YU ISSN 0350-3208

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

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

ГОДИНА XLIII • ЈУН 2014. • БРОЈ 3

КОМОРА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ - БЕОГРАД

ГОДИНА XLIII

Број 3
ЈУН 2014. 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:
Проф. др Христо Анђелски

Заменик главног и одговорног уредника:
Доц. др Мирослав Чавлин

Секретар:
Маријана Стојановић

Чланови:
Проф. др Марија Јевтић
Драган Морача, дипл. правник
Проф. др Момчило Бабић
Мр др Дејан Станојевић
Проф. др Саша Живић
Др Рајко Косановић
Проф. др Слободан Обрадовић
Прим. др. Периша Симоновић
Проф. др Дончо Донев, Македонија
Проф. др Жива Новак Антолич, Словенија
Проф. др Агима Љаљевић, Црна Гора
Доц. др Данијела Штимац, Хрватска
Проф. др Жолт Молнар, Мађарска
Проф. др Васолиос Фанос, Италија

ВЛАСНИК И ИЗДАВАЧ: Комора здравствених установа Србије – Београд

За издавача: Драган Морача, дипл. правник
Уредништво и администрација: 11000 Београд, Хајдук Вељков венац 4-6.

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

Лектура/Коректура:
Бојана Голубовић

Припрема за штампу:
Дарко Јовановић, Београд

Тираж:
500 примерака

Штампа:
Принтива, 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 именом 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.

САДРЖАЈ

Стручни и научни радови

Ержика Антић, Марија Накић, Драгиња Стошић
1. АНАЛИЗА УЧЕСТАЛОСТИ ОБОЛЕВАЊА ОД МАЛИГНИХ БОЛЕСТИ НА ТЕРИТОРИЈИ ПЧИЊСКОГ ОКРУГА У ПЕРИОДУ ОД 2000. ДО 2010. ГОДИНЕ 1

Душица Банковић Лазаревић, Верица Јовановић, Марко Вељковић
2. РЕЗУЛАТИ СПРОВЕДЕНОГ ОРГАНИЗОВАНОГ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛНОГ КАРЦИНОМА У СРБИЈИ ПОСЛЕ ПРВЕ ГОДИНЕ ПРВОГ ЦИКЛУСА 8

Љиљана Кулић, Анђелка Лазаревић, Страхиња Кулић, Лазар Јанић, Миљан Кулић, Јована Костић, Срђан Станковић
3. АКТИВНОСТИ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА КОД ОБОЛЕЛИХ ОД ХИПЕРТЕНЗИЈЕ У ГЕРИЈАТРИЈСКОЈ ПОПУЛАЦИЈИ 15

Споменка Марков, Љиљана Лазић, Јасмина Павловић Стојановић, Мирјана Остојин
4. МОГУЋНОСТИ ПРИМЕНЕ МАРКЕТИНГА У ЗАВОДУ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ ПАНЧЕВО 22

Снежана Радовановић, Сања Коцић, Предраг Поповић, Драган Васиљевић, Мирјана Милосављевић, Светлана Радевић, Гордана Гајевић
5. ЗАДОВОЉСТВО ЗАПОСЛЕНИХ У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА ШУМАДИЈСКОГ ОКРУГА 32

Никола Гаврић, Наташа Вајић, Александра Хаџиавдић
6. ПОРОДИЧНА АНАМНЕЗА И АНОМАЛИЈЕ ЛОКОМОТОРНОГ СИСТЕМА – ФАКТОРИ РИЗИКА ЗА НАСТАНАК РАЗВОЈНОГ ПОРЕМЕЋАЈА КУКА 39

Маргарета Лекић, Злата Бркић, Тамара Зуровац, Анита Шегвић Ракита
7. СТАЊЕ ОРАЛНЕ ХИГИЈЕНЕ МЕЂУ ШКОЛСКОМ ДЕЦОМ ВОЈНИХ ОСИГУРАНИКА НАКОН ОБУКЕ О ОРАЛНОЈ ХИГИЈЕНИ И МОТИВАЦИЈЕ 45

Радоје Јевтић
8. УТИЦАЈ ПОСЛЕДИЦА ПОЖАРА НА ЗДРАВЉЕ ЉУДИ И МОГУЋНОСТИ ЊИХОВЕ ЕЛИМИНАЦИЈЕ 53

Драган Младеновић
9. ОСНОВИ ЕКОНОМИКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА Планирање здравствене заштите 60

UDK BROJEVI: 616-006.04-036.22(497.11)"2000/2010"

АНАЛИЗА УЧЕСТАЛОСТИ ОБОЛЕВАЊА ОД МАЛИГНИХ БОЛЕСТИ НА ТЕРИТОРИЈИ ПЧИЊСКОГ ОКРУГА У ПЕРИОДУ ОД 2000. ДО 2010. ГОДИНЕ

Ержика Антић[1], Марија Накић[2], Драгиња Стошић[3]

ANALYSIS OF THE INCIDENCE FOR CANCER IN THE TERRITORY OF PČINJ DISTRICT IN THE PERIOD SINCE 2000. UNTIL 2010.

Eržika Antić, Marija Nakić, Draginja Stošić

Сажетак

Увод. После болести срца и крвних судова, малигне болести представљају најчешћи узрок оболевања и умирања људи, како у свету, тако и у нашој земљи.

Циљ. Циљ овога рада је приказ учесталости оболевања од малигних болести у Пчињском округу од 2000. до 2010. године.

Метод. За процену учесталости оболевања од малигних болести на подручју Пчињског округа коришћен је број новооболелих од малигних болести и стандардизована стопа инциденције по полу и по водећим локализацијама. Извршено је и поређење оболевања од малигних болести са Колубарским округом, Браничевским округом и Централном Србијом на основу стандардизованих стопа на 100.000 становника.

Резултати. Оболевање од малигних болести у Пчињском округу има тенденцију пораста. Код мушкараца највећи пораст оболевања је у 2010. години, док је код жена у 2009. години. У поређењу са другим регионима, у 2000. години број оболелих од малигних болести био је најмањи у Пчињском округу. У 2010. години Пчињски регион је, са 31,3 оболеле жене од карцинома грлића материце на 100.000 жена, и 84,3 оболела мушкарца од карцинома плућа на 100.000, на првом месту у односу на посматране регионе.

Summary

Introduction. After cardiovascular diseases, malignant diseases are the leading cause of death and morbidity of mhe people in the world and in our country.

Objective. The objective of this study was to review the incidence of diseases such as malignant disease in Pčinja district in the period 2000-2010 year.

Methods. To assess the incidence of malignant diseases in Pčinja district, we used the number of new cases of cancer and standardized incidence rates by sex and leading localization. Were carried out and comparison of morbidity from malignant disease of Kolubara District, Braničevski District and Central Serbia based on standardized rates per 100.000 population.

Results. Morbidity of malignant disease in Pčinja district tends to increase. In men, the largest increase of diseases was in 2010 year, while in the women in the 2009 year. Compared with other regions, in 2000, the number of patients with malignant disease was lowest in Pčinja district. In 2010 Pčinja region with 31.3 women suffering from cervical cancer per 100.000 women and 84.3 men suffering from lung cancer per 100.000, is in the first place compared to the observed regions.

[1] Др сц. мед. прим. Ержика Антић, специјалиста социјалне медицине, субспецијалиста здравственог васпитања.
[2] Др Марија Накић, специјалиста социјалне медицине.
[3] Драгиња Стошић, специјалиста здравствене статистике и информатике.

Закључак. Да бисмо смањили оболевање од малигних болести, неопходна је свеобухватна мобилизација друштва усмерена на превентабилне факторе ризика која би уз јачање и унапређење система здравствене заштите довела до ефикасније контроле малигних болести.

Кључне речи: *малигне болести, оболевање, Пчињски округ.*

Conclusion. In order to reduce morbidity from malignant disease, it is necessary that comprehensive social mobilization be directed at preventable risk factors, also with the strengthening and improvement of the health care system would lead to more efficient control of malignant disease.

Key words: *malignant disease, illness, Pčinja district.*

УВОД

Малигне туморе, или малигне неоплазме, чини група болести различите локализације, морфологије, клиничке слике и прогнозе, која се карактерише прогресивним и неконтролисаним растом структурално и функционално измењених ћелија, разарањем ткива у коме су настале и каснијим метастазирањем, тј. расејавањем малигних ћелија путем крви и лимфе у друге (удаљене) органе.[1]

После болести срца и крвних судова, малигне болести представљају најчешћи узрок оболевања и умирања људи како у свету тако и у нашој земљи. Према подацима Светске здравствене организације, преко 22 милиона људи у свету живи са раком. Сваке године у свету се региструје 11 милиона новооболелих, од чега 60% у земљама у развоју, док седам милиона умре од малигних болести.

Сваке године у Републици Србији се дијагностикује око 32.000 нових случајева малигних болести, а годишње од рака у Републици Србији умре око 20.000 људи. Најчешће малигне болести код жена у Србији су рак дојке, рак дебелог црева и рак грлића материце. Код мушкараца најчешће малигне болести су рак плућа и рак дебелог црева.

Због високе учесталости малигних обољења и њихове високе стопе смртности, превенција малигних болести је од великог јавно-здравственог значаја и представља најефикаснији приступ њиховој контроли. На више од 80% свих малигних болести могуће је утицати спречавањем или модификовањем фактора ризика, тј. спречавањем почетка болести а, уколико до болести ипак дође, исход је могуће побољшати раним откривањем, терапијом и рехабилитацијом.[2]

ЦИЉ РАДА

Циљ овога рада је приказ учесталости оболевања од малигних болести у Пчињском округу од 2000. до 2010. године.

МЕТОД РАДА

За процену учесталости оболевања од малигних болести на подручју Пчињског округа коришћен је број новооболелих од малигних обољења и стандардизована стопа инциденције по полу и по водећим локализацијама. Подаци су преузети из Регистра за рак централне Србије, из Извештаја о инциденцији и морталитету од малигних болести у Централној Србији.[3] Извршено је и поређење оболевања од малигних болести са Колубарским округом (Западна Србија), Браничевским округом (Источна Србија) и Централном Србијом

на основу стандардизованих стопа на 100.000 становника. Критеријуми за избор ових округа били су сличност у површини и броју становника, као и НАТО агресија у 1999. години на ова подручја. Пчињски округ се налази на југоистоку Србије и има површину од 3520 км² и број становника, по процени за 2010. годину, 227.554 становника. Општине Пчињског округа су: Босилеград, Бујановац, Прешево, Сурдулица, Трговиште, Владичин Хан и Врање.

РЕЗУЛТАТИ

У Пчињском округу у 2000. години било је 527 новооболелих од малигних болести свих локализација, и то 290 мушкараца и 237 жена, док је тај број у 2010. години износио 861, и то 468 мушкараца и 393 жене (Табела 1). Евидентан је пораст оболевања од малигних болести и то како код мушкараца тако и код жена. Код мушкараца највећи пораст оболевања је у 2010. години, док је код жена у 2009. години.

***Табела 1**. Број новооболелих од малигних болести по полу, Пчињски округ, 2000−2010.*

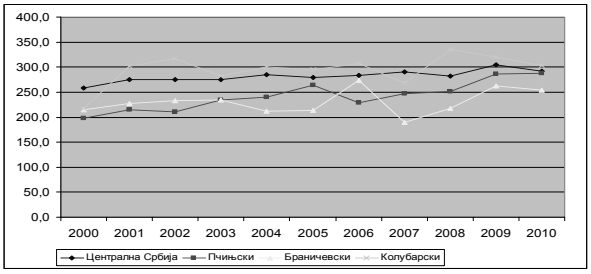
Година	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.
Мушкарци	290	322	330	356	371	412	366	374	404	466	468
Жене	237	272	290	302	296	352	364	329	313	404	393
Укупно	527	594	620	658	667	764	730	703	717	870	861

Извор: Регистар за рак Централне Србије.

У циљу објашњења разлога пораста вредности показатеља оболевања од малигних болести у Пчињском округу у посматраном периоду, анализиране су и стандардизоване стопе на 100.000 становника за све локализације и извршено поређење са другим регионима. На пример, стандардизована стопа на 100.000 становника за све локализације за мушкарце у Колубарском и Пчињском округу у 2000. години износила је 218,1, односно 197,9 оболелих, у Браничевском 215,1 оболео, а у Централној Србији 258,3 оболела мушкарца.

У 2010. години у Пчињском округу већ имамо 287,2 оболела, у Браничевском 254,7 оболелих, у Колубарском 302,6 оболелих, а у Централној Србији 291,8 оболелих на 100.000 становника (мушкарци). Значи, у Пчињском округу има више оболелих него у Браничевском и то за 32,5 оболелих на 100.000 становника, а мање него у Колубарском за 15,4 оболела, и у односу на Централну Србију мање за 4,6 оболелих на 100.000 становника за особе мушког пола (Графикон 1).

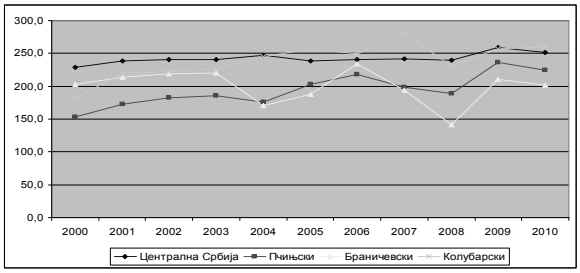
***Графикон 1**. Стандардизоване стопе на 100.000 становника, у периоду 2000−2010. године, за све локализације, мушкарци.*



Стандардизована стопа на 100.000 становника код свих локализација за особе женског пола у Пчињском округу износила је 153,4 оболеле жене, у Колубарском округу 181,3 оболеле, а у Централној Србији 228,7 на 100.000 становника у 2000. години.

Већ у 2010. години у Пчињском округу број оболелих жена износио је 224, у Колубарском 259,9, у Браничевском 201,8, а у Централној Србији 250,9 оболелих жена на 100.000 становника, односно у Пчињском округу је више оболелих жена него у Браничевском округу за 22,2 жене, а мање него у Колубарском округу за 35,9 и мање у односу на Централну Србију за 26,9 жена (Графикон 2).

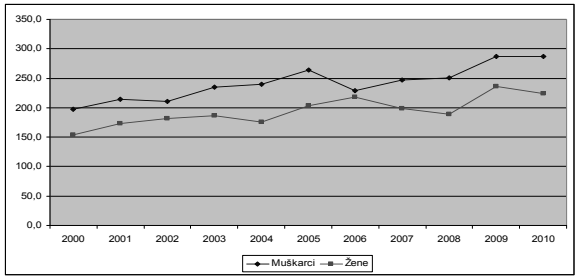
Графикон 2. *Стандардизоване стопе на 100.000 становника, у периоду 2000−2010. године, за све локализације, жене.*



Приметно је да је у нултој години, тј. у 2000. години, број оболелих од малигних болести био најмањи у Пчињском округу, док је у Колубарском, Браничевском и у Централној Србији тај број био већи у просеку за 42 оболела на 100.000 становника.

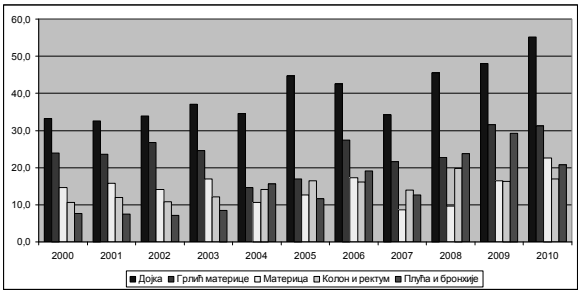
Број оболелих од малигних болести у Пчињском округу је, уз извесне варијације, у порасту. Стандардизована стопа на 100.000 становника за све локализације за мушкарце у 2000. години износила је 197,9 оболелих, док је у 2005. износила чак 264 оболела, након пада у 2006. години, број оболелих поново расте до 287,2 на 100.000 мушкараца, колико је износио у 2010. години. Жене мање оболевају од малигних болести од мушкараца, тако да су у 2000. години биле 153,4 оболеле жене, а у 2007. години 198,1 оболела, а у 2009. години 236,1 оболела на 100.000 жена (Графикон 3).

Графикон 3*. Стандардизоване стопе инциденције од малигних тумора према полу, Пчињски округ, 2000−2010. године.*

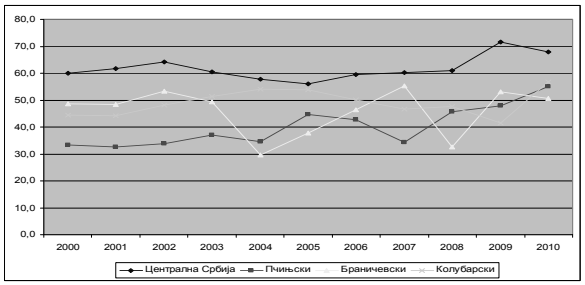


Рак дојке је најучесталија локализација малигног процеса у особа женског пола у Пчињском округу (Графикон 4). Стандардизоване стопе од малигних тумора дојке од 2000. до 2010. године имале су тенденцију пораста, и то у свим регионима, али ипак Пчињски регион је испод Централне Србије, Браничевског и Колубарског округа са 33,3 оболеле жене на 100.000 жена у 2000. години. У Пчињском региону у 2010. години било је више оболелих жена у односу на Браничевски, а мање у односу на Централну Србију и Колубарски регион (Графикон 5).

Графикон 4. *Стандардизоване стопе на 100.000 становника за 5 најчешћих локализација малигних обољења код жена у Пчињском округу.*

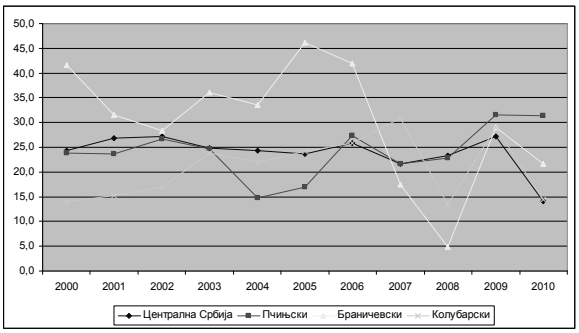


Графикон 5. *Стандардизоване стопе оболевања од рака дојке, жене, 2000−2010. године.*



На високом другом месту налази се рак грлића материце са 23,9 оболелих, одмах после Колубарског региона, који има 13,9 оболелих, а мање је оболелих од жена Браничевског округа и Централне Србије. Међутим, у 2010. години Пчињски регион са 31,3 оболеле жене на 100.000 има највећи број оболелих жена у односу на посматране округе (Графикон 6).

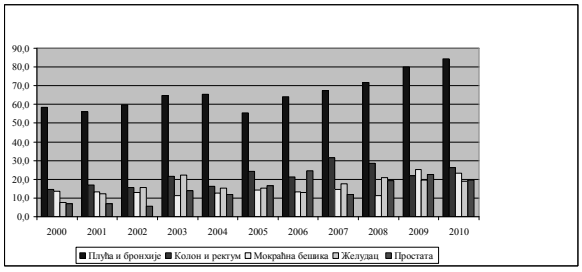
***Графикон 6**. Стандардизоване стопе оболевања од рака грлића материце, 2000−2010. године.*



На трећем месту налазе се малигна обољења материце, затим колона и ректума, и плућа и бронхија.

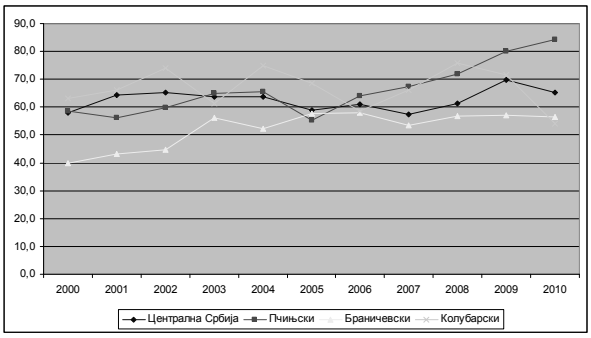
Малигни тумори плућа, укључујући трахеју и бронхије, најучесталија су локализација малигних обољења код мушкараца (Графикон 7). Евидентно је и повећање броја оболелих жена у Пчињском округу од карцинома плућа (Графикон 4).

***Графикон** 7. Стандардизоване стопе на 100.000 становника за 5 најчешћих локализација малигних обољења код мушкараца у Пчињском округу.*



На територији Пчињског округа стандардизоване стопе оболевања од малигних болести плућа од 2000. до 2010. године имале су тенденцију пораста. Упоређујући са осталим регионима у 2010. години, Пчињски регион је на првом месту (Графикон 8). Следеће најчешће локализације малигних болести код мушкараца у Пчињском округу јесу колон и ректум, мокраћна бешика, желудац и простата, као и у другим регионима.

***Графикон 8.** Стандардизоване стопе оболевања од рака плућа, мушкарци, 2000−2010. године.*



ДИСКУСИЈА

При тумачењу промена у оболевању и умирању од рака у дужем периоду треба имати на уму да стопе инциденције зависе и од промена у дијагностици, а на морталитетне стопе утиче и успешност лечења. Учесталост оболевања од малигних болести на територији Пчињског округа у посматраном периоду показује тенденцију пораста. Разлог ове појаве треба тражити и у квалитетнијој дијагностици, квалитетнијем пријављивању новооболелих од малигних обољења од стране здравствених установа и квалитетнијим подацима на потврди о узроку смрти. Поред тога, стопа инциденције (новооболелих) повећана је у многим земљама услед старења становништва. Процењује се да ће до 2020. године у свету од рака оболети 15 милиона становника, од којих ће 60% живети у земљама са недовољним ресурсима, како за превенцију, тако и за терапију ових обољења.[1]

Посматрајући Пчињски регион, не сме се изоставити чињеница да су поједина подручја овог округа у току НАТО бомбардовања 1999. године гађана осиромашеним уранијумом. Оболевању и умирању од малигних болести доприноси и висока учесталост фактора ризика и непрепознавање ризичног понашања и недовољно коришћење позитивних искустава у спровођењу програма превенције и раног откривања малигних тумора из развијенијих европских земаља.

На основу постојећих знања о факторима ризика могуће је превенирати настанак малигних болести. Земље чланице Европске заједнице су 1985. године покренуле заједнички програм под називом „Европа против рака“ са циљем да до 2000. године смање морталитет од рака у наведеном региону за 15%. Захваљујући кампањама које су се спроводиле у овим земљама, пре свега антипушачким, скринингу (рака грлића материце, дојке и колоректума) и активностима у промоцији здравља, смртност од рака је смањена у просеку за 9%.[4]

Сагледавањем улоге фактора ризика у настанку малигних обољења, може се уочити да је најзначајнији појединачни фактор ризика за настанак малигних тумора пушење, чије се учешће у етиологији рака процењује на 30%. Фактори исхране учествују са око 35%, затим следе инфекције са 10 до 15%, репродуктивно и сексуално понашање 7%, занимање 3–4%, алкохол 3%, геофизички фактори, јонизујуће и нејонизујуће зрачење 3%, аерозагађење 1%, јатрогени чиниоци 1%, и други, још увек непознати фактори.

Већина тумора плућа узрокована је пушењем[5], па је контрола употребе дувана приоритетна мера која се не односи само на мушкарце, већ и на жене. Карцином плућа је на првом месту код мушкараца и када је оболевање и када је умирање у питању, али је евидентно и повећање броја оболелих жена од карцинома плућа у Пчињском округу. Поред пушења, ризик је повећан и у току излагања азбесту, никлу, арсену, радону и јонизујућем зрачењу.

Рак дојке је најучесталија локализација и водећи узрок смрти код особа женског пола у Пчињском округу. Најзначајнија улога у настанку рака дојке приписује се хормонским и репродуктивним факторима. Високе дозе јонизујућег зрачења у периоду развоја дојки и менструације, као и гојазност после менопаузе, такође, повећавају ризик за појаву малигних тумора. Успех терапије зависи од стадијума малигне промене па се посебан значај придаје раном откривању. Увођење мамографије, која представља метод избора за рану детекцију рака дојке код жена старијих од 50 година, могло би да редукује ризик умирања за 24%.[6]

Рак грлића материце, након увођења скрининг програма, више не представља јавно-здравствени проблем за већину земаља Европе, што није случај код нас. Међутим, у току посматраног периода евидентан је пораст, нарочито када је оболевање у питању, и то повећање стандардизоване стопе од три пута. Најзначајнији узрок је инфективни агенс. Одређени типови хуманог папилома вируса преносе се сексуалним контактом и доводе до инфекције, која се код већине спонтано санира, а код малог броја жена прогредира у рак. Већи број сексуалних партнера и рани почетак сексуалних односа повећава ризик за појаву обољења. Скрининг се показао као ефикасна мера и када је у питању колоректални карцином и јасно је да постоји потреба за организованим скрининг програмом.[7] Колоректални карцином спада у водеће локализације и када је оболевање и умирање у питању код оба пола. Деловање на факторе ризика, као што су неправилна исхрана, недовољна физичка активност и гојазност, могло би да смањи инциденцију и морталитет од колоректалних карцинома.[7]

Из овога се намеће да је потребно унапредити и очувати здравље кроз смањење изложености факторима ризика или кроз позитивно понашање. Процењује се да би примарна превенција могла да спречи настанак чак две трећине случајева рака.

Активности примарне превенције би требало да обухватају:

- здравствено просвећивање становништва,
- превенцију пушења,
- унапређење исхране, промоцију физичке активности и превенцију гојазности,
- превенцију инфекција значајних за настанак малигних болести,

- превенцију и заштиту од прекомерног излагања ултраљубичастим зрачењима,
- заштиту од канцерогених агенаса у животној и радној средини.

ЗАКЉУЧАК

Повећање учесталости оболевања од малигних болести, у посматраном периоду, како за особе мушког пола, тако и женског, указују на то да малигне болести, како у свету, тако и у Пчињском региону, представљу велики јавно-здравствени проблем. Да бисмо постигли напредак у борби против рака, неопходна је свеобухватна мобилизација усмерена на превентабилне факторе ризика, која би уз јачање и унапређење система здравствене заштите, довела до ефикасније контроле малигних болести.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гледовић З.,и сар.: Епидемиолигија. Медицински факултет Универзитета у Београду. Београд, 2009.
2. Национални програм Србија против рака. Министарство здравља Републике Србије. Београд, 2009.
3. Инциденција и морталитет од рака у централној Србији, 2000−2009. Регистар за рак централне Србије. Институт за јавно здравље Србије. Београд, 2010.
4. Здравље становника Србија. Аналитчка студија здравља становника, 1997−2007. Институт за јавно здравље Србије. Београд, 2008.
5. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC. France, Lyon. 2004, Vol 83.
6. Michell MJ. Brest cancer screening. European Journal of Cancer Prevention 2005; Vol(14): 497–592.
7. Faivre J. Dancourt V. et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. Gastroenterology 2004; 126(7): 1674−1680.

Контакт: Др Марија Накић, Завод за јавно здравље Врање, ул. J.J. Лунге бр. 1, Врање, 017421 310, e-mail: zzjzvr@open.telekom.com

UDK BROJEVI: 616.348/.35-006.6-07(497.11)"2012/2013"

РЕЗУЛТАТИ СПРОВЕДЕНОГ ОРГАНИЗОВАНОГ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛНОГ КАРЦИНОМА У СРБИЈИ ПОСЛЕ ПРВЕ ГОДИНЕ ПРВОГ ЦИКЛУСА

Душица Банковић Лазаревић[1], Верица Јовановић[2], Марко Вељковић[3]

OUTCOMES OF THE ORGANIZED COLORECTAL CANCER SCREENING PROGRAME AFTER THE FIRST YEAR OF THE FIRST CICLE IN SERBIA

Dušica Banković Lazarević, Verica Jovanović, Marko Veljković

Сажетак

У Републици Србији организовани скрининг колоректалног карцинома децентрализованог типа започет је крајем децембра 2012. године и обухватио је становништво оба пола старости од 50 до 74 године у 20 општина, у 7 од 24 округа у Србији, са укупном популацијом у наведеним подручјима од око 500.080 људи, у циклусу од две године. Програм организованог скрининга колоректалног карцинома има за циљ смањење морталитета од колоректалног карцинома код позиваних особа.

Метод. Изабрани процесни показатељи спровођења скрининга анализирани су са извештајних образаца из 20 општина у Србији, у 2013. години. Рачунати процесни индикатори (покривеност позивањем, одзив, обухват, проценат позитивних ФОБ тестова) приказани су као пропорције.

Резултати. До 31. 12. 2013. године било је позвано 38.290 особа. Тест је вратила укупно 23.761 особа. Одзив на тестирање је био просечно 62,1%. Од свих враћених тестова 887 је било позитивних, односно 3,7%. Колоноскопијом је било прегледано 463 особа. Број особа са дијагностикованим аденомима износио је 145, односно 0,6% тестираних. Код 41 особе, 0,2% тестираних, откривен је колоректални карцином.

Summary

Organized colorectal cancer screening programe in Serbia of a decenralized type was introducted in decembar 2012. Subjects age 50 to 74 years of age of both genders are being invited to complite the imunohemic FOB fecal ocul blood test in 20 municipalities, in 7 out of 24 district in Serbia, with the general population of 500.080, in the two year cikle. Organized colorectal cancer screenining programme is aimed to reduce the mortality of colorectal cancer in the invited persons.

Method. The chosen parametars of the screening enforcment were analized from the report forms from 20 municiplities in Serbia in 2013. Proces indicators coverage by invitation, participation rate, coverage by examination, percentage of positive FOB tests, were calculated as a proportions.

Results. By the 31 of december 2013. 38.290 persons had been invited to participate, with tests being returned by 23.761 invited. Uptake was 62,1%. Of the all returning tests 887 had an abnormal test 3,7%. There were 463 persons having a colonoscopy. Adenomas 145 were found in 0,6% investigated. Cancer was found in 0,2% of tested, in 41 persons.

[1] Прим. др сц. мед. Душица Банковић Лазаревић, координатор за скрининг колоректалног карцинома, Канцеларија за превенцију малигних болести, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут", Београд.

[2] Прим. др Верица Јовановић, шеф Канцеларије, Канцеларија за превенцију малигних болести, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут", Београд.

[3] Др Марко Вељковић, асистент координатора за скрининг колоректалног карцинома, Канцеларија за превенцију малигних болести, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут", Београд.

Закључак. Одзив становништва циљне популације на тестирање у организованом скринингу колоректалног карцинома и проценат позитивних налаза је у складу са европским студијама. Даљим радом на развоју скрининг регистра достизаће се циљеви очекиваног напретка у раној дијагнози колоректалног карцинома у Србији.

