ГОДИНА XLI

Број 2
АПРИЛ 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

Биљана Анђелски Радичевић, Маријола Обрадовић, Катрина Васиљевић Пантелић
Самопроцена здравља и задовољство здрављем и здравственом заштитом 1

Гордана Арсић Комљеновић, Љиљана Кулић, Тања Чикара, Христо Анђелски
Образовање медицинских сестара и квалитет здравствене неге 7

Нада Зец Петковић, Миодраг Радаковић, Радован Зец, Давор Пењашковић
Задовољство корисника радом службе опште медицине
– важна димензија квалитета 11

Драгана Радовановић, Горан Радовановић
Болнице Поморавског округа најбоље у Србији по показатељима
квалитата рада од 2007. до 2010. 21

Бранислава Станимиров, Јелена Звекић Сворцан
Позитиван утицај спорта на превенцију гојазности код адолесцената 28

Снежана Лабовић, Нела Ђоновић, Љиљана Јовићевић
Преглед хигијенске исправности воде за пиће у Општини Тиват
у периоду од 2001. до 2010. године. 33

Маја Николић, Александра Станковић, Биљана Коцић, Мирјана Аранђеловић
Изложеност загађеном ваздуху – значај испитивања
за здравствену заштиту 41

Драган Младеновић, Христо Анђелски
Основна обележја макроекономске стабилности и улога државе у обезбеђивању
средстава и у финансирању здравствене заштите из обавезног здравственог
осигурања у Републици Србији у 2012. години 48

Тотић Ибрахим
Финансирање здравствене заштите у земљама чланицама Европске уније
– осврт на групу ПИИГС 57

Давор Пењашковић, Нада Зец Петковић, Радован Зец, Дејан Сакач
Навике и знања пацијената и здравствених радника
у погледу уноса соли исхраном. 71

Упутство ауторима 81

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 614(497.11) ; 314:61(497.11)
ID BROJ: 190478860

Самопроцена здравља и задовољство здрављем и здравственом заштитом

Биљана Анђелски Радичевић[1], Марijола Обрадовић[2], Катрина Васиљевић Пантелић[3]

Self-Assessment of Health And Pleasure Health And Health Care

Biljana Anđelski Radičević, Marijola Obradović, Katrina Vasiljević Pantelić

Сажетак: *Процена здравља се врши двема методама: појединачни и масовни приступ. Појединачни приступ подразумева процену при којој се за јединицу посматрања узим здрав или болестан човек. Масовни приступ је оријентисан на целокупно становништво или поједине његове делове. Међутим, анкетним истраживањем се може сагледати самопроцена свог здравља и здравствене заштите.*

Основни циљ рада јесте да се изучи самопроцена здрвља, задовољства здрављем и здравственом заштитом и то по територијлним деловима Србије, типу насеља, полу, узрасту, образовању и имућном стању.

У остваривању циља извршена је анализа података великог анкетног истраживања, које је извршио Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд.

Резултати су показали да становништво Србије своје опште здравље у великом проценту процењује као добро и врло добро и то предшколска деца 77,5%, школска деца 92,5%, а одрасли 47%. При томе боље здравље процењује градско, мушко, старије, мање образовано и имућније становништво. У односу на претходну годину, 2,9% сматра да је много лошије, а 15% да је нешто лошије.

Знатно мањи проценат становника процењује орално здравље као добро и врло добро – деца 79,2%, а одрасли само 27,8%. У нешто већем проценту ово здравље процењује градско, млађе и имућније становништво.

Summary: *Health assessment is done by two methods: individual and mass approach. Individual approach is to estimate at which the unit of observation is taken or a sick man. Mass approach is focused on the entire population or some of its parts. However, survey research can be seen self-assessment of their health and health care.*

The main objective of this paper is to investigate the self-assessment of health, satisfaction health and health care, at parts of Serbia, settlement type, gender, age, education, and wealthy state.

In achieving the objective of an analysis of data of a large research survey, conducted by the Institute of Public Health of Serbia Dr Milan Jovanovic Batut, Belgrade.

The results showed that the population of Serbia their general health in a large percentage assessed as good and very good to preschool children and 77.5%, 92.5% of school children, and adults 47%. In doing so, better health is estimated urban, male, older, less educated and wealthier population. Compared to the previous year, 2.9% think that it is much worse, and 15% that is something worse.

Much smaller percentage of the population estimates of oral health as good and very good - preschool children 79.2%, and 27.8% of adults only. In a somewhat higher percentage of health estimates this urban, young and wealthier population.

1 Мр сц. Биљана Анђелски Радичевић, дипл. фарм., Стоматолошки факултет Универзитета у Београду.

2 Мр сц. др Марijола Обрадовић, Завод за здравствену заштиту радника „Железнице Србије“, Београд.

3 Др Катрина Васиљевић Пантелић, Дом здравља Уб.

Својим укупним здрављем је незадовољно око 20% становника Србије и то више сеоског, женског, средовечног, мање образованог и сиромашнијег становништва.

Изабраним лекаром опште медицине је задовољно 78,6% стновника, нарочито сеоског, женског, старијег, мање образованог и сиромашнијег становништва. Болничким лечењем је задовољно 72,8% становника Србије, опет више сеоских насеља, мушког, старијег, мање образованог и сиромашнијег становништва. Болничким особљем је задовољно 63,2%, а условима боравка у болници 33,2%. Целокупном здравственом службом је задовољно 41,4% становника Србије, више сеоског, женског, старијег, мање образованог и сиромашнијег становништва.

Кључне речи: *Самопроцена здравља, задовољство здрављем, задовољство здравственом службом.*

His overall health is not satisfied about 20% of the population of Serbia and the more rural, female, middle-aged, less educated and poorer population.

Selected general practitioners were satisfied 78.6% Population, especially rural, women, older, less educated and poorer population. Hospital treatment are satisfied with 72.8% of Serbia's population, yet more villages, male, older, less educated and poorer population. Hospital staff are satisfied with 63.2%, and the conditions of stay in hospital 33.2%. The entire health service were satisfied 41.4% of Serbia's population, more rural, female, older, less educated and poorer population.

Key words: *Self-assessment of health, satisfaction with health, satisfaction with health care.*

Увод

У својој стратегији „Здравље за све до 2000.“ Светска здравствена организација (СЗО) заузела је став да је здравље „способност за вођење економски и социјално продуктивног живота“, поред оне опште познате дефиниције здравља.

Здравље се састоји од био-психо-социјалних компоненти појединца и еколошко-социјалних компоненти његовог окружења. Према томе, здравље произлази из динамичке равнотеже човека и његове околине, тј. здравље је резултат унутрашњих и хередитарних (наследних) фактора и спољашњих фактора из човекове околине. Између човека и његове околине постоји динамичан однос са сталном интеракцијом међусобних утицаја[1, 2].

Околина човека представља јединствену целину, која свим својим факторима делује на човека, па је човек у суштини производ своје околине и њен саставни део. Пошто се здравље сматра процесом динамичке равнотеже човека и његове околине, онда болест представља неспособност или немогућност успостављања те равнотеже[3].

Процена здравља се врши кроз појединачни и масовни приступ. Појединачни приступ подразумева процену, при којој се за јединицу посматрања узима појединац, здрав или болестан човек. Масовни приступ је оријентисан на целокупно становништво или поједине његове делове. Међутим, сами становници могу процењивати своје здравље, а подаци о томе се најчешће прикупљају анкетним истраживањем[4].

Циљ и метод рада

Главни циљ рада јесте да се изучи и сагледа самопроцена здравља и задовољство здрављем и здравственом заштитом анкетираних становника и то по територијалним деловима Србије, типу насеља, полу и узрасту, образовању и имућном стању.

У остваривању главног циља, анализирани су подаци обимног анкетног истраживања, које је извршио Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, у току 2000. и 2006. године.

Табела 1. Самопроцена здравља деце (%).

Ред. број	Показатељи		Оцена						У односу на претходну годину	
			Врло добро	Добро	Врло добро и добро	Просечно	Лоше	Врло лоше	Много лошије	Нешто лошије
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Територија / подручје	Београд	60,4	33,2	93,6	5,3	0,6	0,5	2,5	13,7
2		Војводина	46,4	43,1	89,5	9,4	0,8	0,2	2,5	14,2
3		Централна Србија	44,8	48,7	93,1	5,9	0,5	0,6	4,4	16,2
4		Србија	48,7	43,6	92,3	6,7	0,6	0,5	2,9	15,0
5	Тип насеља	Градски	50,2	41,8	92,0	7,0	0,6	0,4	2,6	13,3
6		Сеоски	46,6	46,2	92,8	6,3	0,6	0,4	3,2	17,1
7	Пол	Мушко	51,2	41,5	92,6	6,4	0,6	0,4	2,9	13,8
8		Женско	46,4	45,7	92,0	7,0	0,6	0,4	2,9	16,3
9	Узраст	0 – 6 година	29,8	47,7	77,5	19,8	2,0	0,6	0,4	4,2
10		7–11	54,8	42,0	96,8	3,0	0,1	0,4	1,3	8,5
11		12–14	52,5	40,4	92,9	5,8	0,7	0,6	1,7	11,1
12		15–19 година	40,7	47,2	87,9	10,6	0,9	0,6	2,1	15,1
13	Имућно стање	Најсиромашнији	39,5	53,4	92,9	5,5	0,4	1,2	20,7	26,7
14		Најимућнији	55,9	38,8	94,7	4,8	0,6	0,5	9,7	13,1

Табела 2. Самопроцена општег здравља у односу на претходну годину.

Ред. број	Показатељи		Процена здравља (%)					Садашње здравље у односу на прошлу годину		Незадовољни здрављем
			Врло лоше	Лоше	Просечно	Добро	Врло добро	Много лошије	Нешто лошије	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Територија / подручје	Београд	2,5	9,4	34,6	33,8	19,7	2,5	13,7	19,3
2		Војводина	3,0	11,3	38,8	35,7	11,2	2,5	14,2	19,4
3		Централна Србија	3,4	14,7	37,8	31,3	12,8	4,4	16,2	19,8
4		Србија	3,1	12,6	37,1	33,2	14,0	2,9	15,0	19,9
5	Тип насеља	Градски	2,7	10,3	37,2	34,5	15,3	2,6	13,3	18,8
6		Сеоски	3,6	15,9	37,1	31,4	12,3	3,2	17,1	21,3
7	Пол	Мушко	3,1	10,7	34,8	35,1	16,4	2,9	13,8	17,5
8		Женско	3,1	14,7	39,8	31,1	11,4	2,9	16,3	22,5
9	Добне групе	0 – 6 година	0,4	2,0	19,8	47,7	30,0	0,4	4,2	-
10		7–11	1,4	4,8	36,2	42,2	15,6	1,3	8,5	-
11		12–19	2,1	10,7	46,5	31,4	9,4	2,1	15,1	-
12		20–34	3,4	17,0	48,2	24,3	7,2	3,1	19,0	18,8
13		35–44	6,5	24,8	43,6	20,1	4,9	6,1	25,1	21,3
14		45–54	9,3	31,9	37,8	17,2	3,9	8,3	32,2	22,5
15		55–64	5,7	23,6	40,4	23,3	7,1	5,0	13,1	17,5
16		65–74	1,8	7,0	35,9	38,0	17,3	1,7	10,5	4,9
17		75 и више година	1,4	4,7	33,5	40,8	19,7	1,7	10,3	8,7
18	Образовање	Основно	-	-	-	-	-	-	-	31,4
19		Средње	-	-	-	-	-	-	-	13,7
20		Високо	-	-	-	-	-	-	-	12,9
21	Имућно стање	Најсиромашнији	6,0	21,1	35,4	27,8	9,7	5,1	20,7	26,7
22		Најимућнији	1,6	5,5	33,9	38,8	20,3	1,5	9,7	13,1

Табела 3. Самопроцена оралног здравља предшколске и школске деце(%).

Ред. број	Показатељи		Оцена					
			Врло добро	Добро	Врло добро и добро	Просечно	Лоше	Врло лоше
0	1	2	3	4	5	6	7	8
1	Територија / подручје	Београд	43,8	40,1	83,9	11,8	3,8	1,1
2		Војводина	23,3	54,9	78,0	17,4	4,8	0,6
3		Централна Србија	23,1	55,2	78,3	18,9	2,5	1,0
4		Србија	27,2	52,0	79,2	17,0	3,5	0,9
5	Тип насеља	Градски	30,9	50,6	81,5	14,4	3,6	1,0
6		Сеоски	22,2	53,9	76,1	20,5	3,2	0,7
7	Пол	Мушко	26,1	51,2	77,3	18,2	4,1	0,9
8		Женско	28,3	52,7	81,0	15,8	2,9	0,9
9	Узраст	0–6 година	15,1	37,8	52,9	32,4	12,4	2,0
10		7–11	30,2	51,4	81,6	14,8	3,0	0,5
11		12–14	28,9	52,4	81,3	14,9	3,6	0,2
12		15–19 година	23,4	52,3	75,0	20,3	3,8	0,3
13	Образовање	Основно	2,2	10,7	-	21,0	44,7	21,3
14		Средње	8,0	26,4	-	33,0	23,9	8,3
15		Високо	11,5	31,0	-	29,7	20,1	7,2
16	Имућно стање	Најсиромашнији	17,5	53,3	70,8	22,6	6,0	0,6
17		Најимућнији	37,8	48,6	86,4	10,3	3,2	0,2

Табела 4. Самопроцена оралног здравља укупног становнишва Србије (%).

Ред. број	Показатељи		Ниво здравља (%)					
			Врло лоше	Лоше	Просечно	Добро	Врло добро	Без одговора
0	1	2	3	4	5	6	7	8
1	Територија / подручје	Београд	12,8	25,1	25,1	24,8	11,6	0,6
2		Војводина	13,7	30,3	29,1	21,8	4,6	0,5
3		Централна Србија	12,6	33,1	29,0	19,7	5,1	0,7
4		Србија	12,8	30,1	28,2	21,4	6,4	0,6
5	Тип насеља	Градски	10,7	26,8	30,3	24,3	7,4	0,6
6		Сеоски	15,5	35,7	25,5	17,7	5,1	0,5
7	Пол	Мушко	12,5	29,9	29,0	21,5	6,6	0,5
8		Женско	13,1	31,4	27,4	21,4	6,2	0,6
9	Добне групе	0 – 6 година	2,0	12,4	32,4	37,8	15,1	0,3
10		7–11	7,0	24,7	35,7	26,3	5,8	0,6
11		12–19	11,4	33,5	32,2	19,0	3,6	0,4
12		20–34	16,0	39,7	26,8	14,0	2,8	0,7
13		35–44	23,6	45,1	18,8	8,8	2,7	1,1
14		45–54	32,4	46,1	12,9	6,2	1,7	0,6
15		55–64	21,3	44,2	21,0	10,7	2,2	0,7
16		65–74	8,3	23,9	33,0	26,4	8,0	0,5
17		75 и више година	7,2	20,1	29,7	31,0	11,5	0,5
18	Образовање	Основно	21,3	14,2	21,0	10,7	2,2	0,7
19		Средње	8,3	23,9	33,0	26,4	8,0	0,5
20		Високо	7,2	20,1	29,7	31,0	11,5	0,5
21	Имућно стање	Најсиромашнији	19,2	41,1	23,0	12,9	3,0	0,7
22		Најимућнији	7,3	19,9	29,5	30,3	12,6	0,5

Резултати и дискусија

Самопроцена здравља деце и школске деце показала је да у Србији своје здравље оцењује као добро и врло добро 92,3% предшколске и школске деце, и то као врло добро 48,7% и добро 43,6%, а као лоше и врло лоше само око 1%. Као добро и врло добро здравље у већем проценту оцењују деца сеоских насеља, затим мушкарци, основношколска и имућнија деца (табела 1).

Највећи број испитаника процењује своје здравље као просечно (37,1%) и добро (33,2%), а врло добро 13,8%, док је 15,7% проценило као лоше и врло лоше. У односу на претходну годину оцењују да је нешто лошије 15% и много лошије 2,9%. У свему овоме постоје разлике по територијалним деловима Србије, типу насеља, полу, узрасту и имућном стању (табела 2).

Што се тиче оралног здравља (табела 3), као добро и врло добро процењује 79,2% деце, као просечно 17%, а као лоше и врло лоше 3,8%. У овом смислу, као боље здравље процењује више градске, женске, старије и имућније деце.

Што се тиче оралног здравља, највећи број испитаника сматра да је лоше и веома лоше (42,9%), затим просечно (28,2%) и добро (20,4%), те врло добро (6,4%) (табела 4). Евидентне су разлике по територијалним деловима Србије, типу насеља, полу и узрасту, као и имућном стању испитаника.

Какво је задовољство становништва здравственом службом показују подаци табеле пет, из које се види да је 78,6% становника Србије задовољно лекаром опште медицине, а здравственом службом 41,4%. Болничким лечењем је задовољно 72,8%, и то болничким особљем 63% и условима боравка у болници 33,2%. Са свим тим задовољнији су становници сеоских насеља, женско, старије, мање образовано и сиромашније становништво.

Табела 5. Задовољство здравственом службом.

Ред. број	Показатељи		Имају свог лекара	Задовољни (%)		Број болнички лечених	Задовољни болничким лечењем (%)		
				Лекаром опште медицине	Здравственом службом		Лечењем	Особљем болнице	Условима боравка у болници
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Територија / подручје	Београд	2458	71,7	36,0	224	70,6	66,8	33,0
2		Војводина	1909	77,5	40,2	257	72,3	60,5	29,1
3		Централна Србија	2987	84,2	44,2	482	74,3	64,0	36,5
4		Србија	7355	78,6	41,4	962	72,8	63,2	33,2
5	Тип насеља	Градски	4619	77,6	40,4	556	72,1	62,1	31,6
6		Сеоски	2736	80,4	42,7	406	73,6	64,6	35,4
7	Пол	Мушко	3577	77,7	38,3	507	73,9	61,1	33,2
8		Женско	3777	79,5	44,9	455	71,5	65,5	33,2
9	Добне групе	20–34	1421	72,5	36,4	124	61,9	50,0	21,1
10		35–44	1149	75,7	35,8	96	70,0	53,9	20,9
11		45–54	1441	77,9	40,1	177	70,9	66,2	33,8
12		55–64	1281	81,6	44,5	181	72,6	65,2	31,5
13		65–74	1315	83,8	49,1	215	77,1	67,2	39,0
14		75 и више година	748	82,0	50,2	168	78,8	67,2	43,0
15	Образовање	Основно	2420	82,3	43,9	442	73,3	62,1	37,2
16		Средње	3707	76,2	39,8	420	73,8	63,3	28,5
17		Високо	1227	78,7	40,8	101	66,0	67,3	35,6
18	Имућно стање	Најсиромашнији	1152	81,4	41,9	219	75,6	61,1	35,3
19		Најимућнији	1279	74,9	38,3	154	70,3	60,0	30,0

Закључак

Становништво Србије своје опште здравље у великом проценту процењује као добро и врло добро – предшколска деца 77,5%, школска деца 92,5% и одрасли 47%. Боље здравље процењује градско, мушко, старије, мање образовано и имућније становништво. У односу на претходну годину, 15% одраслог становништва оцењује да је нешто лошије, а 2,9% да је много лошије, и то у већем проценту сеоско, женско и имућније становништво.

Орално здравље у мањем проценту становници процењују као добро и врло добро – деца у 79,2%, а одрасли само у 27,8% случајева. Овакво здравље у већем проценту оцењује градско, млађе и имућније становништво.

Својим укупним здрављем је незадовољно 20% становника Србије, и то више сеоског, женског, средовечног, ниже образованог и сиромашнијег становништва.

Кад је реч о задовољству здравственом заштитом и здравственом службом, 78,6% је задовољно својим лекаром опште медицине, и то више сеоског, женског, старијег, мање образованог и сиромшнијег становништва. Болничким лечењем је задовољно 72,8% становника Србије, више сеоских насеља, мушког, старијег, мање образованог и најсиромашнијег становништва. Особљем болнице је задовољно 63,2%, а условима боравка у болници 33,2% становника Србије. Здравственом службом уопште задовољно је 41,4% становника Србије – нешто више сеоско, женско, старије, мање образовано и сиромашније становништво.

Литература

1. Тимотић Б. и сар.: Социјална медицина. Веларта, Београд, 2000.
2. Тимотић Б.: Увод у медицину. Elit Medica, Београд, 2004.
3. Обрадовић М. и сар.: Здравље и квалитет живота. Ставови старих о сопственом здрављу. Геронтологија, 2006; 1: 134-137.
4. Тимотић Б., Јањић М.: Примарна здравствена заштита. Elit Medica, Београд, 2004.

Контакт: Мр сц. Биљана Анђелски Радичевић, дипл. фарм., Стоматолошки факултет Универзитета у Београду, Београд, Др Суботића 8.

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 614.253.5 ; 616-083
ID BROJ: 190480652

Образовање медицинских сестара и квалитет здравствене неге

Гордана Арсић Комљеновић[1], Љиљана Кулић[2], Тања Чикара[3], Христо Анђелски[4]

Importance of Nurses' Education in the Health Care Quality

Gordana Arsic Komljenovic, Ljiljana Kulic, Tatjana Cikara, Hristo Andjelski

Сажетак: *За оне који прате сестринство и његов развој током 20. века, напори да се сестринство обогати сазнањима из других научних дисциплина само су логичан наставак развоја саме медицине и самог процеса здравствене неге.*

Нова улога коју је сестрама дала Светска здравствена организација захтева веће знање и већи степен образовања, што се поставило као задатак пред сваку земљу чланицу Светске здравствене организације.

Савремено сестринство карактерише повезивање медицинских сестара на светском нивоу и заједничко решавање кључних питања за сестринство. Више и високо образовање медицинских сестара је приоритет модерних држава.

Проблеми савременог сестринства највише су видљиви у недовољном образовању и немогућности напредовања у струци. Условно речено, стручно усавршавање које наше медицинске сестре имају, стечено је властитим искуством и ентузијазмом кроз рад.

Систематизација радних места, признавање дипломе високог образовања, прецизно дефинисање назива нових занимања у номенклатури занимања; повећања коефицијента и промене висине зарада; већа подршка државе и надлежних министарстава у области њиховог рада и финансијска подршка државе, односно здравствених установа у стипендирању сестара које треба да се школују у оној мери у којој је то могуће.

Summary: *All the people following nursing and the process of its development throughout the 20th century see the efforts to enrich nursing with the findings of other scientific areas merely as the logical continuation of the development of the medical science and health care.*

The new role assigned to nurses by the World Health Organization requires the higher degree of knowledge and education, which has been imposed as a task on every country with the membership in the WHO.

Contemporary nursing is characterized by the worldwide connection among nurses and their joint access to solving the crucial nursing issues. It has become a priority in all modern countries to provide both higher and high degree education for nurses.

The problems within contemporary nursing exhibit themselves mostly in the insufficient education of nurses and the inability to make progress in their profession. Taken with exception, our nurses gained their expertise solely through their own working experience and enthusiasm.

Workplace systematization and acknowledgement of high degree education certificates would contribute to faster education of nurses in our country. Suggested measures for solving the current issues related to nurses' education also include the accurate definition of new occupations within the nomenclature of professions, the increase in the coefficient rate and salary, greater support from the state and ministries in charge of their area of work as well as financial aid

1 Проф. др сц. мед. Гордана Арсић Комљеновић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић", Београд, Кнеза Вишеслава 27.

2 Проф. др сц. мед. Љиљана Кулић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић", Београд, Кнеза Вишеслава 27.

3 Тања Чикара, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић", Београд, Кнеза Вишеслава 27.

4 Проф. др сц. мед. Христо Анђелски, Градски завод за јавно здравље, Београд, Булевар деспота Стефана 54/а.

Кључне речи: *образовање, сестринство, здравствена заштита.*

from the state, and the support from health care institutions in providing scholarships and grants for education of nurses, at the greatest possible level.

Key words: *education, nursing, health care.*

Увод

Бити медицинска сестра је јединствен позив који захтева најлепше особине у људском бићу – хуманост.

„Јединствена улога медицинске сестре је помагати појединцу, болесном или здравом, у обављању оних активности које доприносе здрављу, опоравку или мирној смрти, а које би појединац обављао самостално када би имао потребну снагу, вољу и знање“.

Вирџинија Хендерсон

Област рада медицинске сестре врло је широк, од навикавања деце да перу руке, навикавању одраслих да чувају здравље, до руковођења високо софистицираном медицинском технологијом која је у функцији очувања или одржавања људског живота.

За оне који прате сестринство и његов развој током 20. века, напори да се сестринство обогати сазнањима из других научних дисциплина само су логичан наставак развоја саме медицине и самог процеса здравствене неге. Медицинска сестра мора бити емоционално зрела и стабилна особа како би могла разумети и носити се са људским патњама, хитним стањима, здравственим проблемима и етичким недоумицама. Медицинска сестра професионално обавља свој посао, а њен рад је тимски рад.

Улога коју је сестрама дала Светска здравствена организација захтева веће знање и већи степен образовања, што се поставило као задатак пред сваку земљу чланицу Светске здравствене организације.

Савремено сестринство карактерише повезивање медицинских сестара на светском нивоу и заједничко решавање кључних питања за сестринство. Општи тренд је да препоруке и решења везана за сестринство на светском нивоу постају важећа и обавезујућа у свим земљама. Сестринство се све више у свету схвата као дисциплина која има препознатљив програм деловања и која је независна од других дисциплина у саставу здравствене заштите.

Модерно сестринство фаворизује едукацију као приоритет у професионалном животу медицинских сестара. Више и високо образовање медицинских сестара је приоритет модерних држава.

Сестре раде самостално у тиму на унапређењу здравља, лечењу и рехабилитацији. Пружају здравствену негу, организују професионалну негу и континуирану едукацију. Раде на различитим местима, од патронаже до јединица интензивне неге. Успех рада медицинске сестре - квалитет здравствене неге, не зависи само од хуманости и способности савладавања савремене технологије. Он зависи и од трајне едукације медицинске сестре. Зато је данас, у временима свакодневних промена, неопходно окренути се напретку професије сестринства управо кроз трајно учење у програмима континуиране едукације.

Проблеми савременог сестринства највише су видљиви у недовољном образовању и немогућности напредовања у струци. Условно речено, стручно усавршавање које наше медицинске сестре имају, стечено је властитим искуством и ентузијазмом кроз рад.

ОБРАЗОВАЊЕ СЕСТАРА У СРБИЈИ

Процес професионалног образовања сестара почиње у Србији од 1860. године. Оснивањем прве школе за бабице 1899. године и школе за нудиље (медицинске сестре) 1921. године

у Београду почиње институционално образовање медицинсих сестара у нашој земљи. Медицинске сестре у Србији формирале су своје стручни часопис „Сестринска ријеч“, основале су сестринска удружења и постале су чланице међународног друштва сестара још 1927. године. У Србији се 1952. године у Београду отвара прва државна Виша школа за медицинске сестре Југословенског црвеног крста, чиме почиње образовање сестра на вишем нивоу.

Звање дипломиране медицинске сестре на западу је звање које се односи на високо образовану медицинску сестру. Континуирани процес едукације такве медицинске сестре спроводи се на колеџима и универзитетима на којима професионално школовање медицинске сестре траје шест година након завршене средње школе. Сестра која је на овај начин школована, професионално је оспособљена за доношење важних клиничких одлука и самостално обавља своје дужности. Могућност специјализација из одговарајућих области медицине, сестрама даје законско право да буду самосталне у обављању професионалних дужности.

Здравство у Србији, као и будућност сестринства, највише зависе од образовања медицинских сестара. Сестре у Србији ће се придружити сестринству Европе кроз едукацију кадрова, креирање самосталне здравствене политике и истраживање у области сестринства. Програм **високог** образовања медицинских сестара у Србији требао би да се континуирано развија, у складу са међународним стандардима. Развој сестринства у Србији прати активности које се односе на реформу образовања медицинских сестара, по стандардима, хармонизовано са светом и са Европском унијом. Део проблема у сестринству успешно је решен, али део проблема је неопходно хитно решавати и за њихово решавање сестре имају подршку Међународног удружења медицинских сестара (ICN) и Светске здравствене организације (WHO).

Медицинске сестре чине готово половину од укупног броја свих запослених у систему здравствене заштите и, према подацима Светске здравствене организације, пружају 70 одсто услуга. По болницама и домовима здравља широм Србије тренутно ради 50.415 медицинских сестара и техничара. У нашем здравственом систему једва једна од десет сестара има вишу или високу стручну спрему, док је законски минимум у Европској унији 30 одсто. Према подацима из регистра чланова Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије, 46.657 запослених има средњу стручну спрему, док вишу и високу стручну спрему има тек њих 3.758.

У овом тренутку младима у Србији на располагању стоје 33 средње медицинске школе у којима им је понуђено шест усмерења: медицинска сестра/техничар, педијатријска сестра/техничар, гинеколошко-акушерска сестра/техничар, медицинска сестра-васпитач, стоматолошка сестра и здравствени неговатељ.

Први степен образовања медицинских сестара подразумева академске и струковне студије. Високошколско образовање сестара реализује се у оквиру академских студија у трајању од четири године на медицинским факултетима у Новом Саду и Косовској Митровици, После завршених академских студија стиче се звање дипломирани организатор здравствене неге и 240 ЕСПБ бодова. Високо образовање на струковним студијама у трајању од три године реализује се у оквиру медицинских факултета у Крагујевцу и у Нишу и у високим струковним школама. Струковне студије трају три године, после чега се стиче звање струковна медицинска сестра и 180 ЕСПБ бодова.

Други степен образовања медицинских сестара подразумева мастер (60 ЕСПБ бодова), специјалистичке академске (60 ЕСПБ бодова) и специјалистичке струковне студије (60 ЕСПБ бодова). На овом степену образовања се појављују проблеми чије је решавање неопходно да би се струковним сестрама омогућила директна проходност у образовању до трећег степена, јер завршавањем струковних студија (180 ЕСПБ бодова) и специјалистичких струковних студија (60 ЕСПБ бодова) за упис на докторске студије недостаје 60 ЕСПБ бодова. Постоје предлози о начину да се проблем превазиђе, онако како је то учињено у неким европским земљама, преко мастера на струковним студијама, али то још увек није разрешено у нашој земљи.

Сестринство је стручна делатност, која захтева континуирани развој, праћење и стално прилагођавање, засновано на научном посматрању и потреби да буде боље. Сестра је стално присутна код неге болесника, у свим фазама процеса пружања неге. Нега болесника се не може одвојити од сестринства. Нега болесника је била позната у најранијим етапама људског друштва о чему сведоче најраније сачувани цртежи на зидовима пећина, а помиње се и у најстаријим писаним документима. У нашој земљи постоји традиција у позиву сестринства и у неговању болесног и онога коме је неопходна помоћ. Још у XII веку у српским манастирима калуђери и калуђерице су неговали здравствену културу и васпитање, што је у то време било непознато на дворовима Енглеске и других земаља западне Европе. Први писани трагови који говоре о нези у нашем народу налазе се у Хиландарском уставу који је написао Сава Немањић (Свети Сава) крајем XII века, као и у Хиландарском медицинском кодексу. Хиландарски устав и Хиландарски медицински кодекс јасно говоре о постојању развијене свести о здрављу и заштити здравља, о болестима и нези болесника.

Медицинска сестра као здравствени радник у здравственој заштити има двојаку функцију:

- као сарадник доктора учествује у реализацији дијагностичких и терапеутских поступака;
- као носилац здравствене неге оспособљена је за самосталан рад и одлучивање и њен задатак је да планира, спроводи је и контролише негу.
- У решавању актуелних проблема везаних за образовање у области сестринства неопходно је следеће:
- боља координација у вези са променама у области рада медицинских сестара;
- прецизно дефинисање назива нових занимања у номенклатури занимања;
- систематизација радних места у здравственим установама по којој се препознају радна места и опис послова високе медицинске струковне сестре;
- сагледавање свих промена које су последица високог образовања медицинских сестара у смислу дефинисања послова;
- повећање коефицијента и промене висине зарада;
- већа подршка државе и надлежних министарстава у области њиховог рада и
- финансијска подршка државе, односно здравствених установа у стипендирању сестара које треба да се школују у оној мери у којој је то могуће.

Литература

1. Јолић М., Вичовац Љ., Ђорђевић Д.: Општа и специјална нега болесника са организацијом сестринске службе. Мала енциклопедија, Монографија, Медицински факултет Нови Сад, 2007.
2. Кулић Љ.: Здравствена нега 1. Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд, 2011.
3. Тијанић М., Ђурановић Д., Рудић Р., Миловић Љ.: Здравствена нега и савремено сестринство. Научна КМД, Београд, 2004.
4. WHO: The Family Health nurce. EUR/00/5019309/1300074-27, January 2000.

Контакт: Проф. др сц. мед. Гордана Арсић Комљеновић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд, Кнеза Вишеслава 27, тел. 011/3530611.

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 614.253(497.11)"2010"
ID BROJ: 190481676

Задовољство корисника радом службе опште медицине – важна димензија квалитета

Нада Зец Петковић[1], Миодраг Радаковић[2], Радован Зец[3], Давор Пењашковић[4]

Patients Satisfaction With General Practice Service At Primary Health Care Centre in Sremska Mitrovica in the Year 2010.

Nada Zec Petković, Miodrag Radaković, Radovan Zec, Davor Penjašković

Сажетак: *Увод: Квалитет здравствене заштите може се дефинисати као „препознавање и задовољење здравствених потреба оних којима је испуњење истих најпотребније, по најнижој цени и унутар дате регулативе". Активности на праћењу и унапређењу квалитета услуга, као и планирање и организацију здравствене заштите, потребно је прилагодити приоритетним потребама дефинисаних популационих група.*

Циљ: Истражити задовољства корисника услуга тимова у општој медицини Дома здравља у Сремској Митровици.

Материјал и методе: Примењено је анкетно истраживање 423 испитаника, којим је обухваћена једнодневна популација корисника услуга службе – пацијената. Истраживање је спроведено новембра 2010. Као инструмент истраживања коришћен је стандардизовани, анонимни упитник. Анализом су обухваћени сви упитници пристигли из службе опште медицине.

Резултати: Преко три четвртине испитаника изразило је задовољство радом службе (54% анкетираних корисника је задовољно, 23% њих је веома задовољно). Већина је задовољна приступачношћу, доступношћу и пруженим услугама, особљем и опремом.

Сви анализирани аспекти задовољства корисника (континуитет и учесталост коришћења здравствене заштите, мишљење корисника о стручним и личним особинама ле-

Summary: *Introduction: The quality of health care can be defined as recognition and satisfaction of health needs of those who meet the same need, at the lowest cost and within a given regulation. Activities on monitoring and improving the quality of service, as well as planning and organization of health care is necessary to adjust the priority needs of defined population groups.*

Objective: To analyse results of a survey of patients' satisfaction with primary care service.

The survey included a daily population of 423 users at primary health care centre in Sremska Mitrovica and was conducted November 2010. As the research tool a standardized questionnaire was used. Analysis included all the questionnaires received from the General practice (GP) service.

Results: Of the patients surveyed, over three quarters felt that the overall GP service was either excellent or very good (54% of respondents are satisfied, 23% are very satisfied). The majority of participants expressed satisfaction with the accessibility and availability, with the staff (nurses and their physician) and equipment.

All the analysed aspects of customer satisfaction (continuity and frequency of health care, the opinions of professional and personal characteristics of physician, accessibility and availability, taking into account the patiens opinion during the treatment) affect the overall satisfaction with the health service.

