2002, Health Affairs 27, no. 5 (2008): w349-w359 (published online 29 July 2008).
35. OECD Health Division (June 30, 2011): OECD Health Data 2011 - Frequently Requested Data. Paris: OECD.

Контакт: Проф. др Ибрахим Тотић, Државни универзите у Новом Пазару, департман за право и департман за економију.

У часопису „Здравствена заштита“ објављују се оригинални научни радови, претходна саопштења, прегледи и стручни радови, из социјалне медицине, из историје медицине и здравствене службе, здравственог осигурања, економике у здравству, информатике и менаџмента.

Уз рукопис чланка треба приложити изјаву с потписима свих аутора да чланак није објављиван. Сви приспели радови упућују се на рецензију. Радови се не хоноришу. Рукописи се не враћају. Рукопис рада у два примерка и евентуално дискету са ознаком програма (текст процесора) слати на адресу: Уређивачки одбор часописа „Здравствена заштита“, Комора здравствених установа Србије, 11000 Београд, Нушићева 25.

Општа правила

Рукопис чланка писати дуплим проредом са маргинама од 2,5 цм, на папиру формата А4 и то само са једне стране. Графитном оловком на маргини текста означити места за табеле, слике, шеме и графиконе. Литературни подаци у тексту означавају се арапским бројевима у заградама, редоследом којим се појављују у тексту. Пошто се часопис штампа ћирилицом, **црвеном оловком подвући речи које треба штампати латиницом.**

На посебној страници (у једном примерку) навести наслов чланка без скраћеница, затим пуна имена и презимена аутора и њихове стручне титуле и називе установа и места у којима раде. Имена аутора повезати са називима установа индексираним арапским бројкама. На дну странице откуцати име и презиме аутора са којим ће се обављати кореспонденција, његову адресу, број телефона и евентуално e-mail адресу.

Текст чланка писати кратко и јасно на српском језику. Скраћенице користити изузетно и то само за веома дугачке називе хемијских супстанција, али и за називе који су познати као скраћенице (нпр. АИДС, РИА итд.).

Обим рукописа

Обима рукописа (не рачунајући кратак садржај и списак литературе) за прегледни рад може износити највише шеснаест страна, за оригиналан рад десет страна, за стручни рад осам страна, претходно саопштење четири стране, а за извештај, приказ књиге и писмо две стране.

Кратак садржај

Уз оригинални научни рад, саопштење, прегледни и стручни рад треба приложити на посебној страници **кратак садржај до 200 речи на енглеском и српском језику.** У њему се наводе битне чињенице, односно кратак приказ проблема, циљеви и метод рада, главни резултати и основни закључци рада, и 3-4 кључне речи на српском и енглеском.

Уз све врсте чланака за које је потребан кратак садржај, откуцати на посебној страници наслов рада, резиме и иницијале имена и презимена аутора, називе установа.

Табеле

Свака табела се куца на посебној страници. Табеле се означавају арапским бројкама по редоследу навођења у тексту. Наслов табеле који се куца изнад табеле приказује њен садржај. Коришћење скраћенице у табели обавезно објаснити у легенди табеле.

Слике (фотографије)

Приложити само квалитетно урађене фотографије и то у оригиналу. На полеђини сваке слике написати презиме првог аутора, скраћени назив чланка, редни број слике, а врх слике означити вертикално усмереном стрелицом. Наслов слике написати на посебном листу.

Цртежи (шеме, графикони)

Примају се само прегледно урађени цртежи на белој хартији.

Списак литературе

Куца се на посебној страни, двоструким проредом, а троструким између појединих референци, с арапским бројевима према редоследу навођења у тексту. број референци у списку не треба да прелази 20, осим за прегледни рад. Стил навођења референци је по угледу на „Index Medicus".

НАПОМЕНА: Ово упутство је сачињено према Uniform requirements for manuscripts submited to biomedical journals, који је објавио „International committee of medical journal editors" у N. Eng. J. Med. 1997; 336; 309-15.

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

613/614

ЗДРАВСТВЕНА заштита: часопис за социјалну медицину, јавно здравље, здравствено осигурање, економику и менаџмент у здравству / главни и одговорни уредник Христо Анђелски. - Год. 1, бр. 1 (1972) - . - Београд : Комора здравствених установа Србије. 1972 (Београд : Stilprint SS). − 26 cm

Месечно.
ISSN 0350−3208 = Здравствена заштита
COBISS.SR-ID 3033858