Кључне речи: *скрининг колоректалног карцинома.*

Conclusion. In this first year of screening in Serbia uptake and fecal occult blood test positivity was in line with that from the original European trials. Further development of colorectal cancer screening register will assist in expected improvement in early colorectal cancer detection in Serbia.

Key words: *kolorectal cancer screening.*

УВОД

∗ По подацима Регистра за рак Института за јавно здравље Србије из 2011. године, малигни тумори дебелог црева и ректума у нашој земљи друга су по учесталости локализација рака у оболевању и умирању код мушкараца, односно други по учесталости у оболевању и трећи у умирању од малигних тумора код жена. Од малигних тумора дебелог црева и ректума оболело је 3.900 особа (2.290 мушкараца и 1.610 жена) и умрла 2.521 особа оба пола (1.481 мушкарац и 1.040 жена).

∗ У циљу смањења инциденције и морталитета колоректалног карцинома у Србији донета је Уредба о Националном програму раног откривања колоректалног карцинома, Сл. гласник Р. Србије, бр. 73, август 2013. године.

∗ Скрининг, сегмент секундарне превенције, открива болест у привидно здравој популацији коришћењем скрининг теста.

Организовани скрининг је организовано масовно позивање циљне популације на тестирање и тумачење тестова праћено контролом квалитета и извештавања. Циљ организованог скрининга је смањење броја оболелих, побољшање квалитета живота оболелих и смањивање трошкова лечења, што се постиже:

1. Откривањем преканцерозних лезија (полипа), чијим се уклањањем спречава настанак колоректалног карцинома.

2. Откривањем колоректалног карцинома у раној фази када је болест локализована и када је ефикасно излечење могуће у више од 85% случајева.

Модел организованог скрининга колоректалног карцинома у Републици Србији

Скрининг за колоректални карцином се спроводи на територији Републике Србије у виду организованог децентрализованог програма.

Циљна популација: мушкарци и жене од 50 до 74 године живота.

Покривеност популације: тежи се обухвату од најмање 75%.

Циклус скрининга: на две године.

Скрининг тест: имунохистохемијски ФОБ тест.

Тумачење тестова: лабораторије у дому здравља (едуковани лабораторијски техничари и медицинске сестре).

Додатна претрага код позитивног имунохистохемијског ФОБ теста: колоноскопија.

Крај процеса скрининга: процес скрининга се завршава негативним имунохистохемијским ФОБ тестом, а у случају позитивног имунохистохемијског ФОБ

теста колоноскопијом и хистопатолошким налазом у случају узимања биоптичког материјала.

Даљи третман и праћење који нису део скрининга: опште болнице и клинички центри.

Контрола квалитета и евалуација програма: Канцеларија за превенцију малигних болести.

ЦИЉ

Циљ овог рада је да се прикажу резултати спроведеног организованог скрининга после прве године примене скрининга.

Основни циљ организованог скрининга колоректалног карцинома:

- Смањење морбидитета и морталитета становништва од колоректалног карцинома у Републици Србији
- Унапређење квалитета живота оболелих од колоректалног карцинома.

Оперативни циљеви организованог скрининга колоректалног карцинома за 2013. годину:

1. Реализација планираног обухвата циљне популације ФОБ тестирањем, као и обухвата колоноскопијом особа са позитивним налазом ФОБ теста.
2. Праћење реализације здравствених услуга у оквиру програма.
3. Обрада добијених резултата и предлог мера за унапређење спровођења програма.
4. Успостављање контроле квалитета.
5. Социјална мобилизација и унапређење информисања у вези са значајем превенције колоректалног карцинома и спровођења организованог скрининга.

МЕТОД

Коришћена је база података осигураника и осталих грађана циљне популације у позивању на скрининг, са тежњом обухвата од 75% циљне популације.

Изабрани процесни показатељи спровођења скрининга анализирани су са извештајних образаца из 20 општина у Србији у 2013. години.

Рачунати процесни индикатори (покривеност позивањем, одзив, обухват, проценат позитивних ФОБ тестова) приказани су као пропорције.

Ова анализа се односи само на податке о особама позваним да учествују у организованом скринингу колоректалног карцинома у првој години двогодишњег циклуса, и представља ране резултате за кључне индикаторе организованог скрининга колоректалног карцинома.

ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ УКЉУЧЕНЕ У СПРОВОЂЕЊЕ ОРГАНИЗОВАНОГ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛНОГ КАРЦИНОМА У 2013. ГОДИНИ

Поштујући Националну стратегију "Србија против рака", Национални програм за рано откривање колоректалног карцинома (Сл. гласник број 15/09), препоруке пројекта "Подршка увођењу Националног програма за рано откривање рака у Србији", стручног тима сарадника и радне групе при Министарству здравља, као и одредбе новог Националног програма раног откривања колоректалног карцинома (Сл. гласник РС, број 73/2013) – у 2013. години је укључено 19 домова здравља из 20 општина са територије Републике Србије у спровођење организованог скрининга колоректалног карцинома према критеријумима Министарства здравља.

У 2013. години у организовани скрининг колоректалног карцинома било је укључено 19 домова здравља из 20 општина у

Републици Србији, као и 6 клиничко-болничких установа и 4 опште болнице (Табела 1)

Домови здравља у организованом скринингу колоректалног карцинома у 2013. години: Дом здравља Чукарица, Дом здравља Вождовац, Дом здравља Барајево, Дом здравља Сопот, Дом здравља Земун, Дом здравља Сечањ, Дом здравља Нови Бечеј, Дом здравља Панчево, Дом здравља Косјерић, Дом здравља Пожега, Дом здравља Крагујевац, Дом здравља Кнић, Дом здравља Топола, Дом здравља Ниш, Дом здравља Дољевац, Дом здравља Лесковац, Дом здравља Власотинце са Црном Травом, Дом здравља Лебане и Дом здравља Медвђа.

Установе секундарне и терцијарне здравствене заштите у организованом скринингу колоректалног карцинома у 2013. години: Клинички центар Србије, Прва хируршка клиника, Клиничко-болнички центар Звездара, Клиничко-болнички центар „Др Драгиша Мишовић“, Клиничко-болнички центар Бежанијска коса, Општа болница Зрењанин, Општа болница Панчево, Општа болница Ужице, Клинички центар Крагујевац, Клинички центар Ниш, Општа болница Лесковац.

Табела 1. *Здравствене установе у организованом скринингу колоректалног карцинома у 2013. години.*

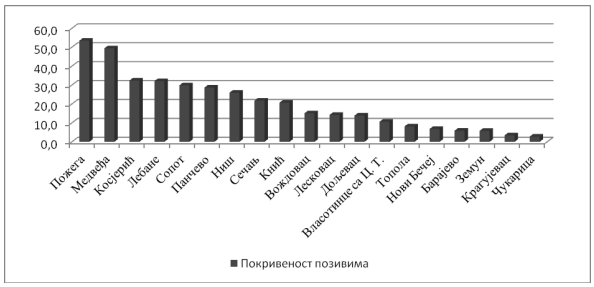
Здравствене установе у организованом скринингу колоректалног карцинома у 2013. години	
Домови здравља	**Колоноскопски центри**
ДЗ Нови Бечеј	ОБ Зрењанин
ДЗ Сечањ	
ДЗ Панчево	ОБ Панчево
ДЗ Сопот	КБЦ Д. Мишовић
ДЗ Барајево	
ДЗ Чукарица	КЦС-Прва хируршка
ДЗ Вождовац	КБЦ Звездара
ДЗ Земун	КБЦ Бежанијска коса
ДЗ Крагујевац	КЦ Крагујевац
ДЗ Топола	
ДЗ Кнић	
ДЗ Косјерић	ОБ Ужице
ДЗ Пожега	
ДЗ Ниш	КЦ Ниш
ДЗ Дољевац	
ДЗ Лесковац	ОБ Лесковац
ДЗ Власотинце са Црном Травом	
ДЗ Лебане	
ДЗ Медвђа	

Ове здравствене установе у току 2013. године спроводиле су организовани скрининг колоректалног карцинома у сарадњи са припадајућим установама секундарне и терцијарне здравствене заштите, са расположивим капацитетима и обимом који није реметио редован рад установа.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА

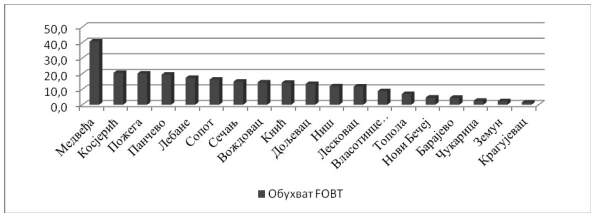
Укупна циљна популација у организованом скринингу колоректалног карцинома у 2013. години износила је 250.040 осигураника и осталих грађана оба пола, старости од 50 до 74 године.

Графикон 1. *Покривеност позивима циљне популације у општинама у Србији укљученим у организовани скрининг колоректалног карцинома у 2013. години.*



Сви домови здравља у организованом скринингу колоректалног карцинома су вршили позивање циљне популације у складу са расположивим бројем ФОБ тестова, тако да је покривеност позивима износила 15,3% циљне популације у 2013. години

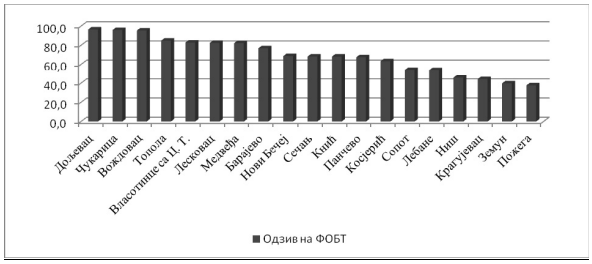
Графикон 2. *Обухват циљне популације ФОБ тестирањем у општинама у Србији укљученим у организовани скрининг колоректалног карцинома у 2013. години.*



Обухват циљне популације ФОБ тестирањем, односно број особа које су урадиле ФОБ тест у односу на половину укупне циљне популације у двогодишњем циклусу организованог скрининга износио је просечно 9,5%.

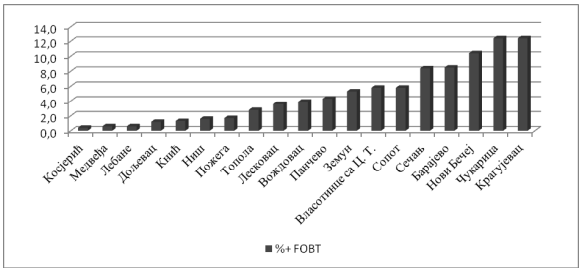
Број осигураника и осталих грађана који су позвани да учествују у скринингу износио је 38.290, од чега је 23.761 урађени ФОБ тест доставило у дом здравља. Тако да је одзив на ФОБ тестирање износио просечно 62,1%, највиши је био у Дољевцу 96,6% и Чукарици 96%, а најнижи у Пожеги 37,7% и Земуну 39,8% (Графикон 3).

Графикон 3. *Одзив циљне популације на ФОБ тестирање у општинама у Србији укљученим у организовани скрининг колоректалног карцинома у 2013. години.*

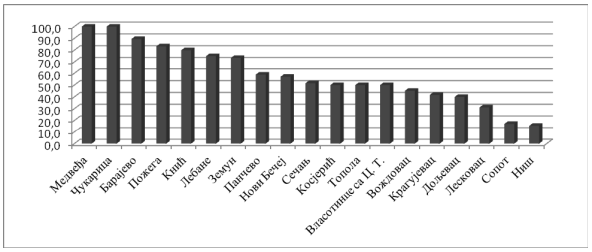


Укупан број особа са позитивним налазом ФОБ теста износио је 887, што чини 3,7% од броја тестираних особа. Највећи проценат позитивних ФОБ тестова био је у Крагујевцу и Чукарици 12,4%, а најмањи у Косјерићу и износио је 0,4% (Графикон 4).

Графикон 4. *Проценат позитивних ФОБ тестова у општинама у Србији укљученим у организовани скрининг колоректалног карцинома у 2013. години.*



Графикон 5. *Обухват колоноскопијом особа са позитивним ФОБ тестом у општинама у Србији укљученим у организовани скрининг колоректалног карцинома у 2013. години.*



У циљу откривања узрока појаве скривене крви у столици код 463 особе, од 887 са позитивним ФОБ тестом, урађена је колоноскопија тако да обухват колоноскопијом износи 52,2%.

Од 463 особе којима је у оквиру организованог скрининга колоректалног карцинома у току 2013. године урађена колоноскопија, код 145 особа (0,6% тестираних) дијагностиковани су и уклоњени аденоми, а код 41 особе (0,2% тестираних) откривен је колоректални карцином (Табела 2).

Табела 2. *Број дијагностикованих колоректалних аденома и карцинома у 2013. години, стопа детекције аденома (проценат откривених аденома у односу на број тестираних особа), стопа детекције карцинома (проценат откривених карцинома у односу на број тестираних особа).*

Дом здравља	Број особа са откривеним аденомом	Стопа детекције аденома %	Број особа са откривеним карциномом	Стопа детекције карцинома %
Нови Бечеј	3	1,5	0	0
Сечањ	8	2,2	0	0
Панчево	20	0,5	6	0,1
Сопот	0	0	2	0,3
Барајево	2	0,9	0	0
Чукарица	42	5,3	7	0,9
Вождовац	28	0,7	8	0,2
Земун	8	1,3	0	0
Крагујевац	10	2,1	1	0,2
Топола	0	0	2	0,7
Кнић	0	0	0	0
Косјерић	0	0	0	0
Пожега	0	0	1	0,1
Ниш	5	0,1	1	0
Дољевац	0	0	2	0,5
Лесковац	9	0,3	6	0,2
Власотинце са Ц. Травом	7	1,5	4	0,8
Лебане	1	0,2	1	0,2
Медвеђа	2	0,4	0	0,4
Укупно	145	0,6	41	0,2

ЗАКЉУЧАК

Према овим раним подацима из прве године двогодишњег циклуса организованог скрининга колоректалног карцинома у Србији, покривеност позивима је била 15,3%, а обухват ФОБ тестирањем износио је 9,5%, што је било условљено тешкоћама у снабдевању имунохемијским ФОБ тестовима. Одзив становништва циљне популације на тестирање је висок и представља охрабрујући резултат у организованом скринингу колоректалног карцинома. Очекује се да ће у наредној години циљна популација бити боље покривена организованим скринингом због адекватног планирања ових услуга у Плановима рада здравствених установа укључених у организовани скрининг. Даљим радом на скрининг регистру и праћењу стадијума дијагностикованих аденома и карцинома достизаће се циљеви очекиваног напретка у раној дијагнози колоректалног карцинома у Србији.

ЛИТЕРАТУРА

1. Segnan N, Patnick J, Karsa L. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis, first edition. WHO, 2010.
2. Logan R et al. Outcomes of the bowel cancer screening after the first million tests. Gut doi:10.1136/gutjnl-2011-300843
3. Coleman MP, Forman D, Bryant H et al. Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995–2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data. Lancet 2011; 377: 127–38.
4. Morris EJ, Sandin F, Lambert PC et al. A population-based comparison of the survival of patients with colorectal cancer in England, Norway and Sweden between 1996 and 2004. Gut 2011; 60: 1087–93.
5. Towler B, Irwig L, Glasziou P et al. A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, hemoccult. BMJ 1998; 317: 559–65.
6. Hewitson P, Glasziou P, Watson E et al. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. Am J Gastroenterol 2008; 103:

Контакт: Прим. др сц. мед. Душица Банковић Лазаревић, координатор за скрининг колоректалног карцинома, Канцеларија за превенцију малигних болести, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд, Србија. e-mail: skrining@batut.org.rs

UDK BROJEVI: 616.12-008.331.1-08-053.9;
614.253

АКТИВНОСТИ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА КОД ОБОЛЕЛИХ ОД ХИПЕРТЕНЗИЈЕ У ГЕРИЈАТРИЈСКОЈ ПОПУЛАЦИЈИ

Љиљана Кулић[1], Анђелка Лазаревић[2], Страхиња Кулић[3], Лазар Јанић[4], Миљан Кулић[5], Јована Костић[6], Срђан Станковић[7]

ACTIVITIES OF HEALTH WORKERS IN PATIENTS OF HYPERTENSION IN THE GERIATRIC POPULATION

Ljiljana Kulić, Anđelka Lazarević, Strahinja Kulić, Lazar Janić, Miljan Kulić, Jovana Kostić, Srđan Stanković

Сажетак

Увод. Обољења срца и крвних судова су најчешћа обољења код старих особа, а уједно су и најчешћи узрок морталитета код њих. Поједине старе особе су имале од раније хипертензију, која је током времена прогредирала, па се уобичајеним факторима ризика додају и инволутивне промене настале током старења организма или су хипертензију први пут добили у старости.

Циљ рада је да укаже на велики број различитих активности здравствених радника када су у питању старе особе које су оболеле од хипертензије.

Метод рада. Анализирани су подаци и литература у области интерне медицине, геријатрије, јавног здравља, квалитета живота, социјалне медицине и здравствене статистике у делу који се односи на здравствену заштиту старих особа које су оболеле од хипертензије.

Резултати рада и дискусија. Хипертензија је главни фактор ризика за мождани удар, коронарну болест, хроничну срчану инсуфицијенцију, хроничну бубрежну инсуфицијенцију и изненадну смрт. Хипертензија представља најчешћи фактор ризика за цереброваскуларна и кардиоваскуларна обољења. Испитивања су показала да је код болесника изнад 65 година живота са хипертензијом

Summary

Introduction. Diseases of the heart and blood vessels are the most common diseases in the elderly, and are also the most common cause of mortality in them. Some of the elderly had hypertension previously, which has progressed over time, so involutive changes occurred during the aging process are added to the usual risk factors.

Objective of the work is to point out a number of different activities of health workers when it comes to elderly people who are suffering from hypertension.

Method. The data and literature in the field of internal medicine, geriatrics, public health, quality of life, social medicine and health statistics, in part related to the health care of the elderly who are suffering from hypertension, were analyzed.

Results and discussion. Hypertension is a major risk factor for stroke, coronary heart disease, chronic heart failure, chronic renal failure and sudden death. Hypertension is the most common risk factor for cardiovascular and cerebrovascular diseases. Tests have shown that in patients over 65 years of age with hypertension, the incidence of myocardial infarction and cerebrovascular stroke is doubled. In the therapeutic treatment of the elderly, leading role in the health team consisting

[1] Доц. др Љиљана Кулић, Универзитет у Приштини, Медицински факултет, Косовска Митровица.
[2] Проф. др Анђелка Лазаревић, Висока здравствена школа струковних студија Земун, Београд.
[3] Mr Страхиња Кулић, dipl. ecc., на специјализацији менаџмента у здравству, Вода Врњци, Београд.
[4] Mr Лазар Јанић, dipl. ecc., на специјализацији менаџмента у здравству, Висока здравствена школа струковних студија Земун, Београд.
[5] Миљан Кулић, dipl. ecc.
[6] Мр Јована Костић, дипл. инж. менаџмента и организације, Београд.
[7] Мр Срђан Станковић, дипл. правник, Београд.

двоструко већа учесталост инфаркта миокарда и цереброваскуларних инзулта. У терапијском третману старих особа посебно је значајна улога водећих људи у здравственом тиму: доктора и медицинске сестре. Међусобна сарадња здравствених радника са геријатријским болесником је посебно значајна због чињенице да они сами тешко могу да се изборе са болешћу, вишегодишњим, често штетним навикама, компликованим лечењем због узимања више лекова у честим случајевима мултиморбидитета, проблема са памћењем и др. Лечење артеријске хипертензије старих особа се заснива на нефармаколошким мерама и медикаментозном лечењу. Постоји основна препорука у медикаментном лечењу старих особа, а то је да се лечи малим дозама и постепено, уз редовне контроле. Нефармаколошке мере су престанак пушења, смањење телесне масе, ограничење уноса алкохола и натријума, повећање уноса калијума храном, избегавање стреса и редовна аеробна физичка активност. Едукација болесника о болести и утицај на промену животног стила, од стране лекара и медицинских сестара почиње од момента постављања дијагнозе и активно се спроводи на свим нивоима здравствене заштите: примарном, секундарном и терцијарном.

Закључак. За лечење хипертензије код старих особа најбољи је индивидуални приступ, односно да се примењује терапија одговарајућим лековима, при чему избор лекова треба да зависи од његовог укупног здравственог стања, а неопходне су и одговарајуће нефармаколошке мере и нега. Међусобна сарадња здравствених радника са геријатријским болесником је посебно значајна због чињенице да они сами тешко могу да се изборе са болешћу, вишегодишњим, често штетним навикама, компликованим лечењем због узимања више лекова у честим случајевима мултиморбидитета, проблема са памћењем и др.

Кључне речи: *хипертензија, старе особе, геријатријска популација, едукација.*

of doctors and nurses is particularly important. Treatment of arterial hypertension of the elderly is based on non-pharmacological measures and hormonal treatment. The basic recommendation in the pharmacological treatment of the elderly is that it should be treated with low doses and gradually, with regular controls. Non-pharmacological measures are quitting smoking, losing weight, alcohol and sodium intake limitation, increased intake of potassium through food, avoiding stress and regular aerobic physical activity. Education of patients and the impact on lifestyle changes, given by doctors and nurses, begins from the moment of diagnosis and is actively implemented at all levels of health care: primary, secondary and tertiary.

Conclusion. Individual approach is best for treatment of hypertension in the elderly. Appropriate drug therapy should be applied, with drug choice depending on overall health status of the patient, where appropriate nonpharmacological treatment and care are necessary. Mutual cooperation between health workers treating geriatric patient is particularly important due to the fact that they find it difficult to cope with the long disease, harmful habits, difficult treatment due to taking multiple medications at frequent cases of multimorbidity, memory-loss problems, etc, on their own.

Keywords: *hypertension, elderly, geriatric population, education.*

УВОД

Обољења срца и крвних судова су најчешћа обољења код старих особа, а уједно су и најчешћи узрок смрти код њих. У току старења долази до промена на срцу и крвним судовима. За крвне судове је карактеристично смањење еластина и повећање колагена, што доводи до губитка еластичности крвних судова. Поред тога, долази до атеросклерозе крвних судова, а све ово заједно има утицаја на хемодинамику.[1]

Промене које настају у крвним судовима у току процеса старења јављају се на свим крвним судовима у организму у свим ткивима и органима, у свим деловима људског организма. До промена на крвним судовима долази свуда у организму, али су последице тога различите и, наравно, зависе од функције тог ткива и органа и интензитета његових активности, као и од постојања могућности функционалне резерве. Промене на крвним судовима ногу су израженије од промена на рукама. Поред захваћености највећих крвних судова у организму, преко мањих крвних судова и њихових грана, до промена долази и на капиларима. На капиларима се јавља фиброзна и хијалина дегенерација, што за последицу има облитерацију капилара или смањење протока крви. На крвним судовима старих особа услед артериосклерозе може доћи до појаве анеуризми (абдоминална аорта и илијакалне артерије).[2, 3]

Промене захватају и крвне судове срца, односно коронарне артерије и њихове гране, што се може манифестовати као коронарна болест срца. Као последица старења долази до промена које захватају срце са свим његовим структурама, тако да постоје промене на перикарду (тракасте промене услед склерозирања), ендокарду (задебљања и промене у виду беличастих плоча услед склерозирања) и миокарду (депоновање амилоида, промене у структури колагена, промене на миоцитима, промене на спроводним влакнима).[4] Уколико су старе особе имале од раније неко од срчаних обољења, оно ће током времена прогредирати, а биће му придодате промене на срцу које настају услед старења. Уколико до обољења први пут дође у старости, оно ће бити делимично модификовано инволутивним променама на срцу.[5]

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да укаже на велики број активности здравствених радника када су у питању старе особе које су оболеле од хипертензије.

МЕТОД РАДА

Анализирани су подаци и литература у области интерне медицине, геријатрије, јавног здравља, квалитета живота, социјалне медицине и здравствене статистике у делу који се односи на здравствену заштиту старих особа које су оболеле од хипертензије.

РЕЗУЛТАТИ РАДА И ДИСКУСИЈА

Хипертензија је дефинисана повећањем крвног притиска и то када је систолни крвни притисак 140mmHg и више и/или дијастолни крвни притисак 90mmHg и више. Кардиоваскуларна болест је основни узрок морталитета старијих особа, и сматра се да би се њеним отклањањем код особа старијих од 65 година продужио очекивани животни век за 16 година.

Током процеса старења долази до постепеног смањења еластичности великих крвних судова и осетљивости барорецептора. Крвни притисак се повишава тако да су вредности систолног обично у корелацији с годинама живота, док дијастолни достиже плато око 60. до 65. године, а потом се вредности одржавају или снижавају. Резултати неких истраживања показују да трећина болесника изнад 65. године има изоловану систолну хипер-

тензију која представља значајан фактор ризика за апоплексију.

У односу на етиологију и почетак, хипертензија се код старих особа може разврстати у три групе:

- Есенцијална систолно-дијастолна хипертензија је облик хипертензије који је настао пре геријатријске фазе живота, тј. у раним средњим годинама, па код старих особа има иста обележја као и код особа у средњим годинама.
- Систолно-дијастолна хипертензија с доминацијом систолног притиска, представља релативно чест облик код старих особа и код овог облика хипертензије систолни притисак достиже различите вредности, а дијастолни ретко прелази 105mmHg.
- Изолована систолна хипертензија (класични модел код старих особа) представља облик хипертензије код старих када је систолни притисак изнад 140mmHg, а дијастолни не прелази вредности 90mmHg.[6]

Псеудохипертензија се може јавити код старијих особа због веома сужених артерија и веома је важно разликовати је од праве хипертензије. Приликом старења долази до појаве структурних промена у свим артеријама у организму, па самим тим и у артерији брахијалис. Приликом мерења притиска код старијих особа манометром се може измерити повишена вредност притиска и тада се често превидом поставља дијагноза хипертензије. Прва грешка повлачи за собом другу јер се хипертензија агресивно лечи, што лако доводи до нежељених реакција код старих људи.

У развијеним земљама света геријатријска популација је у порасту и достиже више од 20% опште популације и кардиоваскуларне болести представљају једно од најчешћих обољења, као и узрока смртности у овој популацији. Хипертензија је главни фактор ризика за мождани удар, коронарну болест, хроничну срчану инсуфицијенцију, хроничну бубрежну инсуфицијенцију и изненадну смрт. Хипертензија представља најчешћи фактор ризика за цереброваскуларна и кардиоваскуларна обољења. Испитивања су показала да је код болесника изнад 65 година са хипертензијом двоструко већа учесталост инфаркта миокарда и цереброваскуларних догађања.[7]

КОНКРЕТНЕ АКТИВНОСТИ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА У ТРЕТМАНУ СТАРИХ ХИПЕРТЕНЗИВНИХ БОЛЕСНИКА

У терапијском третману старих особа посебно је значајна улога доктора и медицинске сестре. Међусобна сарадња здравствених радника са геријатријским болесником је посебно значајна због чињенице да они сами тешко могу да се изборе са болешћу, вишегодишњим, често штетним навикама, компликованим лечењем због узимања више лекова у честим случајевима мултиморбидитета и проблема са памћењем. Лечење артеријске хипертензије старих особа се, како код старијих, тако и код млађих болесника, заснива на два аспекта: нефармаколошке мере и медикаментозно лечење. Нефармаколошке мере су:

- смањити унос соли,
- повећати унос калијума,
- смањити унос алкохола,
- редукција телесне тежине,
- прекинути пушење,
- физичко вежбање,
- смањити ниво стреса,
- смањити унос животињских масти.

Медикаментозно лечење код старих особа има своје специфичности због инволутивних промена које при процесу старења захватају срце и крвне судове и остале органе. Постоји основна препорука у медикаментном лечењу старих особа, а

то је да се лечи малим дозама и постепено. Моно антихипертензивна терапија је избор за већину старих болесника и хипертензију треба третирати у почетку са једним леком у мањој дози. Као моно терапија могу бити лекови из свих пет група: бета блокатори, калцијум антагонисти, алфа блокатори, диуретици, АЦЕ инхибитори. Комбинована антихипертензивна терапија је у неким случајевима много ефикаснија. Многи лекови доводе до нежељених ефеката повећањем дозе, а коришћењем два антихипертензивна лека у мањим дозама могу се избећи дозно зависни нежељени ефекти. Комбиновањем малих доза лекова из различитих група може се побољшати њихов појединачни учинак. Постоје и фиксне комбинације антихипертензива, што је посебно подесно за употребу код старе популације.