Key words: *quality of health care, primary health care, survey.*

1 Др Нада Зец Петковић, спец. социјалне медицине, Дом здравља Сремска Митровица.

2 Др Миодраг Радаковић, Општа болница Сремска Митровица.

3 Др Радован Зец, Општа болница Сремска Митровица.

4 Др Давор Пењашковић, Општа болница Сремска Митровица.

кара, приступачност и доступност као и уважавање пацијентовог мишљења у току лечења) утичу на опште задовољство лекаром.

Кључне речи: *квалитет здравствене заштите, примарна здравствена заштита, анкета.*

Увод

Квалитет здравствене заштите може се дефинисати као „препознавање и задовољење здравствених потреба оних којима је испуњење истих најпотребније, по најнижој цени и унутар дате регулативе“[1].

Испитивање задовољства пацијената лечењем у некој установи је међу најефикаснијим методама помоћу којих се долази до података о квалитету пружених услуга, при чему су пацијенти они који своја запажања исказују одговорима на циљана питања. Важност пацијентовог мишљења и његовог виђења третмана и неге у здравственим установама данас је препозната у свим развијеним системима здравствене заштите[2]. Задовољство (сатисфакција) пацијената пруженом здравственом заштитом јесте основна димензија у евалуацији квалитета здравствене заштите. Задовољство представља сложени однос између пацијентових опажених потреба, његових очекивања од здравствене службе и искуства са добијеним услугама[3].

Сатисфакција је једна од варијабли која утиче на исход здравствене заштите и коришћење услуга. Да би се побољшало пружање заштите, предиктори незадовољства морају бити идентификовани и отклоњени[2].

У здравственим установама унапређење квалитета рада здравствене заштите је саставни део свакодневних активности здравствених и других радника и представља континуирани процес, чији је циљ да се достигне виши ниво ефикасности и ефективности у самом раду, као и веће задовољство пацијената[4].

Министарство здравља Републике Србије у сарадњи са Републичким заводом за здравствено осигурање из Београда, иницирало је праћење и унапређење квалитета рада у здравственим установама примарне и секундарне здравствене заштите 2004. године, најпре кроз интерни акт Објашњења за праћење квалитета рада у здравственим установама[5], а потом и Правилником о праћењу квалитета рада здравствених установа[6].

У процесу сталног унапређења квалитета здравствене заштите у здравственим установама, које је почело на иницијативу Министарства здравља Републике Србије 2004. године, шесту годину за редом обављено је испитивање задовољства корисника здравственом заштитом у Дому здравља у Сремској Митровици[7, 8].

Циљ рада

Истражити задовољства корисника услуга службе опште медицине Дома здравља у Сремској Митровици.

Материјал и методе

Коришћен је аналитичко дескриптивни метод на основу анкетирања једнодневне популације корисника у служби опште медицине. Као инструмент истраживања у процени задовољства корисника примарном здравственом заштитом коришћен је анонимни упитник – Упитник о задовољству корисника радом службе. Упитници садрже питања која се односе на оне чиниоце у процесу пружања здравствене заштите, који могу да утичу на мишљење и став корисника о квалитету пружене заштите. Упитници су уручивани корисницима после обављене посете (лекару, саветовалишту и др.).

Попуњени упитници прикупљани су у кутију која је предвиђена за ту сврху. Методологија је прописала и време прикупљања упитника, које је износило две недеље након последњег дана истраживања. Проценом задовољства корисника у примарној здравственој заштити обухваћена је једнодневна популација корисника у седишту Дома здравља у Сремској Митровици. Истраживање је обухватако 423 испитаника, оба пола и различите старости, који су користили услуге здравствене заштите, и спроведено је новембра 2010. Прикупљени упитници обрађивани су у дому здравља у посебно припремљеним апликацијама.

Резултати

Процена задовољства корисника радом службе опште медицине извршена је на основу анонимног анкетирања 423 корисника здравствене заштите наведене службе. Просечна старост испитаника је била 46,18 ± 10,2 година; 68% су биле жене, а 32% мушкарци.

Образовна структура испитаника приказана је на графикону 1.

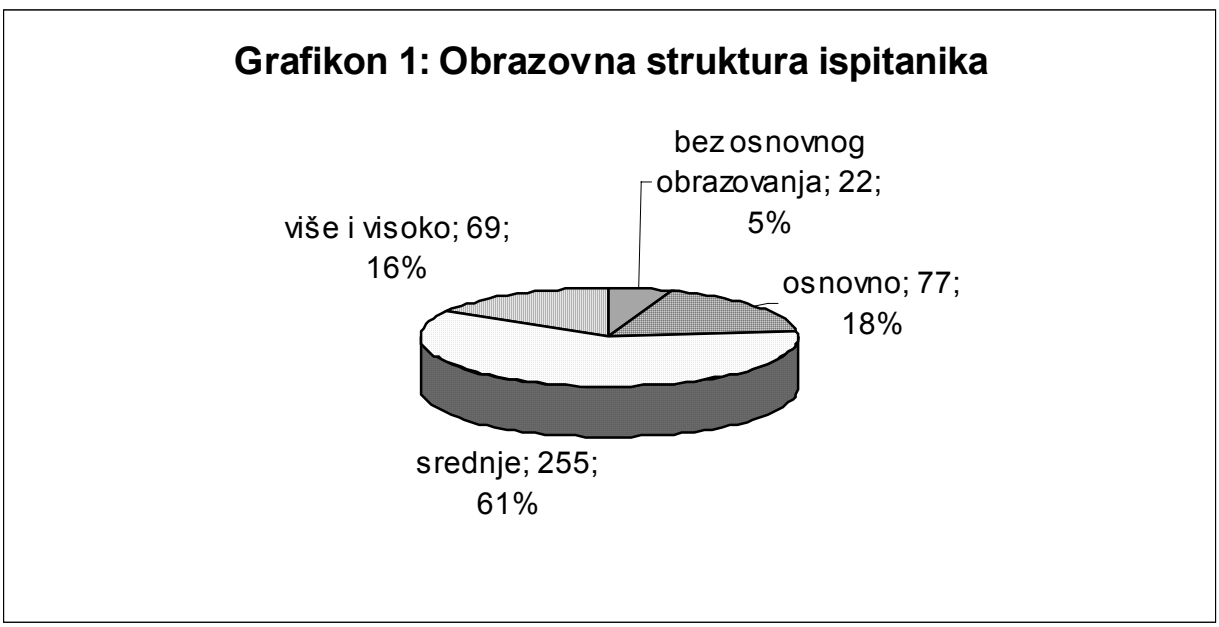
Свој материјални положај пацијенти су оценили на начин, приказан на графикону 2.

Упитани како су изабрали свог лекара, 365 (86%) корисника је одговорило да је само изабрало свог лекара, 9 (2%) испитаника се не сећа, 9 (2%) испитаника нема изабраног лекара, код 14 (3%) испитаника неко из породице је уместо њега изабрао лекара, док 26 (6%) испитаника није бирало, додељен му је лекар.

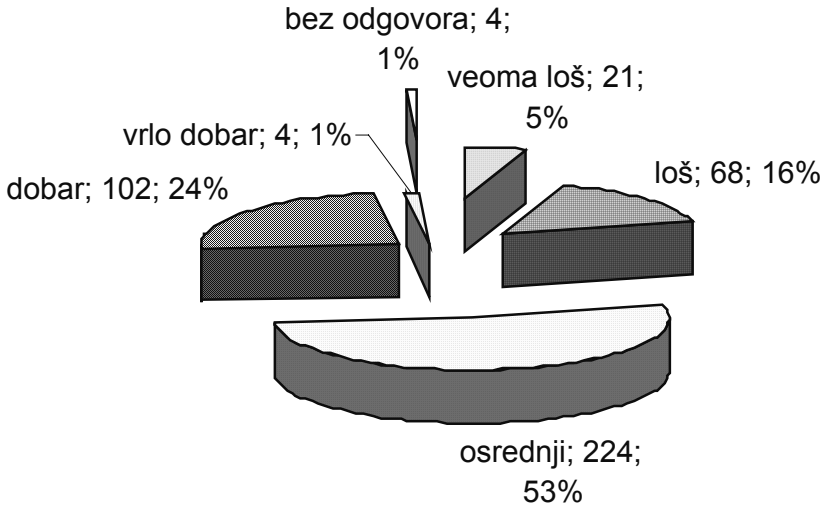
На питање да ли сте упознати на који начин можете да промените свог лекара ако то желите, 80 (19%) корисника је одговорило да не зна, 148 (35%) анкетираних је одговорило да могу да промене изабраног лекара само једанпут годишње, 178 (42%) мисли да може да промени лекара кад год жели, 13 (3%) мисли да не може да промени изабраног лекара, док 4 (1%) није одговорило.

Према одговорима, 364 (86%) анкетираних до сада нису мењали изабраног лекара, а 59 (14%) јесте.

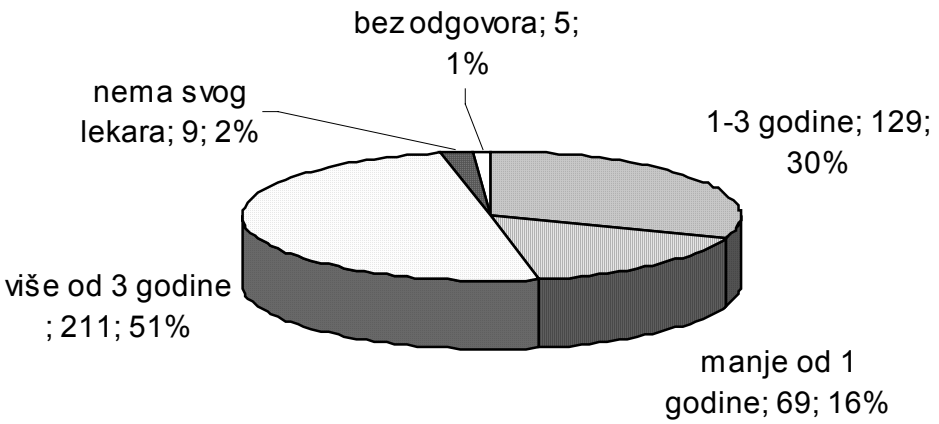
На питање који је био разлог промене изабраног лекара, 306 (72%) анкетираних је одговорило да није мењао лекара, 30 (7%) анкетираних је одговорило да је разлог промене био тај што је лекар напустио ординацију, 35 (8%) њих није одговорило на ово питање, 22 (5%) анкетираних је променио лекара из других разлога, 17 (4%) анкетираних је промени-



Grafikon 2: Ocena materijalnog položaja ispitanika



Grafikon 3: Dužina lečenja kod svog lekara



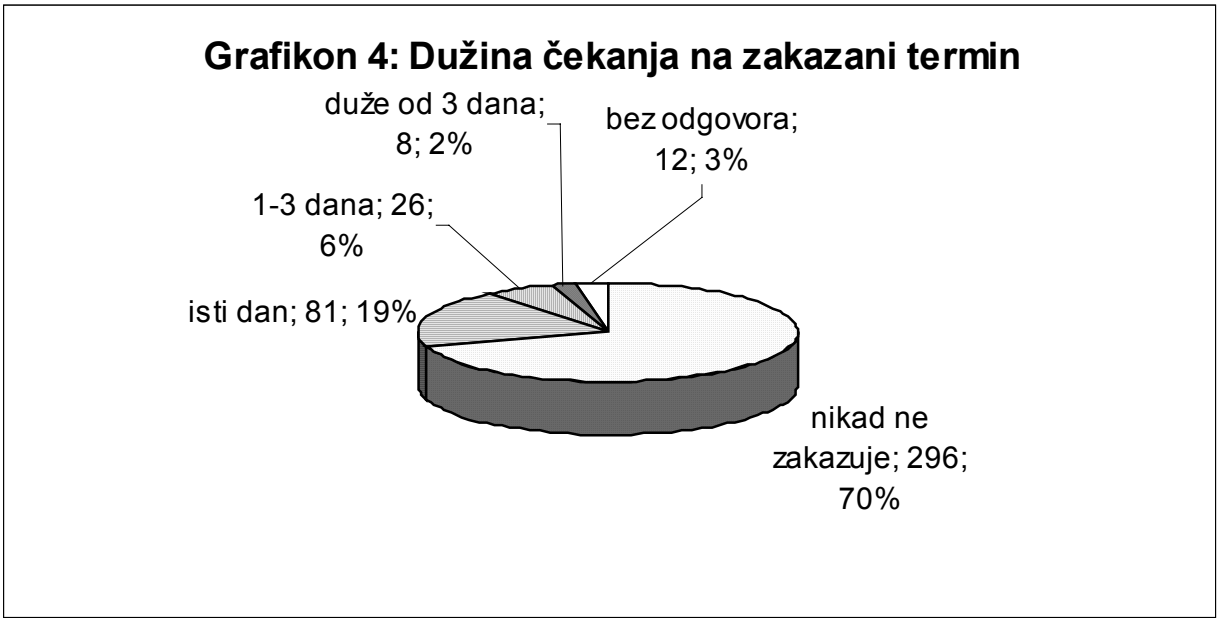
ло лекара јер се преселило, а 13 (3%) њих је имало неспоразум са лекаром.

О дужини лечења код изабраног лекара испитаници су дали одговоре, приказане на графикону 3.

На питање колико пута сте посетили лекара у последњих 12 месеци, укључујући и овај пут, испитаници су одговорили да су у просеку шест пута посетили свог лекара у претходних 12 месеци, а 0,08 пута другог лекара у служби.

Испитаници су одговорили да су лекара у приватној пракси у последњих 12 месеци посетили у просеку 0,50 пута.

О дужини чекања на заказани преглед код изабраног лекара пацијенти су дали следеће одговоре, приказане на графикону 4.



Табела 1: Савети лекара у вези очувања здравља и факторима ризика за настанак болести.

	Одговори				
	да, при редовном прегледу	да, у превентивном центру/ саветовалишту	није било потребно	не	без одговора
о правилној исхрани	255(60%)	26(6%)	72(17%)	26(6%)	43(10%)
о важности физичке активности	210(50%)	37(9%)	71(17%)	37(9%)	68(16%)
о злоупотреби алкохола	120(28%)	21(5%)	137(32%)	51(12%)	94(22%)
о штетности пушења	158(37%)	17(4%)	119(28%)	43(10%)	86(20%)
о избегавању стреса	172(41%)	29(7%)	88(21%)	46(11%)	88(21%)
о сигурном сексу	126(30%)	13(3%)	132(31%)	46(11%)	106(25%)
о опасности од злоупотребе дрога	106(25%)	9(2%)	165(39%)	42(10%)	101(24%)

На питање да ли изабрани лекар разговора са њима о томе како да остану здрави и да ли им даје савете о очувању здравља и превенцији болести, испитаници су дали следеће одговоре, приказане на табели 1.

Упитани да ли се слажу са неким изјавама које се односе на медицинске сестре, пацијенти су дали следеће одговоре, приказане на табели 2.

На питање да ли се слажу са изјавама које се односе на њиховог изабраног лекара, пацијенти су одговорили на начин, приказан на табели 3.

На питање да ли се слажу са изјавама које се односе на ову службу здравствене заштите, пацијенти су дали следеће одговоре, приказане на табели 4.

Табела 2: Оцена рада медицинских сестара.

	Одговори				
	слаже се	**делимично се слаже**	**не слаже се**	**не зна**	**без одговора**
Сестре на шалтеру су љубазне	330 (78%)	63 (15%)	13 (3%)	4 (1%)	13 (3%)
Сестре у соби за интервенције су љубазне	302 (71%)	56 (13%)	4 (1%)	18 (4%)	43 (10%)
Сестре ми увек пруже све информације	308 (73%)	55 (13%)	16 (4%)	3 (1%)	41 (10%)
Сестре и лекари добро сарађују	299 (71%)	41 (10%)	8 (2%)	33 (8%)	42 (10%)

Табела 3: Задовољство изабраним лекаром.

	Одговори			
	слаже се	**делимично се слаже**	**не слаже се**	**без одговора**
Мој лекар познаје моју личну ситуацију	292 (69%)	68 (16%)	25 (6%)	38 (9%)
Мој лекар познаје проблеме и болести које сам раније имао	292 (69%)	68 (16%)	25 (6%)	38 (9%)
Мој лекар одваја довољно времена да разговара са мном	314 (74%)	47 (11%)	22 (5%)	39 (9%)
Мој лекар ме пажљиво слуша	326 (77%)	38 (9%)	13 (3%)	46 (11%)
Мој лекар ми даје јасна објашњења о болестима и лековима које ми преписује	330 (78%)	34 (8%)	17 (4%)	42 (10%)
После посете лекару осећам се способније да се изборим са својим здравственим проблемима	278 (66%)	79 (19%)	21 (5%)	45 (11%)
Када имам нови здравствени проблем, прво идем код свог лекара	343 (81%)	30 (7%)	8 (2%)	42 (10%)

Табела 4: Оцена организације рада здравствене службе.

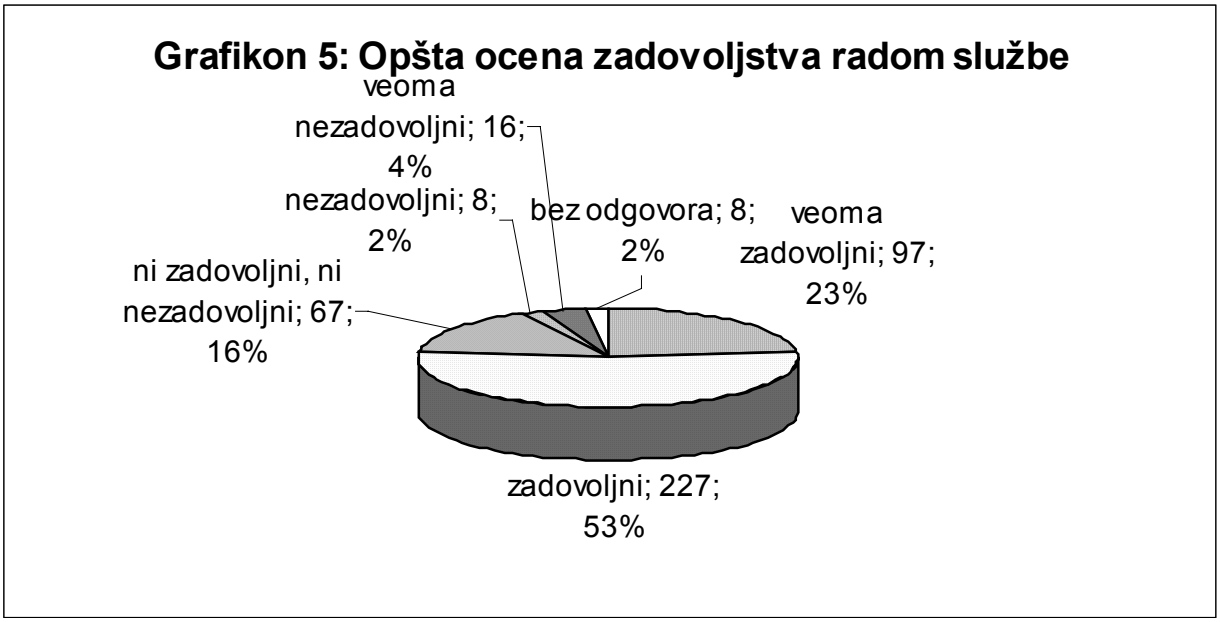
	Одговори				
	Да, слажем се	**Делимично се слажем**	**Не слажем се**	**Не знам**	**Без одговора**
Задовољан сам радним временом	318(75%)	55 (13%)	21 (5%)	4(1%)	25 (6%)
Могу да дођем на преглед и викендом ако се разболим	190 (45%)	59 (14%)	64 (15%)	51 (12%)	59 (14%)
Доступна је инвалидима и особама у колицима	238 (56%)	43 (10%)	26 (6%)	60 (14%)	56 (13%)
Да бих ишао код специјалисте, прво морам да идем код мог лекара	312 (74%)	25 (6%)	24 (6%)	16 (4%)	46 (11%)
У чекаоницама има довољно места за седење	229 (54%)	86 (20%)	52 (12%)	9 (2%)	47 (11%)
Морам дуго да чекам у чекаоници да посетим лекара	59 (14%)	59 (14%)	237 (56%)	17 (4%)	51 (12%)
У току радног времена могу лако да разговарам са лекаром телефоном и добијем савет	161 (38%)	63 (15%)	68 (16%)	76 (18%)	55 (13%)
Када ми хитно треба преглед лекара, то могу да добијем истог дана	288 (68%)	42 (10%)	25 (6%)	17 (4%)	51 (12%)
Постоји кутија/књига за жалбе и примедбе	305 (72%)	17 (4%)	4 (1%)	46 (11%)	51 (12%)
Установа има своју интернет страницу	246 (58%)	13 (3%)	21 (5%)	80 (19%)	63 (15%)
Установа има довољно медицинске опреме	110 (26%)	55 (13%)	42 (10%)	161 (38%)	55 (13%)

Табела 5: Плаћање здравствених услуга.

	Одговори				
	Бесплатно	**Партиципација**	**Пуна цена**	**Не знам**	**Без одговора**
Преглед изабраног лекара	207 (49%)	177 (42%)	0	13 (3%)	26 (6%)
Лекови или инјекције које пропише лекар	142 (34%)	160 (38%)	29 (7%)	38 (9%)	54 (13%)
Преглед специјалисте код кога вас упути лекар	156 (37%)	143 (34%)	8 (2%)	58 (14%)	58 (14%)
Кућна посета вашег лекара	137 (32%)	26 (6%)	9 (2%)	187 (44%)	64 (15%)
Преглед бебе или малог детета у саветовалишту	187 (42%)	8 (2%)	0	148 (35%)	89 (21%)

Ако би им данас биле потребне наведене услуге, да ли су оне бесплатне или морају да их платите, пацијенти су дали следећа мишљења, приказана на табели 5.

На питање да ли се у протеклих годину дана десило да нисте отишли на преглед код свог лекара или сте га одложили јер нисте могли да платите преглед или лекове, 10% (42)



испитаних је одговорило са да, 80% (337) њих је одговорило са не, 4% (16) анкетираних није одговорило на ово питање, а 7% (28) њих се не сећа.

Пацијенти су дали општу оцену задовољства здравственом заштитом у овој служби (графикон 5).

Дискусија

Континуирано побољшање квалитета примарне здравствене заштите је глобални приоритет[9]. Унапређење квалитета има различито значење за различите актере у једном здравственом систему. За лекара, оно се најчешће односи на повећање медицинске ефективности, за менаџере оно представља повећање ефикасности, а пацијенти су обично забринути за своју добробит. Процена задовољства корисника један је од основних елемената унапређења квалитета рада здравствених установа и предуслов квалитетне заштите, а представља меру става пацијента према лекару, систему здравствене заштите и добијене медицинске неге. Побољшање сензитивности система здравствене заштите према потребама и захтевима пацијената велики је изазов за здравствену заштиту данас. Стога су очекивања и искуства пацијената предмет бројних истраживања путем анкетирања, састанака са циљним групама и других социометријских испитивања, а све са циљем подстицања промена у пружању здравствене заштите, ако је потребно[10].

Задовољство пацијената здравственом заштитом је мултидимензионална синтеза, која одсликава њихова очекивања, вредновања и искуства[11]. Задовољство пацијента је важан део здравствене заштите и може се дефинисати као „евалуација заснована на испуњењу очекивања“[12]. Претпоставку да су очекивања пацијената најбољи предиктор задовољства подржавају резултати истраживања[13]. Задовољство пацијената не зависи само од карактеристика пружене задравствене заштите већ и од карактеристика самог пацијента, од његових очекивања и склоности да критикује и похваљује. Насупрот многим публикованим истраживањима, задовољство корисника система здравствене заштите зависи у већој мери од фактора који су изван система здравствене заштите него од личног искуства као корисника – пацијента. Стога, праћење задовољства пацијената нивоом здравствене заштите има ограничену вредност као основа за побољшање квалитета и реформу здравственог система[14].

Испитивање задовољства корисника је постало континуирана активност у оквиру унапређења квалитета рада здравствених установа.

За истраживање се користе стандардизовани анонимни упитници, посебно дизајнирани за сваку службу у оквиру примарне здравствене заштите. Одговори се процењују петостепеном Ликертовом скалом од „веома незадовољан“ до „веома задовољан“. Анкетирани корисници су имали прилику да дају личну процену стручне компетенције лекара и његових личних карактеристика: способност комуникације, тј. спремности да пажљиво и стрпљиво саслуша тегобе пацијента, али и да му објасни све релевантне чињенице у вези са болешћу, хуманост лекара итд. Постоји потреба да се у истраживањима користе стандардизовани, међународно прихваћени упитници, прилагођени и стално допуњавани, као научно засновано средство прикупљања података[15].

Процена задовољства корисника радом службе опште медицине извршена је на основу анонимног анкетирања 423 корисника здравствене заштите наведене службе. Просечна старост испитаника је била 46,18 ± 10,2 година, и женски пол је био доминантан код испитаника. Највећи број корисника услуга службе опште медицине су завршили средњу школу, а свој материјални положај највећи број корисника је оценио као осредњи (графикон 1, 2). Веће учешће жена и слична старосна структура испитаника забележени су и у другим истраживањима. Она показују да не постоје полне разлике у оцени задовољства пацијената здравственом заштитом, док су старије особе исказивале веће задовољство[16, 17]. Већина испитаника се лечи код свог лекара дуже од три године, а велика већина је прегледана без претходног заказивања (графикон 3, 4). Истраживања су показала да су пацијенти задовољнији доступношћу здравствене заштите у мањим здравственим службама, као и да су млади, поједине етничке групе и становници неких великих градова (нпр. Лондона) мање задовољни[18].

Већина испитаника је препознала и цени превентивни рад свог лекара (табела 1).

Испитаници су задовољни љубазношћу и професионалношћу особља које им пружа услугу. Већина анкетираних се слаже са констатацијом да су медицинске сестре биле љубазне и са пуно поштовања (табела 2). Већина испитаника сматра да је лекар пажљиво саслушао пацијента и одвојио довољно времена да разговара са пацијентом, као и да је дао јасна објашњења о болестима и лековима које му прописује (табела 3). Однос пацијент – доктор је важан концепт у здравственој заштити, посебно примарној. Лонгитудинална карактеристика заштите (посете истом лекару) и доживљаји (искуства) при консултацијама (пацијентовим сусретима са доктором) су главни процеси који промовишу однос пацијент – доктор. Резултирајућа дубина односа пацијент – доктор обухвата четири главна елемента: знање, поверење, оданост и поштовање[19]. Систем изабраног лекара повезан је са високим степеном задовољства пацијената различитим аспектима здравствене заштите[20].

Већина испитаника је позитивно оценила неке делове организације рада здравствене службе, а своје лечење нису платили или су платили само партиципацију (табела 4, 5).

На питање колико су задовољни здравственом заштитом у служби опште медицине, већина анкетираних корисника је веома задовољна и задовољна, док је проценат оних који су ни задовољни ни незадовољни веома низак. Незадовољних и веома незадовољних пацијената је било мало (графикон 5).

Пацијенти највише вреднују интеракцију, емоције и исход свог контакта са здравственом службом и у сваком упитнику нагласак треба да буде на тим модалитетима[21].

Закључак

У овом истраживању већина испитаника изразила је задовољство радом службе опште медицине Дома здравља у Сремској Митровици. Сви анализирани аспекти задовољства корисника (континуитет и учесталост коришћења здравствене заштите, мишљење корисника о стручним и личним особинама лекара, приступачност и доступност као и уважавање пацијентовог мишљења у току лечења) утичу на опште задовољство лекаром.

Литература

1. Вера Грујић: Социјална медицина, Нови Сад, 2007.
2. Цуцић В.: Сатисфакција корисника – нови садржаји у евалуацији здравствене заштите. Здравствена заштита, 1982; 11(6): 6–12.
3. Јаковљевић Ђ., Мартинов Цвејин М.: Здравствена заштита и осигурање. Београд, 1997.
4. Институт за јавно здравље РС: Методолошко упутство за испитивање задовољства корисника ЗЗ у РС 2010. Београд, 2010.
5. Објашњење за праћење квалитета рада у здравственим установама. Министарство здравља. Београд, 2003.
6. Службени гласник РС 49/10: Правилник о показатељима здравствене заштите. Београд, 2010.
7. Институт за заштиту здравља Србије: Методолошко упутство за поступак извештавања здравствених установа о показатељима квалитета рада, листама чекања, задовољству пацијената и обуци запослених. Београд, 2004.
8. Станковић Т.: Квалитет процеса рада у примарној здравственој заштити. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд, 2006.
9. Mead N, Bower P, Roland M: The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) –Development and psychometric characteristics. BMC Family Practice, 2008; 9: 13.
10. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Oleson F, Ribacke M, Spenser T, Szecsenyi J: Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. Family Practice, 1999; 16: 4–11.
11. Kersnik J: An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. International Journal for Quality in Health Care, 2000; 12(2): 143–147.
12. Katić M, Budak A, Ivanković D, Mastilica M, Lazić Đ, Babić-Banaszak A, Matković V: Patients' view on the professional behaviour of family physicians. Family Practice, 2001; 18: 42–47.
13. Hsieh MO, Kagle JD: Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care. Health Soc Work, 1991 Nov; 16(4): 281–90.
14. Bleich SN, Özaltinb E, Murray ChJL: How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? Bull World Health Organ, 2009; 87: 271–278.
15. Vedsted P, Sokolowski I, Heje HN: Data quality and confirmatory factor analysis of the Danish EUROPEP questionnaire on patient evaluation of general practice. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2008; 26: 174–180.
16. Potiriadis M, Chondros P, Gilchrist G, Hegarty K, Blashki G, Gunn JM: How do Australian patients rate their general practitioner? A descriptive study using the General Practice Assessment Questionnaire. MJA 2008; 189(4): 215–219.
17. Campbell JL, Ramsay J, Green J: Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. Quality in Health Care, 2001; 10: 90–95.
18. Kontopantelis E, Roland M, Reeves D: Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. BMC Family Practice, 2010; 11: 61.
19. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C: The patient – doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. Br J Gen Pract, 2009; 59: 268–275.
20. Kalda R, Põlluste K, Lember M: Patient satisfaction with care is associated with personal choice of physician. Health Policy, 2003 Apr; 64(1): 55–62.
21. Steine S, Finset A, Laerum E: A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. Family Practice, 2001; 18: 410–418.

Контакт: Др Нада Зец Петковић, спец. социјалне медицине, Дом здравља Сремска Митровица, Стари шор 65, Сремска Митровица 22000, тел. 022 615 105; 063 8 664 674, pema2001@open.telekom.rs

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 614.2(497.11)"2007/2010
ID BROJ: 190482444

Болнице Поморавског округа најбоље у Србији по показатељима квалитата рада од 2007. до 2010.

Драгана Радовановић[1], Горан Радовановић[2]

The Hospitals in Pomoravlje District are the Best Hospitals in Serbia on Quality of Work Since 2007. to 2010.

Dragana Radovanović, Goran Radovanović

Увод

Квалитет здравствене заштите је препознат као једна од најважнијих карактеристика система здравствене заштите, како државног, тако и приватног сектора. Стално унапређење квалитета и безбедности пацијената саставни је део свакодневних активности здравствених радника, здравствених сарадника и свих других запослених у здавственом систему. Стално унапређење квалитета представља континуирани процес чији је циљ достизање вишег нивоа ефикасности и успешности у раду, као и веће задовољство корисника и давалаца здравствених услуга[1].

Лош квалитет здравствене заштите се може лако препознати у сталним скандалима изазваним неочекиваним смртним случајевима или грешкама у терапији и лечењу. Када се скандал појави, уобичајена политичка реакција јесте да се потражи неко кога би требало окривити за грешку. Здравствени радници који праве грешке постоје и бављење њима јесте важно за систем здравствене заштите. Много је важније, ипак, усмерити се на ширу слику штете која настаје због лошег квалитета и систематски радити на начинима како да се оне избегну. Рад на сталном унапређењу квалитета један је од механизама за развој и унапређење система здравствене заштите[2].

У Републици Србији опредељење за организовани, системски приступ сталном унапређењу квалитета здравствене заштите присутно је од 2004. године. Интензиван рад на унапређењу показатеља довео је и до измена постојећих и увођења нових показатеља Правилником о показатељима квалитета здравствене заштите из 2007. године[3].

Све три болнице Поморавског округа (Ћуприја, Параћин и Јагодина), од самог почетка праћења показатеља квалитета рада и рангирања здравствених установа, биле су у самом врху ранг листе, односно међу најбољим болницама, а последње две године заузимају прва три места ранг листе болница које покривају територију до 100.000 становника.

Циљ рада

Циљ рада јесте приказ показатеља квалитета рада најбољих општих болница у Србији, болница Поморавског округа, за период 2007–2010. и њихово поређење са просечним вредностима истих показатеља за територију Србије.

Метод рада

У раду су коришћени подаци из извештаја о показатељима квалитета рада болница Поморавског округа као и извештаји Института за јавно здравље Србије о унапређењу квалитета рада у здравственим установама Републике Србије од 2007. до 2010. године. За 2007. годину су узети подаци за другу половину године, јер је тада новим Правилником дошло

1 Др Драгана Радовановић, Завод за јавно здравље Ћуприја „Поморавље“ у Ћуприји.

2 Др Горан Радовановић, Завод за јавно здравље Ћуприја „Поморавље“ у Ћуприји.

до измене показатеља у односу на ранији период. Подаци су анализирани методом дескриптивне статистике.

Резултати рада

У здравственим установама које обављају здравствену делатност на секундарном нивоу, квалитет здравствене заштите процењује се на основу показатеља који су се пратили за установу у целини, и показатеља по гранама медицине.

Обавезни показатељи квалитета за здравствену установу у целини:
- стопа леталитета,
- проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема,
- просечна дужина болничког лечења,
- просечан број медицински сестара по заузетој болничкој постељи,
- проценат обдукованих,
- проценат подударности клиничких и обдукционих дијагноза,
- проценат пацијената упућених у друге здравствене установе, осим рехабилитације.

Ови показатељи су се пратили и за ниво установе и посебно за област интерне медицине, хирургије, педијатрије и гинекологије са акушерством. Осим тога, по појединим гранама пратили су се и:

Обавезни показатељи квалитета у интернистичким гранама медицине:
- стопа леталитета од инфаркта миокарда,
- проценат умрлих од инфаркта миокарда у току првих 48 сати од пријема,
- стопа леталитета од цереброваскуларног инсулта,
- проценат умрлих од цереброваскуларног инсулта у току првих 48 сати од пријема,
- просечна дужина болничког лечења пацијената са акутним инфарктом миокарда,
- просечна дужина болничког лечења код пацијената са цереброваскуларним инсултом,

Обавезни показатељи квалитета у хируршким гранама медицине:
- стопа леталитета оперисаних пацијената,
- стопа леталитета неоперисаних пацијената,
- просечан број преоперативних дана лечења,
- просечан број оперисаних пацијената у општој, спиналној и епидуралној анестезији по хирургу,

Обавезни показатељи квалитета који се прате у гинекологији и акушерству су:
- број трудница и породиља умрлих током хоспитализације,
- број живорођене деце умрле до отпуста из болнице,
- број повреда породиља насталих при порођају,
- број повреда новорођенчади насталих при порођају,
- проценат порођаја обављених царским резом.