За лечење хипертензије код старих особа најбољи је индивидуални приступ, односно да се примењује терапија одговарајућим лековима, при чему избор лекова треба да зависи од његовог укупног здравственог стања, а неопходне су и одговарајуће нефармаколошке мере и нега. Испитивања су показала да код старих особа са благом хипертензијом промене у стилу живота, у смислу примене нефармаколошких мера, могу довести до снижења крвног притиска. Промене у стилу живота некада реше проблем до краја или битно помажу у лечењу хипертензије. Нефармаколошке мере су престанак пушења, смањење телесне масе, ограничење уноса алкохола и натријума, повећање уноса калијума храном и редовна аеробна физичка активност. Пушење је значајан фактор ризика за кардиоваскуларну болест, посебно код болесника са хипертензијом. Смањење телесне масе доводи до снижења крвног притиска и њоме се појачава ефекат антихипертензивних лекова и значајно смањује кардиоваскуларни фактор ризика. Прекомерни унос алкохола доводи до повишења крвног притиска и резистентности на антихипертензивну терапију. Аеробна физичка активност доводи до смањења телесне тежине и побољшања опште физичке способности и може значајно да утиче на снижење повишеног крвног притиска. Испитивања су показала да постоји добра корелација између количине унетог натријума и висине крвног притиска, па се препоручује да дневни унос натријума буде мањи од 6g, односно смањен унос соли у организам. Недостатак калијума доводи до повећања крвног притиска и појаве екстрасистола срчаних комора, па се пропоручује његов унос путем хране. Стрес може довести до наглог повишења крвног притиска и његовог дуготрајнијег одржавања, па је веома важно утицати на заштиту и смањење утицаја стресогених фактора у старој популацији.[8]

Лекари после постављања дијагнозе доносе одлуку о терапији за сваког старог болесника појединачно поштујући индивидуалне карактеристике сваког пацијента. Сестринске активности су:

- едукација болесника у смислу предузимања мера у превенцији компликација дуготрајног лежања (кретање, вежбе у кревету и соби); едукација болесника о патофизиолошким процесима код хипертензије (користећи моделе или цртеже); едукација болесника о могућим ризицима који су у вези са хипертензијом (инфаркт миокарда, шлог, оштећење вида, оштећење бубрега и др.);
- старој особи треба помоћи да идентификује властите факторе ризика (пушење, стресни животни стил, гојазност, физичке активности, начин исхране итд.) и едуковати је о могућностима модификовања фактора ризика; научити болесника све о прописаним лековима – именима, сврси, дози, деловању, временском периоду, мерама опреза, нежељеним дејствима лекова које користи;
- комуницирати са болесником и спроводити здравствену негу професионално,

са поштовањем и са емпатијом, умањујући болесникову забринутост и страх;

- присутност уз болесника, спретно и савесно пружати физичку помоћ, комуницирати, давати кратка и јасна објашњења, рад око болесника без журбе и панике;
- обавестити болесника о протоколу понашања у болници (коришћење тоалета, дневног боравка, време посета, изласци и др.); предвидети, правовремено уочавати и задовољавати болесникове потребе.[9]

Едукација болесника о току болести и утицају на животни стил почиње у болници и наставља се од стране сестара из кућне неге и патронажних сестара.[10]

- едуковати болесника о патофизиолошким процесима користећи модел или цртеж;
- информисати болесника о разлогу настанка хипертензије, до чега може довести болест уколико се не лечи и не измене неке навике и штетна понашања;
- помоћи болеснику да идентификује властите факторе ризика (пушење, стресни животни стил, гојазност, алкохол, кухињска со, физичка активност итд.);
- едуковати болесника о могућностима модификовања фактора ризика (престанак пушења, смањење телесне масе, ограничење уноса алкохола и натријума, повећање уноса калијума храном и редовна аеробна физичка активност и др.);
- организовати едукације за болесника, чланове његове породице и ширу заједницу са горе наведеним темама у здравственим установама, у њиховој кући, на другим местима у оквиру могућности друштвене заједнице (радне просторије, сале, клубови и др.) и у медијима (ТВ, радио, интернет и др.);
- научити болесника све о прописаним лековима – именима, сврси, дози, деловању, временском периоду, мерама опреза;
- пратити диурезу старе особе;
- пратити дефекацију старе особе (опстипација, инконтиненција фецеса, дијареја);
- обавити све наведене активности по ПЗН и документовати их.

ЗАКЉУЧАК

За лечење хипертензије код старих особа најбољи је индивидуални приступ, односно да се примењује терапија одговарајућим лековима, и избор лекова треба да зависи од његовог укупног здравственог стања, при чему су неопходне одговарајуће нефармаколошке мере и нега. Међусобна сарадња здравствених радника са геријатријским болесником је посебно значајна због чињенице да они сами тешко могу да се изборе са болешћу, вишегодишњим, често штетним навикама, компликованим лечењем због узимања више лекова у честим случајевима мултиморбидитета и проблема са памћењем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давидовић М.: Геријатрија, Медицински факултет у Београду, Београд,1998.
2. Кулић Љ.: Хипертензија код рудара рудника Леце, Мегистарска теза, 1992.
3. Кулић Љ.: Компаративна патоморфолошка и патохистолошка квалитативна и квантитативна анализа коронарних артерија и миокарда код атеросклеротичне коронарне болести срца, Докторска дисертација, 2001.
4. Dahlof B. i sar.: Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Oldenarement of elderly patients with patients with Hypertension. Lancet, 1991; 338: 1281−1982.
5. Кулић Љ.: Здравствена нега у геријатрији, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд, 2012.
6. Beard K. i sar.: Menarement of elderly patients with sustained hypertension. BMJ, 1992; 304: 412−416.
7. Folkov B.: Physiolical aspects of primary hypertension. Physiolo Rev. 2006; 60: 347−504.
8. Pasternak RC. i sar.: Acute myocardial infarctionin Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine. 1988; 1223−1295.
9. Кулић Љ.: Здравствена нега 1, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд, 2011.
10. Кулић Љ.: Здравствена нега 2, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд, 2011.

Контакт: Доц. др Љиљана Кулић, Универзитет у Приштини, Медицински факултет, Косовска Митровица.

UDK BROJEVI: 658.8:614(497.11)

МОГУЋНОСТИ ПРИМЕНЕ МАРКЕТИНГА У ЗАВОДУ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ ПАНЧЕВО

Споменка Марков[1], Љиљана Лазић[2], Јасмина Павловић Стојановић[3], Мирјана Остојин[4]

MARKETING POSSIBILITIES OF APPLICATION IN INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH PANČEVO

Spomenka Markov, Ljiljana Lazić, Jasmina Pavlović Stojanović, Mirjana Ostojin

Сажетак

Систем здравствене заштите изложен је различитим притисцима из окружења и новим захтевима здравственог тржишта. Број корисника и сегментација тржишта постала је главна преокупација конкурената, па је добијање и задржавање корисника постало веома важно за Завод за јавно здравље Панчево.

Циљ је да се сагледа могућност примене маркетинга у Заводу.

Метод је квалитативна анализа и претраживање постојеће литературе, анализа појмова, њихова теоријска подлога, практична примена и проблеми са којима се сусрећу менаџери у заводима за јавно здравље.

Резултати показују да је неопходно потражити тржишне шансе које би се могле искористити не само за опстанак Завода на тржишту већ и за рентабилност, пружање квалитетне услуге, побољшање имица и пораст удела на тржишту. Маркетинг на ниову Завода: дефинише циљно тржиште, дизајнира службу за кориснике, утврђује цену здравствених услуга, развија план по којем је услуга приступачна тамо где је кориснику потребна и одговарајућег је договореног квалитета и обезбеђује информације.

Summary

The health care system is exposed to various pressures from the environment and to the new demands of health care market. The number of users and market segmentation has become a major preoccupation of competitors and the obtainment and retention of users has become very important for the Institute.

The method is a qualitative analysis and search of the existing literature, analysis of concepts, their theoretical background, practical application and the problems faced by managers within the public health institutions.

The results show that it is necessary to find market opportunities that could be used not only for the survival of the Institute on the market but also for profitability, providing superior service, improve the image and increase market share. Marketing at the Institute : define the target market, design customer service, determine the price of medical services, develop a plan by which the service is accessible where it is necessary and appropriate to the agreed quality and provide information.

[1] Др Споменка Марков, специјалиста социјалне медицине и специјалиста за менаџмент у здравству, Завод за јавно здравље Панчево.
[2] Др Љиљана Лазић, специјалиста социјалне медицине, субспецијалиста здравственог васпитања, Завод за јавно здравље Панчево.
[3] Др Јасмина Павловић Стојановић, специјалиста социјалне медицине, Завод за јавно здравље Панчево.
[4] Mr ph Мирјана Остојин, специјалиста санитарне хемије, Завод за јавно здравље Панчево.

Закључак је да је маркетинг неопходан у савременој организацији здравствене заштите у Заводу, ако се жели његова максимална ефикасност и економичност. Као део укупног пословног система Завод треба да побољша координацију свих пословних функција за рационално коришћење расположивих ресурса, а уједно да подстакне иновативне промене на које упозорава ситуација из окружења.

Кључне речи*: *маркетинг, тржиште, корисници.

The conclusion is that marketing is essential in today's health care organization in the IPH, if we want its maximum efficiency and economy. As part of the overall business system of the IPH should improve the coordination of all business functions for the rational use of available resources , and also to encourage the innovative changes that warns the situation in the region

Keywords: *marketing, market, users.*

УВОД

Завод за јавно здравље у Панчеву обавља здравствену делатност и друге делатности у складу са законом и статутом, за подручје Јужнобанатског округа. Својом делатношћу покрива Јужнобанатски округ површине 4.248km^2 са 293.730 становника, према попису из 2011. године, са 8 општина (највећа општина Панчево 123.414, најмања општина Опово 10.440 становника), у оквиру којих се налази 94 насељених места. Просечна густина насељености је 69 становника по 1km^2.

Данас се од стране опште и стручне јавности упућује одређена критика која се најчешће односи на неефикасност и неефективност Завода. Завод, као и остале здравствене установе је спор у реаговању на промене, а бирократија и превише комплексни системи често спречавају да се једноставне тешкоће идентификују и реше. Интерна и екстерна комуникација је недовољно развијена и најчешће недостаје адекватна и довољна оријентација ка кориснику. Објективно стање није задовољавајуће, а због финансијских проблема има тенденцију даљег погоршања (држава тренутно покрива половину потребних финансијских средстава за функционисање Завода), што полако доводи до недостатка поверења корисника здравствених услуга и незадовољства запослених у установи.

Најчешћи проблеми са којима се сусрећу менаџери у Заводу су: недовољна тржишна оријентација, неадекватно и недовољно финансирање, недостатак стандарда и водича добре праксе, недовољно развијен информациони систем, ниска радна мотивација, недовољна континуирана медицинска и друга стручна едукација, неадекватна организација посла у Заводу, застарела опрема (технологија), лоша инфраструктура, неадекватан и недовољан простор и неравномерна оптерећеност кадрова.[(1)]

Да би се обезбедила средства чији је прилив све мањи, менаџмент Завода је присиљен на рационализацију и строгу контролу трошкова. До неког одређеног тренутка ове мере дају позитивне резултате, али преко тога није их могуће применити без пада квалитета саме услуге која се пружа. Зато је неопходно потражити тржишне шансе које би се могле искористити за реализацију одређених циљева – а ти циљеви нису само опстанак Завода на тржишту већ и рентабилност, пружање квалитетне услуге, побољшање имиџа и пораст удела на тржишту. Да би се то остварило, неопходан је маркетиншки приступ пружању здравствених услуга.

ЦИЉ РАДА

Сагледати могућности примене маркетинга у Заводу за јавно здравље Панчево, ценећи све снаге и слабости на које се може наићи.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

Коришћен је квалитативни метод рада претраживања постојеће литературе, анализа појмова, њихова теоријска подлога, практична примена и проблеми са којима се сусрећу менаџери у заводима за јавно здравље.

РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗА

Завод се не третира као потрошач у здравству, већ средства која су неопходна за његов рад и рад здравствених радника у њему морају да се прибављају и све већом продајом услуга и производа на тржишту. Данас заводи прибављају средства за рад из Републичког завода за здравствено осигурање, Министарства здравља Републике Србије, као и непосредно од корисника здравствених услуга. У функционисању завода, организовању и финансирању данас долази до битних промена. Да би опстао на тржишту и био конкурентан, завод мора да имплементира одређене маркетиншке активности, као што су истраживање тржишта, планирање маркетинга, промоција здравствених услуга, дистрибуција дела здравствених услуга (саветовање, едукација) изван просторија завода.

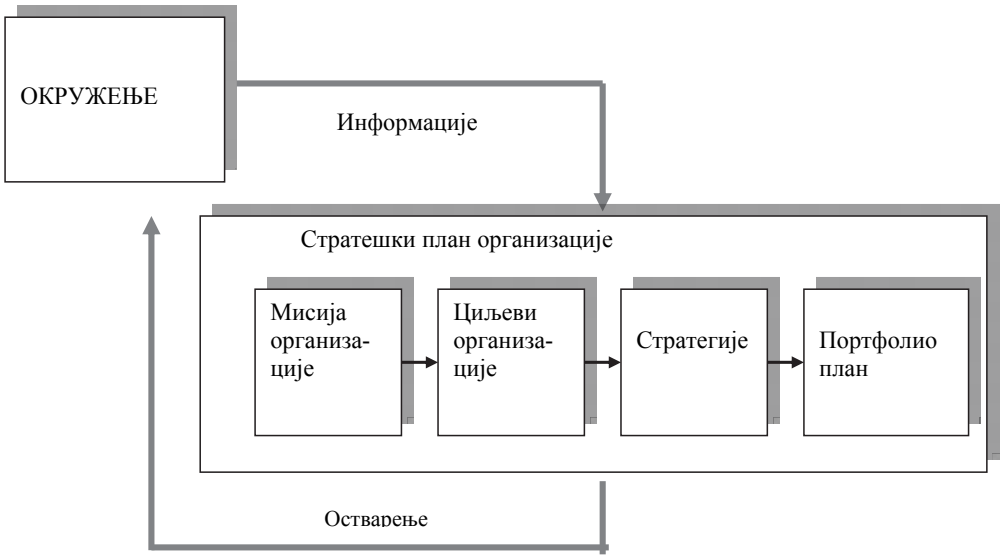
1. Стратешко планирање у Заводу за јавно здравље Панчево

Стратегијско планирање је планирање на дужи рок које се односи на организацију као целину. У оквиру стратегијског планирања менаџери покушавају да одреде шта би организација требало да ради да би била успешна у будућем периоду од 3 до 5 година. Стратегијско планирање је процес који укључује испитивање окружења – тржишних услова, потреба потрошача, конкурентских снага и слабости, друштвено-политичких, правних и економских услова, технолошког развоја и расположивости ресурса.

Према Котлеру стратешко планирање је руководећи процес развијања и одржавања могућег склада између циљева и потенцијала организације и могућности које пружа њено окружење.[2] Посао стратешког планирања је да Завод осмисли тако да његово пословање чини довољан број здравих активности, што ће Завод одржати чак и када некој од активности не иде баш најбоље.

Задатак стратешког планирања маркетинга је да прилагоди Завод да обухвати довољно повољних послова како би се одржао чак и у условима пословних грешака (Слика 1).

Слика 1. *Процес стратегијског планирања.*



Маркетинг стратегија је централно подручје стратешког планирања маркетинга. Избор и спровођење адекватних праваца акције на тржишту здравствених услуга је претпоставка не само раста и развоја, већ и опстанка Завода. Састоји се од: мисије, циљева, задатака и портфолио-плана Завода.[3]

1.1. *Идентификација циљних сегмената*

Један од предуслова приступа маркетингу представља идентификација дискретних подгрупа у оквиру тржишта здравствених услуга и одговарајући одговор на разлике у њиховим здравственим потребама и склоностима. Процес идентификације треба да омогући избор циљног тржишта, односно циљног сегмента.[4]

Групе корисника Завода које треба опслужити се идентификују на основу: географског подручја, демографских карактеристика (по старости, полу, религији) и различитости у погледу стила живљења и понашања кроз жељене погодности самих корисника.

Према критеријуму „поверење корисника у квалитет услуге", могу се формирати три групе корисника Завода:

Прву групу чине појединци/пацијенти (који у Завод долазе са упутом доктора) и доктори из здравствених установа који услуге Завода користе за дијагностику и лечење својих пацијената. То су корисници који имају поверења у ову установу, користе услуге Завода које само он пружа за територију за коју је основан, а могу их добити на терет средстава свог здравственог осигурања.

Другу групу чине правна лица. То су: привредне организације, друштвене организације, предшколске и школске установе, здравствене и установе социјалне заштите, приватна пракса, самосталне трговинске радње. То су лојални корисници традиционално опредељени на коришћење услуга које Завод пружа по својој делатности и административно одређеној доступности.

Трећа група је група корисника од посебног интереса. То су општине, медији, ризичне групе становништва (становништво са присутним факторима ризика: пушачи, алкохоличари, гојазни, недовољно физички активни и под стресом), удружења пацијената који болују од одређених болести (малигне болести, дијабетес мелитус), спортске организације, хуманитарне организације, невладине организације. То су корисници који користе услуге које су базиране на датим погодностима које Завод пружа (једина установа те врсте у целом округу, најближа у околини), оријентисани су према спољном свету (Завод је технолошки опремљен) и желе угледне установе (Завод ради по стандардима квалитета ЈУС ИСО 9001).

2. Стратешко маркетинг планирање

Маркетинг на нивоу Завода утврђује: мисију маркетинга, дефинисање циљева развоја, услове под којима се може обезбедити функционисање Завода, координацију и везе активности и оптималну структуру запослених.[5]

2.1. *Маркетинг мисија Завода*

Дефинисањем мисије утврђује се сврха постојања Завода, његова улога у друштву и начин на који ће ту улогу остварити. Мисија показује заједнички правац акција запослених, одређивање посла којим ће се убудуће бавити и шта је оно што ће их разликовати од конкурентских фирми.[6]

Према Ф. Котлеру, садржај мисије одређује пословно подручје организације. Садржај мисије треба тачно да одреди групе и потребе корисника.

Сврха маркетинга је у дефинисању мисије, што истраживањем треба да дâ одговоре на следећа питања: шта је посао и сврха опстанка Завода, ко су наши корисници, шта наши корисници желе, шта чини снагу Завода, које су слабости Завода

да би им се посветила посебна пажња, ко су наши конкуренти, које групе (делове/циљне) ми желимо опслуживати, шта је наша маркетиншка стратегија у комуникацији са циљним групама и које стратегије и тактике ми треба да развијемо у вези с услугом, ценом, промоцијом и презентацијом услуге коју нуди Завод?

Дефинисана мисија Завода, конкретизује се утврђивањем јасних и мерљивих циљева: ефикасно задовољење потреба корисника здравствених услуга, увођење иновација (што би омогућило конкурентску предност и добар имиц), обезбеђење људских, финансијских и технолошких ресурса неопходних за пружање квалитетне здравствене услуге, остваривање високе продуктивности, остваривање циљева постављених од стране Министарства здравља, односно државе.[7]

2.2. *Маркетинг план*

Планирање маркетинга је прва фаза процеса управљања маркетингом преко кога се маркетинг активности Завода прилагођавају променама у окружењу, односно потребама и захтевима тржишта. Планирање је континуиран процес дефинисања циљева, политике и стратегије у маркетингу са квантитативног и квалитативног аспекта.

Маркетинг план има следећи садржај: оквирни план деловања, текућу маркетинг стратегију, анализу могућности и решења, маркетинг циљеве, маркетинг стратегије, програм акција, исказ пројектованог профита и губитка и евалуацију.[8]

2.3. *Маркетинг стратегије*

Стратегија је најбољи могући избор који осигурава дугорочни просперитет установе. Стратегија је исказ о будућности и консеквенцама нашег садашњег избора. Примарна улога маркетинга у стратегијском планирању је да допринесе да стратегија Завода буде тржишно усмерена, односно да се стратегија дефинише полазећи од потреба и захтева тржишта. Остале улоге маркетинга су да се координирају и усмеравају активности Завода као понуђача здравствених услуга ка задовољавању потреба и захтева корисника здравствених услуга, тако да би се надмашила конкуренција или постигли изнад просечни резултати.

Улога маркетинга у формулацији стратегија је да координира и усмерава активности понуђача здравствених услуга ка задовољењу потреба и захтева корисника здравствених услуга. Успех маркетинга као пословне концепције зависи од прецизног сагледавања захтева и потреба циљног тржишта, тј. процењивања унутрашњих и спољашњих околности уз процењивање мисије, циљева и задатака Завода, портфолио планова и планова нових послова. Стратегија је шири оквир уз помоћ које се могу остварити постављени циљеви, док тактика представља специфичне активности које се морају предузети да би се спровела одређена стратегија. Процес стратешког планирања састоји се од корака који се предузимају на нивоу организације да се развију дугорочне стратегије одржавања и раста. Посебну улогу у томе има стратегијски маркетинг: дугорочно одређује позицију Завода на тржишту, континуирано врши истраживања тржишних могућности, улогу маркетинга у планирању ставља на централно место, у организационој оријентацији на тржишту акценат даје синергији са свим пословним компонентама, од људи који раде на маркетинг пословима захтева креативност и оригиналност и дефинише и реализује циљеве Завода, као што су одржавање предности над конкуренцијом и профит.[9]

2.4. *Задаци маркетинга*

На подручју здравствених услуга које Завод пружа маркетинг има задатак да у фокусу пословања има корисника са својим потребама, жељама и захтевима. Циљ је да се задовољењем потреба оствари добит, повећа добробит запослених и одржи или стекне углед установе.[10]

Задаци маркетинга би били да се:

- дефинише циљно тржиште, утврди његова величина и осетљивост, дефинишу корисници здравствених услуга – изврши избор циљних сегмената који ће се опслуживати;
- дизајнира или пројектује служба која задовољава потребе корисника;
- утврди цена здравствених услуга на нивоу који је прихватљив за корисника, а која ће омогућити Заводу да опстане;
- развије план по којем је услуга:
  - приступачна тамо где је кориснику потребна и
  - одговарајућег договореног квалитета и
- обезбеде информације, након завршених активности, тј. испоручене услуге, буду доступне потенцијалним корисницима.

2.5. *Позиционирање Завода*

Организациони вид позиционирања настао је из позиционирања производа или услуга. Позиционирање услуга користи посебна обележја услуге, предности у решавању проблема или потреба, посебне прилике, одређене кориснике или позиционирање према другој услузи. У непрофитном сектору много је типичније за једну установу да покуша да развије јединствен имиџ. Позиционирање подразумева стварање јасне диференцијације и учинити да она буде позната другима.[11] Пре развијања маркетинг стратегија и тактика за изабране сегменте и циљне групе, Завод мора размотрити маркетиншко место које жели да обезбеди у односу на конкуренцију, и то на основу реалних могућности тако да би његове услуге биле више цењене код изабраних сегмената тржишта.

Процес позиционирања чини:

1. доношење одлуке о потпуној или делимичној понуди услуга корисницима;
2. разумевање садашње позиције Завода;
3. одређивање снага и слабости конкуренције и
4. упоређивање садашње позиције Завода са његовом конкуренцијом.

Самим тим, истаћи: која преимућства понуђених услуга треба нагласити, које слабости треба уклонити, који су видљиви пропусти конкуренције и како их искористити, а празнину испунити и како утицати на потенцијалне кориснике да сагледају услуге које се нуде сагласно тржишној позицији која се жели остварити?

Позиционирање се остварује путем: перцепцијске оријентације (употребом перцепцијских мапа), (Слика 2), стварања имиџа и усмерености на идентитет (персоналност).

Слика 2. *Перцепцијска мапа која показује позиционирање здравствених установа.*

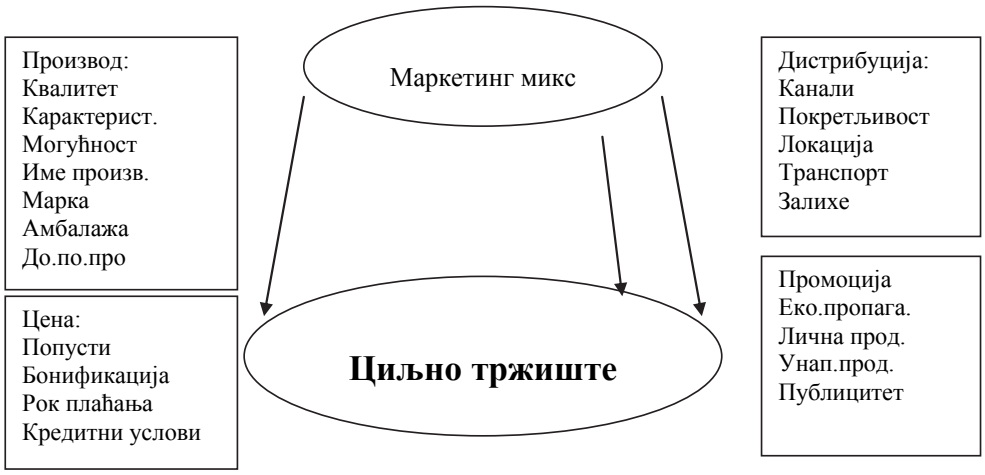
3. Инструменти маркетинг микса у здравственим услугама

У савременој пословној концепцији једно од веома важних подручја је маркетинг микс који представља комбинацију контролисаних инструмената маркетинга које предузеће користи да би постигло очекивани ниво продаје на циљном тржишту.

Четири основна елемента маркетинг микса, која се често у литератури означавају као „4P“ (Слика 3), јесу: производ (Product), продајна цена (Price), дистрибуција (Place) и промоција (Promotion) и додатни елементи за услуге, који се означавају као „3P“: људи (People), процес (Process) и физичка средина (Presentation).

У савременом маркетингу све чешће се ова четири основна елемента (4P) и (3P) проширују са нова три елемента, која се често називају „3C“, а то су: обезбеђење дугорочних интереса потрошача (Consumerism), контрола и рационално коришћење ресурса (Control) и очување околине (Conservation).[12]

Слика 3. *Маркетинг микс.*



Сагледавање димензија микса услуга олакшава поступке за одређивање стратегија услуга Завода. Завод може повећати своје пословање бољим задовољењем постојећих корисника са постојећим услугама. Маркетиншки напор је усмерен према корисницима на подручју које тренутно опслужује Завод како би се повећало коришћење постојећих услуга. Завод може проширити микс услуга када уводи нове услуге или продубити микс услуга када развија услугу додајући јој више варијанти или пак може ући на нова тржишта са истим услугама.

4. Релациони маркетинг као нови тренд у области услуга

Релациони маркетинг представља алтернативну стратегију у односу на традиционални приступ маркетинг микса. Он омогућава придобијање лојалних клијената, „клијената на дуге стазе". Релациони маркетинг је успостављање, одржавање и развој односа са корисницима услуга, као и пословним партнерима у циљу стратешког развоја компаније, а главна карактеристика му је интерактиван однос са њима.[13]

Активни релациони маркетинг има брзе, јасне и дуготрајне односе између Завода, корисника услуга и партнера у послу. Ови односи су дуготрајни и захтевају интерактивност, поштовање хуманог кодекса и поверење. Пасивни релациони маркетинг има карактеристике да корисници услуга често траже информације од Завода, износе захтеве и очекивања, али врло ретко дају повратне информације, па је сарадња наглашено једносмерна.

Интерактиван контакт са корисницима услуга и пословним партнерима на „дуге стазе" (Слика 4). У овом односу је важно поштовање обећања, посебно када је у питању Завод, где корисник услуга има пуно поверење у лекаре (што је показала анкета са пацијентима).

Слика 4. *Релациони маркетинг.*

Слика 4. *Релациони маркетинг.*

5. Активности социјалног маркетинга у Заводу

Социјални маркетинг се користи у превентивним програмима, а подразумева примену технологије комерцијалног маркетинга за анализу, планирање, извођење и евалуацију програма који су дизајнирани да изврше утицај на промену понашања циљних група, ради унапређења њиховог личног здравственог стања, па и друштва. То је „дизајнирање“, имплементација и контрола програма који настоје да повећају прихватљивост социјалне идеје у пракси за циљне групе. Користи се концепт сегментације тржишта, истраживања корисника услуга, конструисање идеја, комуникације, измене теорије да би се максимизирао одговор циљне групе. Андерсон (1995) дефинише социјални маркетинг као „примену маркетиншке технологије за анализу, планирање, извођење и евалуацију програма који су дизајнирани да утичу на промену понашања циљане групе ради њиховог бољитка“. Социјални маркетинг се дефинише и као планирани процес за утицај на промене. Са компонентама маркетинга, истраживањем корисника услуга, промотивним активностима, социјални маркетинг може играти централну улогу у области као што је здравље популације. Социјални маркетинг је нови начин размишљања о веома старим људским настојањима.

У основи социјалног маркетинга потребно је нагласити да мора бити оријентисан на клијенте, корисника, циљану групу. Циљ није као код комерцијалног маркетинга профит, већ је акценат на повећању препознатих бенефита и смањивању препознатих баријера.

6. Јавно здравље и функције јавног здравља

Стратешки правци јавног здравља, поред фокуса на промоцију здравља, усмеравају се и на организацију са менаџментом, стално унапређење квалитета и мерење исхода свих активности у вези са очувањем и унапређењем здравља становништва, као и на функционисање друштвених система повезаних са здрављем. Јавно здравље подстиче одговорност државе и друштва у обезбеђењу добробити за све грађане путем унапређења здравља и очувања здраве животне средине. Темељи се на промоцији здравља и примарној превенцији, а инструментализује кроз тимски и интердисциплинарни рад, мултисекторску сарадњу, као и све облике партнерства. Јавно-здравствени проблеми се решавају на свим нивоима – националном, регионалном и локалном, али се највећа непосредна корист постиже решавањем проблема у локалној заједници.

ЗАКЉУЧАК

У концепцији теме рада пошло се од досадашњег степена развоја теорије и праксе маркетинга у Заводу за јавно здравље у Панчеву. Проверена искуства у свету су показала да маркетинг треба да буде заступљен у свим областима друштвеног система и на свим нивоима његовог деловања. Стога, постоји оправдана потреба за увођењем маркетинг концепције у Завод. Процес реформи у оквиру система здравствене заштите је неопходан, па самим тим и у Заводу, који је део тог система.

Материјалне могућности друштва су ограничене, здравство је осиромашено. Половично финансирање Завода од стране државе не покрива чак ни све потребе осигураника који имају здравствено осигурање, те је Завод све више упућен на тржиште и придобијање све већег броја корисника који сами плаћају за услуге. Чињеница да само Завод на територији Јужнобанатског округа пружа одређене услуге, омогућава бољу позицију на тржишту и већу конкурентну способност установе. У освајању тржишта Завод мора да усклади своје могућности са одговарајућим потребама, захтевима и приоритетима наметнутим од стране корисника услуга, а следећи своју основну мисију и друштва у целини.

Маркетинг, као део укупног пословног система Завода, треба да побољша координацију свих пословних функција за рационално коришћење расположивих ресурса, а уједно да подстакне иновативне промене на које упозорава ситуација из окружења.[14] Све то са циљем да се омогући већа сатисфакција корисника пруженим услугама, зато што су њихове потребе препознате и захтеви задовољени. Самим тим, Завод ће опстати и током дужег периода успешно пословати.

Очигледно да је маркетинг, са све организованијим и разрађенијим методама и приступима за практично све људске делатности, неопходан и у савременој организацији здравствене заштите у Заводу ако се жели његова максимална ефикасност и економичност. Маркетиншка оријентација усредсређена је на задовољење потреба корисника, као и на обезбеђивање одговарајућих средстава неопходних за функционисање здравствене заштите, што се може омогућити само целовитим маркетиншким приступом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Јаковљевић Ђ., Грујић В., *Менаџмент у здравственим установама*, ECPD, Београд,
2. Kotler, Ph., *Маркетинг појмовник*, Адиџес, Нови Сад, 2004.
3. Милићевић, В., *Стратегијско пословно планирање*, ФОН-ИД, Београд, 1998.
4. Aaker, A.D. and G.S. Day, *Marketing Research*, John Wiley and Sons, New York, 1990.
5. Adler, L., *Systems Approach to Marketing*, Harvard Business Review, Vol. 38, 1967.
6. Cowell, D., *The Marketing of Services*, Heineman, London, 1984.
7. Lancester G., Massingham L., *Menadžment u marketingu*, Beograd, 1997.
8. Crimp. M., *The Marketing Research process*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1985.
9. Davies, A., *Strategic Role of Marketing*, Mc Graw-Hill, Book Company, London, 1995.
10. Daellenbach, H.G., *Systems of Decision Making, A Management Science Approach*, John Wiley and Sons ltd., London, 1994.
11. Green, E.P., *Research for Marketing Decisions*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1988.
12. Филиповић, В., *Маркетинг и тржиште*, ФОН–Менаџмент, Београд, 1997.
13. Tony, B. and P.G., Walters, *Global Marketing Management*, Allyn and Bacon, Boston, 1989.
14. Милисављевић, М., *Управљање маркетингом*, Савремена администрација, Београд, 1982.

Контакт: Др Споменка Марков, спец. социјалне медицине, Завод за јавно здравље Панчево, Пастерова 2, Панчево, 26000, тел. 013322965, 0628869178, e-mail: info@zjzpa.org.rs

UDK BROJEVI: 331.101.32:614(497.11)"2013"

ЗАДОВОЉСТВО ЗАПОСЛЕНИХ У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА ШУМАДИЈСКОГ ОКРУГА

Снежана Радовановић[1], Сања Коцић[2], Предраг Поповић[3], Драган Васиљевић[4], Мирјана Милосављевић[5], Светлана Радевић[6], Гордана Гајевић[7]

SATISFACTION OF MEDICAL STAFF IN HEALTH INSTITUTIONS OF SUMADIA DISTRICT

Snežana Radovanović, Sanja Kocić, Predrag Popović, Dragan Vasiljević, Mirjana Milosavljević, Svetlana Radević, Gordana Gajević

Сажетак

Задовољство послом запослених у здравственим установама је врло важан параметар који утиче на квалитет пружања здравствене заштите, као и мотивацију запослених.

Циљ овог истраживања био је да се процени задовољство различитим аспектима посла међу запосленима у здравственим установама Шумадијског округа.

Истраживање задовољства запослених обављено је у 13 здравствених установа Шумадијског округа. Спроведено је као једнодневно анкетирање 2.770 запослених, путем униформног, анонимног упитника креираног од стране Министарства здравља Републике Србије у оквиру програма Унапређење квалитета рада здравствених установа на дан 2. 12. 2013. године.

Резултати истраживања показују да је трећина запослених задовољна послом који сада обавља, док је незадовољан сваки девети испитаник. Постоји висок степен незадовољства опремом за рад у служби, као и расположивим временом за обављање посла. Физичку и емоционалну исцрпљеност

Summary

A satisfaction with job of employees in health institutions is a very important parameter that affects the quality of health care, as well as the employee motivation.

The aim of this study was to evaluate different aspects of job satisfaction among employees in health institutions of Sumadia district.

Employee satisfaction survey was conducted in 13 health facilities in Sumadia district. We conducted a one-day survey of 2.770 employees, 02.12.2013., using a uniform, anonymous questionnaire developed by the Ministry of Health of the Republic of Serbia within the program of improvement of the quality of health care facilities functioning.

The results show that one third of employees is satisfied with the work they now performe, and dissatisfied is every ninth subject. There is a high degree of dissatisfaction with the work equipment in service, as well as with the available time to perform the job. Every fifth employee feels physical and emotional exhaustion associated with the work, and tiredness at the thought of the work is present

[1] Снежана Радовановић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Факултет медицинских наука Крагујевац (Institute of Public health Kragujevac, Medical Faculty of Kragujevac).
[2] Сања Коцић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Факултет медицинских наука Крагујевац (Institute of Public health Kragujevac, Medical Faculty of Kragujevac).
[3] Предраг Поповић, Институт за јавно здравље Крагујевац (Institute of Public health Kragujevac).
[4] Драган Васиљевић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Факултет медицинских наука Крагујевац (Institute of Public health Kragujevac, Medical Faculty of Kragujevac).
[5] Мирјана Милосављевић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Факултет медицинских наука Крагујевац (Institute of Public health Kragujevac, Medical Faculty of Kragujevac).
[6] Светлана Радевић, Факултет медицинских наука Крагујевац (Medical Faculty of Kragujevac).
[7] Гордана Гајевић, Здравствени центар Аранђеловац (Health Center Aranđelovac).

повезану са послом осећа сваки пети запослени, док је осећај умора при самој помисли на посао присутан код сваког деветог испитаника. Својом месечном зарадом незадовољно је 31,4% запослених. Доживљај посла и задовољство од стране запослених указује на потребу стављања задовољства запослених на приоритетно место у процесу унапређења квалитета здравственог система.

Кључне речи: *задовољство запослених, мотивација, Шумадијски округ.*

at every nineth subject. 31.4% of the employees are dissatisfied with their monthly salary. The job related experience and satisfaction of the employees, indicates the need for placement of employee satisfaction on priority in the process of improving the quality of the health care system.

Key words: *employee satisfaction, motivation, Sumadia district*

УВОД

Задовољство послом се дефинише као позитивна емоционална реакција и ставови појединца према свом послу. Задовољни радници остварују већу продуктивност, повећавају задовољство корисника, имају мањи апсентизам и ређе мењају радну организацију.[1] Задовољство је мерљива категорија и може бити процењивано кроз сумирање утицаја различитих елемената: мотивације, комуникације, организације посла, услова рада, излазног производа, потребе за променама, финансијске надокнаде.[2, 3] Запослени може бити задовољан неким аспектима посла и истовремено другим аспектима незадовољан, али менаџменту сваке организације је јако битно да установи који су то аспекти и шта се може учинити у смислу унапређења укупног задовољства послом.[4, 5] Задовољство послом се дефинише на различите начине, али је заправо резултат субјективног доживљаја посла кроз његове различите аспекте и карактеристике. Сваки од тих аспеката, структурни, комуникациони, мотивациони, организациони, утичу на укупно задовољство послом. Сваки запослени има одређена очекивања у вези са послом који обавља и ниво остварења тих очекивања одређује ниво задовољства послом.[6]

Запослени као најважнији ресурс сваке компаније, кроз посао теже да остваре: економску стабилност, идентитет и развој личности, статус и престиж, самосталност, креативност, социјалну интеракцију. Кроз посао, запослени желе да се развију и остваре као особе, да користе и развијају своје таленте и вештине, да покажу своје квалификације и знање, као и да радом постигну резултате и успехе који ће бити препознати. Они су задовољни ако њихов посао има смисла и ако он одговара њиховим способностима и занимањима. С друге стране, нема мотивационе технике која ће учинити запослене задовољнима, ако им није јасно шта се од њих очекује, како да раде свој посао, ако раде монотон и досадан посао, без могућности да га унапреде или науче нешто ново.[7] Задовољство послом запослених у здравственим установама је врло важан параметар који утиче на квалитет пружања здравствене заштите, као и мотивацију запослених.[8]

ЦИЉ РАДА

Циљ овог истраживања био је да се процени задовољство различитим аспектима посла међу запосленима (здравствени радници, здравствени сарадници, административни и технички радници) у здравственим установама Шумадијског округа.

МЕТОД РАДА

Истраживање задовољства запослених обављено је у 13 здравствених установа Шумадијског округа. Спроведено је као једнодневно анкетирање, путем униформног, анонимног упитника креираног од стране Министарства здравља Републике Србије у оквиру програма Унапређење квалитета рада здравствених установа. Истраживањем је на дан 2. 12. 2013. године обухваћено 2.770 запослених. Упитник је попунило 2.475 запослених, што представља стопу одговора од 89,3%.

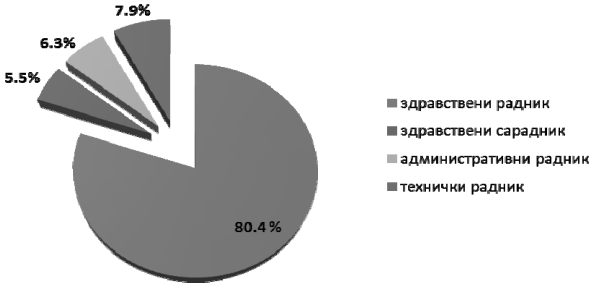
Упитник о задовољству запослених садржи 7 питања која се односе на: врсту занимања, руководећу функцију, услове рада (опрема, расположиво време за обављање посла, организација посла, плата, присуство стреса на послу), професионални развој (могућности за напредовање, едукација, аутономија рада), однос са руководећим кадром (подршка претпостављених, могућност изношења идеја претпостављенима); међуљудске односе и сарадњу са колегама, опште задовољство послом и спремност да се промени посао.

Резултати истраживања су приказани табеларно и графички.

РЕЗУЛТАТИ

Од укупног броја анкетираних испитаника, 80,4% чине здравствени радници, 7,9% су технички радници, 6,3% административни и 5,5% су здравствени сарадници (Графикон 1).

Графикон 1. *Структура анкетираних испитаника у здравственим установама Шумадијског округа према занимању.*



Непосредном сарадњом са колегама задовољно је више од трећине испитаника 38,9%, а незадовољно је 6,1% запослених, док је међуљудским односима незадовољно и веома незадовољно више од једне петине анкетираних (20,8%) (Табела 1).

Табела 1. *Мишљење запослених о међуљудским односима и сарадњи са колегама.*

Оцена	Међуљудски односи		Сарадња са колегама	
	n	%	n	%
Веома незадовољан	145	5,9	66	2,7
Незадовољан	369	14,9	148	6,1
Ни задовољан ни незадовољан	677	27,4	551	22,8
Задовољан	963	38,9	1232	51,1
Веома задовољан	261	10,5	414	17,2
Без одговора	60	2,4	1	0
Укупно	2475	100	2474	100

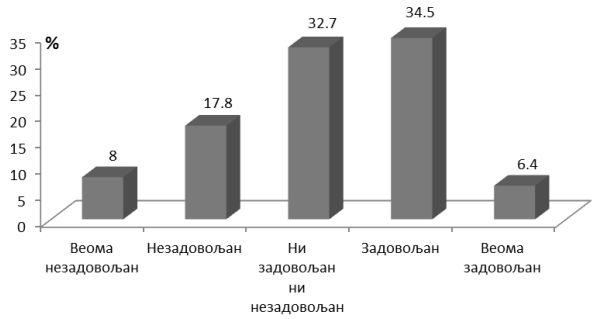
Одговори на питања која се односе на услове рада на радном месту показују висок степен незадовољства запослених опремом за рад у служби, где је незадовољно и веома незадовољно нешто више од четвртине анкетираних (25,8%), док је сваки пети запослени (20,9%) незадовољан и веома незадовољан расположивим временом за обављање посла (Табела 2).

Табела 2. *Мишљење запослених о условима рада.*

Оцена	Опрема за рад		Расположиво време за рад	
	n	%	n	%
Веома незадовољан	198	8,0	147	5,9
Незадовољан	440	17,8	372	15,0
Ни задовољан ни незадовољан	809	32,7	600	24,3
Задовољан	853	34,5	1087	43,9
Веома задовољан	158	6,4	213	8,6
Без одговора	17	0,7	55	2,2
Укупно	2475	100	2475	100

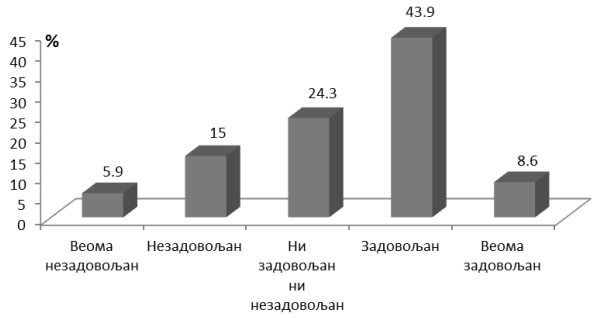
Адекватношћу опреме за рад у служби, запослени су незадовољни у 17,8% случајева, док је сваки трећи запослени задовољан (Графикон 2).

Графикон 2. *Задовољство адекватношћу опреме за рад у служби.*



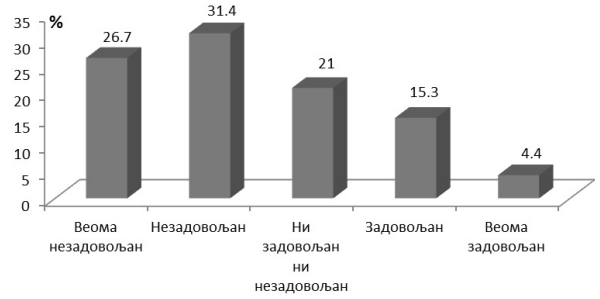
Иако се обим административних послова у здравству из године у годину повећава, ипак је готово половина испитаника (43,9%) задовољна расположивим временом за обављање задатих послова (Графикон 3).

Графикон 3. *Задовољство расположивим временом за обављање задатих послова.*



Својом месечном зарадом незадовољно је око 31,4% запослених, док је 15,3% испитаника задовољно својом платом (Графикон 4).

Графикон 4. *Задовољство платом.*



Могућношћу професионалног развоја незадовољно је 18,4%, а задовољно 34,6% испитаника, док је могућношћу едукације задовољан сваки трећи испитаник, а незадовољно 18,7% њих (Табела 3).

Табела 3. *Мишљење запослених о могућностима професионалног развоја и могућностима едукације на послу.*

Оцена	Могућност професионалног развоја		Могућност едукације	
	n	%	n	%
Веома незадовољан	208	8,4	207	8,4
Незадовољан	456	18,4	463	18,7
Ни задовољан ни незадовољан	705	28,5	701	28,3
Задовољан	855	34,6	838	33,9
Веома задовољан	179	7,2	194	7,8
Без одговора	71	2,9	71	2,9
Укупно	2474	100	2474	100

Део упитника који се односи на професионалне захтеве и однос руководећег кадра садржи пет питања. Могућношћу избора сопственог начина рада (аутономијом у послу) задовољно је 47,8% запослених, а незадовољно 8%. Подршком коју добијају од претпостављених задовољно је 40,4%. Могућношћу да своје идеје изнесу претпостављенима задовољно је 41,8% запослених, док је 12,3% незадовољно том могућношћу. Добијањем јасних упутстава о томе шта се очекује од запосленог у реализацији његових задатака задовољно је 44% анкетираних, а незадовољно 10,9%. Постојањем редовних евалуација рада запослених од стране руководства задовољно је 40,8% запослених, а незадовољно 12,7% њих (Табела 4).

Табела 4. *Мишљење запослених о професионалним захтевима на послу.*

Оцена	Професионална аутономија		Подршка претпостављених		Представљање идеја претпостављенима		Јасна упутства за рад		Евалуација рада	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Веома незадовољан	81	3,3	167	6,8	142	5,7	131	5,3	149	6,0
Незадовољан	199	8,0	303	12,3	340	13,7	269	10,9	315	12,7
Ни задовољан ни незадовољан	643	26,0	602	24,3	618	25,0	625	25,3	712	28,8
Задовољан	1183	47,8	998	40,4	1034	41,8	1087	44,0	1010	40,8
Веома задовољан	306	12,4	362	14,6	300	12,1	279	11,3	220	8,9
Без одговора	62	2,5	41	1,7	39	1,6	80	3,2	68	2,7
Укупно	2475	100	2473	100	2475	100	2475	100	2474	100

Исцрпљеност повезану са послом запослени су оцењивали кроз физичку и емоционалну исцрпљеност повезану са послом, као и осећај умора при самој помисли на посао. Резултати показују да сваки пети запослени осећа често емоционалну исцрпљеност након посла, док физичку исцрпљеност након посла осећа 22% запослених. Умор и на саму помисао на посао осећа понекад 21% испитаника, а често 11,7% њих (Табела 5).

Табела 5. *Исцрпљеност запослених која је повезана са послом.*

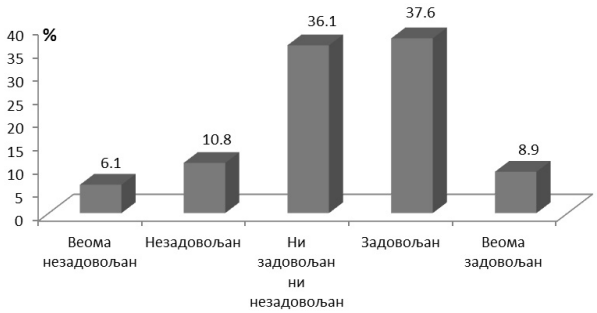
Одговор	Емоционална исцрпљеност након посла (%)	Физичка исцрпљеност након посла (%)	Умор на помисао на посао (%)
Не, никад	9,1	7,8	19,8
Не, ретко	10,9	9,2	16,6
Да, понекад	27,4	27,5	21
Да, често	20	22	11,7
Да, увек	13,4	14,3	10

Нешто више од једне трећине анкетираних (37,6%) не планира да мења свој посао, док би 6,7% радило на пословима ван здравствене заштите. Свега 3,6% запослених би отишло у приватни сектор, а више од половине испитаника (52%) се изјаснило да би остали у државном сектору.

На питање да ли су задовољнији својим послом сада него пре пет година, нешто више од једне четвртине запослених (26,1%) је изјавило да јесте, 32,2% је незадовољније данас, док највећи проценат запослених (41,2%) сматра да нема разлике.

Узимајући све наведено у обзир, трећина запослених (37,6%) је задовољна послом који сада обавља, 36,1% је ни задовољно ни незадовољно, док је незадовољно 10,8% анкетираних (Графикон 5).

Графикон 5. *Задовољство запослених послом који сада обављају.*



ДИСКУСИЈА

Задовољство запослених је комплексан феномен.[9] Многим истраживањима се указује на везу између задовољства радника, њихове продуктивности и преданости послу.[10, 11] Здравствени систем и пружање здравствене заштите су специфични и осетљивији у односу на друге сфере рада. Процена и унапређивање квалитета подразумева динамичан процес, а не само контролу и одржавање постигнутог нивоа квалитета, јер се нивои потребног квалитета у здравству померају током времена.[2] Производ рада здравственог система и

запослених у њему је здравствена услуга чији је квалитет последично повезан са задовољством и мотивацијом запослених у здравству.[9] Наравно да је задовољство запослених у здравственим установама јако значајно јер се доводи у везу са задовољством пацијената и са квалитетом пружене здравствене услуге.[12]

Резултати нашег истраживања показују да је трећина запослених задовољна послом који сада обављају, док је незадовољан сваки девети испитаник. Резултати који се односе на комуникацију (међуљудски односи, сарадња са колегама) указују на веће задовољство овим аспектима посла у односу на друге. Сарадњом с колегама задовољно је више од трећине испитаника нашег истраживања, што потврђује да промовисање тимског рада и добре комуникације, на којима се већ годинама посебно инсистира, даје своје резултате у контексту задовољства.

Како је мотивација увек у средишту задовољства запослених, процењивањем задовољства запослених, процењује се и њихова мотивација да посао обављају на одговарајући начин.[13] Мотивацију запослених посматрали смо кроз могућност професионалног развоја, могућност континуиране едукације и кроз финансијску надокнаду за рад. Финансијском надокнадом за рад запослени су незадовољни, заправо ниво задовољства драстично је мањи поредећи га са осталим оцењиваним аспектима. Ово није изненађујуће с обзиром на економску ситуацију у земљи. Својом месечном зарадом незадовољно је нешто мање од трећине запослених у здравственим установама Шумадијског округа, док је само 15,3% испитаника задовољно својом платом. Такође, постоји висок степен незадовољства опремом за рад у служби, где је незадовољно и веома незадовољно нешто више од четвртине анкетираних, док је сваки пети запослени незадовољан и веома незадовољан расположивим временом за обављање посла. Физичку и емоционалну исцрпљеност повезану са послом осећа сваки пети запослени, док је осећај умора при самој помисли на посао присутан код сваког деветог испитаника.

Мотивација и задовољство запослених су кључни задаци савременог менаџмента људских ресурса, јер се једино изградњом квалитетног мотивационог система може постићи већа продуктивност. Задатак менаџера је да схвати људску сложеност и јединственост, те да у зависности од специфичних особина појединаца и групе, као и од специфичности околности у којима се послује, изаберу и примењују материјалне и нематеријалне методе за мотивисање запослених. Организације остварују циљеве само ако су њени запослени и менаџери мотивисани да остварују своје радне задатке.[14] У нашем истраживању готово половина запослених задовољна је могућношћу избора сопственог начина рада (аутономијом у послу), подршком коју добијају од претпостављених, могућношћу да своје идеје изнесу претпостављенима, добијањем јасних упутстава о томе шта се очекује од запосленог у реализацији његових задатака, постојањем редовних евалуација рада запослених од стране руководства.

ЗАКЉУЧАК

Доживљај посла и задовољство од стране запослених указује на потребу стављања задовољства запослених на приоритетно место у процесу унапређења квалитета здравственог система. Руководство здравствених установа мора више да се ангажује на предузимању мера у циљу побољшања задовољства запослених, а посебно у сфери информисања радника, развијања тимског рада, унапређења организације посла и адекватног распоређивања задатака. Менаџмент здравствених установа мора да изнађе начине како да повећа задовољство и ангажман запослених.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нешковић А., Јанковић С., Пауновић М., Матијевић Д., Марчетић Љ. Задовољство запослених у примарној и болничкој заштити у Београду. Здравствена заштита. 2007; 36(2): 13–33.
2. West E. Management matters: the link between hospital organization and quality of patient care. Qual Health Care 2001; 10: 40–8.
3. Syptak JM, Marsland DW, Ulmer D. Job satisfaction: putting theory into practice. Fam Pract Manag 1999; 6(9): 26–30.
4. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? J Gen Intern Med 2000; 15(2): 122–8.
5. Maslow AH. A theory of human motivation. Psychol Rev 1943; 50: 370–96.
6. Dieleman M., Toonen J., Touré H., Martineau T. The match between motivation and performance management of health sector workers in Mali. Hum Resour Health. 2006; 4: 2.
7. Јанковић Т. Задовољство запослених послом. Економија: теорија и пракса. 2013; 6(2): 34–43.
8. Никић Д., Аранђеловић М., Николић М., Станковић А. Задовољство послом код здравствених радника. Acta medica Medianae. 2008; 47(4): 9–12.
9. Peltier J., Dahl A. The relationship between employee satisfaction and hospital patient experiences. Forum. Wisconsin: University of Wisconsin; 2009.
10. Pierce JL, Dunham RB, Blackburn RS. Effects of communication direction on job performance and satisfaction: a moderated regression analysis. JBTC 2000; 22(2): 223–40.
11. Griffin RW. Objective and Social factors as determinants of task perceptions and responses: an integrated perspective and empirical investigation. Acad Manag J 1987; 39(3): 501–23.
12. Rival PE, Elixhauser A, Christiansen CL et al. Testing the association between patient safety indicators and hospital structural charasteristics in VA and nonfederal hospitals. Med Care Res Rev 2010; 67: 321–41.
13. Paul F. Health worker motivation and the role of performance based finance systems in Africa: a qualitative study on health worker motivation and the Rwandan Performance based finance initiative in districts hospitals. London: Working Paper Series 2009; (08–96): 4–5.
14. Јокић С., Брадоњић Д., Ћоћкало Д. Motivation and motivational factors of employees. Мегатренд ревија. 2012; 9(4): 201–216.

Контакт: Снежана Радовановић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Факултет медицинских наука Крагујевац (Institute of Public health Kragujevac, Medical Faculty of Kragujevac).

UDK BROJEVI: 616.718.2-007.1-073-053.3

ПОРОДИЧНА АНАМНЕЗА И АНОМАЛИЈЕ ЛОКОМОТОРНОГ СИСТЕМА – ФАКТОРИ РИЗИКА ЗА НАСТАНАК РАЗВОЈНОГ ПОРЕМЕЋАЈА КУКА

Никола Гаврић[1], Наташа Вајић[2], Александра Хаџиавдић[3]

FAMILY ANAMNESIS AND ANOMALIES OF LOCOMOTOR SYSTEM – RISK FACTORS FOR DEVELOPMENTAL HIP DISPLACEMENT

Nikola Gavrić, Nataša Vajić, Aleksandra Hadžiavdić

Сажетак

Развојни поремећај кука је болест коју карактерише регионална хипоплазија мезодермалних структура коксофеморалне регије са инсуфицијенцијом крова ацетабулума и различитим степенима дислокације епифизе бутне кости. У постављању дијагнозе бутне кости незаобилазни су анамнеза и клинички преглед који верификују постојање фактора ризика код новорођенчади која захтијевају ултрасонографски преглед кукова којим се дијагностикује или искључује болест.

Најчешће цитирани фактори ризика су: пол, карлични порођај, позитивна породична анамнеза, клинички знаци за развојни поремећај кука и прворођеност.

Циљ рада је да укаже на значај фактора ризика, позитивне породичне анамнезе и присутности других аномалија локомоторног система, за повезаност са развојним поремећајем кука.

Summary

Developmental hip displacement is a disease characterized with regional hypoplasia of mesodermal structures of coxo femoral region with insufficiency of acetabular margin and various degrees of dislocation of femoral epiphysis. When establishing diagnosis of femur, it is necessary to do anamnesis and clinical examination which verify the presence of risk factors in newborns requiring ultrasonographic examination of hips which diagnoses or excludes the disease.

Most quoted risk factors are gender, breech birth, positive family anamnesis, clinical signs for developmental hip displacement and first-born babies.

The aim of this paper is to point out at the significance of family anamnesis risk factor and that of presence of other anomalies of a loco motor system in relation to developmental hip displacement.

[1] Никола Гаврић, ЈЗУ болница „Свети апостол Лука“ Добој.
[2] Наташа Вајић, ЗТУ Бања Врућица, Теслић.
[3] Александра Хаџиавдић, ЈЗУ болница „Свети апостол Лука“ Добој.

Клинички и ултрасонографски, у породилишту добојске болнице „Свети апостол Лука“, у трогодишњем периоду, прегледана су 2.023 новорођенчета; хетероанамнестички смо дошли до података да је 109 новорођенчади у ужој породици имало развојни поремећај кука или секундарну коксартрозу, потом код којих смо ултрасонографским прегледом кукова нашли 25 новорођенчади са развојним поремећајем кука. У истом истраживању код новорођенчади смо тражили друге аномалије локомоторног система и открили 76 новорођенчади са неком од аномалија, код којих смо потом ултрасонографским прегледом поставили дијагнозу развојног поремећаја кука код 21 новорођенчета.

Рану дијагнозу развојног поремећаја кука код новорођенчади смо поставили узимањем анамнестичких података и клиничким прегледом, којим смо тражили факторе ризика, од којих су позитивна породична анамнеза и присуство других аномалија локомоторног система значајни и упућују на селективни ултрасонографски преглед којим се поставља дефинитивна дијагноза. Рана дијагноза остварује претпоставке за рано неоперативно лечење развојног поремећаја кука које даје најбоље резултате.

Кључне речи: *развојни поремећај кука, позитивна породична анамнеза, аномалије локомоторног система.*

In a three year time, we have examined 2.023 newborns in the maternity ward of the hospital „The Holy Apostle Luka“ in Doboj clinically and with ultrasonography. Using the heteroanamnesis we have come up to the detail that 109 newborns had a developmental hip displacement or a secondary coxarthrosis in their close family, of which 25 newborns were found a developmental hip dislocation with ultrasonography examination. In the same research we searched for other anomalies of loco motor system and discovered 76 new borns with some of the anomalies, 21 of which were identified a diagnosis with ultrasonography.

Early diagnosis of developmental hip disorder in newborns we have identified by taking anamnesis data and by clinical examination we used to search for risk factors of which positive family anamnesis and presence of other anomalies of loco motor system are significant and point out to a selective ultrasonography examination used to identify a definite diagnosis. Early diagnosis makes presumptions for early non-surgical treatment of developmental hip dislocation which gives best results.

Key words: *developmental hip disorder, positive family anamnesis, anomalies of loco motor system.*

УВОД

Развојни поремећај кука је болест коју карактерише регионална хипоплазија мезодермалних структура коксофеморалне регије са инсуфицијенцијом крова ацетабулума и различитим степенима дислокације епифизе бутне кости.[1, 2] У току развоја може да се испољи као дисплазија ацетабулума, сублуксација или луксација главе бутне кости.[2, 3] Због учесталости представља значајан ортопедски проблем.[4] Рано откривање развојног поремећаја кука ствара претпоставке за правовремено и адекватно лечење које има елементе секундарне профилаксе, због чега је рана дијагноза императив.

У постављању дијагнозе развојног поремећаја кука незаобилазни су анамнеза и клинички преглед који могу да верификују постојање фактора ризика код новорођенчади која захтевају ултрасонографски преглед кукова да би се потврдила или искључ-

чила болест. Најчешће цитирани фактори ризика су пол, позитивна породична анамнеза, клинички знаци, карлични порођај и прворођеност.[5, 6, 7, 8] Након одређеног времена неопходно је поновити клинички и ултрасонографски преглед дечијих кукова да би се искључило предијагностиковање и лечење деце код којих би се кук спонтано нормализовао.[9] Аутори наводе, у студији од 81.564 прегледана новорођенчета са стандардизованим скринингом, да је 3,3% новорођенчади имало спонтану нормализацију у току праћења.[10]

Фактори ризика за настанак развојног поремећаја кука, које наводи доста аутора у својим радовима, јесу породична анамнеза и удружено појављивање са другим аномалијама локомоторног система, поготово постуралним деформацијама стопала.[11] Поред клиничког прегледа свих новорођених, неопходно је урадити селективни ултрасонографски преглед новорођених са клиничким знацима и факторима ризика за настанак развојног поремећаја кука.[10]

Хипотеза: испитивањем учесталости развојног поремећаја кука код дјеце са развојним поремећајем кука и секундарном коксартрозом у ужој породици установити међусобну повезаност.

Циљ испитивања је да се установи ниво утицаја фактора ризика, позитивне породичне анамнезе за развојни поремећај кука и секундарне коксартрозе у ужој породици на учесталост развојног поремећаја кука.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

У трогодишњем истраживању у породилишту добојске болнице „Свети апостол Лука“ клинички и ултрасонографски су прегледана 2.023 новорођенчета. Хетероанамнестички смо дошли до податка да је 109 новорођенчади у ужој породици имало развојни поремећај кука или секундарну коксартрозу. Ултрасонографским прегледом кукова нашли смо 25 новорођенчади са развојним поремећајем кука, док је 84 имало нормалан налаз на куку.