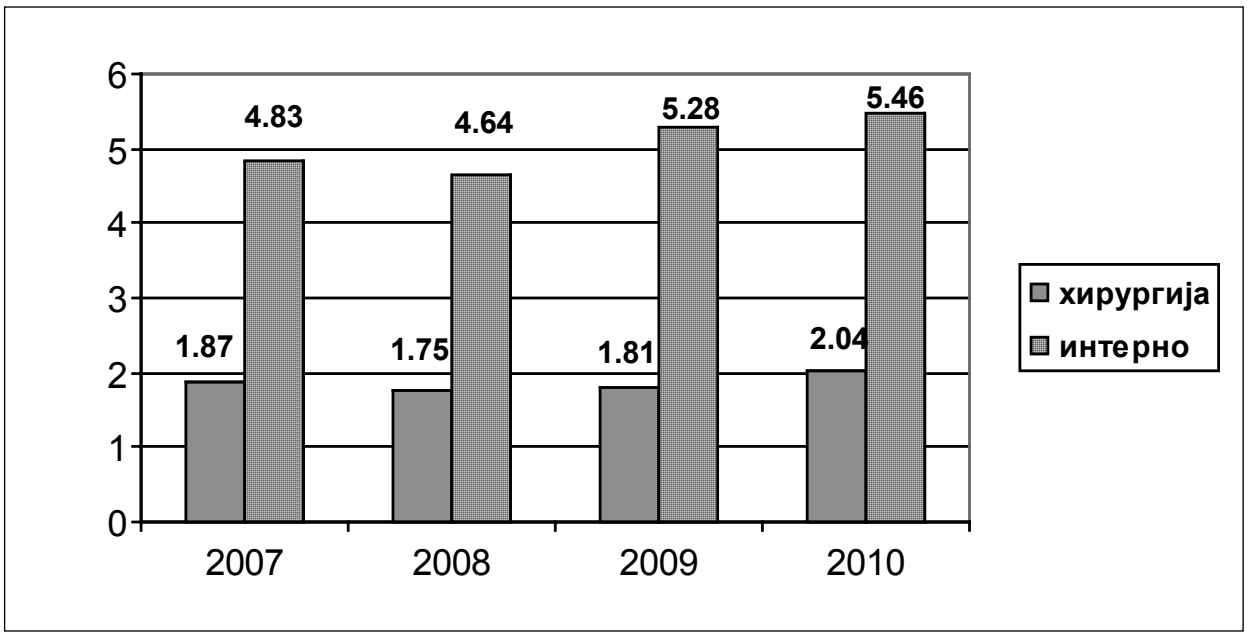
Показатељи квалитета рада болница за установу у целини, или такозвани Општи показатељи, помажу установама да пратећи њихове вредности, открију узроке недостатака и побољшају квалитет рада. Неки од ових показатеља, у посматраном периоду, имају релативно константну вредност, без значајних промена, као што су просечна дужина болничког лечења, стопа леталитета и проценат пацијената упућених у друге установе. Број медицинских сестара по болничкој постељи је на истом нивоу последње две године, али је нешто мањи у односу на почетни период посматрања, вероватно због рестриктивне кадровске политике Министарства здравља, иако овај показатељ директно утиче на ниво болничке неге. Проценат умрлих у првих 48 сати је показатељ чија се вредност значајно смањила за последње четири године и то за 11%. На вредност овог показатеља значајно утиче и правовремено јављање пацијента, али и квалитет предузетих мера - правовремена и адекватна дијагностика и терапија (табела 1).

Међу општим показатељима квалитета рада болница није приказан проценат обдукованих и подударност клиничких и обдукционих дијагноза из разлога што се не слаже број лица упућених на обдукцију са бројем стварно обдукованих, јер се често дешава да иако је умрло лице упућено на обдукцију она се из разноразних разлога не обави, а најчешће због одбијања породице пре-

Табела 1. Показатељи квалитета за здравствену установу у целини.

Назив показатеља	II/2007	2008	2009	2010
Просечна дужина болничког лечења	6,27	6,67	6,25	6,39
Просечан број медицински сестара по заузетој болничкој постељи	1,68	0,66	0,86	0,86
Стопа леталитета	2,48	2,34	2,57	2,79
Проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема	36,02	29,14	26,32	25,6
Проценат пацијената упућених у друге здравствене установе, осим рехабилитације	1,56	0,80	1,53	1,70

Графикон 1. Стопа леталитета на хируршким и интерним одељењима.



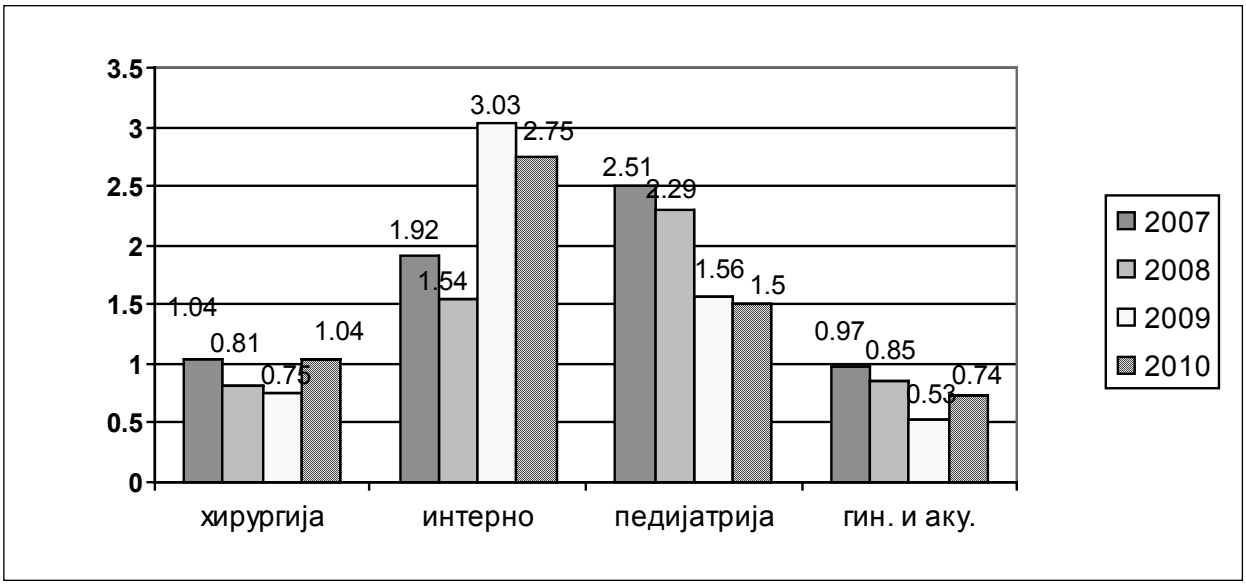
минулог, тако да је број обдукованих јако мали да би био валидан показатељ подударности клиничких и обдукционих дијагноза.

Стопа леталитета на интернистичким одељењима је за око 3% већа од леталитета на хируршким одељењима. У поматраном периоду ове стопе имају незнатни раст , 0,6% код интернистичких случајева и 0,2% код хирушких (графикон 1).

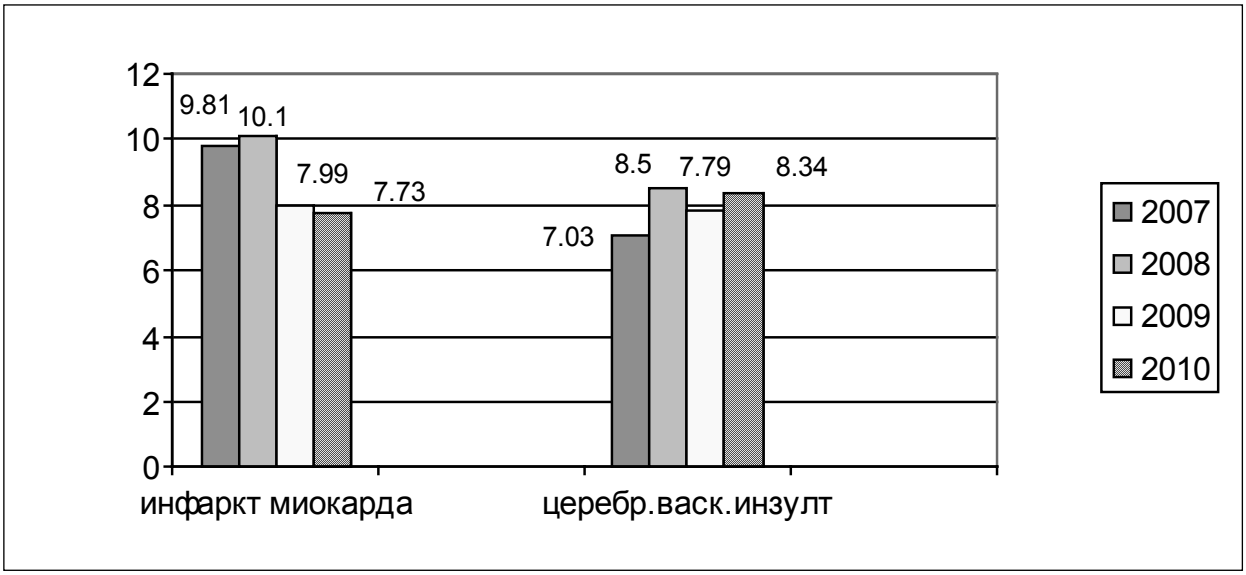
У друге установе, односно на виши ниво здравствене заштите, најчешће се упућују интернистички пацијенти, затим педијатријски, а најмање са хирургије и гинекологије. Овај показатељ, за наведени период, смањен је на педијатрији за 1%, на гинекологији за 0,2%, на хирургији је после трогодишњег смањења у 2010. години повећан за 0,3% у односу на претходну годину, тако да је на истом нивоу као на почетку посматраног периода. Интернистички пацијенти упућивани су у друге установе током 2010. године 0,8% више него у почетној години посматрања, а 0,3% мање него претходне године (графикон 2).

Значајан показатељ квалитета рада на интернистичким одељењима је и просечна дужина лечења пацијената са акутним инфарктом миокарда и цереброваскуларним инзултом. Дужина болничког лечења као општи показатељ, а и дужина лечења од наведених обољења зависи од више фактора: пола и старости пацијента, тежине обољења, придружених болести и од квалитета пружених услуга. Просечна дужина лечења је директна мера ефикасности лечења и квалитета рада болница[3]. Вредности

Графикон 2. Проценат упућених пацијената у друге установе.



Графикон 3. Просечна дужина лечења за инфаркт миокарда и цереброваскуларни инзулт.



овог показатеља показују тренд смањења за око два дана током периода посматрања код пацијената лечених од инфаркта миокарда, док код пацијената лечених од цереброваскуларног инзулта вредност овог показатеља варира па је највишу вредност од 8,5 дана имао 2008. године, а најнижу 7,03 дана 2007. године. У последњој години посматрања дужина лечења је била 8,34 дана (графикон 3).

За процену квалитета рада болница поред општег веома је значајан и специфични леталитет од актуног инфаркта миокарда и цереброваскуларног инзулта који су и код нас и у свету прихваћени као поуздани показатељи квалитета здравствене заштите. Из табеле 2. се може видети да се стопа леталитета од инфаркта миокарда смањила за око 1,5%у односу на почетну годину посматрања, док је ле-

Табела 2. Показатељи квалитета у интернистичким гранама.

Назив показатеља	II/2007	2008	2009	2010
Стопа леталитета од инфаркта миокарда	4.75	4.46	2.94	3.26
Проценат умрлих од инфаркта у току првих 48 сати од пријема	3.04	2.95	1.90	1.75
Стопа леталитета од цереброваскуларног инзулта	14.2	16.06	16.98	14.60
Проценат умрлих од ЦВИ у току првих 48 сати од пријема	3.27	3.43	1.88	1.19

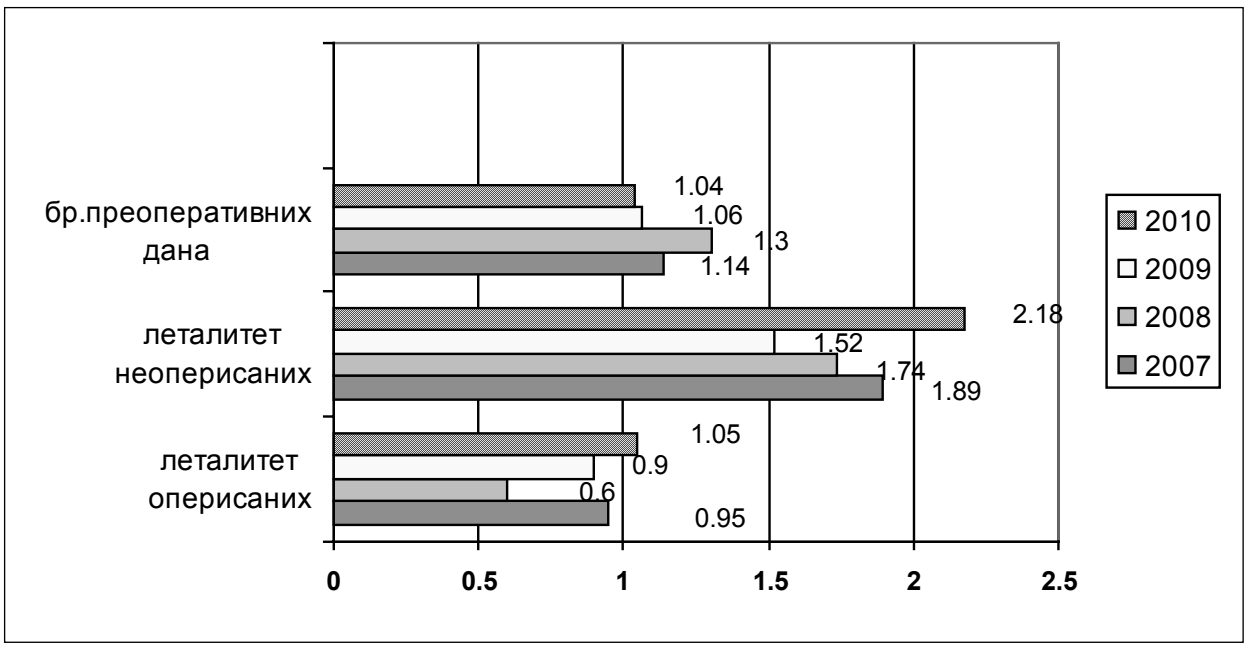
талитет од цереброваскуларног инзулта константно растао од 2007. до 2009. године, да би у 2010. години стопа пала за око 2,5% у односу на претходну годину. Значајно је истаћи да је проценат умрлих од наведених болести у првих 48 сати од пријема имао тренд опадања, што за цели период посматрања износи око 2% (табела 2).

Специфични показатељи квалитета рада на хируршким одељењима су број преоперативних дана, стопа леталитета оперисаних и неоперисаних пацијената и просечан број оперисаних пацијената по хирургу. Просечан број преоперативних дана је показатељ који указује на адекватност припреме пацијената за хируршку интервенцију у ванболничким здравственим установама. У болницама Поморавског округа овај показтељ има тренд благог опадања и просечно износи око један дан, што одговара стандарду. Леталитет неоперисаних пацијената се константно смањивао од 2007. до 2009. године, да би у 2010. години благо порастао за 0,6%. Стопа леталитета оперисаних пацијената је за последње три године посматрања порасла за 0,4% (графикон 4).

Просечан број оперисаних пацијената у општој, спиналној и епидуралној анестезији по хирургу је показатељ који је имао континуирани раст од 2007. године, када је износио 64,8, до 2010. године, кад је било 82,6 оперисаних пацијената по хирургу. До повећања овог показатеља је дошло јер је у овом периоду број хирурга смањен за 10, а број пацијената је повећан.

Главни показатељ квалитета рада одељења гинекологије и акушерства у болницама је проценат порођаја обављених царским резом који је повезан са разним компликацијама као

Графикон 4. Показатељи квалитета у хируршким гранама медицине.



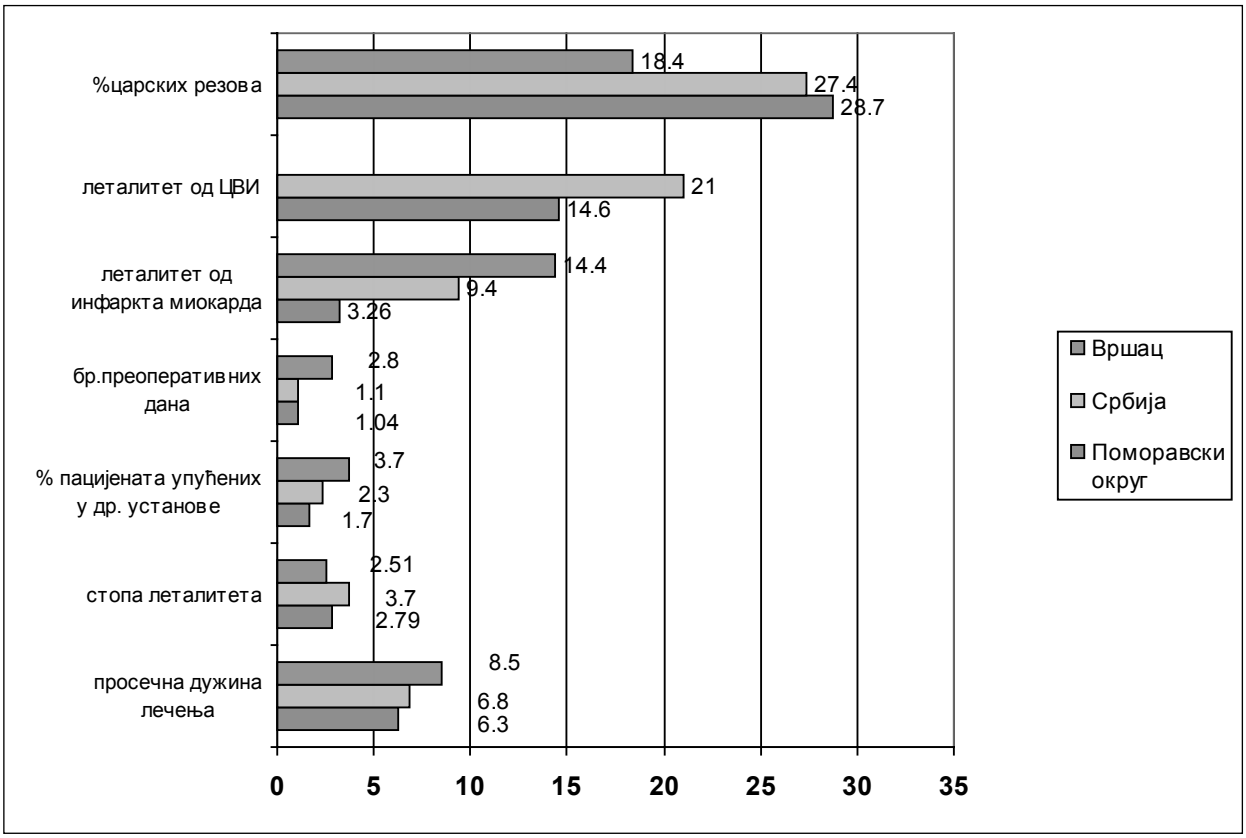
Табела 3. Показатељи квалитета рада на гинекологији и акушерству.

Назив показатеља	II/2007	2008	2009	2010
Број порођаја	908	1804	1777	1730
Број повреда породиља насталих при порођају	31	72	69	35
Број трудница и породиља умрлих током хоспитализације	0	0	0	0
Број повреда новорођенчади насталих при порођају	63	105	107	76
Број живорођене деце умрле до отпуста из болнице	2	0	1	0
Проценат порођаја царским резом	28,6	31,3	29,9	28,7

што су тромбоза вена, плућна емболија, инфекција ране, односно повећан морбидитет и морталитет породиља. Проценат порођаја који се обављају царским резом у болницама Поморавског округа је из године у годину мањи, али је још увек релативно висок. Број повреда породиља и новорођенчади насталих при порођају је знатно смањен у 2010. години у односу на претходне године (за око 40%). Умрлих трудница и породиља у посматраном периоду није било, а троје живорођене деце је умрло до отпуста из болнице (деца са урођеним аномалијама) (табела 3).

На наредном графикону (графикон 5), дат је упоредни приказ неких показатеља квалитета рада болница у 2010. години и то болница Поморавског округа као најбољих болница у Србији (прве три на ранг листи), затим просечна вредност показатеља на нивоу Србије за опште болнице, и болнице у Вршцу као најслабије рангираној по показатељима квалитета. Може се уочити да је вредност већине показатеља у болни-

Графикон 5. Упоредни приказ неких показатеља квалитета у болницама у 2010. години.



цама Поморавског округа знатно боља од просека Србије. Стопа леталитета од инфаркта миокарда је на округу за 6,2 мања од просека Србије, а чак за 11,2 мања од истог показатеља болнице у Вршцу. И код стопе леталитета од цереброваскуларног инзулта разлика је знатна, у болницама Поморавког округа је 14,6, просек Србије је 21, а у вршачкој болници чак 50 (на графикону није приказана јер је вредност велика па би смањила прегледност графикона за остале показатеље). Разлика је значајна и код процента обављених царских резова, око 10% је мањи у Вршцу од просека Србије коме је близак и проценат Поморавског округа. Број преоперативних дана је код болнице у Вршцу скоро 3, док је на Поморавском округу близак просеку Србије 1,04. У овој болници је и просечна дужина лечења за два дана дужа од просека[4].

Закључак

Мерењем квалитета рада болница постиже се свеобухватно праћење болничке праксе, планирање, програмирање и евалуација, а све то у циљу изналажења бољих решења, квалитетније обраде и стварања основе за научни приступ код пружања и проучавања болничке здравствене заштите[1].

Приказ изабраних показатеља квалитета рада у болничкој здравственој заштити Поморавског округа имао је за циљ да прикаже оно што је добро у постојећем систему као последица сталног унапређења квалитета, али и онога што захтева већи рад да би се квалитет унапредио и довео до позитивних промена. Проблеми који су највише присутни огледају се у лошим и мањкавим подацима о обдукцијама и подударности клиничких и обдукционих дијагноза, на чему се мора озбиљније радити у наредном периоду.

После свега преостаје нам да, иако је квалитет болничке здравствене заштите Поморавског округа најбољи у Србији, и даље упорно радимо на подизању свести о значају сталног унапређења квалитета здравствене заштите и стварању услова да корисници/пацијенти буду у средишту система здравствене заштите.

Литература

1. Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената. Сл. гласник Републике Србије 15/09.
2. Милосављевић Т.: Значај сталног унапређења квалитета здравствене заштите за развој здравственог система Републике Србије. V Национална конференција о сталном унапређењу квалитета здравствене заштите, Београд, 2009.
3. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“: Праћење показатеља квалитета здравствене заштите, Приказ изабраних показатеља. Србија 2005–2009, Београд, 2010.
4. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“: Извештај о унапређењу квалитета рада у здравственим установама Републике Србије у 2010. Београд, 2011.

Контакт: Др Драгана Радовановић, Завод за јавно здравље Ћуприја „ Поморавље“ у Ћуприји.

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 613.25-053.2 ; 613.95:796
ID BROJ: 190482700

Позитиван утицај спорта на превенцију гојазности код адолесцената

Бранислава Станимиров[1], Јелена Звекић Сворцан[2]

Positive Effect of Sports in Prevention of Obesity in Adolescents

Branislava Stanimirov, Jelena Zvekić Svorcan

Сажетак: *Увод: Гојазност представља стање патолошког накупљања масног ткива у организму, док поремећај ухрањености од најранијег узраста носи у себи ризик од разних здравствених проблема.*

Циљ рада: Утврдити животне навике и понашања адолесцената, у складу са позитивним утицајем физичке активности на психофизички развој.

Материјал и методи рада: Користили смо податке из здравствених картона ученика зрењанинских средњошколаца који су школске 2006/07. године похађали III разред. На основу извршених антропометријских мерења израчунали смо BMI (body mass index), а потом одредили степен ухрањености за све адолесценте из експерименталне и контролне групе, који се у току недеље баве и додатном физичком активношћу.

Резултати: У групи адолесцената спортиста (експериментална група) добијени су следећи резултати:

код женског пола 38:
потхрањених: 9 (23,68%)
нормално ухрањених: 26 (68,42%)
претерано ухрањених: 3 (7,89%)
код мушког пола 75:
потхрањених: 15 (20%)
нормално ухрањених: 56 (74,66%)
претерано ухрањених: 4 (5,33%)

У групи адолесцената (контролна група) добијени су следећи резултати:

код женског пола 30:
потхрањених: 4 (8%)

Summary: *Introduction: Obesity is a state characterized by pathological accumulation of fat tissue in the body, and nutritional disorders are associated with the high risk of numerous health problems since earliest childhood.*

The aim of the study: To identify the habits and behavior of adolescents with regard to positive effects of physical activity on the psychophysical development.

Material and methods: We used the data from the health records of students from high schools in Zrenjanin, who were in the III class in the school year 20006/07. On the basis of anthropometric measurement of the body weight and height, body mass index (BMI) values were calculated. The nourishment status of each adolescent from the experimental and the control group was calculated on the basis of referent values. Besides the regular physical education classes, students from the experimental group practice additional physical training 2-3 times a week for 1-1.5 hours.

Results: In the group of adolescents practicing sports (experimental group) the following results were obtained:

females 38:
underweight: 9 (23,68%)
normal weight: 26 (68,42%)
overweight/obese: 3 (7,89%)
males 75:
underweight: 15 (20 %)
normal weight: 56 (74,66%)
overweight/obese: 4 (5,33%)

The control group revealed following results:

1 Др Бранислава Станимиров, лекар специјалиста педијатар, Дом здравља „Нови Сад“, Нови Сад.

2 Мр сц. мед. Јелена Звекић Сворцан, лекар специјалиста физикалне медицине и рехабилитације, Специјална болница за реуматске болести, Нови Сад.

нормално ухрањених: 16 (53,33%)
претерано ухрањених: 10 (33,33%)
код мушког пола 50:
потхрањених: 4 (13,33%)
нормално ухрањених: 34 (68%)
претерано ухрањених: 12 (24%)

Закључак: Физичка активност има великог значаја на превенцију гојазности и разних здравствених проблема, те треба ускладити нутритивне потребе и физичку активност, а при том пратити стање ухрањености адолесцената.

Кључне речи: *Адолесценти, физичка активност, превенција гојазности.*

females 30:
underweight: 4 (13,33%)
normal weight: 16 (53,33%)
overweight: 10 (33,33%)
males 50:
underweight: 4 (8%)
normal weight: 34 (68%)
overweight: 12 (24%)

Conclusion: Physical activity is of essential importance in prevention of obesity and various health problems, thus nutritional needs and physical activity are to be harmonized, and nourishment status of the adolescents should be continually monitored.

Key words: *Adolescents, physical activity, prevention of obesity.*

Увод

По дефиницији гојазност код деце и адолесцената представља повећање телесне масе изнад арбитрарно одређене вредности која узима у обзир пол, узраст и телесну висину, а условљена је прекомерним садржајем масти у организму[1].

Прекомерна телесна маса у дечијем узрасту и адолесценцији представља основ за развој великог броја обољења у каснијим годинама.

У Европи се значајно разликује учесталост гојазности, као поремећаја здравља, између појединих земаља, те је у распону од око 10% у Словачкој до 37% у Шпанији. Процена је да данас у свету има око 150 милиона гојазне деце и адолесцената[2].

У последње две деценије изведен је велики број студија, који показују изразит тренд повећања прекомерне телесне масе, нарочито у дечијем добу (2–4). Према подацима Међународне радне групе за гојазност *(International Obesity Task Force – IOTC*) за 2005. годину, Србија се налази у самом врху земаља с наглим повећањем преваленције гојазности код деце и адолесцената у последњих десет година[2].

Истраживања су показала да иницијални процеси атерогенезе и метаболичких дисбаланса могу да почну већ у најранијем узрасту и директно су условљени количином масти у организму[5]. Такође, 30 до 40% деце узраста до 7 година и око 60% адолесцената с прекомерном телесном масом остаје гојазно и у одраслом добу[6].

Гојазност представља значајан фактор ризика за настанак многих поремећаја здравља пре свега (кардиоваскуларног и ендокриног система), те је истакнут велики значај њеног праћења и раног откривања, како би се благовременим смањењем телесне масе спречио настанак многих обољења у одраслом добу[7, 8].

Циљ рада

Циљ рада био је да се процени преваленција гојазности код зрењанинских средњошколаца, у складу са позитивним утицајем физичке активности на психофизички развој.

Метод рада

Истраживање је осмишљено по типу студије просека, обухватило је 193 ученика и ученица III разреда зрењанинске гимназије, који су изабрани методом случајног избора од укупно 10 средњих школа колико их има у Зрењанину.

Табела 1. Експериментална група.

експериментална група	женски пол 38 испитаника	мушки пол 75 испитаника
потхрањени	9 (23,68 %)	15 (20 %)
нормално ухрањени	26 (68,42 %)	56 (74,66 %)
претерано ухрањени	3 (7,89 %)	4 (5,33 %)

Табела 2. Контролна група.

контролна група	женски пол 30 испитаница	мушки пол 50 испитаника
потхрањени	4 (13,33 %)	4 (8 %)
нормално ухрањени	16 (53,33 %)	34 (68 %)
претерано ухрањени	10 (33,33 %)	12 (24 %)

Подаци о антропометријским карактертистикама ученика (телесна маса и телесна висина), прикупљени су из здравствених картона зрењанинских средњошколаца, с редовних систематских прегледа који су школске 2006/07. године похађали III разред. На основу упитника који су ученици и ученице попуњавали, у вези физичке активности (редовне и допунске током недеље), формирали смо експерименталну и контролну групу испитаника.

Сва антропометријска мерења вршиле су медицинске сестре, а здравствене прегледе педијатри. Телесна маса мерена је баждареном медицинском децималном вагом, а телесна висина помоћу антропометра, у доњем вешу и без обуће, са састављеним петама и главом у хоризонталној позицији (Франкфуртска раван).

Као показатељ постојања и степена гојазности коришћен је индекс телесне масе (ИТМ), који представља количник телесне масе (изражене у килограмима) и квадрата телесне висине (изражене у метрима)[9]. За класификацију степена ухрањености коришћене су референтне перцентилне вредности ИТМ за децу узраста од 6 до 18 година, према препорукама Светске здравствене организације (СЗО), на основу којих су вредности ИТМ испод 5 перцентила за узраст и пол означене као потхрањеност, од 5 до 14 као умерена потхрањеност, од 15 до 84 као нормална ухрањеност, од 85 до 94 перцентила као гојазност[10].

За све адолесценте из експерименталне и контролне групе, просечне узрасне старости 17,5 година, који се осим редовном наставом физичког васпитања у току недеље баве и додатном физичком активношћу два до три пута недељно у трајању од један до један и по сат, израчуната је ИТМ, тј. BMI (body mass index) на основу извршених антропометријских мерења телесне тежине и висине.

Резултати

Истраживање је обухватило 193 ученика трећих разреда зрењанинске гимназије, који су изабрани методом случајног избора од укупно 10 средњих школа колико их има у Зрењанину. Изабрани узорак представља 38% свих ученика овог узраста у тој изабраној школи. У студији је учествовало 68 ученица и 125 ученика (табела 1 и 2).

Према референтним вредностима СЗО за ИТМ, од 193 ученика обухваћених истраживањима, добијени су следећи резултати:

У групи адолесцената спортиста (експериментална група), код женског пола обухваћено је 38 ученица, од тога је: потхрањених 9 (23,68%), нормално ухрањених 26 (68,42%) и претерано ухрањених 3 (7,89%), док је код мушког пола обухваћено 75 ученика, од тога је: потхрањених 15 (20%), нормално ухрањених 56 (74,66%) и претерано ухрањених 4 (5,33%)[10].

У групи адолесцената који се баве само редовном физичком активношћу (контролна група), код женског пола обухваћено је 30 ученица, од тога је: потхрањених 4 (13,33%), нормално ухрањених 16 (53,33%) и претерано ухрањених 10 (33,33%), док је код мушког

пола обухваћено 50 ученика, од тога је: потхрањених 4 (8%), нормално ухрањених 34 (68%) и претерано ухрањених 12 (24%)[10].

Међу испитаницима 113 адолесцената (женског и мушког пола) сем редовне физичке активности, тренирало је неки спорт најмање два пута недељно, док њих 80 адолесцената (женског и мушког пола), бавило се само редовном физичком активношћу. Бављење спортом у овом ритму, повезано је са одсуством гојазности код испитаника.

Дискусија

Резултати великог броја студија изведених у последње две деценије показали су да учесталост прекомерне телесне масе добија епидемијски карактер у многим деловима света[2–4]. У Сједињеним Америчким Државама гојазност је означена као други по значајности фактор ризика за настанак поремећаја здравља. Директни и индиректни трошкови условљени прекомерном телесном масом становништва у 2000. години износили су 117 милијарди долара[2]. Већина аутора слаже се у томе да је период детињства и адолесценције најрањивије доба за развој овог поремећаја здравља[1–4]. У периоду 1970-2000. године, број гојазне деце школског узраста повећао се за два до три пута у већини индустријски развијених земаља света[2].

Од 193 испитаника обухваћених нашим истраживањем њих 29, или 15,02%, ученика трећих разреда зрењанинске гимназије гојазно је. У експерименталној групи, тј. испитаници који тренирају неки спорт и баве се редовном физичком активношћу, гојазно је 7, или 6,61%, испитаника оба пола, док у контролној групи, тј. испитаници који се баве само редовном физичком активношћу, гојазно је 22, или 28,66%, испитаника оба пола, те из тога можемо закључити да је бављење спортом уз редовну физичку активност у корелацији са одсуством гојазности код испитаника.

У студији Ванга (*Wanga*) и Лобстајна (*Lobstein*)[2], у којој је праћен тренд повећања гојазности код деце и адолесцената у свету у последње три деценије, приказано је да је Србија у периоду 1996–2000. године имала годишњи пораст преваленције гојазности деце и адолесцената од 0,8%. Повећање преваленције гојазности код наших испитаника је у складу са овим сазнањима. Највеће повећање преваленције гојазности у дечијем и адолесцентном узрасту у последњој деценији забележено је у Немачкој (2,3% годишње), на Новом Зеланду (1,5% годишње) и у Канади (1,3% годишње)[2].

Велики број истраживања показује да је гојазност у дечијем узрасту и адолесценцији повезана са многим поремећајима здравља у том узрасту, као што су деформитети локомоторног система, затим основ за развој великог броја обољења у каснијим годинама[11–13]. Стронг (*Strong*)[14]) у свом истраживању истиче да је атеросклероза педијатријски проблем, јер се масне наслаге на крвним судовима могу јавити већ у детињству, што је нарочито изражено код деце с повећаном телесном масом. Истраживања су, међутим, показала и да су ове промене на крвним судовима углавном реверзибилне до двадесете године живота, те овакви резултати указују на велики значај превенције, раног откривања и благовременог лечења гојазности у дечијем узрасту и адолесценцији.

Закључак

Висока преваленција гојазности код адолесцената у овом истраживању наглашава потребу интензивнијег праћења, превенције и лечења овог поремећаја здравља у нашој средини.

Физичка активност има великог значаја на превенцију гојазности и разних здравствених проблема, те треба ускладити нутритивне потребе и физичку активност, а при том пратити стање ухрањености адолесцената, с обзиром да се већина навика у исхрани, стил живота и понашања углавном стичу у детињству.

Највећу пажњу требало би усмерити ка спречавању развоја штетних навика и понашања код деце и адолесцената. Оваква врста активности захтева мултидисциплинарни приступ у којем би тим стручњака радио на континуираној едукацији деце и њихових родитеља.

Литература

1. Flegal KM, Tabak CJ: Overweight in children: definitions and interpretation. Health Educ Res, 2006; 21: 755-60.
2. Wang Z, Lobsteint: Worldwide trends in childhood overweight and obesity. Int J Pediatr Obes, 2006; 1: 11-25.
3. Rudolf M, Sahota P, Barth J, Walker J: Increasing prevalence of obesity, in primary school children: cohort study. BMJ, 2001; 322: 1094-5.
4. James W: The challenge of childhood obesity. Int J Pediatr Obes, 2006: 1: 7-10.
5. Barker DJ, Osmond C, Forsen TJ, Kajantic E, Eriksson JG: Trajectories of growth among children who have coronary events as adults. N Engl J Med, 2005; 27: 1802-9.
6. Lobstein T, Baur L, Uauy R. IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. Obes Rev, 2004; 1: 4-14.
7. Jackson-Leach R, Lobstein T: Estimated burden of pediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part I. The increase in the prevalence of child obesity in Europe is itself increasing. Int J Pediatr Obes, 2006; 1: 26-31.
8. Lobstein T, Jackson-Leach R: Estimated burden of pediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part II. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. Int J Pediatr Obes, 2006; 1: 33-44.
9. Poskitt, EM: Body mass index and child obesity: are we nearing a definition? Acta Pediatr, 2000; 89(5): 507-9.
10. Must A, Dallal GE, Dictz WH: Reference data for obesity; 85th and 95th percentiles of body mass index (w/ht2). Am J Clin Nutr, 1991; 54: 773.
11. Гајић И.: Могућност превенције атеросклерозе, спречавања и ублажавање деловања неких фактора ризика модификацијом исхране у дечијем узрасту. Докторска дисертација, Београд, Медицински факултет Универзитета у Београду, 1993.
12. O´ Neill PJ, Karol LA, Shindle MK, et al: Desceased orthotic effectiveness in overweight patients with adolescent idiopathic scoliosis. J bone Joint surg, 2005; 87A: 1069-74.
13. Li YP, Yang XG, Zhai FY, et al: Disease risk of chilhood obesity in China. Biomed Environ Sci, 2005; 18(6): 401-10.
14. Strong JP: The Natural history of atherosclerosis in childhood, hyperlipidemia in childhood and the development of atherosclerosis. Ann NY Ac Sci, 1991; 623: 9-15.

Контакт: Др Бранислава Станимиров, Дом здравља „Нови Сад“, Нови Сад, Булевар Цара Лазара 75, 21000 Нови Сад, Србија, тел. 064 13 55 314; e-mail: bonsa@beotel.rs

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 628.1.033(497.16)"2001/2010"
ID BROJ: 190483468

Преглед хигијенске исправности воде за пиће у Општини Тиват у периоду од 2001. до 2010. године

Снежана Лабовић[1], Нела Ђоновић[2], Љиљана Јовићевић[3]

Viewing Hygienic Quality of Drinking Water in the Municipality of Tivat in the Period Since 2001. by 2010 Years

Snežana Labović, Nela Đonović, Ljiljana Jovićević

Сажетак: *Хигијенски исправна вода за пиће је од суштинске важности за здравље, основно људско право и компонента ефикасне јавноздравствене политике. Изворишта Плавда и Топлиш која експлоатише ЈП Водовод Тиват налазе се у близини мора, на малој надморској висини, што за последицу има заслањење воде далеко изнад прописане концентрације.*

На основу документације Хигијенско-епидемиолошке службе Дома здравља Бар, анализирани су резултати испитивања хигијенске исправности воде за пиће из мреже ЈП Водовод Тиват за период од 2001. до 2010. године. Анализирани су физичко-хемијски и микробиолошки параметри квалитета воде, а резултати тумачени на основу Правилника о хигијенској исправности воде за пиће (Сл. лист СРЈ 42/98).

Укупно је узорковано 2.100 узорака воде за пиће. Микробиолошка неисправност је утврђена у 194 узорка (9,2%), физичко-хемијска у 614 (29%), док је и микробиолошка и физичко-хемијска неисправност утврђена у 252 узорка (12%). Најчешћи узрок хемијске неисправности воде за пиће током десетогодишњег периода биле су повећане концентрације хлорида, нарочито од јула до октобра. Микробиолошка неисправност је најчешће условљена присуством колиформних бактерија, што је, највероватније, с обзиром да није било хидричних епидемија, условљено присуством биофилма у различитим деловима дистрибуционог система.

Концентрација хлорида у тиватској води током лета је знатно већа од 200mg/l. Вода

Summary: *Hygienically clean drinking water is essential for human health, it is a basic human right and a component of effective public health policy. The water springs Toplis and Plavda, exploited by Water supply of Tivat, are located near the sea and their small elevation from the sea level is resulting in salinity far above the prescribed concentration.*

From the documentation of the sanitary-epidemiological service of the Health Center of the municipality of Bar, we have analyzed the test results regarding hygienic quality of drinking water from a Water supply of Tivat, for the period 2001. to 2010. We have analyzed the physical-chemical and microbiological parameters of water quality, and the results ware interpreted on the basis of the Regulation on the hygiene of drinking water (Official Gazette of FRY 42/98).

In total, there was 2.100 samples of the drinking water collected. Microbiological defect was found in 194 samples (9.2%), physical-chemical in 614 (29%), while the microbiological and physics-chemical defect is identified in 252 samples (12%). The most common cause of chemical defects of drinking water, during the ten-year period, were increased concentrations of chloride, particularly from July to October. Microbiological defect is usually caused by the presence of coliform bacteria which is most likely, since there was no epidemics transmitted through the water, caused by the presence of biological formations (bio film) in different parts of the water distribution system.

1 Др Снежана Лабовић, Дом здравља Бар, Црна Гора.

2 Проф. др Нела Ђоновић, Медицински факултет Крагујевац, Србија.

3 Љиљана Јовићевић, Дом здравља Бар, Црна Гора.

таквог квалитета је неупотребљива за пиће, па чак и за било какву употребу у домаћинству. Конзумирање такве, слане, воде може довести до нагона за повраћање, што може одвести у друге поремећаје здравља.

Неопходно је анализирати стање здравља људи који пију воду са различитим концентрацијама натријума и/или хлорида и епидемиолошки повезати патолошка стања попут артеријске хипотензије, хипертензије, ерозије и улкуса желуца настале због конзумирања воде са различитим концентрацијама натријума и хлорида. Подаци о болестима повезаним са хемијском контаминацијом воде за пиће се не евидентирају и због тога је неопходно спровести истраживања која ће бити усмерена на утицај хемијских контаминаната на здравље људи.

Кључне речи: *хигијенска исправност воде за пиће, хлориди, здравље.*

The concentration of chloride in the Water supply of Tivat, during the summer, is much greater than 200мg/l. Water of such quality is unusable for drinking or even for any domestic use. Consuming water with such salt concentration can lead to the urge to vomit, which can further lead to other health disorders.

It is necessary to analyze health status of the people who drink water with such various concentrations of sodium and / or chloride and try to epidemiologically link pathological conditions, such as arterial hypo-tension, hypertension, gastric ulcus and erosion with consuming water with different concentrations of sodium and chloride. Data about diseases related to chemical contamination of drinking water are not recorded and therefore it is necessary to conduct research that will be focused on the impact of chemical contaminants on human health.

Key words: *hygienic quality of drinking water, chloride, health.*

Увод

Хигијенски исправна вода за пиће је од суштинске важности за здравље, основно људско право и компонента ефикасне јавноздравствене политике[1].

Процена ризика по здравље од штетних и опасних материја присутних у води за пиће најчешће се дефинише као степен вероватноће да ће се појавити негативни ефекти на здравље након изложености тим материјама[2].

Вода се у тиватско подручје потрошње доводи са карстног изворишта Плавда (минималног капацитета 20l/s, максималног капацитета 100l/s), изворишта подземне воде Топлиш (минималног капацитета 15l/s, максималног капацитета 30l/s) са којим су повезани бунари у Грбаљском пољу. Мале количине воде се добијају и са изворишта Чешљар (минималног капацитета 3l/s и максималног капацитета 10l/s) и Брштин (минималног капацитета 0l/s и максималног капацитета 15l/s).

Водоводни систем Тивта је раздвојен на део који се снабдева са Плавда и део који се снабдева са Топлиша границом која иде између Мрчевца и Тиватског аеродрома. Иако су подељени ова два дела, могу чинити у техничком погледу, јединствен систем за водоснабдевање.

Од извора Плавда вода се пумпа цевоводом до новог резервоара Подкук који се налази на 60 мнв. Резервоар има дистрибуциону улогу за доњу висинску зону између морске обале и висине од 50 мнв. Од новог резервоара Подкук иде гравитациони вод до старог резервора Подкук и пумпни базен пумпне станице Подкук.

Од пумпне станице Подкук вода се потискује цевоводом профила 500мм и дужине 800м до резервоара Тиват (запремине 1.000м^3 и коте дна 105 мнм). Из резервоара Тиват вода се гравитационо води до резервоара Мажине (запремине 300 м^3 и коте дна 90 мнв) који је дистрибуциони резервоар за вишу зону потрошње.

Са изворишта Топлиш вода се пумпа са два цевовода, једним према приобалном делу Тиватског поља, туристичког комплекса Острво Цвијећа и Свети Марко. Другим цевоводом вода се пумпа до зоне потрошње у Кртолама, Ђурашевићима, Гошићима, Радовићима.

ОБЈЕКТИ ВОДОВОДНОГ СИСТЕМА ТИВАТ

Пумпне станице

У склопу водоводног система Тивта постоје четири пумпне станице од којих се две, Топлиш и Плавда, налазе на самим извориштима и служе за пумпање воде са извора директно у водоводну мрежу и резервоаре, док се друге две, Подкук и Радовићи, налазе у функцији препумпних станица за другу висинску зону и допремају воду до резервоара за друге висинске зоне, одакле се врши гравитационо водоснабдевање. На пумпним станицама Плавда и Топлиш је стална 24-воросатна посада која има функцију праћења и одржавања постројења. Пумпне станице Радовићи и Подкук немају сталну посаду, већ се њихово укључивање врши по потреби и њих опслужују радници који су распоређени на одржавање водоводне мреже. Пумпна станица ***Плавда*** има четири центрифугалне пумпе, од којих само једна може бити у погону, док друге служе као резервне, и укључују се у зависности од транутне издашности изворишта.

Пумпна станица ***Топлиш*** има три бунарске и једну центрифугалну пумпу. Висина дизања је 90 метара, капацитет је 40l/s и пумпа воду у два цевовода.

Резервоари

Тиватскки одоводни систем чине следећи резервоари: Лепетане (120м^3), Ластва (180м^3), Мажине (300м^3), Подкук-стари (580м^3), Подкук-нови (2.000м^3), Тиват (1.000м^3), Радовићи 1 (900м^3) и Радовићи 2 (500м^3) укупне запремине 5.580м^3.

Цевоводи

У Тивту има укупно 69,17 километара мреже профила од 100 до 300мм. Најзаступљеније су азбест цементне цеви (53.80%), затим пластичне (PVC-polivinilhlorid и PE polietilen 41,30 %), ливено железне (3,70%) и челичне (1,20%).

Изворишта Плавда и Топлиш се налазе у близини мора, на малој надморској висини. У сушном периоду, током летње сезоне, на изворштима је мањи доток, те при појачаном црпљењу услед повећане летње потрошње воде, због непосредног утицаја мора, долази до заслањења воде далеко изнад максималне дозвољене концентрације, на оба ова изворишта[3]. Смањење експлоатације воде ових изворишта услед малог дотока и повећаног заслањења доводи до дефицита воде у Тиватском водоводном систему.

Материјал и методе

Као материјал за овај рад је коришћена званична документација Хигијенско-епидемиолошке службе Дома здравља Бар, односно резултати испитивања хигијенске исправности воде за пиће ЈП Водовод Тиват. Узорци су се узимали са тачака из мреже по уговору са ЈП Водовод Тиват (са 6 тачака) и по захтеву за атест, три пута месечно. Током летње сезоне (од 15. маја до 15. септембра) узорци су се узимали сваке недеље, за цео посматрани период. Узорковало се према Правилнику о начину узимања узорака и методама за лабораторијску анализу воде за пиће (Сл. лист СФРЈ 33/87), а у лабораторији санитарне хемије и санитарне микробиологије вода је прегледана основним (А) обимом према важећем Правилнику о хигијенској исправности воде за пиће (Сл. лист СРЈ 42/98 и 44/99)[4]. Од физичко-хемијских параметара рађени су: температура, боја, мирис, мутноћа, pH, утрошак $KMnO_4$, амонијак, резидуални хлор, хлориди, нитрити, нитрати, остатак испарења на 378,16К, електролитичка проводљивост на 295,16К, гвожђе и манган; а од микробиолошких: укупне колиформне бактерије, колиформне бактерије фекалног порекла, укупан број аеробних мезофилних бактерија, стрептококе фекалног порекла, сулфиторедукујуће клостридије, протеус врсте и псеудомонас аеругиноза.

Резултати

У периоду од 2001. до 2010. године на територији Општине Тиват из водоводне мреже укупно је узорковано 2100 узорака воде за пиће. Микробиолошка неисправност је утврђена у 194 узорка (9,2%), физичко-хемијска у 614 (29%), док је и микробиолошка и физичко-хемијска неисправност утврђена у 252 узорка (12%). Добијени резултати су приказани графички.

Најчешћи узрок хемијске неисправности воде за пиће током десетогодишњег периода била је повећана концентрација хлорида (графикон 3).

Нема статистички значајне разлике у броју неисправних анализираних узорака у односу на годину испитивања ($t = 1,0479$; $p>0,05$).

Када је у питању микробиолошка анализа воде за пиће, Правилник допушта 10 аеробних мезофилних бактерија у 1 мл воде. Ниједан други микроорганизам се не сме наћи у узорку.

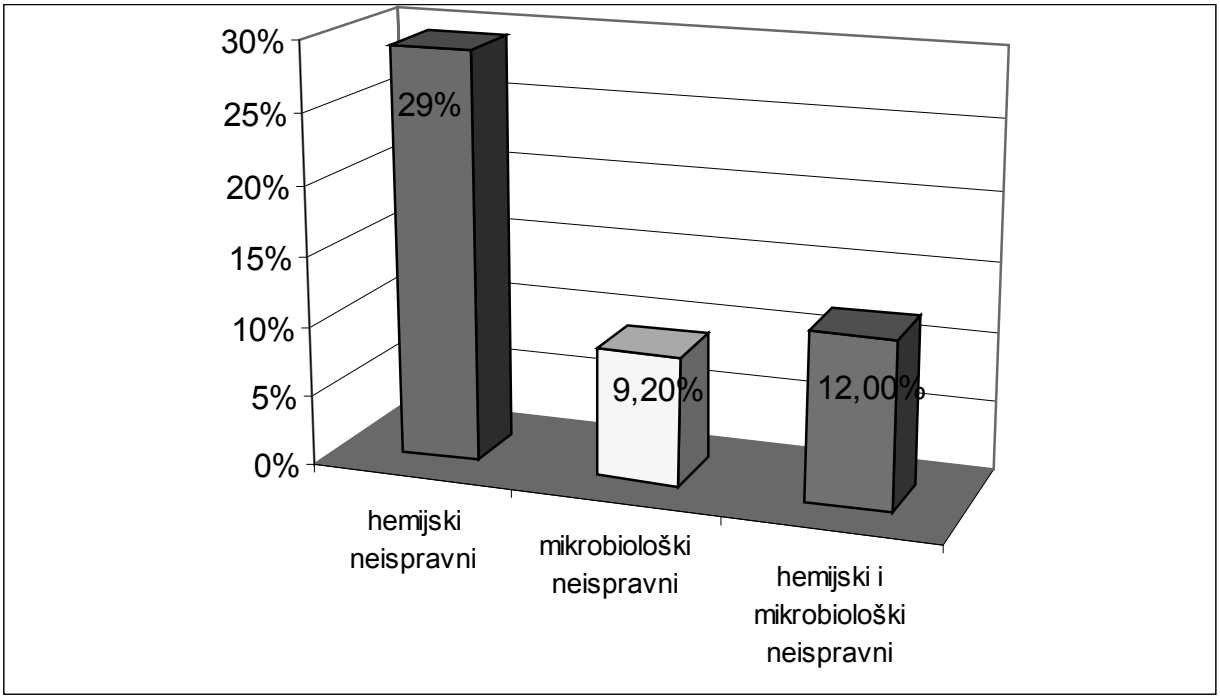
Анализом резултата микробиолошке анализе утврђено је да је микробиолошка неисправност присутна у 194 узорка (9,2%). У скоро 29,57% случајева узрок неисправности су укупне колиформне бактерије, 22,3% колиформне бактерије фекалног порекла, псеудомонас аеругиноса 16.9%, 11,5% стрептококе фекалног порекла, 10,9% укупан број аеробних мезофилних бактерија, 7,04% суфиторедукујуће клостридије, 2,58% протеус врсте.

Постоји статистички значајна разлика у врсти бактерија узрочника микробиолошке контаминације воде ($\chi^2 = 14,27$; $p<0,05$).

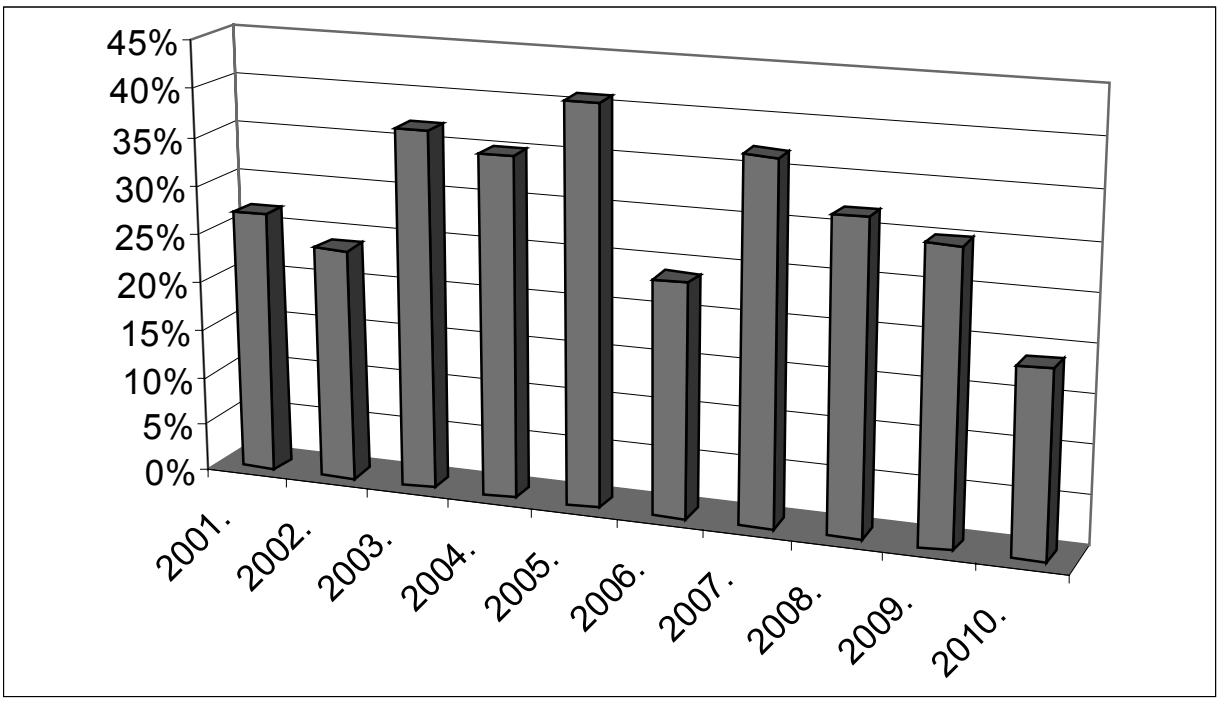
Дискусија

Резултати рада показују да вредности хлорида у испитиваним узорцима воде за дати период значајно премашују концентрације хлорида предвиђене Правилником. Према Правилнику о хигијенској исправности воде за пиће (Сл. лист 42/98 и 44/99), њихова концентрација не би смела да прелази 200mg/l, међутим нађене просечне вредности хлорида значајно прелазе дозвољену границу, а нарочито од ју-

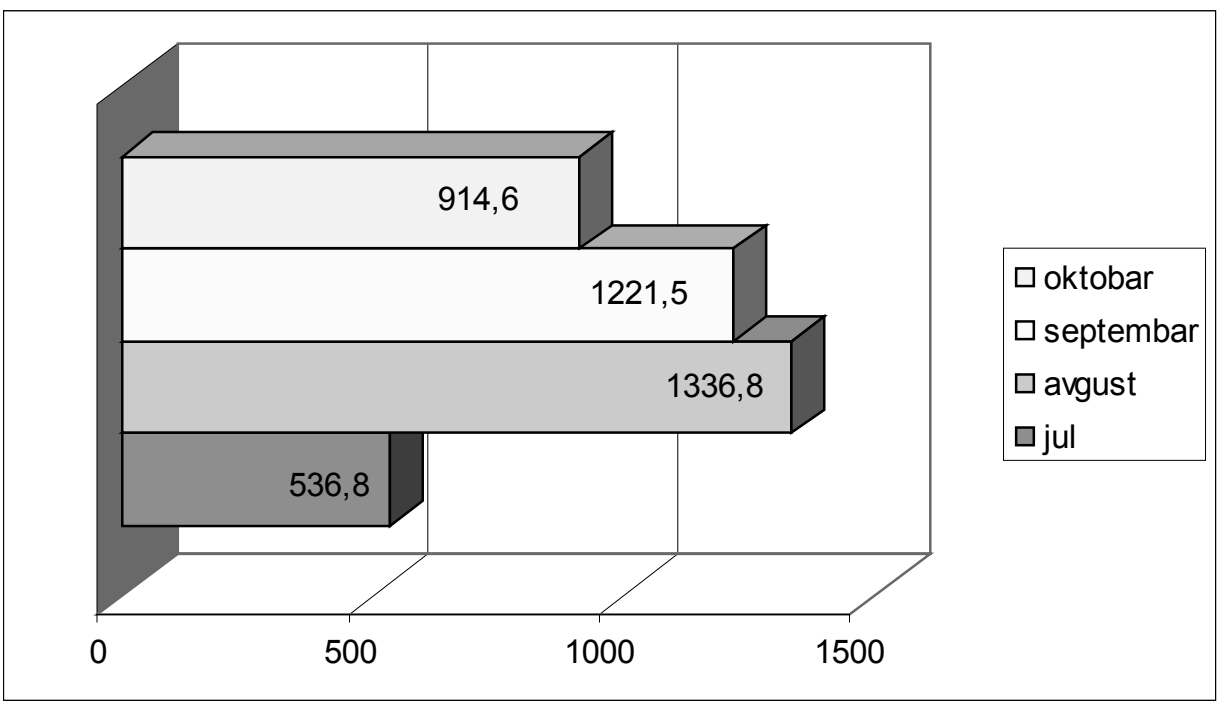
Графикон 1. Хигијенска исправност воде за пиће на територији Општине Тиват према укупном броју анализираних узорака воде за пиће у периоду од 2001. до 2010. године.



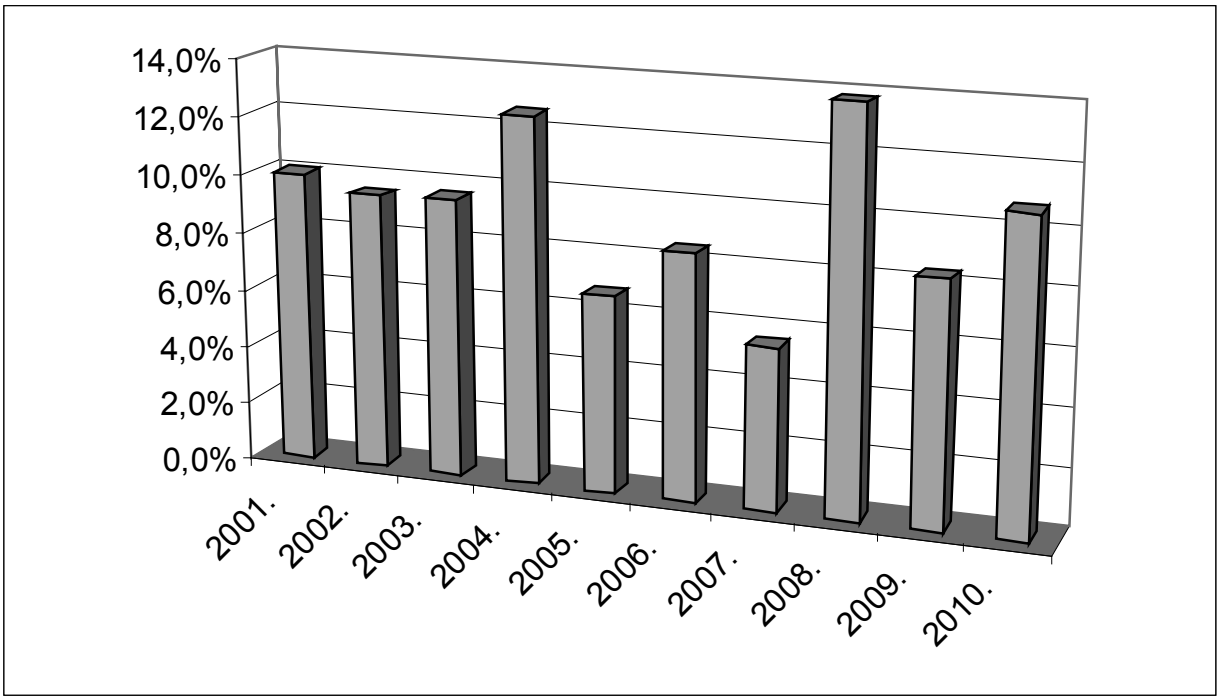
Графикон 2. Проценат хемијски неисправних узорака воде за пиће на територији Општине Тиват у периоду од 2001. до 2010. године.



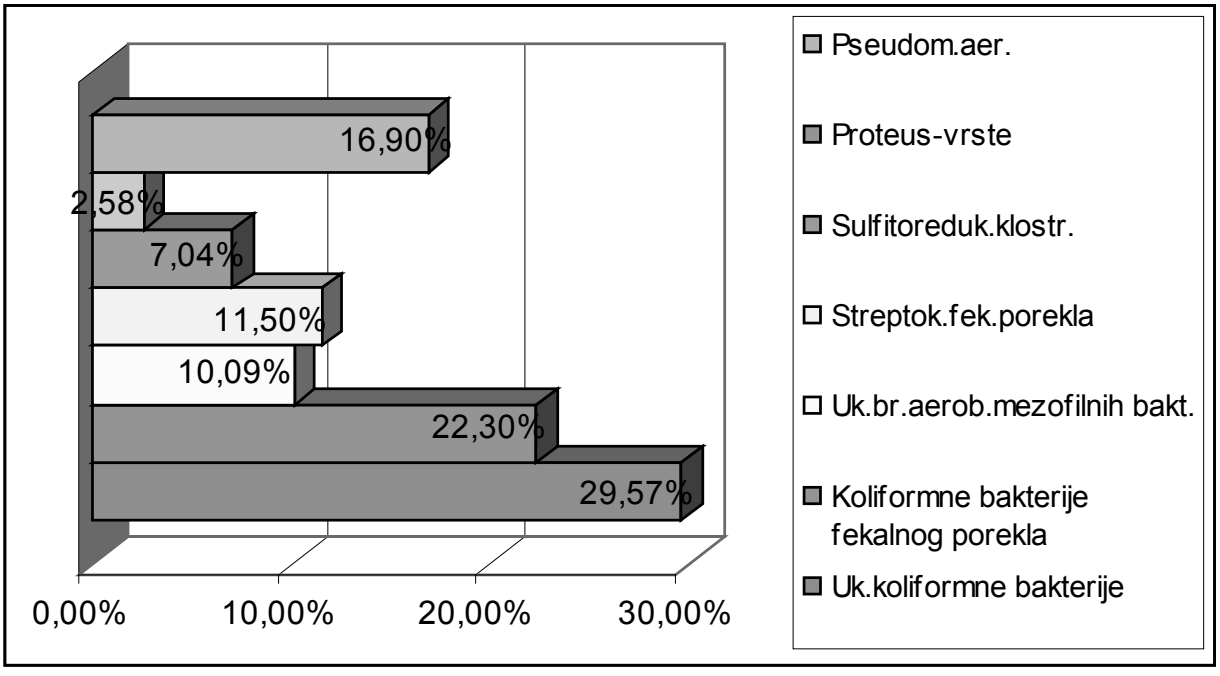
Графикон 3. Просечне вредности концентарције хлорида у води за пиће у Општини Тиват од 2001. до 2010. године у месецима: јул, август, септембар, октобар.



Графикон 4. Проценат микробиолошки неисправних узорака воде у Општини Тиват од 2001. до 2010. године.



Графикон 5. Узроци микробиолошке неисправности воде за пиће у Општини Тиват од 2001. до 2010. године изражене у процентима.



ла до октобра. За десет година посматрања, хлориди као узрок хемијске неисправности појављују се у више од 95% резултата.

Дуж Црногорског приморја, за потребе јавног водоснабдевања, изграђено је око 50 изворишта. У периоду јун – септембар издашност у свим извориштима драстично опада, али ниједно, изузев оних у тиватском, которском и рисанском заливу, не заслањује. Ову појаву хидрогеолози тумаче чињеницом да је Динарски масив у Боки Которској, услед тектонских поремећаја у квартату раскинуо водонепропусну падину геотектонске јединице параутохтона – водонепропусне падине, тако да су карбонатне стене (кречњаци и доломити) својим колекторима и спроводницима повезали променљиви – слатке и релативно стабилан ниво морске воде до знатних дубина. На тај начин успостављен је непосредан контакт два флуида различитих специфичних тежина, при чему специфично лакша слатка вода 1,00g/см³ плива на специфично тежој (1,025–1,03g/м³) морској води и њихова динамичка равнотежа до нивоа изворишта која су у непосредној близини и висини површине мора[5, 6]. Концентрација хлорида у морској води износи око 19g/l. Када у води за пиће нађемо високу концентрацију хлорида, може са сигурношћу тврдити да је извор из којег та вода потиче под утицајем морске воде. У Средњој Европи су нађене концентрације хлорида у подземној води од око 2мg/l и доста варирају у зависности од растојања од обале и јачине ветра (могу достићи и више g/l). Подземна вода из слојева који садрже со, која је довољно дуго у контакту са NaCl, може достићи концентрацију хлорида близу тачке засићења. Седиментне стене, које су се образовале у морској средини, могу садржати кухињску со у концентрацијама од више g/kg. Могућност транспорта хлорида у воду зависи битно од водопропустљивости стена, која је често мала[6].

У тиватском водоводу је већ годинама присутан проблем заслањивања изворишта Плавда и Топлиш, односно сваке године током летњег периода, па и дуже, концентрација хлорида знатно превазилази вредност од 200мg/l. Вода таквог квалитета је неупотребљива за пиће, па чак и за било какву употребу у домаћинству. Конзумирање такве, слане, воде може довести до нагона на повраћање, што може одвести у друге поремећаје здравља. Осетљиве особе осете со у води у концентрацији од 300мg/l, а у кафи од 40мg/l[7]. Хлориди су важан параметар за оцену могуће штете од корозије. Wagner и сарадници (1985) су мерили утицај неутралних соли на корозију челичних цеви. Утврдили су да је утицај хлорида и сулфата велики, док нитрати немају значајнији утицај[7].

Хлориди имају велики значај као NaCl у процесу размене материја код човека, животиња и биљака. Одрастао човек има 1,4g/kg хлорида и минималну дневну потребу од 770мg дневно, што одговара 1,27g кухињске соли дневно. Допринос пијаће воде у уношењу соли је у просеку мањи од 1%.

Резултати микробиолошких анализа испитивања воде за пиће, као и податак да у Општини Тиват није пријављене ниједна хидрична епидемија, указују да вода у том граду у периоду од 2001. до 2010. године није представљала епидемиолошки ризик. Микробиолошка неисправност воде вероватно је узрокована присуством биофилма у различитим деловима дистрибуционог система.

Према препорукама СЗО вода за пиће не сме да представља ризик по здравље људи. Вода за пиће и личну хигијену мора бити здравствено безбедна[8]. За постизање и очување здравствене исправности воде за пиће неопходно је постићи задовољење здравствених циљева заснованих на показатељима здравственог стања популације, спровести план здравствене безбедности воде за пиће и подједнако обезбедити одрживост и здравствено исправне воде за пиће и здравственог стања становништва [9, 10].

Дистрибуција слане воде кроз централни систем водоснабдевања може довести до штетних ефеката на јавно благостање, јер потрошачи могу да смање коришћење воде у потребним количинама, што може негативно да утиче на здравље[11].

Додатни проблем када је водосабдевање Тивта у питању јесте и туризам. Развој туризма и туристичких места, поред осталог, у многоме зависи и од обезбеђења довољних

количина квалитетне воде за пиће. Пораст туристичких кретања ка црногорском приморју захтева довољне количине хигијенски исправне воде, не само за домицилно становништво, већ и за нарасле потребе туристичке привреде[12].

Закључак

На основу приказаних резултата може се закључити да је становништву Тивта вода за пиће скоро половину године слана, те практично неупотребљива.

На основу концентрација натријума и/или хлорида, те одређене корозивности вода, неопходно је анализирати стање здравља код људи који пију воду са различитим концентрацијама натријума и/или хлорида и епидемиолошки повезати патолошка стања попут артеријске хипотензије или хипертензије настале због конзумирања воде са различитим концентрацијама натријума и хлорида. Такође, треба повезати и настанак неких другаих патолошких стања, као што су ерозије или улкус желуца са конзумирањем воде која дефинитивно има корозивно дејство. Подаци о болестима повезаним са хемијском контаминацијом воде за пиће се не евидентирају и због тога је неопходно спровести истраживања која ће бити усмерена на утицај хемијских контаминаната на здравље људи.

Литература

1. Guidelines for drinking-water quality. Fourth edition, World Health Organization, 2011.
2. Мирослава Кристофоровић Илић: Хигијена са медицинском екологијом. Ortomedics, Нови Сад, 2003.
3. Радуловић М., Радуловић В., Филиповић С.: Подземне воде Црне Горе. Реферат, Привредна комора Црне Горе, 2002.
4. Правилник о хигијенској исправности воде за пиће. Сл. лист 42/98.
5. Мјесечна сума количине падавина за период 1999–2002 година. Извештај, Хидрометеоролошки завод Подгорица, 2003.
6. Мијатовић Б.Ф.: Крас хидрогеологија крашких водоносника. Геозавод – Институт за геонауке, Београд, 1990.
7. Божо Далмација, Ивана Иванчев Тумбас: Анализа воде – контрола квалитета, тумачење резултата. ПМФ, Нови Сад, 2004.
8. WHO: Guidelines for drinking water quality (electronic resourse): incorporating first addendum. Racommandations, 3 ed, Geneva: WHO, 2006; 1: 1-99.
9. Water for health: WHO Guidelines for Drinking-water Quality. WHO, Geneva, 2010. http://www.who.int/water_sanitation_health/WHS_WWD2
10. Здравствена исправност воде за пиће из централних водоводних система у Републици Србији у периоду од 2000. до 2009.
11. Божо Далмација, Јасмина Агбаба: Контрола квалитета воде за пиће. ПМФ, Нови Сад, 2006.
12. Момировић Д. М.: Водоснабдевање насеља и туристичких места Тимочког региона. Водопривреда, 2008; 40(1-3): 139-142.