У истој студији смо клиничким прегледом тражили аномалије локомоторног система и открили смо да 76 новорођенчади има неку од аномалија. Сву новорођенчад смо прегледали ултрасонографски, од којих је 21 новорођенче имало развојни поремећај кука, док је 55 било са нормалним налазом на куковима.

Прикупљени подаци су статистички обрађени и приказани табеларно и дијаграмима. Резултати истраживања су анализирани и презентовани тестирањем хипотезе.

РЕЗУЛТАТИ

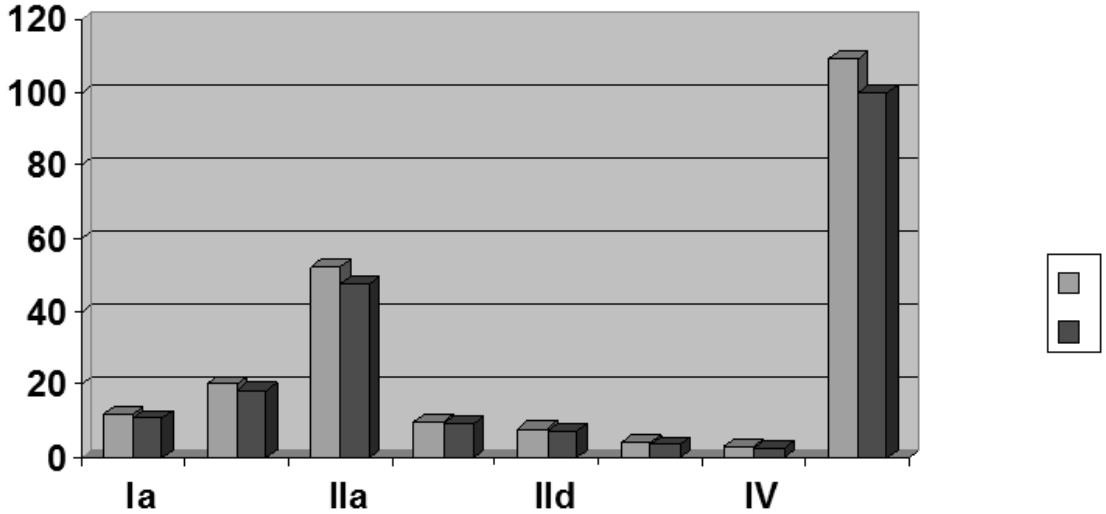
У трогодишњем истраживању, клинички и ултрасонографски су прегледана 2.023 новорођенчета у добојској болници. Верификовано је 109 новорођенчади са породичном анамнезом за развојни поремећај кука или коксартрозу и 76 новорођенчади са неком од аномалија локомоторног система.

Табела 1. *Ултрасонографски налаз на куковима новорођенчади са анамнезом да у породици има развојни поремећај кука или коксартрозу.*

Редни број	Тип кука према Графу	Ia	Iб	IIa	IIц	IIд	IIIa	IV	Укупно
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Број	12	20	52	10	8	4	3	109
2	Проценат	11,01	18,35	47,70	9,17	7,35	3,67	2,75	100

Хетероанамнестички, од мајке, добијени су подаци за 109 новорођенчади да су у породици имала развојни поремећај кука или коксартрозу, а од којих је 25 имало патолошки ултрасонографски налаз.

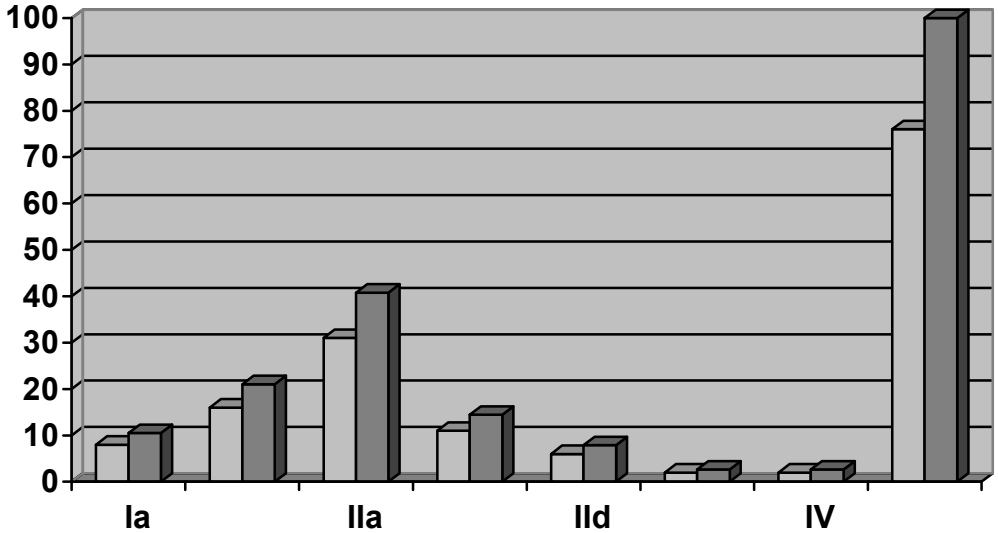
Графикон 1. Ултрасонографски налаз на куковима новорођенчади са анамнезом да у породици има развојни поремећај кука или коксартрозу.



Табела 2. *Дистрибуција ултрасонографских типова кукова код новорођенчади која су имала неку од аномалија локомоторног система.*

Редни број	Тип кука према Графу	Ia	Iб	IIa	IIц	IIд	IIIa	IV	Укупно
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Број	8	16	31	11	6	2	2	76
2	Проценат	10,53	21,05	40,79	14,47	7,90	2,63	2,63	100

Графикон 2. *Дистрибуција ултрасонографских типова кукова код новорођенчади која су имала неку од аномалија локомоторног система.*



Истраживањем су добијени подаци и о 76 новорођенчади са неком од аномалија локомоторног система, од којих је ултрасонографским прегледом утврђен патолошки ултрасонографски налаз код 21 новорођенчета.

ДИСКУСИЈА

Позитивна породична анамнеза за развојни поремећај кука и коксартрозу у ужој породици представља важан фактор ризика за настанак развојног поремећаја кука. Позитивна породична анамнеза и постуралне деформације стопала су се потврдиле као важни фактори ризика и рани резултати показују да су то групе високог ризика.[11] У истраживањима Pseener-а и сарадника нађено је да су деца без фактора ризика имала патолошки налаз на куку у 5,1%, а 9% у групи деце са факторима ризика.[12] Рана дијагноза развојног поремећаја кука је од суштинског значаја за успјешно лечење и прогнозу. Сматра се да је селективни скрининг новорођенчади са факторима ризика исплатив.[13]

Ултрасонографским прегледом новорођенчади, која су у ужој породици имала податке за развојни поремећај кука или коксартрозу, Zieger и Schulz су потврдили развојни поремећај кука у 2,2% новорођенчади, Stoffellen у 21%, Konermann у 27,8%, а Funtes и Diaz налазе статистички значајну разлику $p < 0,05$, док Grill и Schiavon породичну анамнезу убрајају у високо ризичне факторе. Osarumwense са сарадницима указује у својим истраживањима да су код деце са позитивном породичном анамнезом за развојни поремећај кука имали нормалан налаз код 181 детета, док је 2 детета (1,1%) имало дисплазију ацетабулума на радиографском прегледу.[14]

У нашем истраживању смо нашли 109 новорођенчади са подацима за развојни поремећај кука или секундарну коксартозу у ужој породици, од чега је код двадесет петоро деце (22,94%) постављена дијагноза развојног поремећаја кука ултрасонографским прегледом, што представља статистички значајну разлику $p < 0,05$ добијену тестирањем χ^2 тестом.

Налаз аномалија локомоторног система представља заначајан фактор ризика који указује на могући патолошки налаз на куковима. Riboni са сарадницима тврди да нема статистички значајне разлике између броја патолошких кукова новорођенчади у ризичној групи (1,7%) и у групи без ризика (0,8%).[15] Ипак највећи број аутора који се баве овим проблемом тврди да су статистички значајне разлике нађене код пола, позитивне породичне анамнезе и карличне презентације.[16]

Повезаност тортиколиса са развојним поремећајем кука Walsh је утврдио у 29%, док је Пајић нашао у 4% новорођенчади. Jones и Powell су појаву постуралних деформација стопала потврдили као важан фактор ризика и њихови рани резултати показују да су те групе високог ризика.[11]

Ми смо у нашем истраживању нашли 76 новорођенчади са неком од аномалија локомоторног система, а код 21 детета (27,63%) ултрасонографским прегледом је постављена дијагноза развојног поремећаја кука, што представља статистички значајну разлику $p < 0,05$ добијену тестирањем χ^2 тестом.

ЗАКЉУЧЦИ

Рана постављена дијагноза развојног поремећаја кука обезбеђује рано лечење које има елементе секундарне профилаксе, што гарантује висок проценат излечења без или са минималним компликацијама лечења.

Код новорођенчади, која су у ужој породици имала податке, хетероанамнестички, за развојни поремећај кука и секундарну коксартрозу и новорођенчад која су имала аномалије на локомоторном систему, препоручујемо да се обавезно уради ултрасонографски преглед кукова, јер се показало да су то статистички значајни фактори ризика за настанак развојног поремећаја кука.

Оваквим приступом се стварају претпоставке за рану дијагнозу развојног поремећаја кука и рано неоперативно лечење које обезбјеђује одличне резултате.

ЛИТЕРАТУРА

1. Klisić P. Congenital dislocation of the hip a misleading term. J Bone Joint Surg.1989; 71 – Б: 136.
2. Алексић Р. Развојни поремећај кука, рана дијагноза, превенција и лијечење. Кастор, Крагујевац, 1993.
3. Пајић Д. Први знаци луксантне аномалије кука новорођенчета и њихова прогоностичко-дијагностичка вриједност. Докторска дисертација. Медицински факултет, Нови Сад, 1974.
4. Јашаревић М., Златановић Б., Цвијетић А. Учесталост конгениталне дисплазије кука на подручју Тузле. Acta Medic Sal.1986; 25(31): 1–2.
5. Hundt M., Blemmix F., Bais JM, et al.Risk factors for developmental dysplasia of the hip: a meta – analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012 Nov; 165(1): 8–17.
6. Ortiz-Neira CL, Paolucci EO, Donnon T. A meta-analysis of common risk faktors associated with the diagnosis of developmental dysplasia of the hip in newborns. Eur J Radiol. 2012 Mar; 81(3): 344–51.
7. Noordin S., Ummer M., Hafeez K., Navaz H. Developmental dysplasia of the hip. Orthop Rev (Pavia). 2010 Sep; 2(2): e 19.
8. Bracken J., Tran T., Ditchfield M. DDH: contraversies and current concepts. J Pediatr Child Health. 2012 Nov; 48(11): 963/72.
9. Gharedaghi M., Mohammadzadh A., Zandi B. Comparison of clinical and sonographic prevadence of developmental dysplasia of the hip. Acta Med Iran. 2011; 491(1):25–7.
10. Laborie LB, Markestad TJ, Davidsen H., et al. Selective ultrasound screening for developmental hip dysplasia: effect on managment and late detected cvases. A prospective survey during 1991–2006. Pediatr Radiol. 2013 Dec.
11. Jones DA, Powel N. Ultrasound and neonatal hip screening. A prospective study of „high risk“ babies. J Bone Joint Surg Br.1990 May; 72(3): 457–9.
12. Pseener K., Ortore P., Fodor G., Stuefer J. Echography of the hip of the newborn infant. Radial Med. 1990 Jun; 79(6): 575/81.
13. Desprechings B., Ernest C., De Mey J. Screening for developmental dysplasia of the hip. JBR – BTR. 2007 Jan; 90(1): 4–5.
14. Osarumwense D., Popple D., Kersschav IF, et al. What folow-upis requiredfor children with a family history of developmental dysplasia of the hip? J Pediatr Othop B. 2007 Nov; 16(6): 399–402.
15. Riboni G., Serantoni S., De Simoni M., et al. Echography of the hip in the newborn. 1507 cases. Radial Med. 1991 Jan – Feb; 81(1/2): 53–7.
16. Romero M., Julian M., Gaete B., et al. Epidemiologic charactics of congenital hip dysplasia in a childean population. Rev Chil Pediatr. 1989 Sep – Oct; 60(5): 268–71.

Контакт: Никола Гаврић, ЈЗУ болница „Свети апостол Лука“, Служба за ортопедију и трауматологију, Добој, + 381 53 241 943

UDK BROJEVI: 616.31-084-053.2

СТАЊЕ ОРАЛНЕ ХИГИЈЕНЕ МЕЂУ ШКОЛСКОМ ДЕЦОМ ВОЈНИХ ОСИГУРАНИКА НАКОН ОБУКЕ О ОРАЛНОЈ ХИГИЈЕНИ И МОТИВАЦИЈЕ

Маргарета Лекић[1], Злата Бркић[2], Тамара Зуровац[3], Анита Шегвић Ракита[4]

ORAL HYGIENE AMONG SCHOOLCHILDREN MILITARY INSURED AFTER THE TRAINING ABOUT ORAL HYGIENE AND MOTIVATION

Margareta Lekić, Zlata Brkić, Tamara Zurovac, Anita Šegvić Rakita

Сажетак

Циљ истраживања је био да се процени знање, став и понашање деце према оралном здрављу након обуке о оралној хигијени, као и да се процене фактори који детерминишу ове промене.

Материјал и методе. Студија пресека је обухватила 100 деце, узраста од 7 до 15 година и њихове родитеље. Деца су клинички прегледана и одређен је индекс оралне хигијене по Грин-Вермилиону. Родитељи су попунили упитник који је имао две групе питања. Прва група питања се односила на знања и ставове родитеља, а друга група питања се односила на навике њихове деце о одржавању оралне хигијене и о исхрани.

Сви пацијенти су обучени техником прања зуба по „Готлиб-Орбан-Куреру“, и свима је контролни преглад заказан за 4–6 недеља.

Резултати. Резултати ове студије показују да степен оралне хигијене код деце није задовољавајући и да је улога родитеља ограничена. Навику прања зуба треба унапредити. Резултати ове студије указују да дечији ставови и ставови њихових родитеља треба да буду побољшани. Два пута дневно пере зубе 88% родитеља и 82% деце. Помоћна средства за одржавање хигијене

Summary

The aim of this study was to assess the knowledge, attitude and behavior of children towards oral health oral hygiene after training, as well as to assess the factors that determine these changes.

Materials and methods. Cross sectional study included 100 children, aged 7-15 years, and 100 of their parents were included in the study. All children were clinically examined and determined by the index of oral hygiene Greene Vermilionu. All parents completed the questionnaire had two sets of questions. The first group of questions related to the knowledge and attitudes of parents, and the second group of questions related to the habits of their children about hygiene and nutrition.

All patients were trained tehike brushing by „Gottlieb-Orban-delivery“, and everyone is checking a schedule set for 4-6 weeks.

Results. The results of this study show that the level of oral hygiene in children is not satisfactory and that the role of parents is limited. The habit of brushing your teeth should be improved. The results of this study indicate that children's opinions and attitudes of their parents need to be improved. Twice daily brushing her teeth 88 % of parents and 82 % of children. Auxiliaries hygiene regularly

[1] Др Маргарета Лекић, специјалиста парадонтологије и оралне медицине, Клиника за стоматологију, Војно-медицинска академија, Београд, Одељење за дечју и превентивну стоматологију.

[2] Проф. др Злата Бркић, специјалиста парадонтологије и оралне медицине, Клиника за стоматологију, Војно-медицинска академија, Београд, Одељење за болести зуба, уста и парадонтологију.

[3] Др Тамара Зуровац, специјалиста дечје и превентивне стоматологије, Клиника за стоматологију, Војно-медицинска академија, Београд, Одељење за дечју и превентивну стоматологију.

[4] Др Анита Шегвић Ракита, специјалиста дечје и превентивне стоматологије, Клиника за стоматологију, Војно-медицинска академија, Београд, Одељење за дечју и превентивну стоматологију.

редовно користи 17% родитеља и само 10% испитане деце. Најчешћа стоматолошка интервенција је пломбирање зуба 39%. Она је заступљена код 39% родитеља и 52% деце. Утврђена је знатна повезаност између оралног здравља детета и оралне хигијене родитеља, као и навике родитеља да контролишу дете у одржавању хигијене.

Закључак. Неопходна је стална мотивација и ремотивација обуке оралне хигијене код деце, што потврђује наша студија. Она је доказала знатно побољшање индекса оралне хигијене деце након мотивације и обуке. Непходно је у обуку укључити и родитеље школске деце, јер су њихова знања и ставови предиктори оралног здравља њихове деце.

Кључне речи: *деца, орална хигијена, родитељи.*

uses 17 % of parents and only 10 % of surveyed children. The most common intervention is stopping teeth 39% represented with 39 % of parents and children to the dental treatment 52 %. Established a significant correlation between oral health and oral hygiene of the child of parents, as well as the habits that control the child in maintaining hygiene.

Conclusion. It is a constant motivation and training remotivation oral hygiene in children. This is confirmed by our study, which demonstrated a well known index improving oral hygiene after motivation and training. It is necessary to include in the training and the parents of school children, as their knowledge and attitudes predictors of oral health of their children.

Key words*: children, oral hygiene, parents.*

УВОД

Здравље је дефинисано као потпуно физичко, ментално и социјално благостање, а не само одсуство болести и слабости. Орално здравље је саставни део општег здравља.[1] Оралне болести имају високу учесталост упркос смањењу кариозних зуба у развијеним земљама. Светска здравствена организација препоручује промоцију здравља у циљу унапређења знања, ставова и понашања у вези са оралним здрављем, превенцију и контролу болести међу ученицима. Унапређење оралног здравља појединца је у вези са знањем и сматра се да је то суштински предуслов за унапређење оралног здравља у заједници.[2] Током протекле две деценије остварен је значајни напредак у погледу оралног здравља у вези са квалитетом живота.[3] Урађен је известан број истраживања како би се проценио ниво оралног здравља код деце у земљама у развоју. Ова студија је урађена како би се утврдио ниво оралне хигијене испитаника након обуке и мотивације и да се процени знање деце и њихових родитеља о оралном здрављу. Орално здравље се мери присуством или одсуством оралних болести.

Резултати досадашњих истраживања потврђују корелацију између ставова мајки према оралном здрављу и стоматолошкој заштити и нивоа оралног здравља и степена стоматолошке посвећености деци. Утврђен је висок степен повезаности анксиозности и страха код мајке и испољеног страха од стоматолога код деце. Доказано је да су навике одржавања оралне хигијене мајке директно повезане са навикама одржавања хигијене код њихове деце.[4] Навике исхране мајке су у корелацији са оралним здрављем детета. Мајке у великој мери утичу на навике своје деце и избор хране.[5]

Доказано је да је повећана употреба шећера у исхрани мајке значајно повезана са навикама коришћења шећера код деце.[6]

Лоша орална хигијена доводи до бројних оралних болести. Каријес зуба и гингивити су најчешће оралне болести које су директно повезане са лошом оралном хигијеном. Оралне болести су прогресивне

и кумулативне и постају сложеније током времена. Оне утичу на способност исхране, изглед и начин комуникације. Ове болести су од економског значаја и могу да компромитују радну способност у кући, школи или на послу.[7] Социјално-економски утицај за настанак оралних обољења је значајан. Месечни приходи породице и образовање мајки имају значајан утицај на стање оралног здравља њихове деце [8]

ЦИЉ РАДА

Циљ истраживања је био да се код деце узраста 7–15 година утврди степен побољшања оралне хигијене након обуке и мотивације и да се утврди повезаност нивоа оралне хигијене и ставова, знања и понашања родитеља. У истраживању је коришћена студија пресека.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

У овом раду учествовало је укупно 100 деце и 100 родитеља који су посетили Одељење дечје и превентивне стоматологије Клинике за стоматологију Војно-медицинске академије у Београду у периоду новембар–децембар 2013. године.

Критеријуми за укључивање у истраживање су били:

- деца узраста 7–15 година;
- присуство сталних зуба (16, 11, 26, 36, 31 и 46);
- обавезно присуство бар једног родитеља приликом прегледа.

Критеријуми за искључивање:

- присуство системских болести код деце (дијабетес мелитус, кардиоваскуларне болести);
- недостатак неког од 6 репрезентативних зуба (16, 11, 26, 36, 31 и 46).

Обавезно је било узимање сагласности родитеља за учешће у истраживању.

Коначан узорак је сачињавало 100 парова (дете–родитељ), одзив је био 100%. Као инструмент истраживања коришћени су оригинални упитници и за родитеље и за децу. Упитник за родитеље је садржао питања која су се односила на демографске карактеристике, образовање, знање и навике о оралној хигијени. Стање оралног здравља је процењивано на основу попуњеног упитника о броју извађених зуба, присуства протетских надокнада и навика о одржавању оралне хигијене.

Стање оралне хигијене деце је утврђено клиничким прегледом. Сва деца су прегледана стандардним стоматолошким прегледом у ординацији. За преглед је коришћена стоматолошка сонда, стоматолошко огледалце, стерилна газа и вештачко халогено светло.

За утврђивање стања оралне хигијене код деце коришћен је поједностављени индекс оралне хигијене по Грин-Вермилиону из 1964. године.[9] Овим индексом се одређује количина свих меких наслага на зубима. За одређивање овог индекса користи се површина шест зуба који представљају репрезентативни узорак. То су вестибуларне површине првих горњих молара са десне и леве стране, првог горњег секутића са десне стране, првог доњег секутића са леве стране и мере се оралне површине првих доњих молара са леве и десне стране. Мерење се врши стоматолошком сондом и то само на потпуно изниклим зубима. Просечан индекс се добија када се индекси за поједине зубе саберу и збир подели са бројем прегледаних зуба. Ако неки од зуба недостаје, не може бити замењен суседним зубом.

Присуство меких наслага се бодује на следећи начин:

0 – меких наслага нема на зубу;

1 – меке наслаге покривају до 1/3 површине зуба;

2 – меке наслаге покривају од 1/3 до 2/3 површине зуба;

3 – меке наслаге покривају више од 2/3 површине зуба.

Приликом мерења, наслаге није потребно бојити. Недостатак овог индекса је што се не прави разлика између појединих врста меких наслага, а оне имају различиту улогу у етиологији гингивита и пародонтопатија.

Зависна варијабла посматрања било је стање оралне хигијене код деце након обуке оралне хигијене, одређене индексом оралне хигијене по Грин-Вермилиону.

Независне варијабле посматрања су биле: ставови родитеља и деце према оралном здрављу, учесталост прања зуба, употреба помоћних средстава за одржавање хигијене и начин исхране.

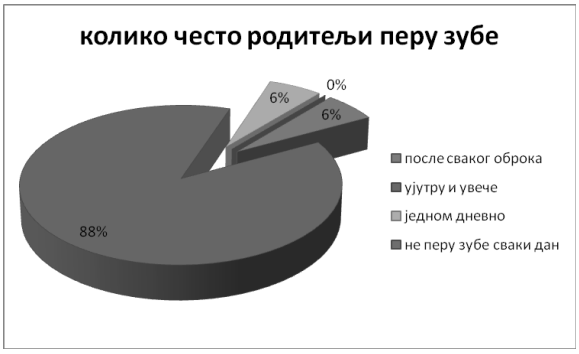
РЕЗУЛТАТИ

Резултати за родитеље

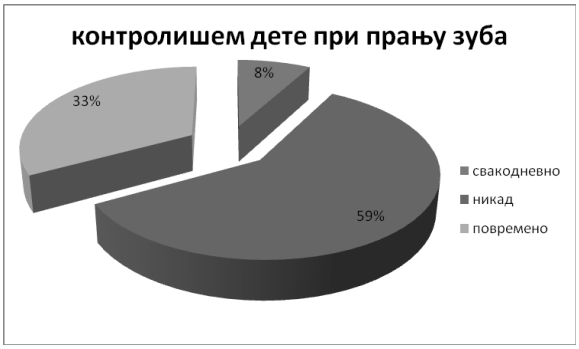
Упитник је попунило 100 родитеља (57 мајки и 43 очева). Просечна старост родитеља је била 42 године. Високо образовање има 43, средње 56, а основно само 1. Једно дете има 27, а двоје деце 64 родитеља.

Највећи број родитеља пере зубе два пута дневно 88% (Графикон 1). Највећи број родитеља, њих 61%, изгубило је више од 4 зуба, а 27% њих нема 2–4 зуба. Свакодневно 8% родитеља контролише своју децу приликом прања зуба (Графикон 2). Највећи број родитеља 54% посећује стоматолога једном годишње (Графикон 3). Најчешћа интервенција код стоматолога је пломбирање зуба 39% (Графикон 4). Повремено крварење гингиве приликом прања зуба јавља се код 58% родитеља (Графикон 5). Свакодневно помоћна средства за одржавање хигијене користи 17% родитеља (Графикон 6).

Графикон 1. *Учесталост прања зуба код родитеља.*



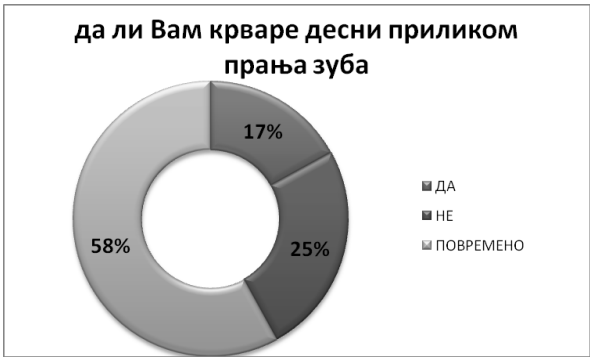
Графикон 2. *Учесталост контролисања деце при прању зуба.*



Графикон 3. *Учесталост контрола код стоматолога.*

Графикон 4. *Најчешће интервенције код стоматолога.*

Графикон 5. *Крварење десни при прању зуба.*



Графикон 6. *Учесталост коришћења течности за испирање уста са флуором.*

Велики број родитеља, чак 97%, зна да оболели зуби могу негативно утицати на опште здравље, 27% родитеља не може да натера своје дете да два пута у току дана пере зубе, док 38% њих не зна или није сигурно да је пародонтопатија велики проблем који погађа преко 50% одраслих. Само њих 25% је знало да пародонтопатија може да се јави и у дечијем узрасту, а 61% се сложило да пародонтопатија доводи до губитка зуба (Графикон 7).

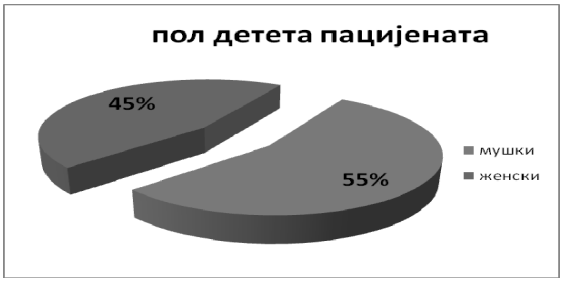
Испитивање деце

Од 100 испитиване деце, 45 су девојчице, а 55 су дечаци (Графикон 8). Деце узраста од 7 до 9 година је било 36, од 10 до 12 година је било 47 и деце узраст од 13 до 15 година је било 17 (Графикон 9). На основу упитника, два пута дневно пере зубе 82%, три и више пута 9%, једном дневно пере зубе 9% (Графикон 10). Најчешћа стоматолошка интервенција код деце је поправка зуба 52% и 16% екстракција зуба (Графикон 11). Највећи број деце, 42%, пере зубе један до два минута (Графикон 12).

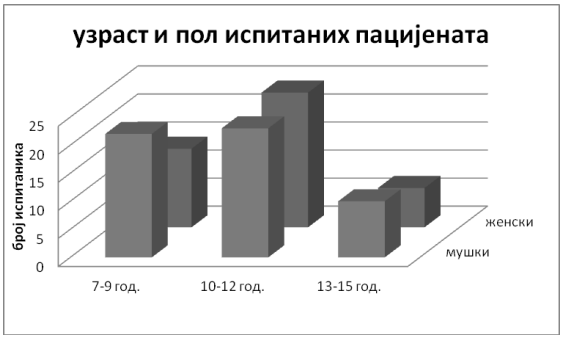
Графикон 7. *Ставови родитеља о оралном здрављу.*

	оболели зуби могу негативно утицати на опште здравље	не могу да натерам своје дете да пере зубе 2хдневно	парадонтопатија је велики проблем који погађа преко 50% одраслих	да ли крварење гингива може да се спречи конзумирањем мекехране	да ли пребојеност зуба узоркује пародонтопатију	парадонтопатија може да се јави и у дечијем узрасту	парадонтопатија доводи до губитка зуба
слажем се	97	27	52	14	14	25	61
не слажем се	0	70	10	21	5	3	1
нисам сигуран/а	2	2	24	38	40	46	20
не знам	1	1	14	27	41	26	18

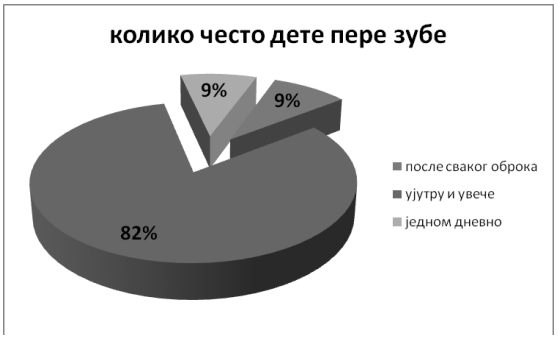
Графикон 8. *Пол испитиване деце.*



Графикон 9. *Узраст у зависности од пола.*

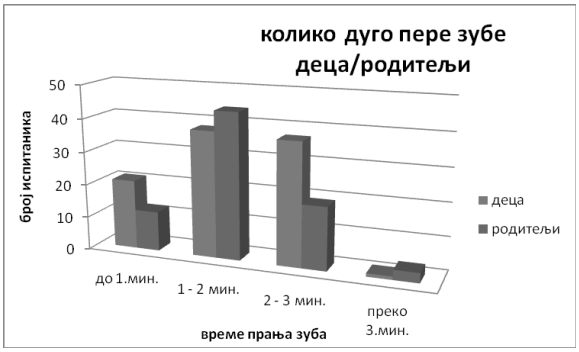


Графикон 10. *Учесталост прања зуба*



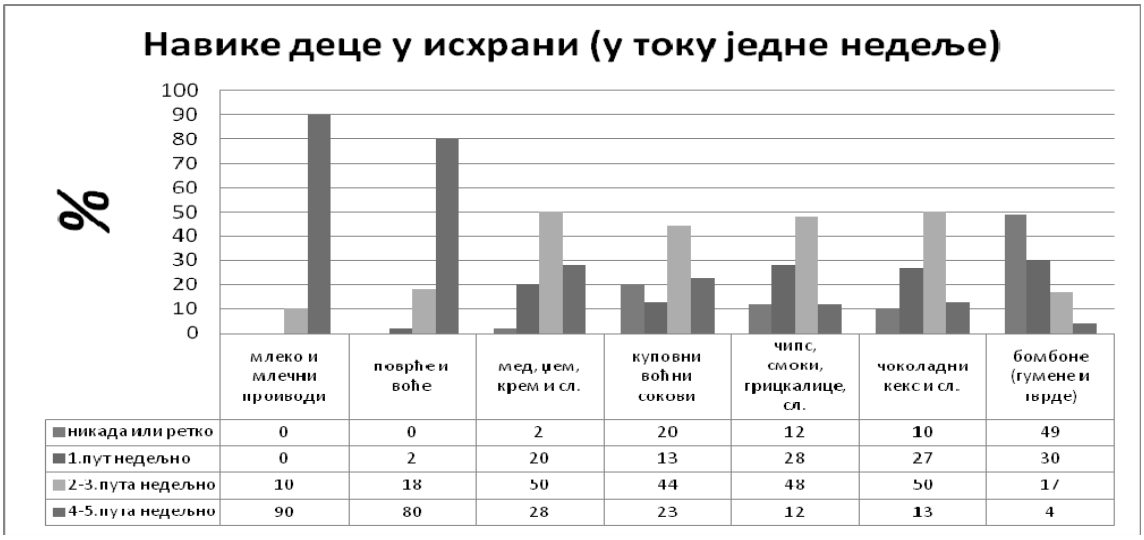
Графикон 11. *Најчешће интервенције код стоматолога.*

Графикон 12. *Време проведено у прању зуба родитељи/деца.*



Деведесет посто деце 4–5 пута недељно конзумирају млеко и млечне производе, а воће и поврће њих 80%. Мед, џем, крем, куповне воћне сокове, грицкалице и чоколаду деца конзумирају 2–3 пута недељно. Бомбоне 49% деце ретко или никад не конзумира (Графикон 13).