Контакт: Проф. др Нела Ђоновић, Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу, Ул. Светозара Марковића 69, 34000 Крагујевац, тел. 064/6746384; e-mail: slavoljub7@yahoo.co.uk

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 613 ; 502.3:504.5
ID BROJ: 190484748

Изложеност загађеном ваздуху – значај испитивања за здравствену заштиту

Маја Николић[1], Александра Станковић[2], Биљана Коцић[3], Мирјана Аранђеловић[4]

Air Pollution Exposure – Importance of Investigations for Healthcare Protection

Maja Nikolić, Aleksandra Stanković, Biljana Kocić, Mirjana Aranđelović

Сажетак: *Загађен ваздух је узрок многих здравствених проблема у развијеним и слабије развијеним земљама, што је доказано у бројним студијама које су рађене у свету и код нас. Циљ рада јесте да укаже на значај континуираног и стандардизованог испитивања изложености загађеном ваздуху, посебно у урбаним подручјима, како би се повећала ефикасност здравствене заштите и превентивно деловало. Загађен ваздух делује на скоро све органе и системе, а реакције појединца могу бити веома разноврсне, од најблажих до смртоносних. Детаљна историја болести је први корак у одговору на питање да ли пацијентове тегобе потичу од изложености загађујућим материјама у ваздуху. Едукација здравствених радника и размена искустава, уз доступност савремене научне и стручне литературе из ове области, неопходна је ради унапређења здравствене заштите и приближавања развијеном свету. Само користећи позитивна искуства, и уважавајући препоруке, протоколе и процедуре међународних релевантних организација, може се унапредити здравствена заштита у овој области.*

Summary: *Outdoor air pollution is a statistically significant but small contributor to many health problems in developed and less developed countries, as demonstrated in numerous studies all over the world. The aim of this paper is to highlight the importance of standardized and continuous investigations of exposure to air pollution, especially in urban areas, to maximize efficiency and quality of health care system. Air pollution affects almost all organs and systems, and individual reactions can be very diverse. A complete medical hystpory that includes a targeted environmental exposure history is the first step in answering the question is this patient suffering as a result of an air pollution exposure. Education of health care professionals and exchange experiences, combined with targeted reviews of the scientific literature are essential factors in improving health care and convergence.*

Key words: *air pollution, health effects, health care.*

1 Др сц. мед. Маја Николић, ванредни професор Медицинског факултета Универзитета у Нишу, на Катедри Социјална медицина и Хигијена са медицинском екологијом, лекар специјалиста хигијене, ужи специјалиста здравственог васпитања у Институту за јавно здравље у Нишу.

2 Др сц. мед. Александра Станковић, доцент Медицинског факултета Универзитета у Нишу на Катедри Социјална медицина и Хигијена са медицинском екологијом, лекар специјалиста хигијене, ужи специјалиста медицинске информатике у Институту за јавно здравље у Нишу.

3 Др сц. мед. Биљана Коцић, ванредни професор Медицинског факултета Универзитета у Нишу на предмету Епидемиологија, лекар специјалиста епидемиолог, ужи специјалиста здравственог васпитања у Институту за јавно здравље у Нишу.

4 Др сц. мед. Мирјана Аранђеловић, редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Нишу на предмету Медицина рада, лекар специјалиста медицине рада, ужи специјалиста алергологије у Заводу за здравствену заштиту радника, Ниш.

Кључне речи: *загађен ваздух, утицаји на здравље, здравствена заштита.*

Последњих година утицај животне средине на здравље становништва посебно је био изражен преко загађеног ваздуха и квалитета воде, као и климатских промена. Проблем је мултидисциплинарног карактера, а када је реч о здравственој заштити, одговорност за контролу поменутих утицаја, поред специјалиста различитих дисциплина превентивне медицине (област јавног здравља), деле и други здравствени радници.

Људски организам не поседује ефикасне механизме одбране од штетних материја у ваздуху, тако да интересовање и забринутост за последице деловања загађеног ваздуха на здравље није новијег датума. Први прописи о контроли загађивања ваздуха димом донети су у Енглеској у XIII веку, а у другој половини XVI века Лондон је називан „црним градом“ због смога и запажено је да лондонска магла штетно делује на здравље. Почеком XVII века John Evelyn описао је изворе загађења ваздуха и предложо превентивне мере против аерозагађења. Магла и дим (енгл. смог) у Лондону су били почетком децембра 1952. године[1] тако густи да је за четири дана умрло око 4.000 особа (по некима и више). Спољашње аерозагађење и у 21. веку утиче на здравље грађана који живе у Лондону[2]. Урбанизација наставља да се глобално шири и условљава све већу потрошњу енергије и повећање емисије из саобраћаја и индустријских извора. Као резултат тога, процењује се да преко две трећине данашње светске популације не дише чист ваздух[3], а нису за потцењивање ни индиректни утицаји аерозагађења. Светска здравствена организација је проценила да годишње око два милиона људи умре од последица загађеног ваздуха.

Ваздух се сматра загађеним када садржи материје које својим присуством, концентрацијама или трајањем неповољно утиче на људе, живи свет и материјална добра[4]. Штетне материје у ваздуху могу бити физичког, хемијског и биолошког порекла и јављају се у сва три агрегатна стања.

Не постоје докази о повољном деловању загађеног ваздуха на здравље људи. Сва досадашња испитивања су потврдила да загађен ваздух штети живом свету и материјалним добрима, утиче на економију, доступност хране и воде и одрживи развој.

Последице деловања загађеног ваздуха на здравље могу бити различите јачине и трајања и зависе од врсте извора, дужине и интензитета експозиције, особина и понашања потенцијално изложене особе, као и од неких чинилаца околине. Поменути утицаји могу настати после акутне или хроничне изложености која условљава благе последице као што су иритација очију, носа и грла или много озбиљније појаве (егзацербација респираторних, кардиоваскуларних и других болести) које повећавају број посета здравственим установама, а могу довести и до смрти.

За здравствену заштиту су значајни подаци када треба очекивати повећано оптерећење здравствене службе. Тако је нпр. доказано је да[5, 6] нивои сумпор-диоксида у ваздуху од 100μg/m^3 повећавају ризик од умирања за 2%, концентрације од 200μg/m^3 за 4 до 6%, а свако даље повећање од 100μg/m^3 повећава ризик од умирања за 6%. Истраживање спроведено у 12 градова Европе доказало је да пораст концентрација сумпор-диоксида у ваздуху од 50μg/m^3 доводи до пораста укупног дневног морталитета за 3%[6].

Доказана је и међузависност између пораста концентрација суспендованих честица у ваздуху пречника испод 10μm и посета здравственим установама, као и умирања. Уколико концентрација ових честица порасте за 10μg/m^3, долази до повећања респираторног морбидитета за око 2,5%[7]. Испитани су укупан број посета здравственим установама због астме, бронхитиса, пнеумоније, хроничних опструктивни болести плућа и сл. Забележено је чешће оболевање од пнеумоније, астме и свих респираторних обољења, као код већих просечних тродневних концентрација суспендованих честица, а ефекти су били већи у топлијим данима[8, 9].

Последице деловања загађеног ваздуха на здравље могу се проучавати експерименталним методама, епидемиолошким методама, као и математичким моделирањем.

Експериментална испитивања се обављају на животињама, на добровољцима или in vitro на ћелијама и углавном су корисна за тумачење механизама деловања штетних материја из ваздуха. Међутим, закључци из експеримената на животињама не могу се директно преносити на људе. Контролисани експерименти на добровољцима омогућавају испитивања физиолошког или биохемијског одговора на изложеност једном или комбинацији полутаната из ваздуха. Ова испитивања не укључују осетљиве појединце и популационе групе, већ се из етичких разлога увек раде само са здравим особама. Ова испитавања се користе само за процену блажих акутних и пролазних последица које се јављају након краткотрајне изложености ниским концентрацијама штетних материја из ваздуха. Експерименти на добровољцима не препоручују се за оцену последица деловања загађеног ваздуха које се јављају након дуготрајне изложености, као ни за утицаје који се ретко јављају.

Епидемиолошка испитивања дају најбоље доказе о штетним последицама загађења ваздуха на здравље. Могу се користити различити типови епидемиолошких студија, а изложеност се прати мерењем различитих полутаната у ваздуху. Најчешће се одређују нивои сумпор-диоксида, угљен-моноксида, озона, азотових оксида и суспендованих честица у ваздуху. Последице деловања загађеног ваздуха на здравље које су до сада испитиване веома су разноврсне акутне, хроничне, појединачне или збирне. У трансверзалним испитивањима изложеност и последице се прате истовремено, тако да није лако доказати да ли изложеност прати или претходи последицама. Лако се изводе и економичне су, те се и често користе. Кохортна испитивања дају вредније резултате и њима се лако одређује евентуални ризик за појаву одређених болести, али дуже трају и скупља су од трансверзалних епидемиолошких испитивања.

Ефекти краткотрајне изложености аерозагађењу испитивани су у студијама временских серија, кохортним студијама и панел студијама.

Према препорукама Светске здравствене организације (СЗО) препоручују се студије временских серија као најпоузданије студије за праћење акутних ефеката аерозагађења на људско здравље као што су умирање, хоспитализација, ургентне интервенције[3]. Код временских студија догађаји (број смртних случајева, број пријема у болницу, дневне концентрације загађујућих материја у ваздуху итд.) посматрају се свакодневно. Узимају се у обзир и други чиниоци који могу утицати на концентрацију загађујућих материја у ваздуху (температура и влажност ваздуха, ваздушни притисак, годишње доба, дан у недељи). При порасту просечних дневних концентрација сумпор-диоксида у ваздуху од 25μg/m^3 повећава се број пријема у хитну помоћ због ХОБП-а за 6% зими и 9% лети.

Панел студије су студије које прате дневне варијације у симптомима и другим маркерима егзацербације код оболелих у односу на дневне варијације концентрација загађујућих материја у амбијенталном ваздуху. Овај тип студија веома ретко је коришћен искључиво код оболелих од ХОБП-а, а чешће је обухватао болеснике са астмом. Higgins и сарадници[10] утврдили су да је пораст интерквартилног опсега за PM_{10} од 35μg/m^3 доводио до погоршања ноћних симптома код пацијената са астмом (RR=1,38; 1,07–1,78).

Здраве особе слабије реагују на епизоде повишених концентрација полутаната у ваздуху. Тако се код здравих симптоми јављају уколико су нивои сумпор-диоксида у ваздуху изнад 3.500μg/m^3, изложеност непрекидно траје неколико сати и организам је физички у напору[11]. Хронични болесници, труднице и деца су много осетљивији при наведеним концентрацијама и реагују јаким нападом кашља и гушењем[12].

Докази из епидемиолошких студија које су испитивале краткотрајну изложеност загађеном ваздуху користе се при утврђивању граничних вредности и стандарда за квалитет ваздуха, мада и уобичајене концентрације загађујућих материја у ваздуху могу бити удружене са штетним краткотрајним и дуготрајним здравственим ефектима, укључујући и значајан пораст укупног респираторног и кардиоваскуларног морталитета.

Процена здравствених ризика код дуготрајне изложености штетним материјама у ваздуху у релативно ниским концентрацијама је сложеније у односу на краткотрајну изложеност. Такође, недовољно се познају међусобне реакције између појединих компоненти. Процену утицаја на здравље ометају чиниоци као што су пушење, услови живота, фактори околине, миграције и други.

Међузависност умирања и нивоа аерополутаната, посебно PM_{10} (30 до 150μg/m^3), доказана је у многим срединама[12], које се међусобно разликују по саставу честица и климатским условима (Philadelphia, St. Louis, Utah Valley, Santa Clara County, California). Укупни морталитет повећава се за 1% за сваких 10μg/m^3 повећања PM_{10}, респираторни морталитет повећава се за 3,4%, а кардиоваскуларни морталитет повећава се за 1,4%. Посете здравственим установама повећавају се око 1% због респираторних симптома, а 2% до 3% због астме. Егзацербација астме повећава се за око 3%.

Деценијама уназад у Србији болести респираторног система су на првом месту уврђених обољења у амбулантно-диспанзерским службама примарне здравствене заштите. У Србији има око 300.000 оболелих од хроничне опструктивне болести плућа, а учешће ове болести у структури умирања се удвостручило, тако да данас представља по заступљености четврти узрок смрти становништва. Кардиоваскуларне болести, које су, такође, блиско повезане са загађеним ваздухом, водећи су узрок оболевања и умирања у Србији.

Испитивања штетног деловања загађеног ваздуха првобитно су рађена у радној средини, где су концентрације штетних материја у ваздуху високе, а здравствене последице очигледне, и биле су предмет интересовања специјалиста медицине рада[13], а касније се почело са испитивањима деловања загађеног ваздуха у урбаним подручјима. Прва конитнуирана испитивања квалитета ваздуха почела су у Енглеској 1914. г. Код нас, у Србији, и у већини земаља Европе систематска мерења загађености ваздуха почела су шездесетих година прошлог века. Процес приступања Србије ЕУ подразумева и доношење прописа у области заштите животне средине који су усклађени са европским законодавством.

Бројни литературни подаци указују да је загађен ваздух важан фактор ризика не само за респираторне, већ и многе друге болести, а последице деловања могу се јавити на скоро свим органима. Неки аерополутанти оштећују срце и крвне судове и стварају основу за хипертензију, аритмије и исхемијску болест срца [14]. Изложеност загађеном ваздуху ремети синтезу хема и еритропоезу, што доводи до анемије[15]. Јављају се и последице по репродуктивно здравље[16] и неуролошки ефекти[17]. Примери краткотрајних ефеката аерозагађења су иритација очију, носа и грла и инфекције горњих респираторних органа, као што су бронхитис и упала плућа. Остали симпоми могу да укључују главобоље, мучнине и алергијске реакције. Дугорочни ефекти су хроничне респираторне болести, карциноми плућа и грла, оштећење нервног система, јетре или бубрега, имуносупресија. Аерозагађење показује и индиректне ефекте кроз оксидативни стрес и запаљенски одговор.

Ради ефикасног и квалитетног пружања здравствене заштите веома је битно препознати пацијента који пати због изложености загађеном ваздуху. У том контексту могу се испитивати симптоми, пратити лабораторијске неправилности, функционална оштећења или болест, али је најважније препознати благовремено пацијента и дефинисати патолошке промене. Посебна пажња треба да се обрати на вулнерабилне групе као што су деца[18], старији[19], хронични болесници[20, 21], труднице.

Праћење квалитета ваздуха ради се на локалном, националном и глобалном нивоу. У протекле три деценије развој прогноза квалитета ваздуха се значајно побољшао. Досадашњи параметри оцене стања квалитета ваздуха, тзв. граничне вредности имисије, замењују се једноставнијим за употребу индексима квалитета ваздуха[22, 23]. У многим земљама индекс квалитета ваздуха (енгл. Air Quality Index) је саставни део свакодневне временске прогнозе и даје податке о дневном загађењу ваздуха и ефектима тог загађења на здравље. Ти извештаји омогућавају планирање свакодневних активности и бољи квалитет живота људи.

Индекс квалитета ваздуха многобројне и сложене информације о аерозагађењу своди на број који указује на ниво аерозагађења и краткотрајне здравствене ефекте који се очекују тог дана или неки дан касније. Индекс узима у обзир неколико аспеката укључујући забележене концентарције загађујућих материја, научне доказе из епидемиолошких и токсиколошких студија и др. У целом свету не постоји стандардизован систем за обезбеђивање информација о аерозагађењу.

Основно упутство за успостављање националних стандарда за различите загађујуће материје у ваздуху и процену ризика за здравље и животну средину јесу Смернице СЗО, које нису обавезујуће и које представљају концентарције појединачних полутаната испод којих излагање током живота или у датом просечном времену не утиче на здравље. Смернице се, углавном са изменама, инкорпорирају у законодавство појединих земаља као стандарди квалитета ваздуха. Краткотрајна прекорачења наведених концентрација не доводе увек до нежељених здравствених последица, иако ризик од тих последица расте. Такође, препоручене вредности не искључују апсолутно могућност појаве ефеката на здравље испод наведених концентрација. Уопште на популационом нивоу тешко је дефинисати границу за најчешће полутанте при којој се јављају ефекти[24].

Европска унија је кроз неколико Протокола и Директива поставила стандарде квалитета ваздуха, који важе за земље чланице и имају обавезујући карактер. У 1997. години ЕУ је усвојила Директиву 96/62/ЕС која даје нове основе за утврђивање строжијих стандарда за квалитет ваздуха у Европи, а све земље чланице усвојиле су ове стандарде до 2005. године.

У САД, Актом за чист ваздух утврђени су тзв. примарни стандарди који штите здравље људи и секундарни стандарди који штите животиње, вегетацију и јавна добра и спречавају смањену видљивост.

У нашој земљи Закон о заштити ваздуха је усвојен 2009. године, а Уредба о мониторингу и условима за квалитет ваздуха 2010. године, чиме је домаћа регулатива усклађена са важећом у ЕУ у овој области. Наведени позитивни законски прописи уводе мониторинг PM_{10}, и анализу тешких метала и бензо(а)пирена уместо укупних суспендованих честица, а припрема се и увођење $PM_{2.5}$ када то буде обавезно и у ЕУ.

Очекује се да у будућности мониторинг, прогноза и извештавање о аерозагађењу буду још прецизнији, и да се почне са употребом индивидуалних мерача изложености[25, 26]. Индекс квалитета ваздуха и систем за узбуну ограничени су локацијом, простором и густином. У урбаним подручјима, прогноза се може унапредити повећањем броја мерних места, али само донекле. На пример, можемо очекивати већу употребу софистицираног мапирања инкорпорисано у систем узбуне. Податке са сајтова у будућности можемо очекивати у мобилним комуникационим уређајима. Очигледан пример је употреба smart phone технологије заједно са јефтиним сензорима аерозагађења.

Закључак

За здравствену заштиту је важно правилно дефинисати ризик од изложености загађеном ваздуху како би се последице смањиле. Фактори који утичу на изложеност јесу наслеђе, радно место, развијеност и доступност здравствене заштите, навике, лично окружење и др. Унапређење квалитета ваздуха у животној средини и имплементација нових стандарда представља важну могућност у превенцији не само респираторних, већ и других болести, како на индивидуалном, тако и на популационом нивоу.

Даљи развој и стандардизација метода за праћење квалитета ваздуха, као и трендова преваленције оболевања и морталитета болести које су повезане са загађеним ваздухом, битни су за одговарајуће планирање потреба и развоја здравствене зашитите. Истраживање начина за смањење изложености загађеном ваздуху, посебно код вулнербилних група, такође је веома важно.

Здравствени ефекти аерозагађења имају велики значај за јавно здравље, због сталне изложености популације. Из овог разлога, жалбе пацијената и објективни знаци који могу бити

повезани са излагањем загађеним ваздухом треба узети озбиљно у свакодневној пракси. Комплетна медицинска историја која подразумева анамнезу изложености први је обавезни корак.

Едукација здравствених радника и преглед стручне и научне литературе у вези са деловањем аерозагађења на здравље веома су битни за налажење узрока болести и унапређење здравствене заштите.

Литература

1. Bell LM, Davis LD, Fletcher T: A Retrospective Assessment of Mortality from the London Smog Episode of 1952: The Role of Influenza and Pollution. Environ Health Perspect, 2004; 112(1): 6-8.
2. Peacock JL, Anderson HR, Bremner SA, Marston L, Seemungal TA, Strachan DP, Wedzicha JA: Outdoor air pollution and respiratory health in patients with COPD. Thorax, 2011; 66: 591-596.
3. World Health Organization: Air Quality Guidelines; Global update 2005. Copenhagen, World Health Organization, Regional office for Europe, 2006.
4. Никић Д.: Аерозагађење и здравље. Београд, Желнид, 2003.
5. Katsouyanni K, Touloumi G, Spix C, Schwartz J, Balducci F, Medina S, Rossi G, Wojtyniak B, Sunyer J, Bacharova L, Schouten JP, Ponka A, Anderson HR: Short term effects of ambient sulphur dioxide and particulate matter on mortality in 12 European cities: results from time series data from the APHEA project. BMJ, 1997; 314: 1658-63.
6. Katsouyanni K, Samet JM, Anderson HR, Atkinson R, Le Tertre A, Medina S, Samoli E, Touloumi G, Burnett RT, Krewski D, Ramsay T, Dominici F, Peng RD, Schwartz J, Zanobetti A: HEI Health Review Committee. Air pollution and health: a European and North American approach (APHENA). Res Rep Health Eff Inst, 2009; (142): 5-90.
7. Pope CA, Dockery DW: Health effects of fine particulate air pollution: lines that connect. J Air Waste Manag Assoc, 2006; 56(6): 709-42.
8. Wordley J, Walters S, Ayres JG: Short term variations in hospital admissions and mortality and particulate air pollution. Occup Environ Med, 1997; 54(2): 108-16.
9. Choudhury AH, Gordian ME, Morris SS: Associations between respiratory illness and PM10 air pollution: Arch Environ Health, 1997; 52(2): 113-117.
10. Higgins BG, Francis HC, Yates CJ, et al: Effects of air pollution on symptoms and peak expiratory flow measurements in subjects with obstructive airways disease. Thorax, 1995; 50: 149–55.
11. Goren A, Hellmann S, Gabbay Y, Brenner S: Respiratory problems associated with exposure to airborne particles in the community: Arch Environ Health, 1999; 54(3): 165-71.
12. Kundi M: Causaling and the interpretation of epidemiologic evidence. Environ Health Perspect, 2006; 114: 969-74.
13. Аранђеловић М, Радевић Љ, Тодоровић З, Лековић С: Промоција културе превентиве – Задатак медицине рада. Свет рада, 2009; 6(1): 25-42.
14. Committee on the Medical Effects of Air Pollutants (COMEAP). Cardiovascular disease and air pollution. 2006. Available from URL: http://www.comeap.org.uk/images/stories/Documents/Reports/cvd%20report%202006.pdf
15. Nikolić M., Nikić D., Stanković A.: Effects of air pollution on red blood cells in children. Polish J Environ Stud, 2008; 17(2): 267-271.
16. Станковић А., Мітровић В., Живадиновић Р.: Утицај загађеног ваздуха на здравље трудница и исход трудноће: Мед Прегл, 2011; LXIV(5-6): 279-284.
17. Dales RE, Cakmak S, Vidal CB: Air pollution and hospitalization for headache in Chile. Am. J. Epidemiol, 2009; 170: 1057–66.
18. Никић Д.: Утицај аерозагађења на здравље деце у Нишу и Нишкој Бањи. Војносанит Прегл, 2005; 62(7-8): 537−542.
19. Николић М., Антић М., Коцић Б.: Социјални аспект фактора ризика за најчешће болести старијих жена: Теме, 2008; 4: 825-834.
20. Милутиновић С., Стошић Љ., Лазаревић К., Тадић Љ.: Аерозагађење и хронична опструктивна болест плућа. Здравствена заштита, 2011; 2: 51-57.
21. Sunyer J, Saez M, Murillo C, et al: Air pollution and emergency room admission for chronic obstructive pulmonary disease: a five-year study. Am J Epidemiol, 1993; 137: 701–5.
22. Committee on the Medical Effects of Air Pollutants (COMEAP). Review of the UK Air Quality Index. 2011. [Accessed 4 July 2011.] Available from URL: http://www.comeap.org.uk/images/stories/Documents/Reports/comeap%20review%20of%20the%20uk%20air%20quality%20index.pdf

23. Shooter D, Brimblecoombe P: Air quality indexing. Int. J. Environ. Pollut, 2009; 36: 305–23.
24. Chen B, Kan H, Chen R, Jiang S, Hong C: Air pollution and health studies in China – policy implications. J Air Waste Manag Assoc, 2011; 61(11): 1292-9.
25. Peters A, Hoek G, Katsouyanni K: Understanding the link between environmental exposures and health: does the exposome promise too much? J Epidemiol Community Health, 2012; 66(2): 103-5.
26. Abelsohn A, Stieb D, Sanborn MD, Weir E: Identifying and managing adverse environmental health effects: 2. Outdoor air pollution. CMAJ, 2002; 166: 9.

Контакт: Маја Николић, Булевар Николе Тесле 21/1, 18000 Ниш, тел. 018-588-688; 064-213-4441; mani@junis.ni.ac.rs

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 369.06 ; 336:614.2(497.11)"2012"
ID BROJ: 190486284

Основна обележја макроекономске стабилности и улога државе у обезбеђивању средстава и у финансирању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији у 2012. години

Драган Младеновић[1], Христо Анђелски[2]

General Characteristics of Macroeconomic Stability and Role of the State to Provide Funds and in Financing Health Care from the Mandatory Health Insurance in Serbia in 2012. Year

Dragan Mladenović, Hristo Andjelski

Сажетак: *Проблеми здравствених установа у пружању здравствене заштите осигураним лицима су бројни, а највећи међу њима су финансијске природе.*

Проблеми Републичког фонда за здравствено осигурање су, такође, у домену финансија, односно и неравнотежи вредности пружене здравствене заштите, по основу права из обавезног здравственог осигурања и средстава са којима овај Фонд располаже.

Раскорак између трошкова (средства) потребних за финансирање здравствене заштите, коју становништво захтева, и средстава са којима Републички фонд за здравствено осигурање и Републички буџет располажу, јесте проблем који егзистира већ више година уназад.

Услови за превазилажење овог стања све су слабији, са тенденцијом даљег погоршања.

Ублажавање тог проблема предмет је овог покушаја са циљем да се усмери активност надлежних органа и појединаца на утврђивање медицинских, организационих и економских мера да се овај несклад постепено умањује све до елиминације.

Кључне речи: *Републички буџет за 2012. годину, Финансијски план Републичког фонда за здравствено осигурање за 2012. годину, штедња, рационализација, реорганизација, ефикасност, економичност.*

Summary: *Problems in health institutions providing health care to insured persons are numerous, and most of them are financial.*

The problems the Republican Health Insurance Fund are also in the field of Finance and the imbalances of the value of health care, based on rights to compulsory health insurance funds with which the fund has.

The gap between costs (resources) needed to finance health care, which requires the population, and resources with which the Republic Health Insurance Fund and have the Republican budget, is a problem that has existed for several years.

Conditions for overcoming this condition are weaker with a tendency of further deterioration.

Alleviating this problem is the subject of this attempt in order to direct the activity of the authorities and individuals to determine the medical, organizational and economic measures to gradually reduce the imbalance to eliminate.

Keywords: *Republican Budget for 2012. year, Financial plan of the Republic Health Insurance Fund for 2012. year, saving, rationalization, reorganization, efficiency, economy.*

1 Драган Младеновић, дипл. економ., емеритус, Београд.

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

Увод

Два основна акта која опредељују финансијске оквире за обезбеђење макроекономске стабилности у пружању здравствене заштите у 2012. години су:

- Закон о буџету Републике Србије за 2012. годину (Сл. гласник РС 101/11), и
- Финансијски план Републичког фонда за здравствено осигурање у 2012. години (Сл. гласник РС 2/12).

Буџет Републике Србије за 2012. годину, као основни акт са законском снагом, одређује материјалне оквире (износе) за финансирање свих функција и обавеза из своје надлежности.

Финансијске могућности републичког буџета за 2012. годину за испуњење обавеза из своје надлежности износе:

- укупни приходи републичког буџета, који представљају буџетска средства, износе 750.150.000.000 динара;
- укупни расходи републичког буџета предвиђени су у износу од 874.493.647.000 динара;
- дефицит републичког буџета за 2012. годину износио би 124.393.647.000 динара.

Према Закону о буџету Републике Србије за 2012. годину, дефицит у буџету Републике био би 4,5% од бруто домаћег производа који се очекује у 2012. години и не би смео да пређе овај износ, односно процентуално учешће дефицита у буџету не би смело да пређе границу од 4,5% бруто домаћег производа у 2012. години.

У противном, ремети се макроекономска стабилност у економији Републике са свим њеним последицама на остварење планираних прихода и расхода јавне потрошње.

Планирани дефицит буџета Републике, у износу од 124,4 милијарди динара, или од 4,5% од бруто домаћег производа, оцењен је на основу предвиђеног пораста бруто домаћег производа у 2012. години од 1,5% у односу на остварени бруто домаћи производ у 2011. години. Овакав пораст бруто домаћег производа представља заједничку процену Владе Републике Србије и Међународног монетарног фонда.

Претходна процена од 2,5% пораста бруто домаћег производа коригована је за 2012. годину на свега 1,5%. Ова корекција је уследила као последица све већег утицаја опште економске кризе и на привреду (укупну економију) у нашој земљи.

Фискални Савет Владе Републике Србије, као њено стручно саветодавно тело, у креирању и спровођењу фискалне политике и обезбеђења фискалне дисциплине и фискалне ефикасности, доводи у питање остваривање и овако умањеног раста бруто домаћег производа од 1,5% због све већег заоштравања економске кризе и код нас.

Ако се та суморна оцена оствари, доводи се у питање остварење планираних прихода републичког буџета, па се самим тим појављују тешкоће у испуњењу обавеза буџета у финансирању обавеза у оквиру јавне потрошње. У нашем случају појавиће се значајни проблеми у финансирњу здравствене заштите у складу са правима и захтевима осигураника, односно осигураних лица, која проистичу из Закона о обавезном здравственом осигурању.

Основне интенције Закона о буџету Републике Србије за 2012. годину, односно реалне могућности буџета, захтевају предузимање мера штедње и рационализације у оквиру читавог сектора јавне потрошње, са циљем да се дефицит републичког буџета у 2012. години сведе на износ који ће бити испод 5% бруто домаћег производа, односно до 4,5%.

С обзиром на догађаје за време припреме овог текста (проблеми са Железаром Смедерево, ванредни издаци поводом временских непогода, изостанак дохотка појединих фирми због нестанка електричне енергије и сл.), могу да услове поремећај свих параметара у републичком буџету: укупни приходи, укупни расходи, висина буџетског дефицита и његово процентуално учешће у бруто домаћем производу.

МЕРЕ ШТЕДЊЕ И РАЦИОНАЛИЗАЦИЈЕ У СИСТЕМУ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У 2012. ГОДИНИ

Полазећи од тога да су средства за потребе финансирања здравствене заштите становништва део укупне јавне потрошње, непосредни интерес здравствене заштите јесте да се финансијска средства за ове намене користе што рационалније. У том смислу указује се на неке мере штедње у оквиру средстава која се формирају и расподељују (користе) из надлежности и обавеза Републичког фонда за обавезно здравствено осигурање, као и могућности и обавезе здравствених установа за рационалним коришћењем финансијских средстава са којима ће располагати у 2012. години.

МЕРЕ ЗА ПОВЕЋАЊЕ ПРИХОДА ФОНДА ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ И ЗА РАЦИОНАЛНИЈЕ КОРИШЋЕЊЕ РАСПОЛОЖИВИХ СРЕДСТАВА У 2012. ГОДИНИ

Основни акт који одређује финансијске могућности Републичког фонда за здравствено осигурање у 2012. години предвиђене су Финансијским планом тога Фонда за 2012. годину, који је објављен у Службеном гласнику Републике Србије у броју 2/12.

Чланом 3 овог Плана предвиђени су укупни приходи и примања и расходи и издаци корисника обавезног здравственог осигурања, односно корисника средстава Републичког фонда (здравствене установе примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите које се налазе у Плану мреже, завод за јавно здравље, здравствене установе за продужену рехабилитацију, апотеке и здравствене установе ван Плана мреже са којима Републички фонд закључује уговоре).

Та средства износе:

- Укупни приходи 205.974.000.000 динара
- Укупни расходи 205.974.000.000 динара

Равнотежа између прихода и расхода Фонда, према одребама члана 3 Финансијског плана, обезбеђује се на следећи начин: „Уколико корисници Фонда остваре већи износ сопствених прихода од износа који је утврђен у члану 3 Финансијског плана могу расположива средства користити до остварених износа.

Уколико корисници Републичког фонда остваре нижи износ средстава који је утврђен Финансијским планом, неостварени износ средстава се неће надокнађивати из јавних прихода“.

Циљ ове одредбе јесте да се расходи фонда крећу до висине остварених прихода у једној календарској години. Међутим, посматрајући целокупне односе у здравственој заштити становништва, могу се поставити нека питања, која захтевају прецизне одговоре:

- Какав је однос Плана мреже, као прихваћени оквир обима и структуре капацитета, и расположивих средстава за финансирање услуга које ти капацитети могу да пруже када обим и структура заштите коју ти капацитети обезбеђују превазилазе материјалне могућности Фонда здравственог осигурања?
- Да ли су капацитети Мреже довољни, у неким случајевима недовољни, или предимензионирани и у којој мери?
- Ако Фонд здравственог осигурања стриктно поштује члан 3 свог Финансијског плана, поставља се питање како усагласити обим и структуру здравствене заштите коју обезбеђују капацитети Мреже са финансијским средствима са којима Фонд располаже, односно републички буџет за те намене?

Могућа решења се крећу у правцу повећања финансијских средстава Фонда здравственог осигурања, с друге стране у евентуалном смањењу капацитета у оквиру Плана мреже, или комбинацијом оба ова услова.

Да би се добио одговор на ова питања, од суштинског значаја за рад запослених у здравственим установама, као и за кориснике здравствених услуга, неопходно је оценити добро обим и квалитет заштите ових установа, њихову ефикасност у раду и економичност у располагању ресурсима, искоришћеност капацитета и степен задовољења тражње за њихо-

вим услугама, које проистичу по основу права из обавезног здравственог осигурања.

Према сопственим проценама Републички фонд за здравствено осигурање у 2011. години остварио је веће расходе, који се огледају у неизмиреним обавезама и у мањим приходима од планирних, а који износе:

- на страни расхода
  - дугови Фонда према апотекама у износу од око 20 милијарди динара
  - за неизмирене обавезе према здравственим установама
    - за набављене лекове око 19 милијарди динара
    - неизмирене обавезе за санитарни материјал око 4,4 милијарде динара
- на страни прихода за 2011. годину Фонд потражује
  - од корисника здравственог осигурања по основу неуплаћених доприноса, и
  - од државе за неизмирене обавезе по основу финансирања здравствене заштите, која пада на терет Републике, односно републичког буџета.

Најзначајнији проблеми у остваривању предвиђених прихода Републичког фонда и у финансирању обавеза по основу здравственог осигурања, а који су присутни више година уназад, јесу:

- избегавање и кашњење у плаћању доприноса за здравствено осигурање;
- непостојање одговарајуће контроле плаћања доприноса за здравствено осигурање;
- остваривање недовољних прихода Републичког фонда за здравствено осигурање од појединих категорија осигураника: земљорадника, неизвршење у потпуности уставне и законске обавезе Републике у погледу покрића трошкова здравствене заштите неосигураних лица;
- непостојње одговарајућег начина, односно облика плаћања, здравственим установама за њихов рад;
- уговарају се капацитети здравствених установа, а у првом реду број запослених у њима, а не обим и квалитет здравствени услуга као основно мерило за утврђивање висине накнаде за њихов рад;
- постојање несклада између здравствених потреба грађана, утврђених права из области здравствене заштите и материјалних могућности за њихово остваривање (задовољење);
- постојање обавезе наметнуте осигурању да финансира укупне капацитете здравствених установа за која Фонд нема довољно финансијских средстава, а можда ни потребе у појединим капацитетима у целости, или делимично;
- настојање да се преко осигурања покрију укупни трошкови здравствене заштите становништва;
- непостојање одговарајуће контроле финансијског пословања здравствених установа и сл.

У оквиру мера за побољшање наплате доприноса за здравствено осигурање било би потребно:

- појачати систем контроле уплата доприноса за здравствено осигурање, што ће се можда побољшати у 2012. години ако се усвоје мере, у виду закона, о условима и начину измирења пореских обавеза;
- појачати одговорност за неплаћање доприноса;
- не дозволити да било ко и на било који начин буде ослобођен од обавезе плаћања доприноса по основу здравственог осигурања;
- обуставити коришћење права из здравственог осигурања, изузев за случај хитне медицинске помоћи, осигураницима чији послодавац не извршава обавезе плаћања доприноса за њихову здравствену заштиту;
- преиспитати начин обрачуна доприноса појединих категорија осигураника (на пример земљорадника);
- настојти да Република испуњава своје обавезе у погледу обезбеђења реалног износа средстава за здравствену заштиту неосигураних лица;
- вршити постепену измену начина плаћања давалаца здравствених услуга увођењем капитације као начина плаћања услуга примарне здравствене заштите, као и изналажењем погоднијих начина плаћања услуга секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите.

Поред мера за повећање ефикасности у наплати доприноса у циљу повећања прихода Републичког фонда за здравствено осигурање, неопходно је обратити пажњу и предузети адекватне мере на страни расхода за здравствену заштиту у складу са њиховом наменом, како по обиму, тако и по приоритетима. У оквиру тих мера потребно је:

- проверити План мреже здравствених установа – да ли обим и структура постојећих капацитета одговара садашњим потребама и да ли је потребна и каква промена, или смањење броја постеља, односно радних места, а у зависности од налаза и оцена;
- проверити број и структуру запослених у здравственим установама по врстама установа у односу на обим и врсту заштите коју одређена установа пружа, или треба да пружа, у циљу одговора да ли број запослених одговара овим оценама, било да је вишак, или мањак запослених;
- оценити каква је економичност и ефикасност у раду и коришћењу ресурса у свакој здравственој установи;
- оценити да ли постоји сукоб интереса између установе државног сектора здравствене заштите и установе приватне праксе. Ако постоји, у чему се он огледа и чији је интерес угрожен (оштећен). На пример: лекар специјалиста запослен у државној здравственој установи са пуним радним временом, ради истовремено и у приватној установи и пружа исте услуге као и у државној установи.

Поставља се питање:

- када се те услуге обављају;
- да ли у овом примеру постоји сукоб интереса и у којим случајевима;
- ако постоји сукоб, чији је интерес угрожен;
- ако је оштећен интерес државне здравствене установе, у чему се он огледа и како се може отклонити.

Оценити постојећи Закон обавезног здравственог осигурања и размотрити могућност децентрализације садашње организације и функционисања и финансирања система обавезног здравственог осигурања. У том смислу оценити да ли поред Републичког фонда за здравствено осигурање организовати и регионалне заводе за здравствено осигурање за две или више општина, на које би се пренела стриктно одређена права и обавезе, које сада испуњава Републички завод за здравствено осигурање.

МЕРЕ ШТЕДЊЕ И РАЦИОНАЛИЗАЦИЈЕ У ОКВИРУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА ДРЖАВНОГ СЕКТОРА

Према одредбама Закона о буџету Републике Србије за 2012. годину и Финансијског плана Републичког фонда за здравствено осигурање за 2012. годину, средства за финансирање потреба за здравственом заштитом, по свим основама обезбеђивања, вероватно неће бити већа у реалном изразу од средстава са којима се располагало у 2011. години. И ако се оствари извесни номинални раст, он ће бити вредносно анулиран инфлацијом, која се очекује и у 2012. години.

С обзиром да ће криза у средствима јавне потрошње, у нашем случају са средствима за здравствену заштиту потрајати и у наредним годинама, ова ситуација обавезује све кориснике јавних прихода, а тиме и здравствене установе, да предузимају мере штедње и рационализације.

Јасно је да су услови који одређују материјални положај здравствених установа знатно ограничени глобалним могућностима и економским положајем читавог друштва и економије. Стога је неопходно стално пратити основне показатеље о раду и резултатима рада и висину трошкова по нивоима обезбеђивања здравствене заштите, на основу прилагођених информација и показатеља о достигнутом нивоу економичности и ефикасности у њиховом раду.

Највећи број услуга које пружају здравствени радници су резултат тражње осигураних лица за заштиту свога здравља. Међутим, један број захтева за здравственом заштитом, који оптерећују капацитете здравствених установа, проистичу услед нехигијенских и нездравих навика живота и недовољне бриге поједи-

наца за сопствено здравље. Због тога је неопходно предвидети превентивне мере за повећање одговорности самих пацијената и становника за очување сопственог здравља, без обзира на статус и врсту права појединаца на здравствену заштиту по било ком основу.

Један број услуга, односно захтева за здравственом заштитом, настаје као последица пада животног стандарда, док један број захтева за здравственом заштитом потиче од неодговорног начина живота појединаца. Њихово здравствено стање може да буде нарушено услед уживања наркотичних средстава, прекомерног конзумирања алкохолних пића, услед пушења, што је условљено лошим условима живота, али често и лошим навикама живота.

Нарушено здравље неодговорним начином живота условљава значајне потребе за лечењем и по том основу значајно ангажовање и онако недовољних финансијских средстава.

Министарство здравља Србије у сарадњи са Републичким фондом за здравствено осигурање, уз веома значајне стручне капацитете завода за јавно здравље, могли би да предвиде мере за смањење трошкова здравствене заштите и за рационалније коришћење капацитета здравствених установа путем израде и реализације програма за сузбијање, ако је могуће редукцију појединих болести.

На основу прецизних података и стручних анализа, могу се одредити доста прецизно које се болести организованом акцијом, односно планираним активностима, могу успешно и економичније сузбијати.

Један број болести могли би се успешније третирати усвајањем и реализацијом одређених планских активности, односно програма заштите:

- програм здравствене заштите за смањење броја оболелих од туберкулозе са циљем да се морбидитет од ове болести снизи на ниво који не би захтевао знатно ангажовање капацитета и финансијских средстава;
- програм здравствене заштите за спречавање оболевања од шећерне болести. Стручно медицинске мере, које су добро познате и проверене, и ако се обезбеди добро и планирано њихово спровођење могу условити рано откривање ове болести, а оболеле лечити уз знатно ниже трошкове. С обзиром да је ова болест доста распрострањена и да су познати узроци ове болести, рано откривање ове болести умањиће трошкове лечења и оспособљавање тих болесника за нормалан живот и за привређивање;
- програм активности одређеног профила здравствених установа за организовану и стручну медицинску активност на заштити здравих и лечењу оболелих од болести које су настале као последица алкохолизма. Мере за борбу против алкохолизма, а посебно код младих генерација, добро су познате стручњацима за ову болест. Програмом активности и његовом реализацијом могли би се умањити трошкови за лечење, као и друге последице по друштво и породицу оболелог;
- програм борбе против употребе и зависности од разних опијата, који изазивају велике здравствене и друштвене проблеме, могао би да има за резултат смањење трошкова фонда здравственог осигурања као и трошкове породице зависника;
- програм борбе за спречавање и сузбијање кардиоваскуларних болести организованим, прецизним и доследно стручно медицинским мерама спроводити предвиђени програм, почев од превентиве до лечења оболелих. Лечење ових болести у одмаклој фази захтева ангажовање ускоспецијализованих медицинских стручњака, велику концентрацију скупе медицинске опреме, која доста брзо „застарева“, с обзиром на нове технологије, као и високе трошкове лечења.

Наравно, могли би се предвидети и програми за друге медицинске активности, што би био предмет рада стручних тимова из одговарајућих грана медицине, за које се оцени да постоји могућност израде и изводљивост појединих здравствених програма.

Програмима здравствене заштите за спречавање и лечење од одређених болести и њиховим доследним спровођењем омогућиће се знатно мање ангажовање постојећих капацитета и знатно умањење трошкова здравствене заштите.

Као што је познато, недовољне и неорганизоване активности у спречавању и лечењу,

нарочито појединих болести, имају значајне последице. На пример:

- у смртности и последицама смртности на репродукцију становништва;
- у трошковима за лечење који се организованим активностима могу знтно смањити;
- у трошковима за изградњу и опремање, а нарочито у набавци скупе медицинске опреме, која се довољно не користи;
- у губитку зарада услед изостајања са посла;
- у издацима фонда за здравствено осигурање у исплати накнада уместо плата за време одсуствовања са посла;
- заразне и паразитарне болести су здравствени проблем и трошак који се планским и превентивним мерама може најефикасније спречити, или сузбити на минималну меру.

Позната је медицинска доктрина која захтева да се са непосредног лечења постепено и организовано усмерава активност здравствених капацитета на спречавање оболевања и на побољшање здравственог стања становништва, што је у складу са познатом тврдњом да је „боље спречити него лечити".

Поставља се питање како обезбедити кооперативност грађана у прихватању мера за спречавање оболевања, предвиђених одређеним програмом здравствене заштите.

Упоредо са обавезама и циљевима здравствене службе на решавању појединих здравствених проблема, поставља се питање како обезбедити сарадњу становника у придржавању програмом предвиђених мера заштите (самозаштите) од одређених болести. Једна од мера могла би бити повећано учешће појединаца (оболелих) сопственим средствима у лечењу, уколико је до болести дошло услед непридржавања савета лекара, јер су неуредним животом и лошим навикама допринели да се разболе.

С обзиром да ће криза за средствима јавне потрошње, у нашем случају за средствима за здравствену заштиту, потрајати и у наредним годинама, ова ситуација обавезује све учеснике у обезбеђивању и финансирању здравствене заштите становништва да предузму мере штедње на свим нивоима пружања здравствених услуга и у свим видовима здравствене заштите, где год је и колико је то могуће. При томе треба водити рачуна да се не угрози квалитет здравствене заштите.

Да би запослени у здравственим установама и у фонду здравственог осигурања били адекватно посвећени у изналажењу и спровођењу мера штедње и рационализације, неопходно је, и са правом се очекује, да сви корисници јавних прихода, почев од буџета Републике, покрајине до општина, укључујући и све агенције, савете, комисије и евентуална и друга државна тела, као и сва јавна предузећа која се финансирају из јавних прихода, узму активно учешће у спровођењу доследних мера штедње од смањења укупних трошкова до смањења броја појединих организација, или смањења броја запослених у њима.

МЕРЕ ШТЕДЊЕ И РАЦИОНАЛИЗАЦИЈЕ У ДРЖАВНОЈ АДМИНИСТРАЦИЈИ И ЈАВНИМ ПРЕДУЗЕЋИМА

Према оцени Владе Републике Србије, Међународног монетарног фонда, Фискалног савета републичке владе и многих компетентних стручњака, расходи јавне потрошње у целини су веома велики у односу на могућности за обезбеђење финансијких средстава (прихода) за њихово задовољење. У оквиру тих расхода веома значајно место има државна администрација и јавна предузећа на свим нивоима од општина до Републике. Оцењено је да је наша администрација гломазна, скупа и недовољно ефикасна, што представља велики терет за нејаку привреду.

Јавна предузећа, која заузимају значајан део јавне потрошње, у великом броју послују са губицима. Ова предузећа треба да послују на тржишним принципима и да своје расходе покривају својим приходима, или да се омогући оснивачима да своје дотације сведу на минимум. Један број ових предузећа, поред тога што имају велика дуговања, имају истовремено и велика ненаплаћена потраживања, са неизвесним изгледима за наплату.

Поставља се питање да ли је неопходно постојање садашњег броја агенција, савета,

комисија и сл., и великог броја запослених у њима и да ли се и које функције могу угасити, или пренети у одговарајућа министарства, са циљем да се остваре одређене уштеде у средствима, која су врло ограничена.

Када је реч о броју запослених у државној администрацији и у јавним предузећима постоји, такође, потреба за ревизијом, како укупног броја запослених тако и њихове способности и квалификације у односу на захтеве радног места које заузимају и какве резултате остварују. Може се констатовати да је често примењена негативна селекција запошљавања. Недопустиво је и веома штетно да се на врло одговорним функцијама постављају лица која немају знање, ни искуство, а још мање визију за успех те функције. Неприхватљива је таква кадровска политика са аспекта трошкова и могућих последица које могу да настану, или већ постоје у вршењу те функције. Стога треба у оцени способности за рад на одређеним функцијама, као и на свим радним местима, критеријум подобност, најчешће партијска, заменити и применити критеријум способност, стручна и креативна.

Основни циљ свих мера штедње и рационализације на свим нивоима јавне потрошње јесте смањење дефицита у буџету Републике у 2012. години. Влада Републике Србије ће вероватно предложити одговарајуће мере у правцу рационализације и штедње. У првом реду настојаће да побољша фискалну ефикасност, која сама по себи неће дати потребне резултате, ако се неке функције у јавном сектору не реорганизују, или укину.

Мере које буду предузимане од стране свих органа и организација у оквиру јавног сектора, неће бити довољне да се са садашњим могућностима (приходима) успостави макроекономска равнотежа док се не обезбеде услови за већи и бржи раст бруто домаћег производа из године у годину.

Садашње стање оних који обезбеђују средства и оних који користе јавне приходе огледа се на примеру односа између укупног броја запослених и укупног броја пензионера, који су само један, иако значајан, корисник ових средстава, на однос скоро 1:1. То стање се може поправити само на основу сталног и све већег броја запошљавања у реалном сектору привређивања.

Поред обезбеђења услова за даљи економски развој и за бржи пораст бруто домаћег производа, значајну улогу треба да има доследна примена фискалне политике и фискалних правила. Само у тим условима могло би да дође до уравнотежења потреба и могућности за финансирање здравствене заштите становништва.

УЛОГА ДРЖАВЕ У ОБЕЗБЕЂИВЕЊУ И ФИНАНСИРАЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ СТАНОВНИШТВА

Држава својим административним мерама треба да омогући услове за уравнотежено, рационално и ефикасно обезбеђивање и финансирање здравствене заштите државног сектора у оквиру расположивих могућности и потреба становништва за здравственом заштитом. Држава, такође, треба да води рачуна о томе какви су услови за рад државног сектора заштите, као и какав треба да буде однос између државног и приватног сектора здравствене заштите.

Нормативна улога државе огледа се пре свега у два основна акта: Закон о здравственој заштити и Закон о здравственом осигурању.

Овим законима држава прописује не само глобалну равнотежу између потреба и могућности за њихово задовољење, већ и колико је могуће равномерно задовољавање потреба становништва за здравственом заштитом. Исто тако треба да води рачуна о усклађености обима и структуре капацитета између болничке и ванболничке заштите, као предуслова да становници остварују услуге што више у складу са стварним потребама и прописаним правима.

Улога државе је и у томе што она треба да води рачуна о очувању медицинске струке у свакодневном раду и других радника у пружању заштите становништву.

Кроз основне законе, које доноси држава, као и путем допунских аката, у складу са основним законима, као и кроз фискалну политику, она остварује свој утицај на успостављање макроекономске равнотеже унутар сис-

тема здравствене заштите. Држава треба да има активно учешће у расподели друштвеног производа, да води рачуна о потребама становништва за здравственом заштитом, у години за коју за коју се доноси буџет Републике.

Овим функцијама држава треба постепено да ствара услове да здравствене установе и фондови здравственог осигурања напуштају и константно и континуирано прелазе из несигурног и дефицитарног у уравнотежено финансијско стање и ефикасно обезбеђивање здравствених услуга у оквиру законом загарантованог обима здравствене заштите становништва.

Улога државе треба да се огледа и у надзору над здравственим установама и фонду здравственог осигурања у смислу да ли своје функције обављају у складу са законима.

Литература

1. Закон о буџету Републике Србије за 2012. годину. Сл. гласник РС 101/11.
2. Финансијски план Републичког фонда за здравствено осигурање. Сл. гласник РС 2/12.
3. Закон о изменама и допунама Закона о буџетском систему. Сл. гласник РС 73/10.
4. Драган Младеновић, Христо Анђелски: Допунски рад у здравственим установама. Здравствена заштита, 2011; 2.
5. Рајко Косановић: Социјално прво. Фондација Friedrich Ebert, Београд, 2011.

Контакт: Драган Младеновић, дипл. економ., емеритус, Београд.

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 336:614.2(4-672EU)
ID BROJ: 190487564

Финансирање здравствене заштите у земљама чланицама Европске уније – осврт на групу ПИИГС

Ибрахим Тотић[1]

Health Care Financing in Member States of the European Union – Review on Group PIIGS

Ibrahim Totic

Празни лончићи најаче звоне
Vasa vacua maxime sonant

Сажетак: *Основни циљ овог рада јесте сагледавање последица неуспешне политике финансирања здравствених система неколико земаља-чланица Европске уније, чије економије годинама чине велике напоре да напусте уклети простор – њену периферију. Периферне земље, познате и као група ПИИГС (прасићи), (Португалија, Ирска, Италија, Грчка и Шпанија), због перманентног пада бруто друштвеног производа (БДП) и раста јавне (и здравствене) потрошње, немају изгледних шанси за обрачун са многим, а нарочито са проблемима који ометају функционисање њихових здравствених система. Рад истражује да ли ће, када ће, а ако неће зашто неће, ови проблеми бити коначно решени? Истраживања су показала да је њихов горући проблем одсуство ефикасних механизама за заустављање све агресивнијег раста здравствене потрошње. Њихово одсуство из политике финансирања здравствене делатности спречава финансијску функција да дође до пуног изражаја.*

Она је у раду и поред тога афирмативно третирана, прво, што финансијска средства дели строгим критеријумима, према пореклу и/или износу, и друго, што у њиховој недовољности приликом дистрибуције показује крајњу коректност и уважава степен хитности. Она утиче да се у земљама групе ПИИГС природа финансијских средстава, њихови извори, техника прикупљања, као и процедуре алоцирања и дистрибуирања, значајније не разликују.

Summary: *The main objective of this paper is to consider the consequences of failed policy of financing health systems of several countries-members of the European Union, whose economies are making great efforts for years to leave the doomed space-its periphery. Peripheral countries known as PIIGS group (pigs), (Portugal, Ireland, Italy, Greece and Spain), the continuing decline of gross domestic product (GDP) growth and the public (and health) spending have promising opportunities for dealing with many, especially problems that interfere with the functioning of their health systems. This paper examines, whether, when, and if not why not, these problems will be finally resolved? Studies have shown that their burning issue, the absence of effective mechanisms to stop all aggressive growth of health spending. Their absence from the financing of health care policy prevents financial functions to come to the fore.*

She was at work and in addition positively treated first, which divides the strict funding criteria, the origin and-or amount and, second, that the insufficiency of their shows during the final distribution takes into account fairness and urgency. It affects you that in the PIIGS groups, the nature of financial resources, their sources, collection techniques and procedures for allocation and distribution does not differ significantly. The problem is that insufficient and the insufficiency of the trend continues. In this discurs, besides financial, and legal attention to the dimension of their health systems. With regard to the rights of their citizens from their roots agiduma Hippocratic Oath: „primum non nocere“

1 Ибрахим Тотић, Државни универзитет у Новом Пазару, департман за право и департман за економију.

Проблем је што су недовољна и што се тренд недовољности наставља. У дискурсу је осим финансијској, пажња посвећена и правној димензији њихових здравствених система. С обзиром да права грађана своје корене вуку из агидума Хипократове заклетве: „primum non nocere" – „прво да се не нашкоди", природно је да највећу пажњу завређују она у вези са људским здрављем. Констатација је да права на здравствену заштиту у земљама групе ПИИГС не варирају значајније, да је обухват здравственим осигурањем скоро универзалан и да су законодавства идентична.

Кључне речи: *Група ПИИГС, здравствени систем, здравствена заштита, финансијска политика, финансијска функција, здравствена потрошња.*

– „first do no harm to", it is natural that they deserve the most attention with regard to human health. The conclusion is that the right to health care in the group do not vary significantly PIIGS to health insurance coverage is almost universal, and that the legislation is identical.

Keywords: *Group PIIGS, health systems, health care, financial policy, financial functions, health care spending.*

Увод

Да би се, каже Наваро, разумела ситуација у земљама на периферији Европске уније, у пет држава унутар еврозоне (Португалија, Ирска, Италија, Грчка и Шпанија - *ПИИГС*), треба се осврнути на њихов заједнички политички контекст. Историјска сличност представља кључну варијаблу за разумевање њиховог економског понашања и одређује природу њихових система. Друга заједничка особина је њихов врло низак ниво државних прихода и високо регресивна фискална политика. Приходи су им много нижи од просека у Европској унији, који износи око 44% друштвеног бруто производа (БНП). На пример, у Шпанији су око 34%, у Грчкој 37%, у Португалији 39% и у Ирској34 %[1]. Њихове владе су свесне да је финансирање здравствене делатности озбиљан подухват у свим земљама-чланицама Европске уније, а не само код неколико њих. Према томе, политика финансирања здравствене заштите мора заузимати битну позицију у свим њиховим документима, декларацијама, резолуцијама и програмима. Поменути документи ни на један начин не лимитирају потребна финансијска средства нити ограничавају расположиве здравствене ресурсе. То су показали и ресорни министри задужени за питања здравствене и социјалне политике у Европској унији, усаглашавањем става да се од 2010. године, грађанима свих земаља-чланица Европске уније морају обезбедити оптимални услови у којима не сме бити неједнакости у погледу заштите њиховог здравља[2].

Политика финансирања здравствене заштите подразумева фокусирање функција, процедура и примену мера ради прибављања финансијских средстава потребних за покривање расхода насталих услед коришћења гарантованих права из домена обухватног здравственог осигурања. Њена сврха, осим прибављања, јесте и њихова коректна дистрибуција и алокација, контрола крајње употребе и награђивање давалаца здравствених услуга. Зато се финансијска функција у земљама групе *ПИИГС,* и не само у њима, схвата као круцијална у глобалној политици. Њена улога је да на законит начин усмерава финансијска средства и да у складу са правима грађана финансира њихове потребе из домена здравствене заштите. До скоро се могло чути да квалитетно или лоше људско здравље није последица индивидуалног избора, али је зато или врхунска вредност или непожељно стање у коме га људи поседују. Усуђујем се рећи, мој став је потпуно супротан. Здравље, било квалитетно или не, резултанта је индивидуалних манифестација његових имаоца према њему. Теорија да

је здравље детерминисано утицајем политичких, друштвених, технолошких и економских фактора, полази од чињенице да људи живе у додиру са њима и да је због тога присутно варијабилно људско понашање.

Приступ квалитетним здравственим услугама је императив. На то се може и мора непрестано рачунати: прво, због завређених (незавређена) права грађана на обухватну здравствену заштиту, и друго, због обавезе сваког појединца, групе људи или институција на чувања и унапређивања туђег и личног здравља. Заједничка брига о људском здрављу додатно јача његову социо-економску димензију. У извештају Светске здравствене организације (СЗО) о детерминантама здравља стоји да је лоше људско здравље (посебно сиромашних категорија) међу грађанима земаља-чланица Европске уније последица неједнаке дистрибуције моћи, наглашене социјалне и здравствене неједнакости, неуравнотежених прихода и недостатка квалитетне робе и услуга на националном и глобалном нивоу[3]. Сматра се да је то кључни разлог зашто грађани земаља групе *ПИИГС* нису имали нити имају пригодну прилику да свој живот и живот својих породица организују у адекватним условима.

Циљ рада

Савремени свет оштрим кораком маршира на свим фронтовима. У чизмама високе технологије осорно је згазио на терен здравствене делатности и приморао многе земље-чланице Европске уније да за здравствене потребе на једногодишњем нивоу издвајају и до 12% из свог бруто друштвеног производа (БДП). Међутим, у овом раду издвајања, ма колика да су, не сматрају се трошком, већ свесним инвестирањем у људско здравље, које представља опште добро *par excelance,* и у технолошко унапређење здравствених система. Настоје се уважити, прво, економска логика и економски принципи, и друго, ангажовања промотера политике финансирања здравствене заштите и процеси осавремењавања здравствених капацитета у земљама групе *ПИИГС*. Актери политике финансирања здравствених система морају знати да су грешке скупе исто толико колико и време. Ево и скромног савета за њих, нека се најпре фокусирају на контролу и сузбијање раста здравствене потрошње, а онда на пуко обезбеђивање потребних финансијских средстава. Раст здравствене потрошње је заједнички непријатељ ових земаља који све снажније атакује на њихов бруто друштвени производ (БДП) и незаустављиво граби навише.

Није спорно да све земље периферне групе *ПИИГ* имају јединствен циљ – ефектно финансирање сопственог систем здравствене заштите. Такође није спорно да финасирање здравствене заштите представља обухватну политику и озбиљну оперативну функцију, али су спорни коначни резултати. И чему толики пропусти? Да ли због лоше вођене фискалне политике, односно нередовне наплате пореза и доприноса, или због нечега другог? То питање захтева конкретан одговор. Познато је да у свакој од ових земаља компетентни државни органи прибављена финансијска средства усмеравају у јединствене фондове намењене здравственој сигурности[4], а зна ли се колико је то осетљива процедура. Она је у сталном додиру са различитим облицима ризика који увек и од некуд прете. Ризик омета ефектну политику финансирања, сеје сумњу у реализацију постављених циљева, девалвира очекивања и резултате, угрожава доследно коришћење права на здравствену заштиту и осујећује давање-примање здравствених услуга под истим условима[5].

ФИНАНСИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЗЕМЉАМА ЧЛАНИЦАМА ЕВРОПСКЕ УНИЈЕ – ОПШТИ ПРИСТУП

Функција финансирања здравствене заштите у свим, а нарочито у периферним земљама-чланицама Европске уније, значајније од свих других функција одређује квалитет здравља грађана, мотивише инвестирање у здравствене капацитете и награђује даваоце квалитетних здравствених услуга. Незамењива је код евалуирања ефеката, доношења ваљаних одлука,

примене конкретних мера и систематичног и аналитичког разматрања расположивих здравствених ресурса. Најпозванија је за давање објашњења у вези са дејством фактора политичког, економског, друштвеног и техничког карактера на свим нивоима. Зато Мек Ки, Мосиалос и Белчер, функцију финансирања здравствене делатности стављају испред свих осталих, руковођени чињеницом да она поспешује укупне услове за пружање здравствене заштите. Они немају дилему да је становништво сваке земље-чланице Европске уније универзални и најсигурнији ресурс[6]. Међутим, ресурси намењени неометаном финансирању здравствених програма и циљева, гаранција су само ако су обезбеђени у довољној мери, ако су континуирани и ако су одрживи на дуже време. Финансијска здравствена политика управо због ресурса подсећа на ланац чије карике они представљају и за које су везане конкретне оперативне функције. Ресурси треба да се непрестано штите и обнављају, зашта су задужене централне власти. Уколико то не чине на одговарајући начин, могу запасти у озбиљне проблеме. На пример, неопрезно обезбеђивање финансијских средстава из пореза и доприноса може изазвати опасност од бојкота грађана и може подстаћи расположење за евазију. Зашто? Зато што су поједине групе спремне да свесно избегавају плаћање трошкове здравствене заштите за друге и да на тај начин провоцирају отпор и других према редовним уплатама пореза и/или доприноса.

Доприноси за здравствено осигурање представљају сопствена средства за финансирање социјалне сигурности која прикупљају институције централне власти, и усмеравају их и држе у јединственим здравственим фондовима[7]. Фондови приликом дистрибуције прибављених средстава воде бригу о ефектној надокнади сиромашним регионима, сиромашним грађанима и/или осигураницима са већим ризиком од оболевања. Чему се тежи? Коришћењу квалитетне здравствене заштите, сличне оној коју уживају грађани у развијеним земљамачланицама Европске уније. На пример, у Холандији се од 1. јануара 2006. године здравствена заштита финансира дуалним системом. Здравствени систем „најсрећније“ земље на свету, упоређен са другим, такође развијеним здравственим системима (Сједињене Америчке Државе, Аустралија, Канада, Велика Британија, Немачка, Нови Зеланд), убедљиво је у свему испред њих. Заслуге за то припадају Општем закону о изузетним здравственим трошковима *(General Law on Exceptional Healthcare Costs – GLEHC)*[8]. Сви третмани (краткорочни) су обухваћени системом обавезног здравственог осигурања које обезбеђују приватне компаније. Пакет здравствених третмана за сваког осигураника дефинише се закључивањем двостраног уговора у писаној форми[9]. Током 2009. године, 27% свих трошкова здравствене заштите покривено је на поменути начин. Други извори плаћања здравствене заштите су порези са 14%, плаћања из џепа грађана *(OOP – out-of-pocket)* 9%, додатни опциони пакети за здравствено осигурање 4% и остали повремени извори такође 4%. Једнак приступ здравственим услугама у оба случаја је гарантован. Холандија је у 2009. години за здравствену заштиту својих грађана издвојила 12% из бруто друштвеног производа или 4.914$ УСА по глави становника и у том погледу је за Светску здравствену организацију (СЗО) парадигма високе развијености.

Светска здравствена организација (СЗО) је много раније у свом извештају објавила податке да је у најјачој европској економији (Немачка), у току 2004. године, преко 77% здравствене потрошње финансирла немачка влада, а преосталих 23% финансирана су премијама приватног здравственог осигурања[10]. Исте године, укупна здравствена потрошња износила је 10,8% немачког бруто друштвеног производа (БДП), да би 2009. године достигла високих 11,6%[11]. У Немачкој, која је у току 2009. године за здравствену заштиту својих грађана издвојила 4.218$ УСА по глави становника, доприноси су обједињени у нови национални Фонд за здравствено осигурање који је током 2011. године постао једини одговоран за њихову благовремену наплату.

Француски здравствени систем се сматра универзалним јер у њему скоро целу здравствену заштиту грађана финансира национална влада. Подаци Светске здравствене организације (СЗО) из 2000. године говоре да Фран-

цуска пружа „најбољу укупну здравствену заштиту“ на свету[10]. У току 2005. године за те сврхе потрошила је 11,2% свог бруто друштвеног производа (БДП) или 3.926$ УСА по глави становника. Међутим, за 2009. годину, слично Немачкој, издвојила је 11,8% из бруто друштвеног производа (БДП) или 3.978% УСА по глави становника. Око 77% здравствених трошкова покриле су владине агенције које финансирају здравствену потрошњу. Издаци су високи и знатно су изнад просечних трошкова на нивоу Европске уније.

Не памти се дебата о финансирању здравствене заштите у којој није подвучена реч *приоритет*. Многи теоретичари као разлог за његово често помињање, и као термина, али и као акције, наводе сиромаштво са којим се суочавају више периферне него развијене земље-чланице Европске уније. Међутим, сиромаштво у земљама групе *ПИИГС* није изражено у степену који бележе, на пример, земље које нису чланице Европске уније. У случају потоњих, практичније је говорити о моралној хитности и/или о озбиљном предузимању конкретних акција, него о формалном формирању реда приотитета. Пружање квалитетне и правовремене здравствене заштите је одговоран посао. И сасвим је логично да се под њим сматра, прво, промптна подршка даваоцима-корисницима здравствених услуга, и друго, превага хитности над приоритетом. Дакле, хитност је и као термин и као практична чињеница у супремацији над приоритетом. И Доувер се слаже да је функционалније користити термин хитност него приоритет. Њега идеја приоритета асоцира на успостављање одређеног поретка у санирању нежељених стања, којом приликом се приступа ланчаном ублажавању прво једне, затим друге, и тако редом... до коначне ситуације[12]. Међутим, то није и не мора бити једини начин који треба да одреди или који одређује суштину здравствене заштите. Неопходно је узети у обзир стандарде и процедуре њиховог пружања и супростављене и отежавајуће околности.

ФИНАНСИЈСКА ПОЛИТИКА ЗЕМЉАМА ГРУПЕ ПИИГС

Дилеме коначно више не постоје. Здравство, делатност од општег интереса у многим земљама-чланицама Европске уније, финансира се тако да дециенијама не успева да покрије настале трошкове. Замерке су једним делом упућене креаторима здравствене политике, јер нису правилно селектирали одрживе ресурсе нити су направили најсрећнији избор метода којима би из њих дугорочно црпили финансијска средства. Други део критике упућен је директним корисницима финансијских средстава због немарног односа према политици финансирња. Они не желе да схвате да се налазе у маказама две поражавајуће истине, пад бруто друштвеног производа (БДП) и пораст здравствене потрошње, и да обе сигурно воде у дуговремену дужничку кризу. Занимљиво је да су многи имуни на предвиђања експерата за питање здравствене политике у Светској банци *(Word Bank)*. А она просто уливају страх званичницима у развијеним земљама-чланицама Европске уније. Предвиђања су да ће у блиској будућности јавна потрошња за здравство у Европској унији прећи садашњих 12% бруто друштвеног производа (БДП). Толика су тренутна издвајања само у Холандији. Питање је шта на том путу чека земље групе *ПИИГС*. Да ли ће архитекте њихове здравствено-финансијске политике успети да успоставе еквилибриј прихода и расхода у буџету и да ли ће на било који начин обуздати неконтролисане токове јавне потрошње? Они којима је улепшавање стварности страно, сматрају да неће. Чак ће неадекватно финансирање додатно продубити кризу и угрозити виталне друштвене функције. Аргументи за то су три међусобно повезана тренда: старење становништва, пораст хроничних болести и све оскуднији финансијски извори[13].

Иако су у земљама групе *ПИИГС* спровођене опсежне здравствене реформе са јасним циљем: оштро супростављање порасту здравствене потрошње, већина је окончала правим фијаском. Ниједан њихов резултат није био толико успешан да би оправдао уложене напоре. Да ли разлоге треба увек тражити ис-

кључиво у недовољним финансијским средствима? Треба, јер додатно брину размишљања саветника за ментално здравље у Светској здравственој организацији (СЗО) Мат Муијена *(Matt Muijen)*. Он каже да ће: „...моћна медицинска индустрија (вероватно) бити највише заинтересована за профитне третмане... пошто земље-чланица Европске уније нису успеле да реше кризу финансирања здравствене заштите на националном нивоу, мораће да се сложе око уједињења својих система здравствене заштите у јединствени систем“[13]. Крајем 2013. године у Бриселу ће званично бити формирана институција која ће организовати, објединити и стандардизовати здравствени блок за целу Европску унију. Колос ће се звати Европски савезни здравствени систем *(European Federal Healthcare System – EFHS),* и креираће одрживе европске финансијско-здравствене политике.

ПОРТУГАЛИЈА

Сви становници Португалије су обухваћени здравственим осигурањем посредством Националног здравственог система (НХС), који је конституисан 1979. године. Он обезбеђује врло широк спектар бесплатних здравствених услуга које се пружају – користе у различитим здравственим установама. Стоматолошке услуге су искључене из тог спектра. Према португалском закону, однос између даваоца и корисника здравствених услуга успостављен је закључивањем уговора о давању-коришћењу здравствених услуга, познатом као „уговор за услуге“[14]. С тим у вези португалско законодавство познаје две врсте прописа. Прва врста прописа односи се на регулисање третмана у јавним (државне) здравственим институцијама које функционишу у оквиру Националног система здравствене заштите (НХС). У таквим случајевима, сходно правничкој пракси, односи се уређују по одредбама из управног права. Друга врста прописа регулише односе на основу одредаба из грађанског права, Наиме, давање-коришћење здравствених услуга врши се и у приватним здравственим установама и од стране приватних давалаца[14]. Португалски Закон о здравственој заштити (48/90, од 24. августа 1990. године), остао је упамћен по томе што су многе његове норме за обе стране биле прилично нејасне и врло често бескорисне. Дакле, нису најбоље дефинисале ни права осигураника ни права давалаца здравствених услуга[5]. Одређени помак у дефинисању права направљен је током 1997. године, када су многе нејасноће разјашњене посебном повељом. Данас је правни спектар који се примењује у португалском здравству консолидован и завидно уређен.