Графикон 13. *Навике деце у исхрани.*



	млеко и млечни производи	поврће и воће	мед, џем, крем и сл.	куповни воћни сокови	чипс, смоки, грицкалице, сл.	чоколадни кекс и сл.	бомбоне (гумене и тврде)
никада или ретко	0	0	2	20	12	10	49
1.пут недељно	0	2	20	13	28	27	30
2-3.пута недељно	10	18	50	44	48	50	17
4-5.пута недељно	90	80	28	23	12	13	4

На првом испитивању лошу оралну хигијену је имало 24%, задовољавајућу оралну хигијену је имало 43%, а добру оралну хигијену је имало 33% деце. А након обуке, лошу оралну хигијену је имало 4%, задовољавајућу оралну хигијену је имало 34%, а добру оралну хигијену је имало 62% деце (Табела 1).

Табела 1. *Грин-Вермилов индекс пре и после обуке оралне хигијене.*

Green-Vermilionu index		I index (пре обуке хигијене)	II index (после обуке хигијене)
0–0,99	*добра хигијена*	33	62
1–1,99	*задовољавајућа хигијена*	43	34
2–3	*лоша хигијена*	24	4

Током студије деци је утврђивано постојање крварења гингиве приликом сондирања, где је утврђено постојање крварења код 21% испитаника на првом прегледу, а тај проценат је смањен на другом прегледу на 18%.

Сви резултати у тексту и табелама приказани су као средња вредност стандардне девијација (СД). Статистичка значајност демографских карактеристика и индекса оралне хигијене по Грин-Вермилиону је приказана Студентовим т-тестом и χ^2 тестом. Ниво статистичке значајности је мањи од 0,05.

ДИСКУСИЈА

Орално здравље је део општег здравља и не треба га тумачити као посебан део. Ово истраживање је доказало да постоји значајна веза између мотивације и обуке оралне хигијене са побољшањем оралне хигијене. Такође постоји веза између знања, ставова и навика родитеља са степеном оралне хигијене њихове деце. Стање оралног здравља родитеља је битно повезано са оралним здрављем њихове деце и степеном оралне хигијене.

У току нашег испитивања спроведеног на Војно-медицинској академији у Београду утврђено је да је средњи индекс оралне хигијене био 1,21, а након обуке средњи индекс оралне хигијене је био 0,77, што је оцењено као статистички значајна разлика (t=8,93; p>0,05). Највећи број родитеља 88% пере зубе два пута дневно, помоћна средства за одржавање хигијене користи 17% родитеља, а само 8% родитеља свакодневно контролише децу у одржавању оралне хигијене. Највећи број деце 82% пере зубе два пута дневно, а на редовне контролне прегледе долази само 32% деце.

Поређења ради у Индији 34,3 % деце је имало добру хигијену, а гингивитис 53,4%.[10] У току нашег истраживања утврђено је да је гингивитис имало 18% испитиване деце. Просечан индекс оралне хигијене пре обуке је био 2,41, а 4 недеље након обуке о оралној хигијени школске деце је износио 1,16.[11] У Бразилу 24,5% људи само ујутро пере зубе, а само 16,5% два пута дневно, а 30% људи посећује најчешће стоматолога за екстракцију зуба.[12] У Нигерији средњи индекс оралне хигијене код деце у градовима старости 15 година износи 1,00, док код деце у сеоским срединама износи 1,43.[13] Код хаићанске деце средњи идекс оралне хигијене је износио 1,14, а код немачке деце средњи индекс оралне хигијене је износио 1,28. Дечаци су имали лошију хигијену од девојчица.[14] У Мађарској 35% одраслих и 11,3% ученика имају страх од стоматолошких интервенција.[15] У Литванији 16% деце има врло добру хигијену; 38% добру хигијену; 33% задовољавајућу и 13% има лошу хигијену. У Албанији се знатно поправио степен оралне хигијене након обуке о хигијени у школи. Код школске деце у Волгограду 26,7% деце од 12 година је имало лошу оралну хигијену.[16] Наше истраживање је потврдило знатно побољшање оралне хигијене након обуке, када је 62% деце имало добру хигијену.

ЗАКЉУЧАК

Орално хигијенске навике код деце војних осигураника нису задовољавајуће. Навика прања зуба мора да се побољша, а такође је потребно много веће укључивање родитеља у контроли оралне хигијене њихове

деце. Редовни контролни прегледи, обука у одржавању оралне хигијене и сталне ремотивације постижу добре резултате. Постоје сигурне и ефикасне мере превенције болести, тако да свако може да унапреди орално здравље и спречи настанак болести. Ове мере укључују свакодневно одржавање оралне хигијене, флуорисање воде за пиће и редовне контроле код стоматолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. US Department of Health and Human Services. Oral health in America: a report of the Surgeon General. Rockville (MD): National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; Accessed May 17, 2013.
2. Mehta A, Kar G. Oral health – related knowledge, attitude and practices among 12 year-old schoolchildren studying in rural areas of Panchkula, India. Indian J Dent Res, 2012 Mar-Apr; 23/2: 293.
3. Barbosa TS, Tureli MC, Gaviado MB. Validy and reliability of child perceptions questionnaires applied in Brazilian children. BMC Oral Health. 2009 May 18; 9:1 3.
4. Bruce A. Dye, DDS; MPH, Clemencia M. Vargus, DDS; PhD, Jessica J. Lee, DDS; Laurence Magder PhD, MPH and Norman Tinanoff, DDS, MS. Assessing the Relationship Between Children's Oral Health Status and That of Their Mothers. The Journal of the American Dental Association.February 2011; 142: 173−183.
5. Mennela JA, Ziegler P, Briefel R, Novak T. Feeeding infacts and toddlers study:the types of foods fed to hispanic infalts and toodlers. J Am Diet Assoc 2006; 106(1suppl.1): S96-S106.
6. Paunio P. Dentol health habits of young families from Soutwestern Finland. Community Dental Oral Epidemiol 1994; 22(1): 36−40.
7. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dentol and Craniofacial, National Institutes of Health, 2000.
8. Aline Rogeria Frire de Castilho, Fabio Luiz Mialhe, Tais de Souza Barbosa, Regina Mario Puppin Rontoni. Influence of family envirovment on children's oral health:a sistematic review. Jornal de Pediatria 2013; 89: 116–23.
9. Oral Health Database:Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S).
10. Saurabh Sharma, P Parashar, A Srivastava, Rahul Bansol. Oral health status of 9-12 year old schoolgoing children in urban Meerut. Indijan Journal of Communnity Helf....
11. Bialakere R Chandrachekar Suma, Kaverikana Kiron, Badhranathi C Manjath. Journal of Family Community Medicine 2012; Volume 3: 184−189.
12. Mahd Abdullahi; Hasson Ali; Shaik Rahiman. Knowledge, practis and awareness of oral hygiene among three different age populations of same etic group-a community based study. Brazilian Journal of Oral Sciences....
13. AO Umoh, CC Azodo. Association between periodontal status,oral higiene status and tooth wear among adult male population in Benin City, Nigeria.Children's Dentristry 2013; Volume 3/(Issue:2): 149−154.
14. Frunz E, Gotre W. Oral health survey in Haitian and Hambury children aged 12-Community Dental Oral Epidemiol.1983 Oct; 11(5): 302-7.
15. Julia Bartos, Judit Meszaros. Dental Health Behoviour of Adolescents and Their Parents. Borgis-New Medicine, S. 39−44.
16. European Association of Dental Public Health 16th. Annual meeting. Ann Stomatol (Roma) 2011.Jan-Jun; 2(Supl.1-2): 1−48.

Контакт: Маргарета Лекић, Омладинских бригада 16/45, 11070 Нови Београд, +381.63.286027; e-mail: lekicmargareta@gmail.com

UDK BROJEVI: 614.841.492;
616-001.17

THE INFLUENCES OF FIRE CONSEQUENCES ON HUMANS HEALTH AND ITS POSSIBLE ELIMINATION

Radoje Jevtić[1]

УТИЦАЈ ПОСЛЕДИЦА ПОЖАРА НА ЗДРАВЉЕ ЉУДИ И МОГУЋНОСТИ ЊИХОВЕ ЕЛИМИНАЦИЈЕ

Радоје Јевтић

Summary

The appearance of fire in human's environment presents very possible real situation that could be very danger and could cause destructive consequences on human health, human lives and material properties. There are several ways of the fire influence on human's health. The most common are burns and poisoning by gases, at the first place by carbon monoxide and carbon dioxide. The prediction of these influences, possible avoidance of these influences and first aid after consequences effects present very important tasks in human health protection. One of the very important factors in the decreasing or eliminating of the fire influences is evacuation.

Key words: *fire, propagation, burn, CO, CO_2, evacuation, simulation*

Сажетак

Појава пожара у човековој околини представља врло могућу стварну ситуацију, која би могла бити врло опасна и узроковати деструктивне последице на животе и здравље људи и материјална добра. Постоји неколико начина утицаја пожара на здравље људи. То су најчешће опекотине и тровања гасовима, на првом месту угљен-моноксидом и угљен-диоксидом. Предвиђање ових утицаја, могућа избегавања тих утицаја и прва помоћ после испољавања последица представљају врло важан задатак у заштити здравља људи. Један од веома важних фактора у смањењу или елиминацији утицаја пожара је евакуација.

Кључне речи: *пожар, пропагирање, опекотине, CO, CO_2, евакуација, симулација.*

[1] Radoje Jevtić, ETŠ „Nikola Tesla", Niš, Serbia.

Introduction

The fire presents uncontrollable combustion process that causes the material disaster and endangers human health and lives. The one of the most important factors according to the fire is combustion. Combustion means the series of chemical reactions between oxygen and combustible material, followed by the production of heat, smoke and flame. The heat presents one of the most important consequences of the combustion process. There are three ways of heat transfer: convection, conduction and radiation. The smoke presents suspension of the liquid, solid and gasses parts. Depending of the combustion material, every fire is followed by different combustion products. The flame presents the gas environment where the physical-chemical reaction is happening. The flame comprises wide range of light-from ultraviolet to infrared area.

According to the material properties, the fire following the April 18, 1906, San Francisco earthquake in the USA cost an estimated 350 million dollars at the time, equivalent to 6.862 billion dollars (£4.749 billion) in today's terms. One of the fires with lot of human victims was the fire that destroyed the World Trade Center at 11.09.2001. The Twin Towers completely collapsed 56 and 103 minutes after the plane's impact. There were 2.974 people died in the attacks and lot of them with injuries.

The appearance of fire causes the appearance of several fire consequences on human's health, such as burns, poisoning with carbon monoxide (CO) and carbon dioxide (CO_2). The influence of these fire consequences could cause huge damages on human's health, including the death. Because of that, it is very important to have a basic knowledge about these types of injuries in order to provide the first aid to the affected victims and, if it is possible, save theirs life. Also, it is important, if it is possible, to avoid this injuries with some effective way, such as opportune and safe evacuation.[1, 2]

BURNS

Burn presents a special type of injury on flesh or skin. It could be caused by several different factors, such as heat, electricity, variety chemicals, friction or radiation. The most common division of burns is on the first, second, third and fourth degree.

The first degree burns affect only the superficial skin. This is the weakest type of burns and usually retreats after several days. The usual symptoms are redness of the skin without blisters or possible appearance of blisters. They are painful. This type of burns is presented on figure 1.

Figure 1. *An example of the first degree burn.*

The second degree burns implies damage of some of the under skin layers. They can overtake superficial partial thickness or deep partial thickness. The usual symptoms are redness with clear blisters, blanches with pressure, yellow or white color at the damage location etc. They are very painful. Mortality level of this type of burns could be high. They complicate the complete healthy state of victim. The duration could be from two or three weeks up to eight weeks or longer. This type of burns is presented on figure 2.

Figure 2. *An example of the second degree burn.*

The third degree burns are the injuries that extend to all layers of the skin. They could have a great mortality level. Usual appearance is as stiff and white or brown color of skin. They take very competent medical personal, competent medical treatment and the duration of the recovery could be by months. They are painless. The consequences of these types of burns could be amputation of burned parts of body. This type of burns is presented on figure 3.

Figure 3. *An example of the third degree burn.*

The fourth-degree burns are burns which take over skin, tissue, bones and muscles. The main characteristic is black color of skin and death tissue. The consequences are significant functional damage, amputation of burned parts and very high mortality level. This type of burns is presented on figure 4.[3, 4]

Figure 4. *An example of the fourth degree burn*

CO_2 AND CO POISONING

The possibility of CO_2 poisoning is everywhere where this gas arises: vine cellar, ships tanks, ferment industry etc. This gas can cause damage on nerve system, muscle paralyze and suppression. The best therapy is an exposition to fresh air and oxygen.

CO is gas which is generated as a consequence of incomplete combustion, in industry, car motors and many different processes. The influence of this gas on humans depends of many different factors: gender, age, physical condition, the presence of some other diseases etc. CO is a toxic gas, but, being colorless, odorless, tasteless, and initially non-irritating, it is very difficult for people to detect. The mechanism of CO poisoning is very complex. Carbon monoxide can have severe effects on the fetus of a pregnant woman. Chronic exposure to low levels of carbon monoxide can lead to depression, confusion, and memory loss. Carbon monoxide mainly causes adverse effects in humans by combining in contact with hemoglobin to form compound (HbCO) in the blood, which is known as carboxyhemoglobin. This prevents hemoglobin from releasing oxygen in tissues, effectively reducing the oxygen-carrying capacity of the blood, leading to hypoxia. The effects of CO exposition for different time of exposition are presented on figure 5, while the influence symptoms of CO on organism are presented in table 1.[5, 6]

Figure 5. *The CO influence on humans after specific time.*

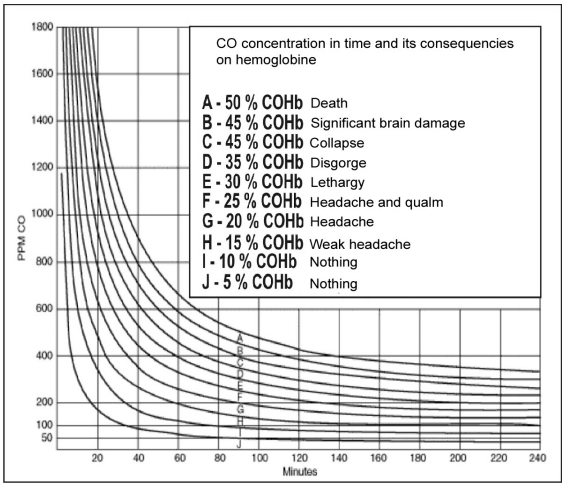


Table 1. *Influence symptoms of CO on organism.*

Conc. (ppm)	Symptoms
50	No effects for exposition up to 8 hours.
200	Weak headache after 2-3 hours.
400	Headache, qualm after 1-2 hours.
800	Dizziness after 45 min., faint after 2 hours.
1000	Faint after 1 hour.
1600	Headache, qualm after 20 min.
3200	Qualm 5-10 min., faint after 30 min.
6400	Qualm after 1-2 min., faint after 10-15 min.
12800 (1.28 %)	Momentary faint, death after 1-3 min.

EVACUATION AS A WAY OF PROTECTION

The influence of the most common fire consequences, flame and gases (CO_2 and CO) could have a disaster effects on humans in some object. One of the safest ways for human's protection is opportune evacuation. Because of that, one of the most important tasks in object projecting is prediction and projection of evacuations routes. The evacuation term, generally, presents the safest, shortest and fastest way of moving for people, animals and material properties from endanger object or location to the secure place. At the other side, this ways should provide possibilities for safe and fast approach for fire and medical services. The causes of evacuation, beside fire, could be different: gas, bomb threat, earthquake, overflow, civil disorders etc. According to the cause of evacuation, the proper strategy of projecting would be realized. The explorations on the field of evacuation in case of fire started in the late seventies of the XX century and that explorations were caused by several catastrophic fires, where the one of the worst was in workshop in Brussels with 300 people killed. Especially case in the evacuation problematic is evacuation of object with lot of humans inside in case of fire. These object consist buildings, schools, hospitals and similar object, very often with huge dimensions, for example big object height of big object surface. These are facts that significantly can complicate projecting and design of evacuation routes and, if they don't realize correctly, directly harm safety of humans inside them.

Evacuation routes were projected as primary and secondary. Primary evacuation route is the most frequently, route for normal communication in object. For example, these routes could be stairs, hallways, corridors and other surfaces used for communication in object or in separate floor. They are with the different dimensions for every type of object. These routes are the routes that fire services used for, in case of fire. The secondary routes depend on objects purpose. These routes could involve windows, roofs etc. Both types of evacuation routes must satisfied many standard and no standard demands, according to the number of people, type and purpose of object, speed of people moving, necessary time of evacuation etc.[7]

SIMULATION MODEL AND SIMULATION OF EVACUATION

Very good way for projecting of evacuation routes is using of the simulation programs for evacuation. These programs are very good way for safe, economic and easy calculation of minimal time need for object evacuation and the easiest and the fastest routes for object evacuation.

One of the often used simulation program for evacuation is Pathfinder. Pathfinder is an agent based egress and human movement simulator. This program provides a graphical user interface for simulation design and execution as well as 2D and 3D visualization tools for results analysis. The movement environment is a 3D triangulated mesh designed to match the real dimensions of a building model. This movement mesh can be entered manually or automatically based on imported data (e.g. FDS geometry). Walls and other impassable areas are represented as gaps in the navigation mesh. These objects are not actually passed along to the simulator, but are represented implicitly because occupants cannot move in places where no navigation mesh has been created. Doors are represented as special navigation mesh edges. In all simulations, doors provide a mechanism for joining rooms and tracking occupant flow. Depending on the specific selection of simulation options, doors may also be used to explicitly control occupant flow. Stairways are also represented as special navigation mesh edges and triangles. Occupant movement speed is reduced to a factor of their level travel speed based on the incline of the stairway. Also, this speed could be set to the desire value in order to simulate different situations. Each stairway implicitly defines two doors. These doors function just like any other door in the simulator but are controlled via the stairway editor in the user interface to ensure that no geometric errors result from a mismatch between stairways and the connecting doors.[8]

Occupants that present humans are modeled as upright cylinders on the movement mesh and travel using an agent-based technique called inverse steering. Each occupant calculates movements independently and can be given a unique set of parameters (maximum speed, exit choice, 3D model, etc).

In this paper, the simulation model of the residential building was used. The residential building in Bulevar Nemanjića 70 street in Niš presents two residential objects with separate exits (entrances), connected one beside other. Every object has ten floors, 2 elevators, vault rooms, loft, ground floor and four flats on every floor started from ground floor, which means forty flats per separate object, eighty flats altogether. On every floor from ground floor up to ninth floor, there are four flats, two with approximate surface of 66m^2 and two with approximate surface of 50m^2. The maximal width of stairs is about 1,3m. Every object has two elevators: one with totally capacity of four persons and one of totally capacity of six persons. The speed of smaller elevator was 1,1m/s and the speed of bigger elevator was 0,9m/s. The maximum range between floors is 2,5m and the totally height of the building was about 34m (measured from the ground to the elevator house on the last floor). The residential building in Bulevar Nemanjića street is presented on figure 6.

Figure 6. *The residential building in Bulevar Nemanjića 70 street in Niš.*

According to the real model of named building, the simulation model in program Pathfinder was constructed. The upper and the front view of the building are presented in figures 7 and 8 .

Figure 7. *Simulation model of building in B. Nemanjića 70 – upper view.*

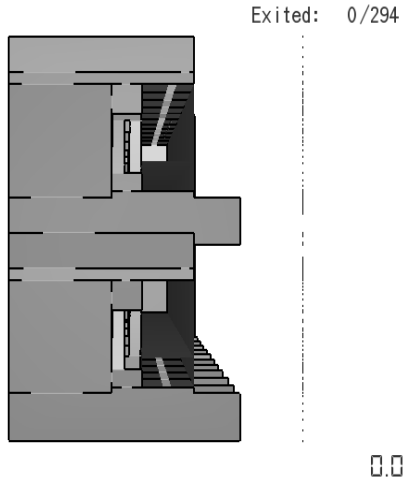
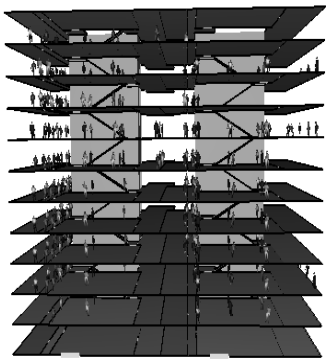


Figure 8. *Simulation model of building in B. Nemanjića 70 – front view.*



The simulation model consists of floors, exits, stairs and occupants. The complete number of occupants was 294, according to the resident lists from both objects. The occupants were placed per floors and per flats also according to the residential lists.

After the simulation model was constructed, it was decided to simulate three possible scenarios for three different occupants' speeds. It is known that the occupant moving speed in calm state is about 1,2-1,5m/s. In panic state, occupants move faster or even run. According to that, it was decided that occupants speeds were 1,4m/s, 2m/s, 3m/s, and 4m/s. For every occupant speed, the three scenarios were constructed and calculated. The first scenario included both elevators per object available and both exits per object opened. The second scenario included elevators available, one exit available and one exit blocked. The third scenario included both exits opened but both elevators unavailable. These scenarios were chosen because they present possible real situations which could be happened, especially in the buildings that don't have particular fire stairs, but have common passage on the top floor with determinate occupants flow, such as noted building. The time required for object evacuation in different situations could be crucial factor in human lives safety and it depends on many subjects, because fire factors, such as flame, smoke, panic and many others that could appreciably endanger human lives. Figures from 9 to 11 present time dependences for every of three noted possible cases.[9]

Figure 9. *Number of occupants from time dependence for different occupant speed in both exits opened, both elevators available scenario.*

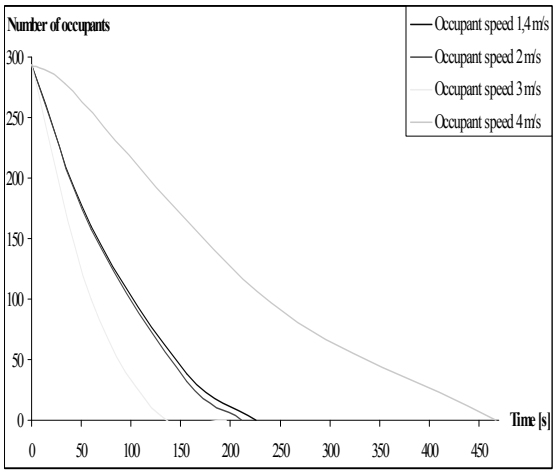


Figure 10. *Number of occupants from time dependence for different occupant speed in one exit opened, one exit blocked, both elevators available scenario.*

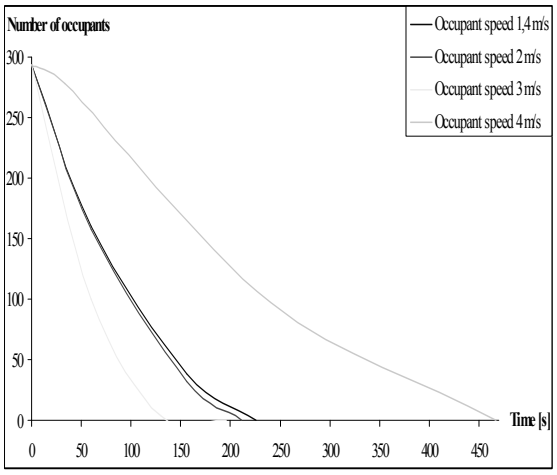
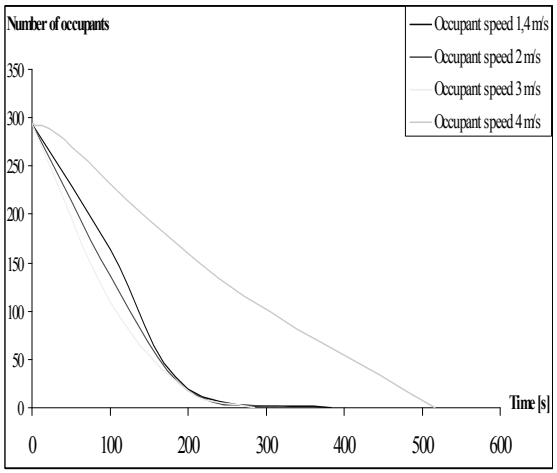


Figure 11. *Number of occupants from time dependence for different occupant speed in both exits opened, both elevators unavailable scenario.*



DISCUSS AND CONCLUSION

According to the realized simulation results, it can be concluded that the most of the time needed for building evacuation was in the case with one exit opened, one exit blocked, both elevators available, occupants speed 4 m/s (517 seconds). That situation showed that at bigger occupants speeds, stuck and crush became very often scenario with hard predictable consequences. It was said that panic and stress situations could cause that occupants run faster, but faster running also could cause stuck in the elevators and stairs. Very important fact is that in the simulation program, speed of every occupant was the same, which is a not always real situation. That implies more stuck and crush situations which significantly increase the time need for object evacuation. The shortest time needed for building evacuation was in case of both exits opened, both elevators unavailable scenario, where the occupant speed was 3m/s, which was particularly interest because elevators were unavailable.

According to all exposed, it can be seen the great importance of the opportune evacuation of humans from endanger object. This way of analyzing of evacuation times and evacuation routes is very appropriate because it gives good presentation how available evacuation routes could be used for different fire locations and conditions in some object. On that way, it can be possible to avoid flame and production of CO_2 or CO, or at least decrease its effects. All these factors could be tested for different occupants speed and behavior, which gives of good real presentation of potential fire situation and great advantages in projecting of complete fire protection system for some particular object, as it was realized in this paper.[10, 11]

REFERENCES

1. Jevtić, B.R.: *The importance of fire simulation in fire prediction*, Tehnika elektrotehnika, Beograd, 2014; Vol 1: pp. 153–158, ISSN 0040–2176.
2. Jevtić, B.R.: *Zaštita od požara i provale primenom netipičnih električnih vodova*, doktorska disertacija, Univerzitet u Nišu, Niš, Srbija, 2014.
3. en.wikipedia.org/wiki/Burn
4. http://www.medicinenet.com/burns/index.htm
5. Blagojević, Đ.M.: *Alarm systems*, Faculty of occupational safety, Niš, 2011.
6. www.cdc.gov/co/faqs.htm
7. Jevtić, B.R., Blagojević, Đ.M.: *Simulation of the school object evacuation*, Tehnika elektrotehnika, Beograd, 2013; Vol 2: pp. 365–370, ISSN 0040–2176.
8. Pathfinder 2012 Manual, Thunder Engineering, Manhattan, USA, 2012.
9. Jevtić, B.R., Ničković, T.J.: *Simulation of residential object evacuation,* 57th ETRAN CONFERENCE, Zlatibor, ISNB 978-86-80509-68-6, 2013.
10. Helbing, D., Farkas, I., Viscsek T., *Simulating dinammical features of escape panic*, Nature, 2000; Vol. 40: pp. 487–490.
11. Hasofere, A.M., Beck, V.R., Bennetts I.D., *Risk Analysis in Building Fire Safety Engineering*, Elsevier, 2007.

Contact: Radoje Jevtić, ETŠ „Nikola Tesla“, Aleksandra Medvedeva 18, 18000 Niš. Srbija, tel:+381637590193, e-mail: milan.jvtc@gmail.com

UDK BROJEVI: 364.69:33

ОСНОВИ ЕКОНОМИКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА Планирање здравствене заштите

Драган Младеновић[1]

BASICS ECONOMICS OF HEALTHCARE AND HEALTH INSURANCE The health care planning

Dragan Mladenović

Сажетак

Планирање здравствене заштите је неопходно усмеравање рада и финансирања здравствених установа, односно здравствене службе одређене територије.

Утврђивање метода планирања је циљ којем се тежи, ради уједначавања у пружању здравствених услуга.

Коришћена је доступна литература, у којој су закони о здравственој заштити основни полазни документи.

Размотрени су предмет планирања у здравственој заштити, методологија, принципи и модели планирања, праћење извршења, глобално и детаљно планирање.

С обзиром на промене друштвеног и привредног система у процесу транзиције, планирање у непривредним делатностима, као што је здравствена делатност, треба да се дограђује и прилагођава карактеру организовања и финансирања здравствене заштите.

Кључне речи: *планирање, здравствена заштита, транзиција, методологија.*

Summary

Health care planning is necessary guiding of work and financing of health care institutions, and health services specified territory.