Половином 1999. године, у жижи португалске јавности нашао се квалитет здравствених услуга. Постизање виског квалитета захтевало је корените промене и додатно уређивање здравствене политике која је на државном нивоу заузимала врло високу позицију. Половином 2004. године ово питање је још снажније потенцирано и додатно је раширило сферу интересовања. Министарство здравља постаје одговорно за промоцију стратегије квалитета здравља на свим нивоима на којима грађани задовољавају своје специфичне потребе. Стратегија квалитета је постала матрица за промоцију здравствене политике. Њен смисао је строга примена законских норми, одговарајућих медицинских процедура и здравствених стандарда који прецизно одређују компетентност лица која врше стручну процену здравственог стања грађана. У вези с тим, а у оквиру здравствене реформе спроведене током 2006. године, повучен је храбар потез, у име бољег квалитета, укинут је Национални здравствени институт за квалитет здравља *(National Health Quality Institute – Instituto da Qualidade em Saude)*[15]. Међутим, решење је нађено тако што су његове компетенције интегрисане у Генералну дирекцију за здравље *(General Department of Health – Direccao Geral de Saude)* и новонасталу Централну управу за здравље *(Central Administration of Health – Administracao Central do Sistema de Saude)*. Оба института су подређена Министарству здравља[15].

Што се расхода за здравствену заштиту тиче, тренд је европски. Финансирају се из доприноса које уплаћују послодавци на једној и запослени на другој страни. Компаративно посматрано, у 1996. години, износили су 8,6%

бруто друштвеног производа (БДП), да би на крају 2005. године достигли врло високих 10,2%[16]. Међу највишим су у земљама-чланицама Европске уније, односно равни аустријским, али су нижи од немачких и француских. Здравствена потрошња као део укупне јавне потрошње коју финансира влада Португалије, порасла је у периоду од 1996. до 2005. године са 67,5% на 72,7%. Ситуација са здравственом потрошњом је иста и у приватном здравственом сектору који бележи пораст са 1,3% у 1996. години, на веома високих 3,8% 2005. године[17]. Дакле, приватни сектор има битну улогу у здравственом систему и покрива близу 10% здравствених расхода. Прикупљање финансијских средстава за потребе Националног здравственог система (НХС) *grosso modo,* остварује се путем општег опорезивања. У укупним јавним приходима намењеним здравственом систему, индиректни порези су заступљени са 60%, што захтева додатне мере опреза због финансијске одрживости. Финансијска одрживост може бити вишеструко и озбиљно угрожена, прво, ако здравствени систем значајније зависи од посредних пореза, на пример, пореза на потрошњу (ПДВ) и акциза; друго, ако су доприноси на нижем нивоу; и треће, ако је наглашена евазија пореза и доприноса. Министарство здравља око 90 % својих прихода остварује преко централног државног буџета. У току 2005. године прикупљање јавних прихода потицало је од пореза 71,9 %, од доприноса за социјално осигурање 0,8 %, од премија приватног здравственог осигурања 3,8%, од директног плаћања услуга из џепа *(OOP – out-of-pocket)* 22,3% и по основу других наплата нешто изнад 1,3%[10]. Додатни приходи, које такође остварује, потичу од додатног пружања здравствених услуга пацијентима који могу и желе да плате посебан третман за време боравка у здравственим установама. Здравствене реформе су почеле у току 1997. године. Кључни догађај у њиховом спровођењу јесте увођење плаћања болницама на основу дијагноза за поједине групе осигураника. Битан догађај је увођење капитације, алокација ресурса на нивоу локалних власти за примарну здравствену заштиту *(Regional Health Administrations – RHS)* и успостављање одговорних органа у сваком од њих. Здравствена реформа је још јачим интензитетом настављена 2005. године смањењем јавне поделе трошкова за фармацеутске производе, односно 2007. године, када је уведена подела трошкова за болничко лечење и операције[17].

ИРСКА

Систем јавне (државна) здравствене заштите у Ирској[22], регулисао је питање здравља њених грађана 2004. године, успостављањем Извршне здравствене службе *(Health Service Executive – HSE).* Извршна здравствена служба (ИЗС) је званично почела са спровођењем важних одлука и реализацијом здравствених програма и мера 1. јануара 2005. године. Напокон је дат сигнал ирском здравству да су за редефинисање и модификацију здравственог система неминовни нови подухвати и оштри процеси. „Келтски тигар“, како је због свог експанзивног економског развоја неколико година уназад називана Ирска, започео је реформске процесе, не само у здравственој већ и у другим државним делатностима. Извршна здравствена служба, осим што је наставила са започетим реформским програмима, утврдила је нове програме који се тичу како јавног (државног) тако и приватног здравственог осигурања. Здравствене реформе и иновације које је потенцирала и спроводила Извршна здравствена служба (ИЗС) биле су стратешког карактера и ослањале су се на потпуно нов начин буџетирања, програмирања и планирања.

Кључна фаза везана за финансирање здравствених реформи, чије је озбиљније спровођење почело 1994. године, јесте стварање услова за несметано увођење приватног здравственог осигурања. Ступањем на снагу новог Закона о здравственом осигурању појачана је конкуренције на тржишту здравствених услуга. Ирска влада је 1999. године објавила Белу књигу *(White Book)* о приватном здравственом осигурању. Исте године усвојен је Закон о допуни Закона о здравственом осигурњу који је додатно уредио његову нову регулативу и промовисао основне прописе[23]. Крајем 2001. године

донет је Закон о увођењу и изједначавању ризика у области јавног и приватног здравственог осигурања према коме су обе врсте на здравственом тржишту у скоро идентичном положају. Сва лица која живе у Ирској могу рачунати на потпуну здравствену заштиту коју обезбеђује и финансира Извршна здравствена служба (ИЗС) на основу општег опорезивања и од премија приватног здравственог осигурања. Према подацима Светске здравствене организације (СЗО) у 2005. години, 47,6% становништва Ирске било је обухваћено приватним здравственим осигурањем[24].

Укупна здравствена потрошња која чини велики део укупне јавне потрошње имала је немирне токове. У свим земљама-чланицама Европске уније, нарочито у периферним, где припада и Ирска, у последњих неколико година и здравствена и јавна потрошња бележе високу стопу раста. Здравствена потрошња је у периоду између 1996. и 2005. године, са 70,5% достигла границу од 79,9% укупне јавне потрошње. Ирска је током 2005. године за заштиту својих грађана утрошила 8,2% бруто друштвеног производа (БДП) или 3.996$ УСА по глави становника. Од тога је око 79% здравствених расхода покрила ирска влада[25]. Највећи пораст забележен је код трошкова приватног осигурања који су са 48,3% у 1996. години, достигли високих 61,0% у 2005. години. Занимљиво је да су трошкови директних плаћања из џепа грађана *(OOP – out-of-pocket)* за исти период смањени са 14,8% на 13,8%. Здравствени систем у Ирској дели судбину других система у Европској унији, и у последњих неколико година захваљујући перманентном расту здравствених расхода има великих, нарочито финансијских проблема. Здравствене установе широм земље приморане су на пружање још шире лепезе здравствених услуга, нарочито из обасти примарне здравствене заштите, што додатно увећава ионако високе здравствене расходе Извршне здравствене службе (ИЗС). Лица без здравствене легитимације (носиоци јавног здравственог осигурања), као и носиоци приватног здравственог осигурања, здравствене услуге из домена примарне здравствене заштите добију бесплатно или по субвенционисаним ценама.

Поменуту праксу подржавају многе политичке партије. Дословно се залажу за већу стопу покривености. Подржавају проширење обухвата здравственим осигурањем како би сви грађани у Ирској имали исте привилегије, а не само њих 31,9%, као што је тренутно случај[22]. Међутим, у питању је парадокс. Ако је палета здравствених услуга преширока, а финансијска подршка недовољна, логично је да обухват становништва буде на нижем нивоу од могућег. Међутим, здравство је увек и свуда било мотор гласачке машине. На крају, најтеже отклоњив проблем ирског здравственог система је тај што је Извршна здравствена служба (ИЗС) највећи послодавац у Ирској[26]. У њој је запослено преко 100 хиљада радника, за чије издржавање ирска влада за једну годину издваја 16 милијарди евра, али и то није ни приближно довољно.

ИТАЛИЈА

Италија, једна од шест земаља оснивача Европске заједнице, са скоро 60 милиона становника и 30.800$ УСА *per capita,* према процени Светске здравствене организације (СЗО) има здравствени систем међу најбољим на свету[3], одмах после француског[18]. Кључ високог позиционирања је у потпуно бесплатним операцијама и хоспитализацијама у свим болницама и установама за све грађане, без обзира на њихово материјално стање. Од оснивања Националног система здравствених услуга *(Servis Sanitario Nazionale – SSN)* 1978. године, који је у оквиру Министарства здравља, све услуге из домена јавног (државног) здравства финансиране су у корист грађана. После равно две деценије, 1998. године, обезбеђено је финансирање здравственог осигурања и здравствене заштите за имигранате, што је био нови атак на бруто друштвени доходак (БДП) и проширење ионако широког спектра здравствених услуга. Од тада италијански грађани уживају широка права из области здравственог осигурања и здравствене заштите и имају могућност да слободним иступањем на „тржиште здравствених услуга“ бирају начин за заштиту свог здравља. Систем здравствене заштите је

како на државном тако и на регионалном плану у сталном развојном процесу. Национална влада и регионалне администрације спроводе своје здравствене политике на основу смерница Националног здравственог плана. У периоду од 2006. до 2008. године, Министарство здравља је са представницима регионалних управа донело посебан документ, назван Пакт за здравље и богатство *(„Pact for Health and Wealth"),* који је предвиђао израду националног програма за постепено побољшање здравственог квалитета[19]. Министарство здравља одређује националне смернице, а регионалне владе врше надзор приликом пружања здравствених услуга, подстичу примену законских правила и подсећају осигураваче на оквире обавеза и компетенција.

Правнички речено, однос између даваоца и корисника здравствених услуга успоставља се закључивањем двостраног уговора у писаној форми. Барендрехт[14] истиче да се такав однос углавном регулише одредбама о интелектуалној професији (чланови 2229-2238 Грађанског законика), заједно са одредбама о аутономији рада (чланови 2222-2228 цивилног Законика). Права осигураника су знатно ревидирана 1995. године у складу са сталним променама које су настајале на релацији медицинска струка - укупно друштво. У случају да су повређена правила, етика и/или стручност, предвиђене су законске одредбе које налажу примену различитих дисциплинских мера[20].

Здравствена заштита се углавном финансира преко централног и/или локалног опорезивања[21]. Пред крај XX века, тачније до 1998. године, када је замењен са две нове врсте регионалних пореза, здравствена заштита је финансирана углавном из пореза на зараде запослених. Први порез је порез на добит корпорација и обрачунава се на „додату вредност" предузећа по стопи од 4,5%, а други је порез на зараде запослених у јавном сектору и обрачунава се по стопи од 8,5%. Министарство здравља око 90% укупних прихода наменски усмерава за финансирање здравствене заштите у она подручја у којима су извршене наплате пореза. Укупни расходи за здравствену заштиту, као део бруто друштвеног производа (БДП), порасли су са 7,3% у 1996. години на 8,8% у 2005. години. Такође су за исти период, као удео у укупним трошковима, нарасли са 71,5% на 75,8%. Наредне 2006. године, износили су 9%, а 2009. године 9,5%, и значајно су виши од просека на нивоу земаља ОЕЦД који износи 8,9%. Мерени по глави становника за 2006. годину, износили су 2.600$ УСА, односно 3,027$ УСА за 2009. годину[15]. Ако неко мисли да је реч о незнатном расту, није у праву. Напротив, раст је огроман. Прво, због устаљене праксе да се лествица јавне потрошње стално помера на горе, и друго, да бруто друштвени производ (БДП) стално стреми наниже и гура Италију у дужничку кризу. Уосталом, то је њена данашња политичко-економска стварност. Око 75% здравствених трошкова италијанска влада финансира из државног буџета[18]. Према динамици и у односу на приходе, укупни расходи за здравствену заштиту у 2005. години покривени су из пореских извора са 75,7%, из доприноса за социјално осигурање са свега 0,1%, премијама од приватног здравственог осигурања са 0, 9%, директним плаћањима из џепа осигураника *(OOP – out-of-pocket)* са 20,3% и из других извора са 3,0%[10].

Као почетак спровођења реформи у оквиру здравственог система узима се 1993. година, када се први пут уводи подела трошкова са новом горњом границом за специјалистичке прегледе. Након тога је 1998. године уследило поменуто укидање доприноса за социјално осигурање, који је замењен са два регионална пореза. Италијанска влада је 2001. године основала Национални фонд солидарности са циљем да средства наплаћена од пореза на додату вредност (ПДВ) распоређује по регионима и подстичу ефикасност њихових здравствених установа. Посебно је упамћена реформска 2007. година, у којој су прецизно утврђене максимална накнада и фиксна партиципација за посете специјалистичким службама. Италијанска влада је у мају исте године укинула провизије и увела плаћање за неоправдано коришћење хитних здравствених услуга. Породичне лекаре додељује и у потпуности плаћа Национална здравствена служба. Уколико су осигураници незадовољни доделом, слободни су да промене лекара, под условом да наредни кога су сами бирали има слободан

термин. Горући проблем у италијанском здравству ипак је велики број незапослених лекара и велике разлике у зарадама. Међутим, тешко је стећи глас и постати лекар на пример, породице Анђели, спортских, филмских или политичких старова.

ГРЧКА

Говорити о Грчкој уопште, немогуће је без осврта на економско-политичку кризу која се у њој најбоље удомила. Традиционално економски зависна и свима дужна, а опет са високим стандардом својих грађана, подсећа на некога од кога сви редом зависе. А није тако. Грчка је увек зависила, а и даље зависи највише од развијене Европе. Парламентарна република са 10,7 милиона становника, имала је бруто друштвени производ (БДП) за 2009. годину, преко 338 милијарди $ УСА (податак за). *Per capita* за 2009. годину износио је 32.100$ УСА. С обзиром да је бруто друштвени производ склон паду, његов негативан тренд се очекује и у 2012. години, по стопи од - 4%, која је врло висока у односу на - 2,5% колика је била у 2009. години. Зашто је то тако, њена политичка елита нема одговор. Своју немоћ покушава да брани тако што све процесе које не може да следи и контролише приписује процесима глобализације и/или европеизације. То обично чини у време политичких промена, реформисања националних институција, њихове интеракције и уређења њиховог развоја у складу са оним на нивоу Европске уније[27]. Колико у томе успева, најбоље говоре вишегодишње сцене на платоу испред парламента. За Тиниоса[28] европеизација је процес изградње и институционализације и када је дефинише он укључује парадигме, претпоставке, веровања, као и „начин обављања ствари“ које се први пут одвијају на нивоу Европске уније. Те ствари се огледају у драстичним рестрикцијама на које је Грчка приморана споља и изнутра. Оне су схваћене као присилно спровођење непопуларних економских мера чији је крајњи циљ повећање конкурентности домаћег капитала на уштрб интереса здравствених радника и здравља народа у целини. За 2012. године планирана су мања издвајања за здравствствене потребе из буџета за преко милијарду евра, сужавање здравствене инфраструктуре и отпуштање на стотине лекара. Планирано повећање радничких доприноса за фонд здравственог осигурања, увођење тржишних цена здравствених услуга и повећање партиципације при њиховом коришћењу, присилиће велики број осигураника да се окрену приватном здравственом сектору. Аналитичари сматрају да ће здравствене услуге (дојучерашњи понос Грчке), брзо постати роба-предмет у рукама носилаца капитала који ће манипулацијама на тржишту додатно увећати своје профите.

Здравствену заштиту за грчке грађане обезбеђује Национална здравствена служба *(National Health Services – NHS)* и начелно је универзални систем здравствене заштите. Финансирање је двојако. Прво, преко јавног здравственог осигурања за које финансијска средства обезбеђује држава, и друго, преко опције приватног здравственог осигурања које у последње време све више експандира и добија на значају. Из националног буџета Грчке за 2011. годину, здравственом систему је само за здравствене услуге, без накнада по основу осталих права које осигураници уживају, додељено преко шест милијарди евра, односно 2,8% бруто друштвеног производа (БДП)[29]. Према извештају о здрављу становништва за земље ОЕЦД из 2011. године[11], здравствени трошкови за 2007. годину чине 9,6% бруто друштвеног производа (БДП) и имали су безначајан пораст у односу на 2000. годину, када су износили 9,5%. Према истом извештају, здравствени трошкови по глави становника 2000. године износили су 2.724$ УСА, да би 2007. године достигли износ од 2.983$ УСА, односно 3.223$ УСА за 2009. годину. Здравствени расходи за 2000. годину које финансира грчка влада износили су 60,3%, да би на крају 2007. године забележили енорман раст и достигли високих 71,7%[16].

Упоређујући однос између лекара и пацијента у земљама-чланицама Европске уније, конкретно у земљама периферије *(ПИИГС),* Барендрехт износи податак да се он и у Грчкој успоставља на основу закљученог уговора,

с тим што је велика дилема како се тај уговор квалификује, као уговор о раду, уговор о услугама или као уговор *sui generis*[14]. То није била сметња да Грчка међу првим европским земљама донесе Закон о правима пацијената заснован на правилима из Европске повеље из 1979. године, који је кроз касније здравствене реформе више пута допуњаван и модификован. Министарство здравља је 1997. године основало Независну службу за заштиту права пацијената са циљем да штити оправданост подношења жалби грађана-пацијената који сматрају да су њихова права повређена. Током 2001. године, у Грчкој су, по угледу на друге земље-чланице Европске уније (пример Шпаније), отпочели процеси регионализације који су изменили њену економску, привредну и политички мапу. Почетком 2005. године почињу да функционишу нове здравствене институције, познате као Регионалне здравствене управе. Свака од њих за пословање болница и здравствених центара на територији коју покривају одговара Националној здравственој служби. Њихов основни задатак је контрола буџета, развој хуманих (људски) ресурса, одржавање и унапређивање здравствене инфраструктуре, набавка и рационална потрошња медицинског материјала. Преко финансијских показатеља прате употребу свих врста финансијских и техничких ресурса који се односе на болнице и друге здравствене установе. Нарочито су фокусиране на приватне здравствене фондове као парцијалне финансијере здравствене заштите и на праћење квалитета пружених здравствених услуга.

Приватни сектор у здравству Грчке апсорбује преко 45% укупних здравствених трошкова, запошљава преко половине лекарског кадра и управља са више од трећине болничких капацитета. Међутим, још увек нема компетенције (није ни у обавези), да спроводи политику квалитета услуга, изузев оне која се односи на изградњу здравствене инфраструктуре и процедура у вези са стручним квалификацијама здравственог персонала. Пружање здравствених услуга у установама приватног сектора условљено је лиценцирањем. Лиценцирање, контролу и процену хигијенских и стручних стандарда врши инспекција састављена од лекара из одређеног региона. Приватне болнице и дијагностички центри су сертификовани од стране приватних акредитационих тела према критеријумима ISO-стандарда. Према важећим правилима у државним болницама и другим установама сертификација није услов за пружање здравствених услуга. С обзиром на велику демотивисаност, одсуство расположења за бригу о квалитету услуга и за преиспитивање нових организационих могућности, све је више захтева да и у њима сертификација буде обавезна. Лоша је пракса да, на пример, критеријум за алоцирање финансијских средстава буде број кревета уместо остварени резултати. Таква пракса иницира некоректне подстицаје да се увећава број болничких кревета, игноришe мала продуктивност и толерише постојање великог броја непотребних клиника.

ШПАНИЈА

Шпанска привреда је одавно суочена са проблемима од који за бекство нема великих изгледа. На помолу је дужничка криза која прети слому шпанског банкарског система, а и других виталних система. Капацитети за стварање нових вредности су недовољни, тако да је пад бруто друштвеног производа (БДП) природна ствар. О томе говоре подаци из 2008. и 2009. године. На другој страни, расходи за здравствену заштиту рапидно расту и подижу лествицу глобалне јавне потрошње навише. Здравствена потрошња је са 8,5% бруто друштвеног производа (БДП) у 2007. години достигла високих 9,0% у 2008. години, односно 9,5% у 2009. години. Краткорочно гледано, храбри чињеница да су трошкови здравствене заштите по глави становника у Шпанији нешто мањи од просека у земљама ОЕЦД. Они су 2009. године износили 3.067$ УСА, а просек у земљама ОЕЦД за исту годину износио је 3.223$ УСА[11]. Она је по глави становника у периоду од 2000. до 2009. године, реално расла по стопи од 4% на годишњем нивоу, што је такође равно просечној потрошњи у земљама ОЕЦД. Предузимањем рестриктивних мера, шпанска влада је у току 2009. године успела да сведе здравствену пот-

рошњу по глави становника на 1,5%. Здравствена потрошња у Шпанији се финансира из јавних извора (порези и доприноси) и у 2009. години износила је 73,6% укупне јавне потрошње, што је изнад просека земаља ОЕЦД који износи 71,7%[30]).

Општи закон о здравству *(The General Health Law),* усвојен 1986. године, инсистира на континуираном процесу процењивања квалитета свих врста здравствених услуга и стручности њихових даваоца у оквиру Националног здравственог система[16]. Основни Закон о правима на аутономију и обавезе пацијената из 2002. године, садржи општа права пацијената и сматра се посебним законом[32]. Регулише правни положај здравственог особља (лекари) и осигураника-пацијената, тј, однос давалац-корисник здравствених услуга. Закон омогућава корисницима да у оквиру својих права (слободан избор лекара или здравствене установе), добијају информације о листама чекања, медицинским мишљењима и о евентуалним променама у медицинским процедурама. Он подстиче регионалне здравствене управе и институције да институционализују адекватне организационе системе који ће створити услове да се права осигураника доследно поштују[31]. Одговорност за здравствену заштиту у Шпанији од 2002. године распоређена је на 17 аутономних области. То подразумева исто толико, или мало мање, различитих здравствених политика чија је циљна група квалитет здравствених услуга. Министарство здравља, квалитет здравствене заштите као основну референцу, није препустило случају, већ је и само активно приступило изради здравствених планова и програма. За њихово квалитетно доношење ангажовало је представнике свих структура за које је тог момента владало уверење да ће бити од помоћи. На велику жалост, требало је да прође двадесет година да здравствени квалитет завреди потребну пажњу. То се напокон догодило 2006. године, када је јавно представљен Национални план квалитета *(National Quality Plan),* који је донео Национални здравствени систем (НХС)[30].

Национални план квалитета представљао је инструмент за промоцију здравствене заштите и њено опредељење за очување здравља, превенствено кроз процедуре примарне здравствене заштите. Промоција није била пуко афирмисање здравственог особља (планирани и расположиви људски ресурси) као даваоца здравствених услуга, већ на најбољи начин, манифестација општег интереса. Покривеност шпанског становништва здравственим осигурањем и здравственом заштитом преко Националног здравственог система *(National Health System – NHS)*, скоро је апсолутна и износи 99,5% укупне популације. Преосталих 0,5% становништва нема посебан интерес да буде у поменутом пакету, а ради се о клијентели која има високе приходе и мали интерес да партиципира у Националном здравственом систему (НХС). То говори да у Шпанији приватно здравствено осигурање моментално има епизодну, боље је рећи допунску улогу.

Према извештају Светске здравствене организације (СЗО) из 2007. године, здравствени трошкови у шпанском здравству за 2006. годину покривени су са 65,2% из пореза, 5% из доприноса за социјално осигурање, 23,7% из директних наплата од корисника здравствених услуга *(OOP – out-of-pocket),* са 4,7% из премија приватног здравственог осигурања, а преосталих 1,4 % покривено је из повремених извора[15]. Здравствене реформе од 1999. до 2000. године допринеле су да се покривеност здравственим осигурањем прошири и на грађане који нису шпанског порекла а живе у тој земљи. Побољшан је механизам прикупљања пореза на државном нивоу и технологија дистрибуирања средстава на регионалне здравствене институције и кориснике, односно центре здравствених потреба. Улога регионалних пореза је измењена, тако што је ојачана. Функција финансијске политике регионалних здравствених институција заснива се на смањењу буџетског дефицита и на консолидацији мера које гарантују да здравствени расходи не смеју бити у раскораку са кретањем бруто друштвеног производа (БДП).

Уместо закључка

Здравствени системи у оквиру Европске уније разликују се од једне до друге земље-

чланице. Следећи правну доктрину, здравствени национални системи у Европској унији углавном се деле на две категорије. Прва категорија је Национални здравствени систем *(The National Health System – NHS)* који функционише у многим земљама-чланицама Европске уније (Велика Британија, Италија, Шпанија, Португалија, Грчка), а друга је Систем социјалног осигурања *(Social Security System – SSS)* који подразумева обавезно здравствено осигурање за све грађане или одређене групе грађана. Здравствена заштита се финансира из прибављених пореза, а проценат обухватности је пословично висок, и креће се до 99%. Јавно финансирање начелно доприноси делотворном и темељитом пружању здравствене заштите, независно од ризика који је последица лоше здравствене слике осигураника. Има нарочит утицај на обезбеђивање и доделу средства у складу са искрслим потребама, али знатно мањи утицај на платежну снагу осигураника. У посматраним земљама групе *ПИИГС*, постоје толерантни простори по којима се од корисника обухваћених обавезним здравственим осигурањем, зависно од врсте и обима здравствене услуге, може захтевати подела трошкова. Дакле, услов је доследно спровођење здравствено-финансијске политике, односно политике реалног алоцирања здравствених ресурса. Она је та која најбоље одражава систематско одређивање приоритета или хитности, које се односе не само на здравствени, већ и на њему комплементарне секторе.

Финансијска политика у здравственом сектору је снажна полуга на коју се ослањају појединци, групе и укупна заједница која брине о онима који се на овом свету нису најбоље снашли или им фортуна није била довољно наклоњена. Са економског аспекта, неопходност утврђивања оптималне методе финансирања здравствене заштите представља озбиљан проблем. Наиме, немогуће је за те сврхе направити машину, а и да је направе, не би била савршена. Зато креатори здравствене економије и здравствене политике морају озбиљно да се запитатају која је то политика финансирања здравственог система која би се безболно прилагодила сталним променама. На пример, зашто Министарство здравља Грчке годинама не може да се избори са највећом стопом фармацеутске потрошње? Зато што се не утиче на дрогерије да на основу своје економске исплативости, приликом аплицирања нових медикамената, оставе довољно простора да их на тржишту могу набавити они који имају потребе за њима. Због тога у Европској унији из дана у дан расте забринутост, а како ствари стоје, још ће интезивније расти.

Министарство здравља Шпаније суочава се са перманентним притисцима представника регионалних здравствених институција, односно корисника здравствених услуга, да се њихов квалитет стави на дневни ред за јавну расправу. Конкретније, све су учесталији захтеви корисника здравствених услуга, слични захтевима у Грчкој, да се и за јавне здравствене установе уведе обавезна акредитација. Администратори поменутих 17 аутономних области (свака регулише односе у оквиру здравственог осигурања), немају намеру да абдицирају када је у питању квалитет здравствених услуга. За коментаре шпанске владе да у актуелним околностима здравствени ресурси не генеришу довољна и стална финансијска средства за покривање здравствених расхода, представници аутономних здравствених институција немају слуха. Њихов приступ том проблему је јасан, занимају их само оне мере чија примена може да унапреди квалитет здравствене заштите.

Литература

1. Наваро Висенте: Криза и класна борба у еврозони, 19. август 2011. (Превод: Владимир Тасић, Rosa Luxemburg Stiftung, Београд, Србија, 4/2011. стр. 1).
2. Савет Европске уније 2010.
3. Светска здравствена организација (СЗО), Комисија за социјалне детерминанте здравља 2008.
4. McKee M, Baeten R, eds, 2008, Patient mobility in the European Union: learning from experience. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe: 179–189.
5. De Oliveira G, 2005, Some improvements in the Portuguese medical law. In: Sanderfelt M, ed. Yearbook of European medical law 2005. Lidingo, The Institute of Medical Law:101–106.

6. McKee M, Mossialos E, Belcher P, 1996, The influence of European law on national health policy, Journal of European Social Policy 6(4), 263-286.
7. Mossialos E, 1997, Citizens Views on Health Care Systems in the 15 Member States of the European Union, Health Economics 6(2) 109-116.
8. „Zorgrekeningen; uitgaven (in lopende en constante prijzen) en financiering" (in Dutch). Centraal Bureau voor de Statistik: StatLine. 20 May 2010. http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?, (Posećeno: Oktobar 19, 2011, 18 : 40).
9. van de Gronden JW, 2009, Financing Health Care in EU Law: Do the European State Aid Rules Write Outan Effective Prescription for Integrating Competition Law with Health Care? THE COMPETITION LAW REVIEW Volume 6 Issue 1 pp. 5-29.
10. Светска здравствена организација (СЗО) 2007б.
11. OECD Health Data 2011, June 2011.
12. Douver N, Светско сиромаштво, (у: Питер Сингер, Увод у етику, издавачка књижарница Зорана Стојановића, Сремски Карловци – Нови Сад, 2004, стр. 393-407.
13. The Economist, The future of health care in Europe, A report from the Economist Intelligence Unit Sponsored by Janssen, Intelligence Unit Limited 2011, pp. 25.
14. Barendrecht M. et al, 2007, Principles of European law. Service contracts. Munich, Sellier.
15. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos AI, 2008, Assuring the quality of health carein the European Union, A case for action, World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Publications, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark, pp. 161.
16. Thomson S, Foubister T, Mossialos E, 2009, Financing health care in the European Union, Challenges and policy responses, World Health Organization 2009, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Publications, WHO Regional Offi ce for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark, pp. 178.
17. Baroš P, de Almeida SJ, 2007, Португалија: преглед здравственог система. Здравствени системи у транзицији, 9 (5) :1-140.
18. Vernero S, Favaretti C, Poletti P, (2004), The EFQM Excellence Model application and benchmarking in seven Italian health care organisations. Victoria, International Society for Quality in Health Care.
19. „Hospital Beds (Per 10,000 Population) 2000-2009". www.globalhealthfacts.org. (Посећено: Октобар 23, 2011. 18:32).
20. Fineschi V. et al, 1997, The new Italian Code of Medical Ethics. Journal of Medical Ethics, 23 (4) :239–244.
21. Vernero S, Favaretti C, Poletti P, (2004), The EFQM Excellence Model application and benchmarking in seven Italian health care organisations. Victoria, International Society for Quality in Health Care.
22. „Health Act 2004". Irish Statute Book. Office of the Attorney General.
23. Statistical Yearbook 2007 – Social Inclusion.
24. World Health Organization (WHO) – Statistical Information System.
25. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, I. Glinos A, Assuring the Quality of Health Care in the European Union, A case for action, Observatory Studies Series No. 12, Sixth Framework Programme, World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policie, pp. 152.
26. Irish Times (1 October 2008) – Ireland 9th in Europe for diabetes care.
27. Tsarouhas D, 2007, 'European integration and Social Policy: From Institution-Building to Policy Coordination', in Bridging the Real Divide: Social and Regional Policy in Turkey's Accession Process, ed. by D. Tsarouhas, E. Ertugal and A.I.Aybars, Ankara: METU Press, pp.17-43.
28. Tinios P, 2005, „Pension reform in Greece: 'Reform by WAR" – Blocked Process', West European Politics 28 (2): 402-419.
29. „Državni budžet 2011" www.minfin.gr. 2011. (Посећено: Новембар 21, 2011, 14:12).
30. Martinez-Garcia E, 2006, Patient safety: The Spanish National Quality Plan. Health Policy Monitor, (8)2006 (October).
31. Durán A, Lara JL, van Waveren M, 2006, Spain: health system review. Health Systems in Transition, 8(4):1–208.
32. Requejo TM, 2003, Legal analysis of the Spanish Basic Law 41/2002 on the autonomy of the patient and the rights and obligations with regard to clinical information and documentation. European Journal of Health Law, 10(3):257–274.

Контакт: Ибрахим Тотић, Државни универзитет у Новом Пазару, департман за право и департман за економију.

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 613.2
ID BROJ: 190489356

Навике и знања пацијената и здравствених радника у погледу уноса соли исхраном

Давор Пењашковић[1], Нада Зец Петковић[2], Радован Зец[3], Дејан Сакач[4]

Habits And Knowledge of Patients and Medical Staff Regarding Alimentary Salt Intake

Davor Penjašković, Nada Zec Petković, Radovan Zec, Dejan Sakač

Сажетак: *Доступни подаци евидентно указују да је висок алиментарни унос натријума, односно кухињске соли веома важан фактор у настанку и одржавању артеријске хипертензије, али неких других масовних незаразних болести.*

Циљ рада: Процена навика и знања испитаника у вези са уносом кухињске соли и утицаја уноса соли на артеријску хипертензију.

Истраживање је рађено методом анкете на пет различитих локација. Испитаници су подељени у групе пацијената и здравствених радника. Од 500 дистрибуираних анкетних листића адекватно је било попуњено 439 који су узети за обраду. Више од половине испитаника сматра да су довољно обавештени о утицају соли на висок крвни притисак. Самопроцењен дневни унос соли је око 10г. Преко 70% испитаника досољава храну током оброка. Више од две трећине испитаника би бирали готов производ са мањим садржајем натријума (соли). Велика већина наших испитаника (83,6%) исказује вољу да убудуће смањи унос соли храном. Већина испитаника зна да повећан унос соли утиче на крвни притисак и да је со по саставу највише натријум-хлорид.

Закључци: Самопроцењен дневни унос соли у испитаној популацији је висок. Навика додавања соли у храну је значајно заступљена.

Summary: *Available data clearly indicate that high sodium and table salt intake are very important factors in the development and maintenance of arterial hypertension, but also some other chronic non-communicable diseases.*

The aim of this paper was assessment of respondents' habits regarding salt intake and knowledge the influence of salt intake on arterial hypertension.

The research was performed in form of questionnaire. The subjects were divided into groups of patients and medical staff. Four hundred and thirty nine properly filled questionnaires were taken for processing. More than half of respondents believe that they are sufficiently informed about the impact of salt on high blood pressure. Self-estimated daily salt intake was about 10g. Over 70% of subjects add salt to food during the meal. Over two thirds of subjects would choose lower sodium (salt) product. The vast majority of subjects (83.6%) expressed willingness to continue reducing salt intake with food. The majority of respondents know that increased salt intake affects blood pressure.

CONCLUSIONS: Self-estimated daily intake of salt is high. Habit of adding salt to food was significantly represented. Respondents showed a good average level of knowledge regarding some facts about the impact of salt on high blood pressure.

1 Др мед. Давор Пењашковић, интерниста-кардиолог, Општа болница Сремска Митровица, Србија.

2 Др мед. Нада Зец Петковић, специјалиста социјалне медицине, Дом Здравља Сремска Митровица, Србија.

3 Др мед. Радован Зец, интерниста – гастроентерохепатолог, Општа болница Сремска Митровица, Србија.

4 Др мед. Дејан Сакач, ванредни професор, интерниста – кардиолог, Институт за кардиоваскуларне болести Војводине, Сремска Каменица, Србија, Медицински факултет Нови Сад, Србија.

Показан је просечно добар ниво знања у вези са неким чињеницама о утицају соли на висок крвни притисак.

Кључне речи: *натријум, кухињска со, исхрана, артеријска хипертензија.*

Key words: *sodium intake, table salt intake, arterial hypertension.*

Увод

Сматра се да на настанак и развој есенцијалне артеријске хипертензије утичу генетски чиниоци, поремећаји ренин-ангиотензин-алдостеронског система, поремећаји у брадикинин-кинин-каликреин система, неурогени фактори преко срчаних барорецептора, поремећаји равнотеже вазопресорних и вазодилататорних простагландина, ендотелска дисфункција, старост, ментални стрес, гојазност и инсулинска резистенција, узимање већих количина алкохолних пића. Али један од значајнијих и надасве превентабилних фактора јесте висок унос кухињске соли храном[1]. Први литературни подаци о позитивном утицају смањења уноса соли на смањење крвног притиска датирају из 1904. године и из рада Ambarda i Beaujarda (из Porter[2]). У литератури је описано двадесетак популационих група које имају ниске вредности крвног притиска. Те групе су различитих раса, живе у другачијим климатским условима, користе различите начине исхране, имају различите обичаје, распоређени су од Арктика, преко џунгли и пустиња, од морске обале до високих планина. Све наведене групе људи живе у неиндустријализованим подручјима, не познају гојазност, физички су активни, не показују тенденцију пораста телесне масе при старењу и све имају начин исхране сиромашан натријумом и богат калијумом. Када припадници ових заједница мигрирају у индустријализована подручја и када користе храну блиску западњачкој, њихов притисак се повећава и расте током старења. Са друге стране, обрнут пример су припадници Кашкаи (Qash'Qai) номадског племена из Ирана чији је дневни унос соли око 175mmol, при томе нису гојазни и физички су активни, али имају исту преваленцу хипертензије као амерички белци[3]. Великом интернационалном студијом о соли и крвном притиску (INTERSALT) обухваћене су 32 земље са 10.079 испитаника у 52 популационе групе са широким дијапазоном уноса соли (од 0,5 до 25g/дан). У само четири од те 52 групе унос соли је био низак (<3g соли/дан), док је већина имала 6 до 12g соли/дан. Студија је показала значајну позитивну корелацију између узимања соли и висине крвног притиска. Нађена је и високо позитивна корелација између уноса соли и повећања крвног притиска са старошћу[4]. Није лоше знати да је у наведене четири популационе групе са уносом <3g соли/дан просечан крвни притисак био 103/63mmHg. У оквиру INTERSALT студије најнижи унос натријума имала је популација Јаномами (Yanomami) Индијанаца из бразилске амазоније у којој ниједна једника није имала хипертензију, а просечне вредности крвног притиска биле су 95,4/61,4mmHg[5]. Најуспешнија интервентна студија је спроведена је у два слична села у Португалу, где је достигнута разлика у уносу соли била приближно 50%. На крају друге године праћења, забележена је разлика од 13/6mmHg[6]. Најпознатија интервентна студија била је DASH (Dietary Appoach to Stop Hypertension), а њена подстудија DASH-sodium пратила је три нивоа уноса натријума (150, 100 и 50mmol/дан) у две различите дијете: уобичајна америчка дијета и DASH дијета (богата воћем, поврћем и нискомасним дијетским производима). Студија је показала смањење крвног притиска у обе дијетске групе када су биле на умереном и ниском уносу соли. Комбинација ниског уноса соли и DASH дијете била је ефикаснија и од DASH дијете без смањења соли и од уобичајне америчке дијете са редукцијом соли[7]. Доступни докази евидентно указују да је дијета са ниским садржајем натријума, али и високим садржајем калијума, веома важан фактор у заштити од хипертензије и кардиоваскуларних болести.

Циљ рада

Процена навика и знања пацијената и здравствених радника у вези са уносом кухињске соли и утицаја уноса соли на артеријску хипертензију.

Материјал и методе

Прикупљање података спроведено методом анонимне анкете која је направљена за потребе овог истраживања. Прва група питања односила се на персоналне податке (доб, пол, стручна спрема, брачни статус, примања и број чланова домаћинства), друга група питања била је везана за навике у исхрани по питању уноса соли, а трећа за нека конкретна знања везана за унос соли и артеријску хипертензију. Питања нису била стриктно подељена у групе на самом упитнику. Анкетирање је извршено током априла и маја 2011. године на пет различитих локација у Сремској Митровици: две здравствене станице опште медицине, Диспанзеру медицине рада и Превентивном центру који сви припадају Дому здравља Сремска Митровица, затим Интернистичкој амбуланти Опште болнице Сремска Митровица (испитивани су и пацијенти и здравствени радници) и у два одељења завршних разреда (матурантни) општег смера Средње медицинске школе „Драгиња Никшић“ у Сремској Митровици. Етички одбор Опште болнице Сремска Митровица одобрио је спровођење истраживања. Попуњавање анкете било је добровољно, испитаници су обавештени о садржају анкете (у заглављу анкете постоји обавештење за испитанике) и потом су одлучивали да ли ће да попуне анкетни листић. Преузимањем, попуњавањем и враћањем анкетног листића испитаници су пристајали да учествују у истраживању. Замишљено је да испитивање буде извршено на узорку од 400 испитаника, и у ту сврху је штампано и дистрибуирано 500 анкетних листића. Враћена су 453 анкетна листића, од којих је 439 било попуњено одговорима на сва питања. Само потпуно испуњени листићи су унети у базу података, која је формирана у програму EpiInfo v3.5.3. (CDC, Atlanta, USA). Добијена база података је пренета у програмски пакет SPSS v19 (SPSS inc. an IBM Company, USA) у ком је рађена статистичка обрада. Резултати су исказани као фреквенције добијених одговора у процентима. Статистичка значајност разлика одговора добијених од различитих група испитаника процењивана је $\chi 2$ тестом независности за непараметријске и Студентовим Т тестом за параметријске променљиве. Од збира одговора на пет питања која су сврстана у групу знања формирана је посебна варијабла „оцена“ са вредношћу 0 – 5 зависно од броја тачних одговора. Поређење статистичке значајности разлика у варијабли „оцена“ као мере знања вршено је Студентовим Т тестом за неупарене узорке и једнофакторском анализом варијансе (ANOVA).

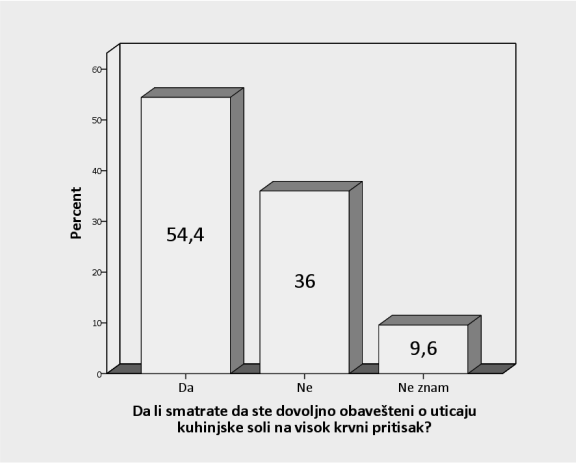
Резултати

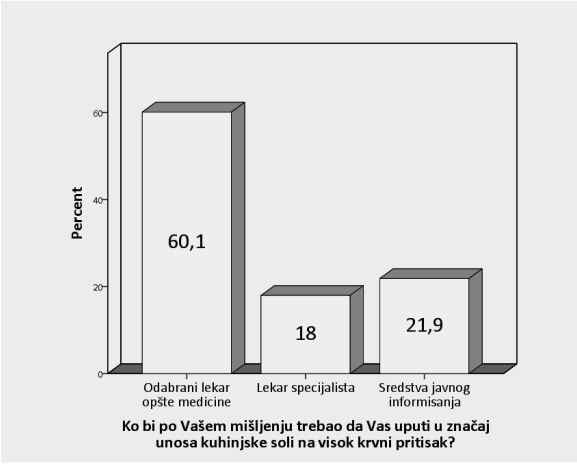
од 439 испитаника 196, или 44,6%, било је мушког пола, а 243, или 55,4%, женског пола, просечне старости 46,6±17,1 година. Најмлађи испитаник имао је 14 година, а најстарији 83 године. Група пацијената имала је 362 испитаника (82,2%), а група здравствених радника 78 (17,8%).

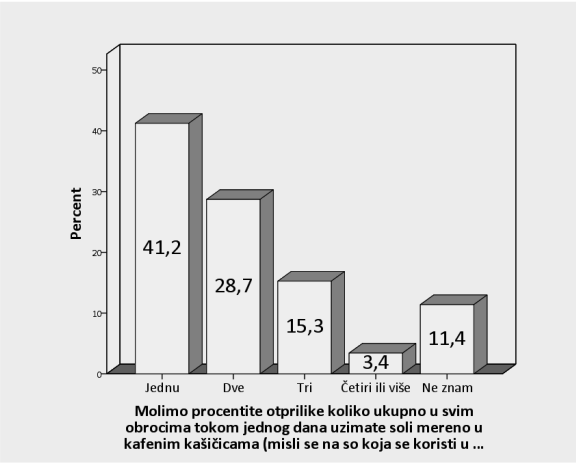
На питање: „Да ли болујете од повишеног крвног притиска?“, позитивно је одговорило 38,5% испитаника, негативно 54,2%, а са „Не знам“ 7,3% испитаника. Код испитаника млађих од двадесет година није било позитивних одговора на исто питање, због чега је тај део испитане популације искључен из коригованог израчунавања за старије од 20 година. Добијен позитиван одговор од 44,47% представља заправо преваленцу хипертензије у делу испитане популације која је подложнија хипертензији. Одговори на остала постављења питања графички су приказана у збирном графикону 1.

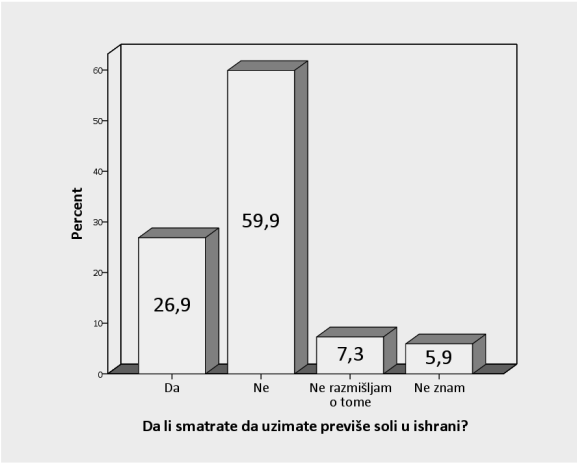
Испитаници у нашем истраживању сматрају, у натполовичној већини, да су довољно обавештени о утицају соли на висок крвни притисак. Шездесет посто испитаника очекује да највише информација о значају уноса кухињске соли на хипертензију добије од свог одабраног лекара опште медицине, док од сред-

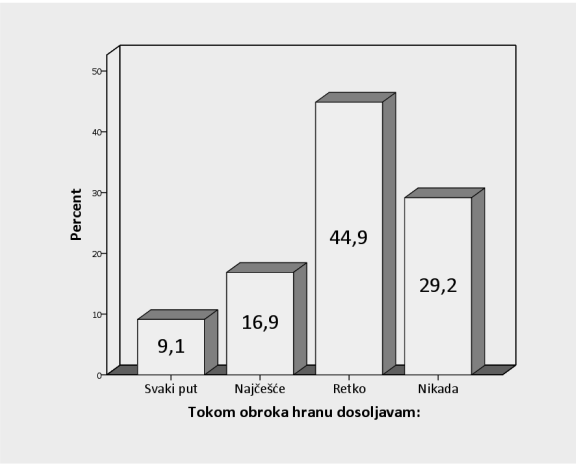
Графикон 1. Збирни графички приказ процената добијених одговора на постављена питања у погледу навика везаних за кухињску со и хипертензију.

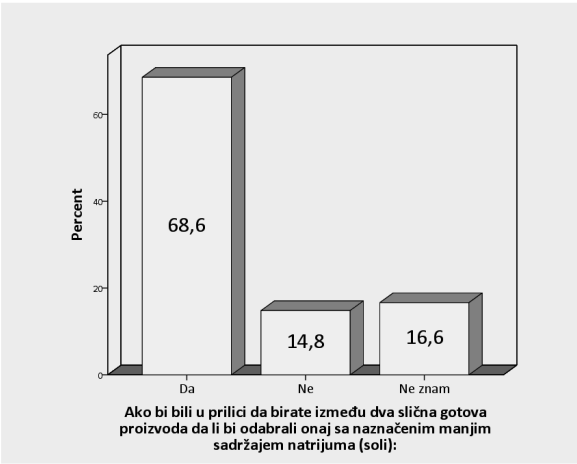


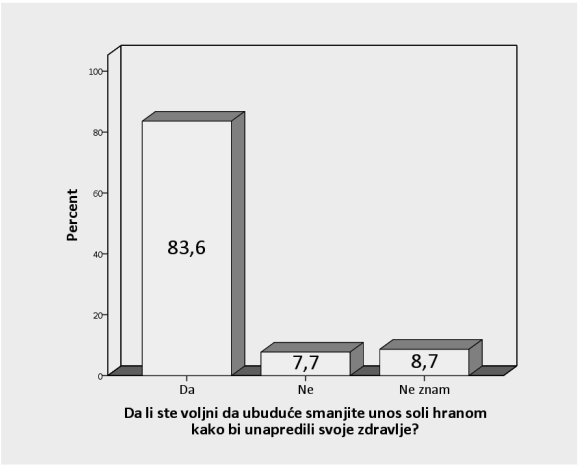








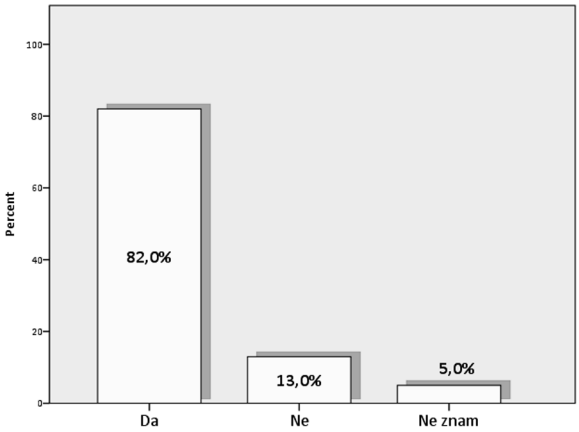


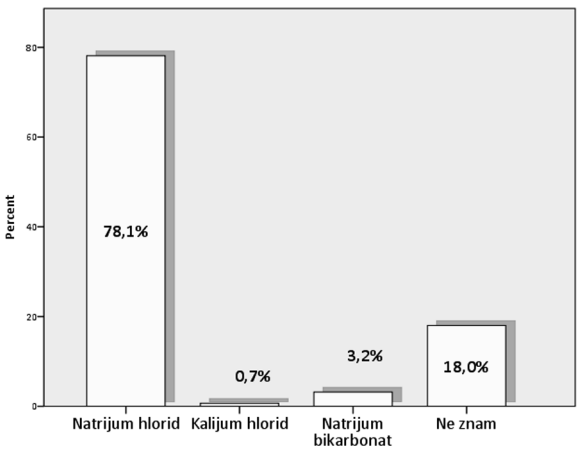


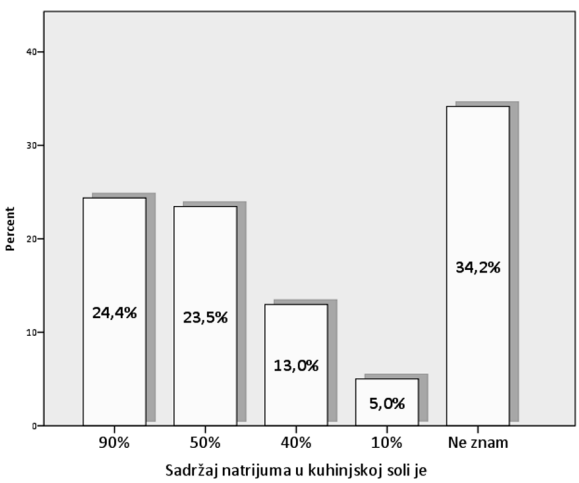
става јавног информисања и од лекара специјалиста такве информације очекује сваки пети испитаник. У питањима је постојала и могућност да се определе за неки други извор информација (и да упишу који), али нико није изабрао ту опцију. Узимајући у обзир самопроцењен дневни унос соли кафеним кашичицама и чињеницу да у кафену кашичицу стане око 5g соли, може се, иако грубо и недовољно прецизно, израчунати да наши испитаници признају просечан дневни унос од око 10g соли, што је око два до три пута више од препорученог. Преко 70% испитаника додаје со у храну током оброка, док 29,2% не досољава никада. Више од две трећине испитаника показује тенденцију ка добрим навикама у исхрани тиме што би бирали готов производ са мањим садржајем натријума (соли). Велика већина наших испитаника (83,6%) исказује вољу да убудуће смањи унос соли храном како би унапредила своје здравље.

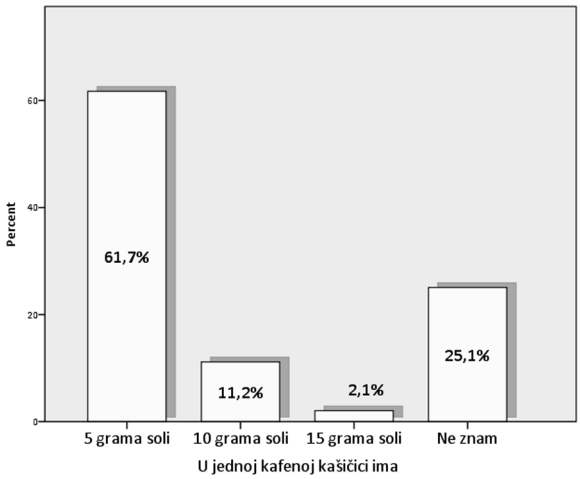
Више од четири петине испитаника зна да повећан унос соли утиче на крвни притисак, а отприлике исти удео њих зна да је со по саставу највише натријум-хлорид. Најмање тачних одговора било је на питање колики је удео натријума у кухињској соли, и само 13% испитаника је тачно одговорило. Тачне одговоре на питања колико стане соли у једну кафену кашичицу и колики је препоручен дневни унос соли за особе болесне од високог крвног притиска дала је натполовична већина испитаника. Наше групе испитаника се ста-

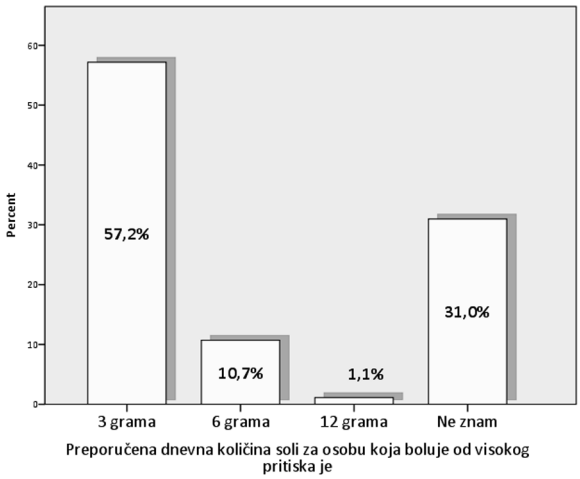
Графикон 2. Збирни графички приказ процената добијених одговора на постављена питања у погледу знања везаних за кухињску со и хипертензију.











тистички значајно разликују према старости здравствених радника 28,1±14,3 година, према пацијентима 50,6±14,9 (t= 12,54; p<0,0001), и према одговору на питање „Да ли болујете од високог крвног притиска“ ($\chi 2$= 38,8; p< 0,0001). Изразито статистички значајна разлика између поређених група постојала је по питању процене уноса соли мерено кафеним кашичицама, при чему процентуало више соли (две или три кашике) узимању здравствени радници ($\chi 2$=22,8; p<0,0001). Статистички значајна разлика ($\chi 2$= 11,2; p= 0,004) постојала је и у одговорима на питање „Ко би по вашем мишљењу требао да Вас упути у значај уноса кухињске соли на висок крвни притисак?“. Та разлика је најупадљивија на изабраној опцији „Средства јавног информисања“ коју је изабрало двоструко више здравствених радника (35,9%) у односу на пацијенте (18,8%). Ипак, обе групе у највећем проценту (пацијенти 62,9%, а здравствени радници 47,7%) очекују информације о соли и хипертензији од одабраног лекара. Није било статистички значајне разлике између група у одговорима на остала постављена питања у анкети.

Како је наведено раније, сума тачних одговора на пет питања из групе знања формирала су нову варијаблу оцена. Средња оцена за све испитанике била је 2,93±1,22. Показало се да постоји статистички значајна разлика између пацијената и здравствених радника разлика у средњој оцени (t= -2,91; p=0,004). У табели 1 су приказане средње вредности оцене за испитане групе.

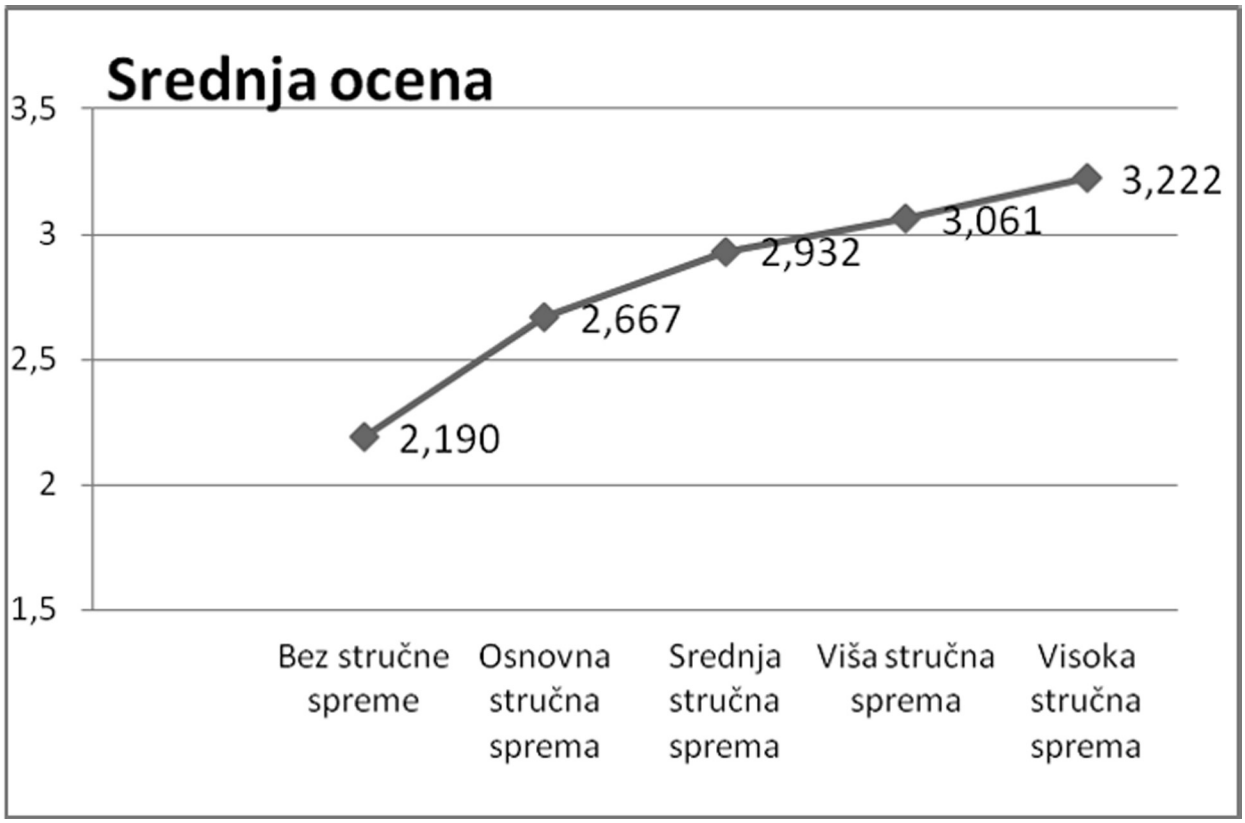
Табела 1. Средња вредност „оцене“ за дефинисане групе испитаника.

Група	Здравствени радници	Средња вредност
Пацијенти	361	2,842
Здравствени радници	78	3,321

Табела 2. Табела средњих вредности оцена према старости испитаника.

Старост	Број испитаника	Средња вредност	Стандардна девијација
<= 20	64	2,969	1,4689
21 – 40	83	2,843	1,2045
41 – 60	194	2,923	1,1603
61+	98	2,980	1,1926
Укупно	439	2,927	1,2216

Графикон 3. Средња оцена према стручној спреми.



Подељени у старосне групе испитаници нису показали значајну разлику у погледу средње оцене (ANOVA, F (3,439)= 0,215, p=0,886). У табели 2 виде се просечне оцене по старосним групама.

Статистички значајна разлика постојала је у показаном знању у односу на ниво образовања испитаника (ANOVA, F(4,439)= 3,534, p= 0,007). Из наведених података види се да просечна оцена готово линеарно расте са нивоом образовања (графикон 3).

Дискусија

Према подацима Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, преваленца артеријске хипертензије у Србији за 2006. годину била је 46,5%, што представља раст од 2% у односу на 2000. годину. У нашем истраживању дијагноза хипертензије није се заснивала на мерењу вредности притиска, него на сазнању испитаника да болују од хипертензије. Ипак, и на овај начин добијен проценат старијих од 20 година са хипертензијом (44,7%) приближно одговара репубичкој преваленци хипертензије. Прекомерни унос кухињске соли у храни веома је важан егзогени фактор у патогенези есенцијалне хипертензије. Сазнање о тој чињеници код наших испитаника одразило се у више од 80% потврдних одговора на питање „Да ли узимање веће количине соли у исхрани има утицај на крвни притисак?“. Натријум-хлорид је намирница коју свакодневно уносимо са храном, често не размишљајући о томе колико је заправо уносимо и да ли та количина превазилази препоручену. Натполовична већина наших испитаника су показали завидан ниво познавања препорука за дневни унос соли за особу са високим притиском. Исто тако наполовична већина испитаника сматра да је до-

вољно обавештена о утицају соли на крвни притисак и готово 60% њих сматра да не узма превише соли храни. Међутим, постоји извесна нелогичност и контрадикторност када се ови подаци упореде са субјективном проценом дневног уноса соли. Како је у резултатима наведено, грубо израчунат просечан дневни унос соли био би око 10g. Када се овоме дода навика досољавања хране, стиче се утисак да би та количина морала бити и већа. Подаци из седамдесетих година прошлог века за Војводину, када је процењен дневни унос соли био 16g[8], и новији подаци из Новог Сада где је дневни унос соли из оброка у школским и студентским ресторанима просечно 17 до 18g[9], поткрепљују ову сумњу. Статистички значајно више соли узимају здравствено образовани испитаници. Ова разлика могла би се објаснити разликама у доби и постојању хипертензије, али и бољем препознавању такозване „скривене соли“ у храни. Навика досољавања хране широко је распорстрањена у свету. Резултати праћења навика у исхрани у Ирској, објављени 2007. године, говоре да око 35% испитаника храну или не досољава или то ради врло ретко, док остале две трећине то раде повремено, односно често/увек[10]. Garriguet у својој студији наводи да 29 до 34% испитаника старијих од 18 година никада не додаје со у храну. Код ове групе измерен је стратистички значајно мањи дневни унос соли у односу на оне који со додају у храну ретко, повремено или врло често[11]. Из истраживања навика о исхрани у Хрватској долази се до података да 68% испитаника досољава храну при оброку, док 32% не досољавају[12]. Наши подаци по којима 29% испитаника никада не досољава храну, а да осталих 71% имају навику да додају со током оброка, у сагласности су са доступним литературним подацима. Старост испитаника није утицала на ниво показаног знања. Нешто веће средње оцене имају млађи од 20 година чија су школска знања најсвежија и група најстаријих, 61 и више година, који су по природи ствари најзаинтересованији за сазнања у вези са здрављем.

У свакодневном амбулантном раду врло често смо у прилици да пацијентима саветујемо редукцију соли у храни. Свакако да није довољно само дати генерализован савет у том погледу, него је важно конкретно напоменути барем групе намирница, и то нарочито индустријски прерађених намирница. Иако је „жива реч“ веома значајна у просвећивању, ефикасност примењене терапије је боља ако се пацијентима дају штампана упутства[13]. Актуелно су у фази израде ревидиране националне препоруке за артеријску хипертензију, које одређују да болеснику треба и у штампанпом облику дати конкретан предлог мера нефармаколошког лечења[14]. Из резултата овог истраживања може се закључити да испитаници најчешће од свог одабраног лекара опште медицине очекују да добију информације везане са утицај соли на висок крвни притисак, што је извесно повезано са традиционалним схватањем здравствено просветитељске улоге лекара. Врло вероватно да би одговор и на питања везана за друге нефармаколошке мере превенције и терапије био сличан. Ово указује на потребу да се писана упутства која предлажу националне препоруке (када буду штампана) највећим делом дистрибуирају преко примарне здравствене заштите. У великим националним пројектима редукције соли у исхрани какви су спроведени у Финској и Великој Британији, као и у Извештају Светске здравствене организације, велики значај се придаје средствима јавног информисања[15–19]. Наши испитаници, посебно млађи и образованији, такође су схватили значај јавног информисања очекујући да то буде најважнији извор информација везаних за со и хипертензију. Обележавање упакованих намирница у нашој земљи регулисано је одговарајућим Правилником из 2004. године20. Овај Правилник не прописује обавезу истицања садржаја натријума (односно соли) осим ако се со не помиње у називу производа. Иако се у нашим продавницама могу наћи производи на којима је декларисан садржај натријума, као и удео тог садржаја у дневним потребама, такви производи су ипак реткост. Додатни проблем је и чињеница да су нутритивне табеле (па тиме и део где је наведен садржај натријума) штампани врло ситним словима које већина особа са хипертензијом може врло тешко да прочита, или не може уопште да прочита. Наши испитаници

декларишу, у великом проценту, спремност да изаберу производ који има назначен мањи садржај соли, што би могао бити добар подстицај за произвођаче да упадљивије обележе производе који су мање осољени. Имајући у виду чињеницу да је висок проценат испитаника изразио жељу да убудуће више води рачуна о смањењу уноса соли како би унапредили своје здравље, извесно је да би честе и добро маркетиншки пропраћене акције релевантних чинилаца у здравственом систему кроз смањење уноса соли, као једног од профилактичких и терапијских модалитета у третману артеријске хипертензије, имале ефекта на укупно здравље становништва.

Закључци

1. Самопроцењен дневни унос соли у испитаној популацији је висок и око два до три пута је већи од препорученог.
2. Навика додавања соли у храну је значајно заступљена у испитиваној популацији.
3. Наши испитаници су показали просечно добар ниво знања у вези са неким чињеницама о утицају соли на висок крвни притисак.
4. Степен образовања и врста образовања значајно утичу на ниво знања из ове области.
5. Иако наши испитаници сматрају да не узимају превише соли у храни, резултати овог истраживања указују на супротно.

Литература

1. Ловић Д, Ловић М, Ловић Б. Етиопатогенеза артеријске хипертензије. Интернист, 2009; 1(1): 13–21.
2. Porter GA. Chronology of the Sodium Hypothesis and Hypertension. Annals of Internal Medicine, 1983; 98(5): 720–3.
3. He FJ, MacGregor GA. Reducing Population Salt Intake Worldwide: From Evidence to Implementation. Progress in Cardiovascular Diseases, 2010; 52(5): 363–82.
4. Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. BMJ, 1988; 297(6644): 319–28.
5. Mancilha-Carvalho Jde J, Souza e Silva NA. The Yanomami Indians in the INTERSALT Study. Arq Bras Cardiol, 2003; 80(3): 289–300.
6. Forte JG, Miguel JM, Miguel MJ, de Padua F, Rose G. Salt and blood pressure: a community trial. J Hum Hypertens, 1989; 3(3): 179–84.
7. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. N Engl J Med, 2001; 344(1): 3–10.
8. Кристофоровић Илић М. Квалитет кухињске соли у људској исхрани. У: Кристофоровић Илић М, едитор. Кухињска со и јод у исхрани – изазови здравља. Нови Сад: Еколошки покрет града Новог Сада, 2008; 15–37.
9. Trajkovic Pavlovic L, Novakovic B, Dragnic N, Torovic L. Salt content in meals of boardin schools and students' restaurants in Novi Sad. HealthMED, 2010; 4(1): 45–51.
10. Harrington J, Perry I, Lutomski J, Morgan K, McGee H, Shelley E, et al. SLÁN 2007: Survey of Lifestyle, Attitudes and Nutrition in Ireland. Dietary Habits of the Irish Population, 2008.
11. Garriguet D. Sodium consumption at all ages . Health Reports, 2007; 18(2): 47–52.
12. Moretti O. Кухињска сол у прехрани – уносимо ли прехраном превише соли? Зборник радова I Конгрес медицинских сестара/техничара за дијабетес, ендокринологију и поремећаје метаболизма HUMS, 2009; 83–9.
13. Пењашковић Д. Утицај штампане форме дијетског упутства на успешност терапије хиперлипопротеинемије. Зборник сажетака VII Конгрес интерне медицине Србије и Црне Горе са међународним учешћем. Друштво за интерну медицину Србије и Црне Горе и Удружење кардиолога Србије и Црне Горе; Игало, 2004; 127–8.
14. Министарство здравља Републике Србије Републичка стручна комисија за израду водича добре клиничке праксе. Национални водич добре клиничке праксе за артеријску хипертензију Верзија 6; 2011. Available from: http://www.azus.gov.rs/wp-content/uploads/2011/04/Водич-за-артеријску-хипертензију-радна-верзија.pdf
15. Karppanen H, Mervaala E. Sodium intake and hypertension. Prog Cardiovasc Dis, 2006; 49(2): 59–75.
16. Karppanen H, Mervaala E. Sodium intake and mortality. Lancet, 1998; 351(9114): 1509, author reply 1509–10.
17. Pot GK, Prynne CJ, Roberts C, Olson A, Nicholson SK, Whitton C, et al. National Diet and Nutrition Survey: fat and fatty acid intake from the first year of the rolling programme and comparison with previous surveys. Br J Nutr, 1–11.

18. Whitton C, Nicholson SK, Roberts C, Prynne CJ, Pot GK, Olson A, et al. National Diet and Nutrition Survey: UK food consumption and nutrient intakes from the first year of the rolling programme and comparisons with previous surveys. Br J Nutr, 1–16.
19. World Health Organisation. Reducing salt intake in population. Report of a WHO forum and Technical Meeting, 2007.
20. Правилник о декларисању и означавању упакованих намирница. Службени лист Србије и Црне Горе. 4/2004, 12/2004 и 48/2004.

Контакт: Др мед. Давор Пењашковић, Општа болница Сремска Митровица, Стари шор 65, Сремска Митровица, e-mail: drpenjaskovic@gmail.com. Телефон: +381641297874.

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