Determining the method of planning is the goal to be reached, to ensure consistency in the provision of health care services.

We used the available literature, in which the laws on health care was the basic background documents.

They discussed the subject of planning in health care, methodologies, principles and models of planning, monitoring, performance, global and detailed planning.

Due to changes in the social and economic system in transition, planning in non-economic activities, such as health activity should be to upgrade and adapt the to the character of the organization and financing of health care.

Keywords: *planning, health care, transition, methodology.*

[1] Драган Младеновић, dipl. ecc.

УВОД

Планирање здравствене заштите треба да омогући утврђивање здравствених, организационих и економских проблема у здравственој заштити становништва, оцени могући развој, утврди приоритете у решавању појединих здравствених и других проблема у раду и финансирању здравствених установа, проучи и предложи поделу рада између здравствених установа у спровођењу заштите, да предвиди кадровске, техничке и финансијске предуслове за ефикасно остваривање здравствене заштите становништва. Планирање има за задатак да предвиди и предложи одрживу равнотежу између ресурса за обезбеђивање здравствене заштите, тј. могућности здравствених капацитета и извора и нивоа финансијских средстава са којима се објективно може располагати у периоду за који се припрема програм.

Планирање у здравству јесте планско усмеравање рада и финансирања једне здравствене установе, здравствене службе једног подручја или на целој територији Републике. У оквиру тог процеса настоји се да се прецизно утврде основни здравствени проблеми једног дела популације или становништва у целини, приоритети у решавању тих проблема, динамика решавања, као и могућности за решавање проблема и остваривање предвиђених циљева. У ширем смислу, планирање здравствене заштите у обиму и квалитету у директној је зависности од укупних економских могућности једне општине, региона или Републике у целини.

ОСНОВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ПЛАНИРАЊА У ЗДРАВСТВУ

Планирање је политика коришћења ресурса у здравству, а не технички процес. Технички процес састоји се у одабирању и утврђивању стратегије и методологије за примену програма, а касније и за његову реализацију. У том смислу, планирање, као политика, има за задатак да утврди:

- начине и мере како да се убудуће боље користе ресурси са којима служба државног сектора располаже,
- које и какве мере треба предузимати (реализовати) да би се расположиви ресурси користили ефикасније и рационалније.

Да би се обезбедило боље коришћење расположивих ресурса, потребно је утврдити политику њиховог коришћења за период за који се планира, односно доноси програм. Да би се утврдила правилна политика, потребно је добро проценити постојећу ситуацију (стање). То захтева добро одређивање циљева које треба остварити на здравственој заштити становништва са постојећим ресурсима. Утврђивање и спровођење усвојене политике представља стручно-научно утврђивање намере (циљеве) органа или установе за остваривање предвиђене политике. Политика здравствене заштите треба да буде јасна за читаву установу, за њене делове и за појединце у њој, као предуслов за успешно спровођење.

Планирање у здравственој установи мора да има подршку одговарајућих органа и институција, као надлежних или заинтересованих за спровођење политике формулисане кроз конкретан програм. У нашим условима то би била подршка општине, покрајине или Републике и фондова обавезног здравственог осигурања.

Утврђивање и вођење одређене политике, без планирања и њеног уграђивања у одређене програме, без подршке и усвајања тих програма од стране оних који су надлежни да брину о здравственом стању становништва и да обезбеђују средства за реализацију програма, представља само академско разматрање појединих проблема без основа да та политика буде и реализована.

Планирање је у суштини функција менаџмента. Све фазе планирања, почев од анализе стања, па све до репрограмирања,

представљају организовано, документовано и рационално руковођење планираним активностима до фазе потпуне реализације програма.

Планирање представља и административни инструмент који пружа рационалну базу за доношење одлуке о прецизном утврђивању политике и њене разраде у смислу прилагођавања условима и потребама становништва.

Планирање треба да обухвати:

- идентификацију и анализу здравствених проблема становништва,
- формулацију алтернативних могућности за решавање идентификованих проблема,
- одабирање (утврђивање) конкретних решења,
- одабирање метода које треба применити за утврђивање услова за решавање утврђених проблема,
- дефинисање активности и будућих акција у програму за решавање утврђених проблема, односно реализацију планираних задатака и циљева утврђених програмом,
- одређивање специфичних метода планирања,
- дефинисање циљева програма и активности за његову реализацију.

Планирање без уважавања наведених предуслова представља један некористан акт, а здравствена политика без проучавања стања и проблема и без утврђеног програма јесте ирелевантна активност у односу на стварне потребе за здравственом заштитом становништва. Утемељена политика представља организовано вођење активности установа и појединаца ка решавању унапред одређених здравствених проблема и постизању циљева предвиђених програмом заштите.

У решавању појединих проблема здравствене заштите, поред организовања здравствених активности на одређеној територији, када је то условљено карактером проблема који се решава, програми могу бити конципирани за решавање здравствених проблема за одређену популацију становништва, на пример сузбијање узрока оболевања и побољшање здравственог стања предшколске, школске деце, старих особа, трудница, радника на радним местима у условима штетним по здравље и др.

Када се израђује програм за заштиту становништва од одређених болести, обично се он простире на територију коју је захватила та болест. У погледу циљева програма, мора се оценити могућност за ерадикацију одређене болести, као што смо после Другог светског рата имали и реализовали програм на нивоу Републике за ерадикацију маларије, трахома и ендемског сифилиса. Уколико је, по медицинским сазнањима, поједина болест такве природе да је замисао њене ерадикације неизводљива, па некад и нерационална, програм заштите се може ограничити на активности које имају за циљ сузбијање болести до максимално могућих граница применом савремених медицинских мера и поступака, што је такође врло велики успех.

Када се утврди политика здравствене заштите и циљеви у складу са тако усвојеном политиком и када се утврди стратегија за остваривање циљева може се приступити изради програма.

Када се дефинише програм, онда се припрема:

- детаљна разрада активности и мера за остваривање планираног циља,
- план потребних кадрова (број и структура) и њихово ангажовање,
- динамика остваривања програма: крајњи рок, рокови по фазама остваривања, рокови остваривања појединачних етапа плана и сл.

Разрада програма на изнети начин и његова реализација представља скуп медицинских, организационих и финансијских мера за његову примену, тј. оперативно

руковођење активностима у примени програма. Овде се види да је планирање део процеса менаџмента који има знатно ширу примену, јер се односи на све видове активности једне здравствене установе или здравствене службе општине, региона, покрајине или Републике.

Добро припремљен програм представља демократски и стручно урађен и усвојен сценарио будућег рада на задовољењу потреба спровођењем одређеног програма рада на здравственој заштити становништва једног дела територије, једног сегмента популације или целокупног становништва, у зависности од проблема, циљева и могућности за њихову реализацију.

Дефиниције здравственог програма:

1. Здравствени програм

„Један здравствени програм је низ узајамно повезаних акција са циљем да се постигну дефинисани, специфични циљеви, као што су побољшање здравља деце, или снабдевање чистом водом за пиће. Сваки програм на нивоу земље треба да укључи специфичне циљеве и повезане непосредне циљеве, по могућству квантификоване као: кадрови, начин евалуације и финансијске процене, календар акција и путеви који треба да омогуће одговарајућу корелацију међу свим овим поменутим" (WHO, 1980−1981).

2. Програм здравственог развоја

„Програм здравственог развоја је распоред (план) за употребу физичких, хуманих и финансијских ресурса и увод у институционалне промене које су потребне за примену једне или више стратегија које укључују технички прилаз, технике и процедуре (технологије) и начин примене и руковођења (апликација), он специфицира непосредне циљеве становништва (геополитичке, популационе групе итд.), покривеност, институционалне и политичке промене, уколико су потребне и ко ће применити стратегију (особље), са којим (ресурсима) и када (време)" (WHO, 1981).

3. Циљ здравственог програма

„Циљ једног здравственог система је здравствени развој – процес сталног прогресивног побољшања здравственог система једне популације" (WHO, Geneva, 1984).

4. Здравствени ресурси

„Један здравствени систем треба да има здравствене ресурсе, тј. сва средства потребна за рад тога система укључујући: кадрове, зграде, опрему, снабдевање, фондове, знање и технологију. Сва ова основна средства, добро планирана, организована и управљана, обезбеђују инфраструктуру здравственог система" (WHO, Geneva, 1984).

ПРИНЦИПИ ПЛАНИРАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Принципе планирања здравствене службе треба прилагодити организацији по нивоима заштите: при чему је први ниво заштите примарна здравствена заштита, други ниво – секундарна здравствена заштита и трећи ниво − високо специјализована здравствена заштита. Врсте установа, садржај и ширину делатности ових установа по појединим нивоима заштите утврдио је Закон о здравственој заштити. Исто тако, законом, утврђеном мрежом и програмом биће утврђени капацитети, њихова структура и обим, потребни за квалитетно и ефикасно обезбеђивање здравствене заштите на појединим нивоима.

Предмет овог разматрања су економски принципи планирања здравствене заштите, који се укратко могу описати на следећи начин:

1. *Принцип релативизирања*

Принцип релативизирања конфликтности стратешких развојних циљева, који разликују следеће конфликте:

- основни конфликт постоји између укупних потреба и расположивих могућности; тај конфликт неопходно условљава утврђивање приоритета, с обзиром на то да су потребе, теоретски посматрано, неограничене, за разлику од ресурса, који су увек ограничени датим околностима и материјалним и кадровским могућностима;
- процес усклађивања потреба и могућности у пружању заштите и у развоју подразумева демократски поступак усклађивања интереса и могућности;
- конфликт унутар здравственог система.

Највећи конфликт интереса у овом случају је између потреба и захтева болничке здравствене заштите и потреба и интереса у ванболничкој здравственој заштити.

Усклађивање ових интереса, а тиме и расподеле финансијских средстава, у великој мери биће предодређено главним програмом кроз систем категоризације и међусобне поделе рада, као и кроз конкретне уговоре о обиму и начину финансирања њиховог рада.

2. *Принцип минимизирања неизвесности*

Главни план у складу са Законом о здравственој заштити, као и остали планови (програми), имају за циљ да предвиде и обезбеде услове да се планирани циљеви остварују у обиму, садржини и у роковима, како је то планом предвиђено.

У планирању кроз анализу стања и процену предвиђања будућег рада и развоја здравствене заштите увек се наилази на неизвесности, као на пример:

- неизвесност коју ствара тржиште са својим утицајем на здравствену службу, која са своје стране на тржишне механизме и промене нема и не може да има скоро никакав утицај;
- неизвесност која настаје као последица поплава, земљотреса, епидемије, већих економских поремећаја у привреди и сл., као што је сада случај са глобалном економском кризом која се негативно одражава и на нашу економију;
- неизвесност која може да се догоди услед напретка у медицинској науци и медицинској технологији, што је посебно изражено у технологији производње све савременије и све скупље медицинске опреме, као и у производњи савремених и скупих лекова;
- неизвесност која може да настане услед непредвиђених друштвених промена и неке друге неизвесности које могу да се догоде у економском и социјалном развоју.

3. *Принцип максимизирања друштвене користи*

Принцип максимизирања друштвене користи у области пружања ефикасније и економичније здравствене заштите има за циљ да обезбеди максимално могући ефекат, тј. да са расположивим капацитетима и финансијским средствима задовољи што више здравствених потреба или да се планирана здравствена заштита задовољи са што мање ангажовања и трошења здравствених ресурса.

НАЧЕЛА ПЛАНИРАЊА

У току вишегодишњег периода организације, рада и планирања здравствене заштите, мењао се и начин планирања: од строго централизованог и круто административног планирања, па до самоуправног планирања, које је било глобално регулисано Законом о друштвеном планирању и о друштвеном плану, који већ више година није на снази. Овом приликом указујем на неке карактеристике тог система планирања, које могу да буду од користи планерима у одређеним ситуацијама и активностима.

Тај закон је прописивао обавезну примену начела у процесу планирања, као што су:

- Начело истовремености и начело континуитета у планирању. Ово начело захтева да планиране активности буду у равнотежи и у сагласности са другим сличним и евентуално истовремено планираним активностима у решавању појединих здравствених проблема.
- Начело континуитета у планирању. Ово начело се исцрпљује и садржи у савременим принципима планирања у оквиру захтева и поступака о мониторингу и евалуацији.

Поред напред наведених начела, која су у том систему планирања била обавезна за примену у току планирања, постојала су и друга начела, тзв. необавезна:

- начело јединства система друштвено-економских односа,
- начело демократичности у одлучивању приликом припремања и доношења плана,
- начело целовитости планирања токова друштвене репродукције,
- начело научне и стручне заснованости,
- начело рационалности планирања,
- начело реалности планирања,
- начело усклађености планова,
- начело поделе рада и међусобне сарадње између здравствених установа у општини, региону и на нивоу Републике.

Нека од ових начела имају свој смисао и у планирању у данашњим условима, јер се на исти или сличан начин примењују у свим случајевима реалног понашања.

У литератури се могу срести и други принципи и начела обрађена или дефинисана на свој начин. Међутим, сви принципи и начела наводе на слоган Светске здравствене организације: „Мисли глобално – остварај локално“, а једна латинска пословица гласи: „Што год радиш, ради мудро и мисли на крај“. У ствари ако кренеш добро (организовано) и документовано, можеш и очекивати добар крај (резултат).

Предуслови за добро планирање

За обезбеђење добре основе у примени појединих начела у планирању потребно је придржавати се и обезбедити уградњу основних принципа у том раду:

- израдити аналитичко-документациону основу, као базу на којој ће се заснивати анализа и перспектива могућег правца и обима развоја у оквиру Главног плана или у програмима за поједина подручја, односно у плановима за решавање одређених здравствених проблема;
- израдити пројекцију потреба у кадровима, финансијским и другим средствима за период за који се припрема програм (план), водећи рачуна о обиму плана, односно програма и његових циљева;
- у припремању документационе основе и пројекције могућег облика, карактера и врсте програма, треба обезбедити најстручнији кадар са којим служба располаже; на овај начин се афирмише улога стручњака и стручних институција у припремању програма и у реализацији усвојеног програма.

Светска здравствена организација је још 1967. године потврдила да не постоји ниједан универзални и као такав препоручљив метод планирања. Напротив, планирање се разликује од земље до земље. Те разлике су условљене: политичким, материјалним, историјским, културним, демографским и другим разликама између појединих земаља.

Према томе, све принципе, методе и начела планирања, који се по свом садржају преклапају, треба примењивати флексибилно али доследно у конкретним условима и могућностима планирања.

Планирање је и административни инструмент, заснован на строго стручним принципима који обезбеђује рационалну базу за доношење оцена о формулисању програма (планова). Планирање треба да обухвати:

- идентификацију и анализу и оцену проблема,
- формулисање алтернативних избора,
- одабирање одговарајућих решења.

Начела у складу са Законом о здравственој заштити

Поглавље IV Закона „Начела здравствене заштите“ прописује следећа начела:

- начело приступачности здравствене заштите (чл. 19),
- начело правичности здравствене заштите (чл. 20),
- начело обухватности здравствене заштите (чл. 21),
- начело континуираности здравствене заштите (чл. 22),
- начело сталног унапређења квалитета здравствене заштите (чл. 23),
- начело ефикасности здравствене заштите (чл. 24).

Члан 19. Начело приступачности здравствене заштите. „Начело приступачности здравствене заштите остварује се обезбеђивањем одговарајуће здравствене заштите грађанима Републике, која је физички, географски и економски доступна, односно културно прихватљива, а посебно здравствена заштита на примарном нивоу.”

Члан 20. Начело правичности здравствене заштите. „Начело правичности здравствене заштите остварује се забраном дискриминације приликом пружања здравствене заштите по основу расе, пола, старости, националне припадности, социјалног порекла, вероисповести, политичког или другог убеђења, имовног стања, културе, језика, врсте болести, психичког или телесног инвалидитета.”

Члан 21. Начело обухватности здравствене заштите. „Начело обухватности здравствене заштите остварује се укључивањем свих грађана Републике у систем здравстве заштите уз примену обједињених мера и поступака здравствене заштите која обухвата промоцију здравља, превенцију болести на свим нивоима, рану дијагнозу, лечење и рехабилитацију.”

Члан 22. Начело континуираности здравствене заштите. „Начело континуираности здравствене заштите остварује се укупном организацијом система здравствене заштите која мора бити функционално повезана и усклађена по нивоима, од примарног преко секундарног до терцијарног нивоа здравствене заштите грађана Републике у сваком животном добу.”

Члан 23. Начело сталног унапређења квалитета здравствене заштите. „Начело сталног унапређења квалитета здравствене заштите остварује се мерама и активностима којима се у складу са савременим достигнућима медицинске науке и праксе повећавају могућности повољног исхода и смањивање ризика и других нежељених последица по здравље и здравствено стање појединаца и заједнице у целини.”

Члан 24. Начело ефикасности здравствене заштите. „Начело ефикасности здравствене заштите остварује се постизањем најбољих могућих резултата у односу на расположива финансијска средства, односно постизање највишег нивоа здравствене заштите уз најнижи утрошак средстава.”

У програму здравствене заштите који доноси Влада Републике Србије, у складу са чл. 16 Закона, посебно место заузима тачка 7. тог програма, која прописује утврђивање мреже здравствених установа у зависности од тога ко је оснивач: Република, покрајина, општина или град.

У смислу Закона, здравствене установе у државној својини могу се оснивати само у складу са Планом мреже здравствених установа, који доноси Влада Републике, а План мреже здравствених установа за територију покрајине, на предлог покрајине, утврђује, такође, Влада Републике.

Одредбе Закона о здравственој заштити дате су укратко и само оне које се директно односе на планирање и спровођење усвојених програма (планова) које је Закон

предвидео. У том смислу учесници у процесу планирања, било развоја или текућег рада здравствених установа у обезбеђивању здравствене заштите и у отклањању специфичних здравствених проблема, треба да узму у обзир и да користе методе, стратегију и технике планирања и остваривања планова (програма).

ВРСТЕ ПЛАНОВА (ПРОГРАМА)

Један од основних планских аката је Главни план за територију Републике, или како га још називају „Мастер план“. Задатак овог плана је да одреди основне поставке организације здравствене службе по нивоима заштите, као и да одреди капацитете оптималне за обезбеђивање те заштите по одређеним нивоима организовања и пружања услуга становништву. Главни план ће послужити као инструмент за организацију здравствене службе: општински или међуопштински ниво обезбеђења кадрова, капацитета и средстава за пружање основне здравствене заштите на том подручју. Затим, утврђивање обима, структуре здравствене заштите на регионалном нивоу, уз истовремено одређивање који су капацитети, кадрови и опрема потребни за тај ниво заштите, који се у највећој мери односи на опште болнице, заводе за јавно здравље, на поједине специјализоване институције регионалног значаја и др. Такав ниво организације и обезбеђивања заштите у доброј мери условљава и ангажовање (расподелу) финансијских средстава у фондовима обавезног здравственог осигурања. Наравно, овим начином организације обухваћени су и клиничко-болнички центри, као и здравствени центри у већим градовима. И, на крају, Главни план треба да одреди која врста и обим заштите је потребан и од значаја и интереса за становништво целе Републике, као и који су капацитети потребни за тај ниво заштите.

У том смислу Закон о здравственој заштити прописао је нивое обезбеђивања здравствене заштите, као и врсте установа које обезбеђују заштиту на тим нивоима и то:

1. Здравствену заштиту на примарном нивоу обезбеђују:

- дом здравља,
- апотека,
- завод (више врста завода).

2. Здравствену заштиту на секундарном нивоу обезбеђују:

- болница (општа и специјална) која обухвата специјалистичко-консултативну здравствену заштиту.

3. Здравствену заштиту на терцијарном нивоу обезбеђују:

- клиника,
- институт,
- клиничко-болнички центар,
- клинички центар (члан 115−118 Закона).

4. Здравствена делатност која се обавља на више нивоа:

- завод за јавно здравље,
- завод за трансфузију крви,
- завод за медицину рада,
- Завод за вирусологију, вакцине и серуме,
- Завод за антирабичну заштиту,
- Завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију,
- Завод за биоциде и медицинску екологију.

Здравствена делатност на терцијарном нивоу обухвата и фармацеутске здравствене делатности у болничкој апотеци.

Утврђивањем потреба у просторним капацитетима по нивоима заштите, броја и структуре потребних кадрова на нивоима образовања, потребне опреме за модеран и ефикасан рад, може се доћи до резултата који се разликује од садашњег обима, структуре и локације здравствених капацитета и кадрова, у смислу да ће се у одређеним гра-

нама медицине појавити вишкови капацитета, можда само просторних, а можда и у простору и у броју кадрова, као и у структури садашње локације здравствених и других кадрова у појединим установама. Могуће је да се у деловима службе појави и мањак капацитета, што такође представља велики проблем. То је врло деликатан, али истовремено и веома користан подухват у смислу одређивања равнотеже између капацитета и потреба становништва на појединим нивоима заштите, што је услов за ефикасно и рационално пружање заштите за коју су установе оспособљене и одређене Главним планом.

Тиме ће се у основи заокружити процес оформљења мреже и капацитета здравствених установа на ова три нивоа организације, обезбеђивања и финансирања здравствене заштите на макроплану. Даље унапређивање организације рада и рационализације коришћења свих ресурса треба да преузму органи у здравственим установама у првом реду, а затим фондови обавезног здравственог осигурања, као главни корисник услуга установа државног сектора, јер овде је реч о њима и о обавезном здравственом осигурању.

Значајну надзорну и контролну улогу треба да имају и остварују одређене службе државних органа општина, покрајине и Републике, што је предмет регулативе републичког Закона о здравственој заштити.

По свом садржају програми се разликују у зависности од тога који се проблеми решавају њиховом реализацијом. Ово због тога што програми одређују специфичну и детаљну садржину и квалификацију активности које треба обавити, било да се ради о решавању текућих проблема у пружању и финансирању заштите за одређено подручје, било да се ради о изградњи, опремању и унутрашњој организацији једне или више установа.

Наравно, најважнији је Главни програм, што проистиче из самог назива и питања која он решава од значаја су за целу Републику. Остали програми могу да буду конципирани за остваривање појединих здравствених проблема за територију једног или више региона, једне или више општина, у зависности од распрострањености болести и стања, која се третирају конкретним програмом (борба против туберкулозе, против малигних обољења, здравствена заштита зуба школске и предшколске деце) и др. Исто тако програм се може односити на организовано снабдевање медицинском опремом и медицинским материјалом за више установа по јединственом програму, затим програм за спровођење политике образовања, усавршавања и специјализације медицинских и других професија, које су потребне за рад здравствених установа.

Програм здравствене заштите за одређено подручје одређује здравствене мере и акције на спровођењу заштите од одређених болести или на сузбијању и евентуалном искорењивању појединих болести за одређени период, уз ангажовање одређених капацитета и финансијских средстава, уз коришћење савремених принципа рада у складу са основним карактеристикама економике здравствене заштите и здравственог осигурања.

Програм за заштиту становништва од одређених болести треба да обухвати подручје где се идентификована болест јавља. Ако се процени могућност и опасност појаве одређене болести, програм здравствене заштите има карактер и садржај превентивне делатности са циљем да усмери одређене капацитете на заштиту и спречавање болести. Искорењивање одређених болести се спроводи посебним програмом и може да се примени у случају ако се процени да би елиминисање ове болести дало више користи и било исплативије од непланског и спонтаног лечења без организоване акције.

За конципирање доброг програма одређених здравствених активности и за њихову успешну реализацију, потребно је обезбедити неке од предуслова за то:

- првенствено утврдити здравствену политику било на националном, покрајинском или регионалном нивоу, у складу и у зависности од значаја и распрострањености здравствених проблема и активности које треба спровести за њихово сузбијање или искорењивање;
- након утврђивања здравствене политике и циљева, као производ те политике потребно је утврдити и стратегију за њихово остварење, у складу са капацитетима и обимом заштите која је планирана за реализацију утврђених циљева;
- стратегија за реализацију програма захтева и испуњење одређених предуслова које чине потребна опрема, кадрови, финансијска средства и процедура снабдевања потребним материјалом;
- обезбедити одговарајући менаџмент као средство за успешно спровођење стратегије за извршење програма и за доследну примену предвиђене технологије здравствене заштите, као метод за економично коришћење опреме, кадрова и финансијских средстава.

Предмет планирања

Предмет планирања може бити:

- усмерено обезбеђивање здравствене заштите у циљу побољшања здравственог стања становништва;
- планирање могућег, односно потребног минимума капацитета здравствене службе;
- планирање здравствених активности на решавању појединих здравствених проблема за поједине територије: општина, регион, покрајина, Република.

Планирање је веома важан инструмент и средство у одређивању циљева за унапређење здравствене заштите становништва и за алокацију ресурса у складу са стварним потребама.

Основне карактеристике програма:

- програм (план) је договорени (усвојени) „сценарио“ будућег рада у одређеном периоду једне или више здравствених установа на спровођењу усвојеног програма здравствене заштите, на територији на коју се програм односи;
- програм (план) се сачињава на бази уравнотеженог (интегралног) планирања, узимајући у обзир и једнако уважавајући и здравствене и економске могућности које су од значаја на изради и за реализацију предвиђеног програма;
- програм садржи скуп правила понашања и задатака појединих учесника у реализацији усвојеног програма;
- програм дефинише активности на спровођењу планираних активности у пружању здравствене заштите у складу са основним циљевима програма; програм такође садржи начин остваривања планираних активности, мерење и вредновање резултата рада на спровођењу програма у смислу оцене о остварењу постављених циљева,
- програм одређује реалан однос између потреба које треба задовољити и ресурса које треба ангажовати за остваривање програма, а све у складу са циљевима из надлежног програма заштите.

УЛОГА МЕТОДОЛОГИЈЕ У ПЛАНИРАЊУ

Систем планирања који се примењује у одређеним условима захтева и одговарајућу методологију која одређује начин и мере за примену предвиђеног система планирања. У том смислу, методологија мора да постоји као разрађен јединствен и једнообразан скуп метода и поступака у планирању и једнообразних података и показатеља неопходних за планирање.

На одговарајући и обавезујући начин, у нашој блиској прошлости одлуком надлежних државних органа за планирање (заводи за планирање) били су прописани показатељи као обавезни минимум

показатеља у примени процеса планирања. Идеја је била да се планови израђују темељније и да истовремено могу, по основним истоветним показатељима, да се међусобно упоређују са плановима других здравствених установа из истог или другог подручја.

У нашој пракси сада методологија планирања, у формално-правном смислу, није строго и детаљно регулисана (прописана). Одређене одредбе о Главном плану, другим програмима и плановима и о начелима о планирању здравствене заштите и здравствене службе, регулисане су Законом о здравственој заштити и представљају оквир за успостављање методологије у конкретним условима.

С обзиром на то да се наш друштвени и привредни систем мења и налази се у процесу транзиције ка тржишној привреди, потребно је да се и систем планирања непривредних делатности, као што је здравствена делатност, дограђује и прилагођава карактеру организовања и финансирања здравствене заштите у новим измењеним условима у складу са Законом о здравственој заштити и Законом о обавезном здравственом осигурању. У новије време настоји се да се у организацији, пружању и финансирању обавезног здравственог осигурања омогуће примена принципа ефикасности и рационалности путем савременог начина планирања и менаџмента у коришћењу ресурса, деловањем тржишта у мери у којој то обезбеђује позитивне промене. Међутим, не треба изгубити из вида да је здравствена служба државног сектора од посебног интереса и да тржишни механизми могу деловати само у мери и на начин предвиђен програмом здравствене заштите.

Наравно, када је у питању сектор здравствене заштите у приватном власништву (приватна пракса), тамо тржишни механизми делују у пуној мери, понекад и на начин који представља њихову негацију, с обзиром на то да је тај сектор заштите потпуно изолован и неусклађен са стварним потребама.

Методологија планирања има за циљ да омогући и обезбеди нужни минимум аналитичко-документационе основе за прецизније утврђивање, а касније и праћење извршења предвиђених циљева (задатака) из програма.

Садржај методологије планирања

Методологија планирања треба да обезбеди поступке и податке, неопходне за оцену проблема и пројекцију програма, формулисане на начин погодан за праћење кроз евалуацију програма. Обиље података за ове сврхе садрже саме здравствене установе, затим званична здравствена статистика, као и статистика Републичког института за јавно здравље и фондови здравственог осигурања.

Компоненте методологије планирања нису прописане, што значи да не постоји утврђен број и врста показатеља, који се могу применити у изради програма. Стога планери треба да обезбеде садржај показатеља и поступака, који ће им омогућити планирање на задовољавајући начин у конкретним условима.

Добар програм:

- једнако уважава економски и развој здравствене заштите на одређеном подручју (територији),
- одређује реалан однос између потреба становништва за здравственом заштитом и ресурса које треба ангажовати за њихово остварење,
- дефинише основне циљеве, начин њиховог остварења, мерење и вредновање остварених у односу на планиране циљеве.

Стратегија

Стратегија је технички процес који треба да нам омогући да утврдимо шта треба да чинимо и која средства и мере треба да

применимо и користимо да би остварили циљеве утврђене програмом.

Када смо утврдили политику, односно циљеве које желимо да остваримо у здравственој заштити становништва или само једног дела популације, може се приступити изради плана предузимања здравствених и других организационих мера ради остваривања предвиђених циљева.

Када се сачини програм, треба приступити његовој разради у смислу прилагођавања програма за његову примену. У том смислу:

- врши се детаљна разрада мера предвиђених програмом,
- утврђују се потребна финансијска средства и начин њихове употребе,
- планира се потребан број радника по профилима и квалификацијама стручности, као и начин и обим њиховог ангажовања,
- утврђује се динамика спровођења плана: етапе, рокови по појединим етапа (фазама), дефинитивни рок испуњења програма.

Наведене активности чине скуп мера за примену или оперативно управљање мерама у процесу примене програма, као посебна врста (функција) активности.

Детаљна разрада процеса руковођења овом приликом није предвиђена, с обзиром на то да менаџмент представља посебну област за проучавање и примену, наравно са свим специфичностима када је у питању непрофитна државна здравствена служба. О начину примене и улози менаџмента у реализацији програма у здравственој заштити постоји доста стручних радова у литератури из области здравства, а поготову у страној литератури.

Ако су циљеви производ (резултат) утврђене политике, онда је стратегија средство (техника, метод) за реализацију усвојених циљева.

МОДЕЛИ ПЛАНИРАЊА

У анализи садашњег стања, односно пређеног периода, и у сачињавању могуће прогнозе развоја, држећи се поступака из методологије планирања, на располагању су разноврсни модели планирања. Многобројни модели (методи) и технике планирања заснивају се углавном на методи екстраполације и статистичким методама израчунавања трендова, на методама операционих истраживања, на методи експертизе и интервјуа појединих истакнутих стручњака о правцима и могућностима решавања одређених акутних здравствених проблема.

У анализама и пројекцијама развоја у пракси доминирају основни методи и модели програмирања (планирања), као што су: стопе раста, индекси пораста, структуре, коефицијенти, табеларно приказивање оцена и могућности развоја, а у мањој мери и графичко приказивање стања и програма развоја. Ређе се примењују савремени модели предвиђања, као што су: метод статистичке анализе, методе економске анализе, разне интуитивне методе, методе евалуације трошкова и користи и друге методе анализе стања и развоја. Напред наведене методе су компликованије за извођење и захтевају одговарајуће стручно знање, али зато омогућују прецизније оцене и правце и могућности будућих активности у планирању здравствене заштите.

У нашим условима за потребе планирања у области здравствене заштите, а имајући у виду дефицит у кадровима способним за квалитетно планирање, поред наведених, довољно је ако се узму у обзир следећи методи планирања:

1. *Метод екстраполације*

Метод екстраполације је класична метода прогнозирања, којом се на основу математичких израчунавања и графичких приказивања продужава, односно наставља

тренд развоја одређене појаве у будућности на основу утврђене тенденције.

Тенденција кретања неке појаве за дужи период указује на могућност кретања ове појаве и у будућности. Резултати добијени екстраполацијом нису апсолутни, нарочито за дуже периоде услед деловања различитих фактора у организацији, финансирању и у научним открићима у области медицинске науке и фармакологије. Наравно, поремећаји установљеног тренда и узроци поремећаја могу бити различите природе, који се констатују у току самог процеса планирања или у току реализације усвојеног програма.

За примену овог метода (модела) у планирању здравствене заштите, неопходно је имати валидне статистичке податке за више година уназад, тј. чисте податке који се дуже време прикупљају и обрађују на исти начин. То је предуслов за квалитетно упоређивање кретања појединих појава. Негативна страна овог модела планирања је да се базира на претпоставци да будући развој зависи од истих фактора, од којих зависи и садашњи. Метод екстраполације планирања представља ретроспективни приступ планирања и близак је методу аналогије у планирању.

2. *Делфи метод (модел)*

Делфи метод је најважнији представник интуитивних метода (модела) прогнозирања, који се заснива на комбинацији знања и способности планера који имају задатак да квантификују развој једног дела здравствене службе или процену кретања обољевања од одређене болести и слично.

Делфи метод (модел) прогнозирања наилази на доста широку примену. Користи се на следећи начин: већи број експерата (60, 100 и више), независно један од другог, дају своје мишљење о једном истом питању, на пример о здравственом стању становништва, односно о кретању здравственог стања становништва убудуће. Ова мишљења се обрађују уз помоћ компјутера на основу чега се долази до прогнозе о могућностима и правцима промена у здравственом стању становништва.

Највећи проблем у примени овог модела је адекватни избор експерата који веома добро познају прогнозирану проблематику и који су спремни да у изради прогнозе унесу своје знање и искуство у оцени будућег развоја догађаја или кретања одређеног здравственог проблема и сл.

При правилном избору експерата овај модел даје веома добре резултате. Поред тога, веома је важно да се стручно и прецизно утврди (сачини) упитник на који изабрани стручњаци треба да дају своје мишљење.

У ствари, Делфи метод планирања представља предвиђање базирано на одвојеном испитивању експерата из и изван здравствених институција и на суочавању њихових оцена у циљу постизања консензуса у предвиђању – планирању.

3. *Марковљеви ланци*

Марковљеви ланци представљају методу која се заснива на посебној врсти променљивих процеса у којима је основна претпоставка прелаз процеса из једног у друго стање (на пример стопа смртности одојчади од високе на ниску) и не зависи од ранијег стања тог процеса, већ само од нивоа достигнутог у базном тренутку. Метод даје веома добре резултате у дугорочном планирању. Подесан је за предвиђање чак и оних процеса и стања за која не постоје већа искуства, јер користи вероватноћу кретања посматраних појава у другим земљама. Може се применити практично без ограничења у изради дугорочних прогноза здравственог стања становништва. Овај метод (модел) планирања има за циљ да на бази статистичких метода постиже планирани ефекат са минимумом здравствених капацитета и финансијских средстава.

4. *Метод аналогије*

Методом аналогије прогноза се врши на основу упоређивања познатих или недовољно познатих процеса, догађаја и сл. Прикупљени подаци се анализирају и прогноза се одвија историјско-компаративним приступом. Тако може кретање здравственог стања становништва у једној земљи у развоју да се упореди са стањем и кретањем у некој развијеној земљи.

5. *Нормативни метод*

Нормативним методом прогнозирања одређује се општи циљ будућности, као што је нпр. снижавање морбидитета од једне или више болести, снижавање стопе морбидитета до одређеног нивоа за 5 година или у року више од 5 година, сузбијање или ерадикација одређене болести и др. Од тог циља у будућности враћамо се уназад према садашњем времену уз разматрање какве проблеме треба решавати и када их треба решавати, које мере треба спроводити, какве здравствене капацитете развијати итд.

Овим методом, поред планирања циљева које треба остварити, истовремено се припремају и усвајају потребне одлуке (прописи) који треба да омогуће реализацију програма, а тиме и остварење планираних циљева, због чега се и назива нормативни метод (модел) планирања.

Најважнији недостатак овог метода је у томе што може бити једностран. Обраћа се тако већа пажња неким здравственим проблемима, а мало се пажње посвећује економским могућностима за остварење програмираних циљева.

6. *Друге методе (модели)*

Постоје и други методи прогнозирања: Демингов метод, метод моделирања, односно примена статистичких, графичких, математичких и других модела. Ови су се методи у планирању здравствене заштите до сада ретко користили.

ПРАЋЕЊЕ ИЗВРШЕЊА ПРОГРАМА

Планирање здравствене заштите, као што смо рекли, треба да омогући: утврђивање циљева и обима развоја, утврђивање приоритета у оквиру појединих видова здравствене заштите, утврђивање поделе рада између појединих врста установа и унутар појединачних установа исте врсте, планирање кадровских, техничких и финансијских услова за остваривање циљева на здравственој заштити становништва и др., водећи рачуна о планираном обиму заштите и о стварним могућностима у обезбеђењу финансијских средстава.

Основна сврха планирања у здравству јесте планско (организовано) усмеравање рада и развоја здравствених установа или здравствене службе на одређеном подручју или на територији целе Републике. У оквиру тог процеса и материјалних могућности настоји се да се прецизно утврде основни здравствени проблеми, приоритети у њиховом решавању, као и динамика обезбеђења средстава потребних за остваривање предвиђених циљева, с обзиром на то да је планирање развоја здравствене заштите у директној зависности од укупног економског развоја једне територије (општина, регион, покрајина, Република).

Када је сачињен програм (план) здравствене заштите за одређени период и усвојен по прописаној процедури, учесници у изради програма прелазе на следеће фазе планирања, као што су: мониторинг, евалуација, а по потреби и репрограмирање предвиђених активности. Ове фазе планирања, односно реализације програма, у ствари представљају један круг, од анализе стања и оцене потреба и могућности, до репрограмирања, ако се у току спровођења програма укаже потреба за тим.

Мониторинг

Мониторинг представља саставни део планирања и стални надзор и праћење извршења програма са циљем да се евентуални недостаци у планирању открију већ у њиховом зачетку. Мониторинг као саставни део процеса планирања се примењује од самог почетка примене програма. Мониторинг контролише предузете мере и проучава прикупљене податке о томе како се одвија извршење програма. Наравно, карактер мера за спровођење програма и подаци о томе зависе од врсте програма и здравствених проблема чије је решавање предвиђено програмом, а чије извршење прати мониторинг. Пожељно је, а и неопходно, да служба мониторинга повремено сачињава извештаје о току и квалитету извршења програма у односу на динамику и циљеве предвиђене програмом, као и о утрошку средстава за његово извршење, као основа за потврду извршавања планираног или као основа за упозорење да се програм коригује још у току примене и отклоне уочени недостаци који би могли да угрозе извршење програма.

Мониторинг (праћење/контрола) извршења програма је свакодневно праћење активности на спровођењу програма са циљем да се да одговор да ли се планиране активности спроводе у складу са предвиђеном динамиком и ресурсима за извршење програма. Мониторинг је важна полуга у прикупљању информација које су од изузетног значаја за праћење извршење програма.

Евалуација

Евалуација је део процеса доношења одлука када се информације о активностима и о резултату систематски упоређују са предвиђањима из усвојеног програма са циљем да се изабере најповољнија алтернатива за будуће акције.

Мониторинг и евалуација треба да одговоре на следећа питања:

- да ли се планиране активности стварно одвијају,
- да ли су остварене активности одговарајућег стандарда,
- може ли се ефикасност активности побољшати, односно цена коштања снизити,
- да ли активности на спровођењу плана доводе до резултата који се очекују,
- да ли се постижу планирани циљеви,
- да ли су све активности усмерене ка постизању општих програмом предвиђених циљева.

Евалуација има за циљ побољшање здравственог програма и здравствене инфраструктуре путем усмеравања ресурса у садашњим и будућим програмима.

Евалуација је систематски пут учења из искуства и претходно стечених знања, како би се унапредиле постојеће активности и промовисало боље планирање путем пажљивог избора алтернатива за будуће активности. Дакле, сврха евалуације је побољшање здравствених програма и оспособљавање служби за спровођење и усмеравање људских и финансијских ресурса за садашње и будуће програме ради побољшања здравственог стања становништва.

Процес евалуације се састоји од више компонената:

- оцена о примењивости програма (плана),
- да ли су планиране услуге и установе адекватне карактеру програма,
- да ли се усвојени програм потврђује кроз решавање проблема због којих је донет,
- подударност стварних здравствених проблема са планираним,
- подударност локације и распрострањености проблема са расположивим ресурсима за њихово решавање,
- напредак (прогрес) у остваривању програма,

- ефикасност програма: да ли су постигнути резултати остварени на бољи и економичнији начин него што би то било без програма,
- оцена крајњих резултата спровођења програма: да ли је постигнуто унапређење здравственог стања, унапређење социјално-економских прилика и да ли је унапређена животна средина.

Поред наведених основних компоненти евалуације, њеном применом могу се дати одговори и на следећа питања:

- да ли су финансијска средства предвиђена за реализацију програма била довољна,
- да ли су методе у примени програма биле изводљиве у датим околностима у којима се реализује програм,
- оцене о могућој промени стратегије у спровођењу програма која би била прихватљивија и ефикаснија за остварење планираних циљева, и
- да ли су учесници у планирању и извршењу програма као и шира заједница, на чијој се територији изводи програм, задовољни резултатима који се остварују.

Када се у реализацији програма примене наведени поступци и евентуално и друге оцене специфичне за програм или територију, треба дати оцену (одговор) следећег:

- какав је однос између планираних и утрошених средстава и да ли су ангажовани ресурси у целини били адекватни планираним активностима,
- презентације резултата спровођења програма завршетком процеса евалуације, укључујући и репрограмирање, ако се у току евалуације за то укаже потреба, треба приказати на начин који најбоље одсликава однос између планираног и оствареног, при чему треба користити унапред договорене показатеље и методе.

Евалуација је саставни део процеса планирања који служи за оцену ваљаности пројекта (програма), да ли се и у којој мери извршава програм, којим средствима у односу на планирана, које мере и корекције треба извршити у току планираног периода. Врши се поређење остварених и планираних активности и резултата.

Евалуација, односно оцена извршења програма, врши се непрекидно у току спровођења програма, тј. читавог планског периода за који је програм донет, као и истовремена корекција програма у деловима који се не остварују по плану. Може се догодити да нису довољно добро предвиђени циљеви и могућности за њихово извршење. Непрекидним праћењем и оцењивањем програма у свим сегментима програма, укључујући и утрошена финансијска средства, може се констатовати да ли су финансијска средства правилно предвиђена, како се троше и да ли се планираним средствима постиже извршење програма, односно постизање планираних резултата на здравственој заштити становништва.

Због свог карактера и непосредне улоге у извршењу програма евалуација је саставни део процеса менаџмента у реализацији било ког програма, односно плана, како оних на националном нивоу, тако и оних на регионалном или општинском нивоу планирања.

Евалуација, као метод праћења извршења програма, може бити значајна и за одређене државне органе уколико се доноси програм за чије је спровођење одговорна и држава са својим ресорним органима. То могу да буду програми из области примарне здравствене заштите, која је од националног интереса, затим програм борбе против масовних незаразних болести, ерадикација или сузбијање појединих заразних болести, ако се и где се оне појављују, заштита животне средине и радне средине итд.

У исказивању резултата евалуације једног програма у ближој и даљој прошлости коришћени су показатељи рада, организације и финансирања здравствене

заштите познатији здравственој јавности као „јединствени индикатори“. Прва верзија индикатора за планирање здравствене заштите израђена је још далеке 1962. године у оквиру „Привремене методологије за планирање здравствене заштите“ од стране Савета за народно здравље НР Србије и Завода за здравствену заштиту НРС.

За добру евалуацију потребне су добре информације, као што је за израду квалитетног и остварљивог програма заштите, потребна добра аналитичко документациона основа.

У исказивању резултата евалуације једног програма треба користити показатеље на основу мноштва података које обезбеђује „интегрисани здравствени информациони систем“ (Члан 74. Закона о здравственој заштити).

У оквиру овог система планери (менаџери) имају на располагању:

- показатеље о квалитету здравствене заштите (Члан 203. Закона о здравственој заштити),
- податке Републичког института за јавно здравље,
- податке Републичког завода за здравствено осигурање,
- податке Републичког (државног) завода за статистику у оквиру Националног здравственог рачуна, као и друге релевантне податке за планирање и руковођење у остварењу планираних активности.

На основу широке базе података из расположивих информационих делова јединственог интегрисаног система, може се сачинити богат избор показатеља за мерење квалитета организације, рада здравствених установа, њихових резултата, економичности и ефикасности у располагању ресурсима.

Национални здравствени рачун даје комплетну и прегледну слику о укупним активностима здравствених установа и фондова здравственог осигурања у одређеном периоду. Он пружа комплетну слику о ресурсима система здравствене заштите у Србији: одакле долазе (извори), какав је обим и структура и како се користе.

Репрограмирање

Може се догодити да се у току извршења програма, а у поступку његове евалуације, оцени да се програм (план) не реализује како је предвиђено, јер циљеви програма нису адекватни потребама или приоритети нису правилно предвиђени, динамика остварења није правилно предвиђена или финансијска средства нису довољна или становништво није задовољно предвиђеним активностима итд. Тада се мора приступити промени програма или евентуалној допуни како би се све активности и циљеви довели у склад. Евентуалне промене програма могу се спроводити у току процене реализације програма као процес репрограмирања.

У току процеса евалуације програма и евентуалне потребе за делимичним репрограмирањем, значајну улогу има процес управљања реализацијом програма тј. менаџмент у том процесу.

Менаџмент у спровођењу програма врше кадрови оспособљени да реализују програм онако како је предвиђен, што подразумева потребно знање за задатке који стоје пред њим. Менаџер треба да познаје проблеме који се програмом решавају, кадрове који су за то неопходни, начин руковођења, начин руковања финансијским средствима, да брзо и прецизно уочава проблеме и застоје у спровођењу програма, да добро комуницира са кадровима који спроводе програм и са локалним становништвом и властима на чијој се територији спроводи програм. Односно, треба да познаје проблеме рада и организације здравствене службе и да познаје принципе планирања и руковођења одређеним пословима који су му стављени у задатак.

Технологија планирања и извођење програма

1. Планирање − утврђивање циљева на здравственој заштити, на пример: утврђује се као циљ:

• смањење морбидитета и морталитета од кардио-васкуларних болести.

2. Утврђивање стратегије за остваривање планираних циљева:

• смањити пушење,

• изменити начин исхране,

• смањење крвног притиска итд.

3. Планирање активности за извршење програма:

• програм здравствене установе, односно план, разрађену стратегију за остваривање циљева и конкретне мере и активности на спровођењу плана, односно остварења планираних циљева.

4. Процес примене плана:

• начин реализације плана (програма): мере, акције, финансијска средства и др., уз истовремени процес мониторинга и евалуације.

5. Мониторинг:

• стална опсервација извршења планираних активности,

• то је процес непрекидног праћења и контроле извршења програма.

6. Евалуација:

• оцена о томе да ли се указује потреба, на основу оцене из поступака евалуације, да се приступи измени или допуни програма (плана), како би се ускладиле активности на спровођењу постављених циљева, а можда и у корекцији неких циљева, уколико је учињен већи промашај у оцени који су циљеви приоритетни и истовремено остварљиви са ресурсима са којима се у периоду извршења програма располаже.

7. Са репрограмирањем се завршава процес планирања, извођење програма, евалуације и реализације програма и постављених циљева. Праћење здравственог програма од почетка до краја његове реализације, примењујући при томе све процедуре од прикупљања података (документације) за његову израду, па до репрограмирања, ако се за то укаже потреба, представља управљање програмом или менаџмент програма. За сваку делатност или програм потребан је специјализовани тим менаџера, или појединаца, који су компетентни да изводе успешно припреме, израду програма па све до његове коначне реализације.

Предуслови за добро и изводљиво планирање су:

• добра анализа постојећег здравственог стања становништва у целини, или од одређене болести, ако је у питању решавање конкретног здравственог проблема,

• утврђивање здравствене политике и циљева, које треба остварити кроз одређени програм,

• анализа спремности и способности здравствене службе и извора финансирања за реализацију жељених циљева, што представља добру анализу постојеће ефикасности расположивих здравствених капацитета, као и финансијску могућност за финансирање предвиђених активности и начина финансирања рада здравствених установа на спровођењу активности које су адекватно укључене у њихов план рада.

Приликом анализе здравственог стања треба доћи до сазнања који здравствени проблем, или више њих, захтева решавање и какве су процене у позитивном исходу у погледу његовог решавања. У том смислу, потребно је проблем добро дефинисати: како је настао и којим мерама га можемо решавати.

Ови предуслови и активности на њиховом испуњењу од пресудне су важности за одређивање реалних циљева и мера које кроз одређени програм треба решавати.

На овај начин обезбеђујемо међусобну повезаност и координирано планирање и

реализацију националног програма заштите кроз програме здравствене заштите за једну или више општина, као и кроз усклађеност планова рада здравствених установа са Програмом здравствене заштите Републике.

Према Закону о здравственој заштити (Сл. гласник 107/05), а у циљу обезбеђења и спровођења друштвене бриге за здравље становништва на нивоу Републике, Народна скупштина доноси:

- план развоја здравствене заштите, чији је садржај прописан у чл. 17 Закона, и
- програм здравствене заштите, као акт за реализацију плана развоја, прописан такође чл. 17 Закона о здравственој заштити.

У смислу чл. 17 Закона о здравственој заштити, употребљава се термин „програм“ у свим случајевима када је у питању планирање, извођење и финансирање здравствене заштите становништва, било да је реч о програму од националног, покрајинског, регионалног или општинског карактера.

Када је у питању планирање текућег рада здравствених установа за једну календарску годину, као основа за уговарање рада установа на пружању заштите са фондом обавезног здравственог осигурања или са државним органима, употребљаван је термин „план рада здравствене установе“.

ДЕТАЉНО ПРОГРАМИРАЊЕ (ПЛАНИРАЊЕ)

Детаљно програмирање подразумева разрађену тактику и мере за спровођење глобалног програма здравствене заштите. У условима постојања програма здравствене заштите становништва од значаја за целу Републику, за његову реализацију потребно је имати један или више појединачних – специфичних програма који ће детаљно обухватити и разрадити циљеве и задатке из националног програма.

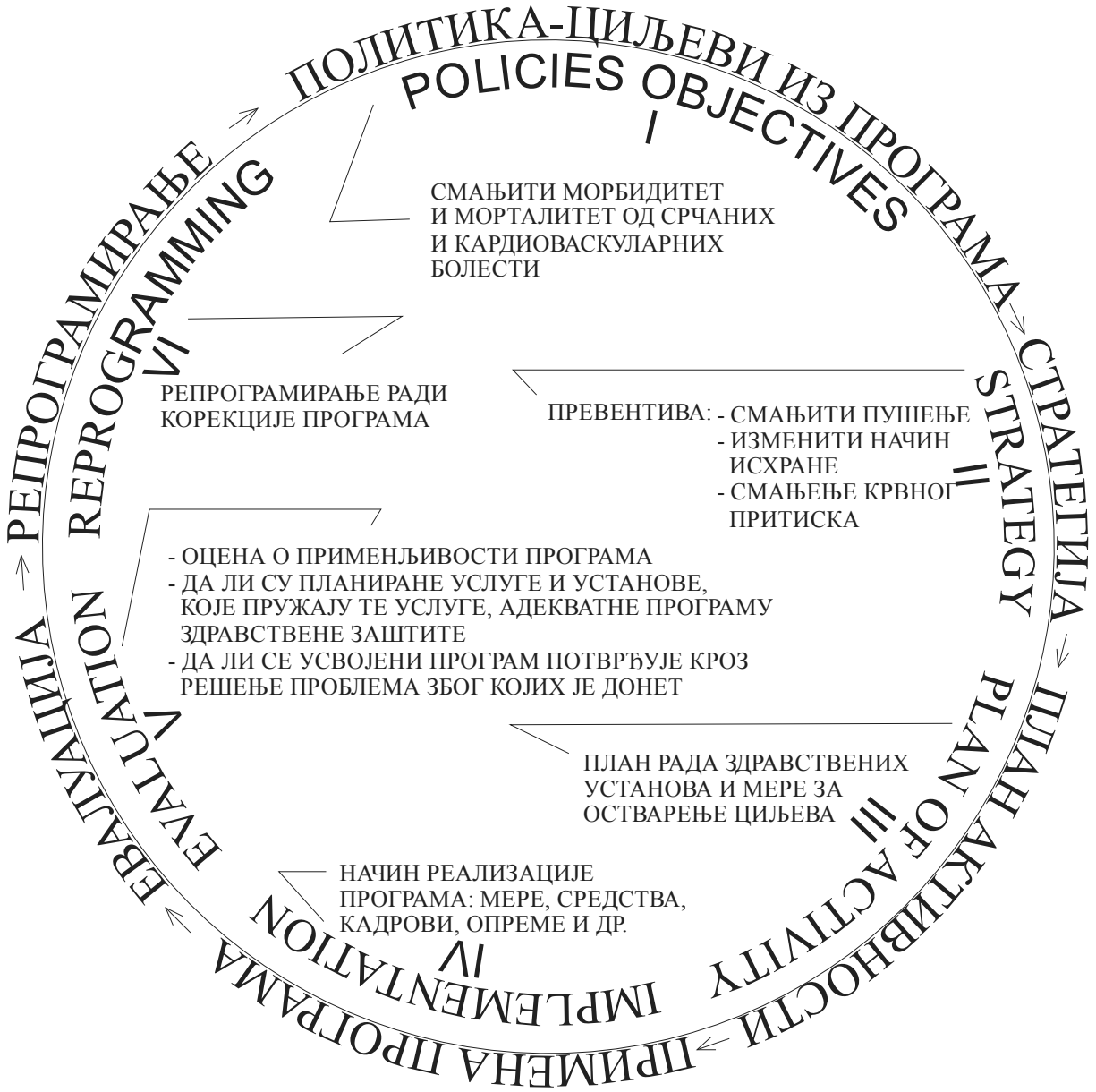
Детаљно планирање подразумева да се глобална стратегија преточи (претвори) у један или више програма активности, да се детаљно разраде предвиђени циљеви, да се утврди неопходна инфраструктура за спровођење планираних циљева: обим и структура за подручје за које се доноси програм, број и врста и квалификација здравствених и радника других професија за реализацију предвиђеног обима заштите, начин заштите (деловања), организација и подела рада између и унутар здравствених установа, финансијска средства за извршење програма, као и динамика извршења планираних активности. Тај процес обухвата укупни период за који се припрема програм, међурокове за поједине фазе рада на спровођењу програма, као и одговарајући менаџмент у координацији и руковођењу рада на испуњењу задатака из програма.

Лимитирајући фактори у изради програма

У припреми програма здравствене заштите могу се појавити ограничавајући фактори на свим нивоима планирања и остваривања. Ограничења у раду, развоју и обезбеђивања здравствене заштите могу да проистичу првенствено:

- из економских, односно финансијских разлога; ова ограничења су увек присутна на било ком нивоу економског стандарда, јер су потребе за здравственом заштитом становништва у непрекидном порасту, практично неограничене;
- могу да проистекну из административних препрека конкретног законодавства у периоду планирања, а могу да буду и политичке природе;
- услед недостатка одговарајућег броја и квалификованости медицинских и других радника (професија) на остварењу жељених циљева, односно програма;
- могу да буду последица неадекватне организације службе у целини појединих грана медицине, недостатка медицинске и друге опреме, а могу да се појаве и друге мање значајне препреке које треба идентификовати приликом израде анализе стања и могућности предвиђања у програму и у току процеса извршења програма.

ТЕХНОЛОГИЈА ПРОЦЕСА ПЛАНИРАЊА
MANAGEMENT PROCESS



Значај планирања у области здравствене заштите

Планирање представља припрему и доношење одређених одлука чија примена треба да обезбеди жељени ефекат (остварење циљева) у области за коју се врши планирање.

Планирање је инструмент за спровођење политике здравствене заштите становништва било од националног, регионалног или локалног значаја.

С обзиром на то да се планирање заснива на бројним анализама, предлозима и другим мерама, оно је због тога добра основа за успешни менаџмент, као што је и менаџмент саставни део процеса планирања и руковођења (управљања) одређеним процесима у организовању, планирању и обезбеђивању финансијских средстава за остваривање планиране заштите. Планирање и менаџмент су узајамно два повезана процеса и истовремено су основне полуге (инструмент) за остваривање програма, односно усвојених циљева, и усвојене политике здравстене заштите.

У здравственој делатности планирање треба да се институционално организује, као функција Министарства здравља или неке здравствене установе од републичког значаја која може да врши функцију планирања од општег интереса, а која би у себи имала јединицу оспособљену за израду и предлагање програма и за праћење извршења програма на појединим нивоима здравствене заштите.

Овако постављена функција (служба) за планирање имала би за задатак да уочава и дефинише основне здравствене проблеме становништва у целини или за одређене добне групе, да истражује постојеће и предлаже повећање ресурса за заштиту становништва, водећи рачуна о приоритетима из националног програма здравствене заштите предвиђеног Законом о здравственој заштити.

Планирање на националном нивоу има за задатак да сагледава у целини здравствено стање становништва, достигнути степен развоја здравствене службе, њену ефикасност, квалитет и обим заштите, као и трошкове заштите по свим изворима финансирања.

Постоје програми који се доносе на краткорочни, средњорочни период, као и за дугорочни период. Периоди планирања знатно се разликују по појединим земљама, што у суштини и није тако битно. Важан је квалитет планирања. Најрационалније је оно планирање које се односи на краћи период, најчешће за годину дана, док се средњерочно, а поготову дугорочно планирање, своди на одређену визију, која се годишњим плановима (програмима) константно разрађује, ревидира и унапређује (осавремењава).

Када се утврди здравствена политика, планирање се појављује као процес који настаје као активност са циљем да утврди и разради правце деловања здравствених установа у циљу реализације утврђене политике. У том смислу, планирање обезбеђује усмеравање рада здравствених установа, или одређених тимова на спровођење програма, предвиђа и предлаже потребне кадрове, медицинску и другу опрему, као и финансијска средства за извршење предложених активности. Планирање истовремено обухвата и континуирани процес контроле извођења програма и оцену постигнутих резултата.

Програм здравствене заштите као резултат планирања има за циљ да обезбеди организовану и изводљиву делатност здравствених установа у циљу успешног решавања утврђених здравствених проблема, за чије решавање постоје кадрови медицинске и других професија, као и организациони и финансијски услови. У том смислу поступци до израде програма су следећи:

- анализа стања и дефинисање проблема,
- утврђивање циљева које треба остварити,
- анализа праваца и могућности успешног деловања у постизању циља, односно решавању проблема,
- израда програма и врсте активности за реализацију програма,
- контрола и праћење извршења програма,
- евалуација и репрограмирање,
- извештај о извршењу плана.

Национална здравствена заштита

Република Србија има националну здравствену службу у државној својини којом се остварује:

1. Друштвена брига за здравље становништва и
2. Обавезно здравствено осигурање

Друштвена брига за здравље становништва прописана је Законом о здравственој заштити која се остварује на нивоу Републике, Аутономне покрајине, општине, одн. града, послодавца и појединаца. Средства за овај вид заштите обезбеђују се из буџета, од послодаваца и појединаца, с тим што највећи део мера заштите од општег интереса финансира буџет Републике, Покрајине, општине и града, већ према томе који је обим заштите прописан на овим нивоима.

Здравствена заштита у оквиру обавезног здравственог осигурања детаљно је прописана Законом о здравственом осигурању (Сл. гласник РС 107/05) и средства за финансирање ове заштите обезбеђује и троши Републички завод за здравствено осигурање. Закон обавезује Републички завод за здравствено осигурање да ова средства користи у складу са:

- начелом ефикасности обавезног здравственог осигурања и са
- начелом економичности обавезног здравственог осигурања.

С обзиром на то да здравствена служба са постојећим капацитетима, како болничким, тако и ванболничким, покрива целу територију Србије, она је од општег интереса и има карактер националне здравствене службе са циљем да обезбеђује прописани обавезни обим здравствене заштите под једнаким условима за све грађане државе. Република Србија има довољне капацитете: техничке, кадровске па и финансијске да уз добру организацију и квалитетно планирање и рационално коришћење ресурса обезбеди грађанима ниво заштите и у обиму и по квалитету како то прописују Закон о здравственој заштити и Закон о обавезном здравственом осигурању.

Национални програм здравствене заштите

Здравствена заштита од ширег или општег значаја треба да се остварује кроз национални програм здравствене заштите становништва. У досадашњој пракси планирања у здравству Србије постојали су облици планирања у виду:

- смерница за планирање здравствене заштите становништва у Републици у оквиру једне календарске године,
- резолуције о мерама за остваривање здравствене заштите становништва у Републици, такође за период од једне године,
- у давнијој прошлости припремали су се планови развоја здравствене заштите за период од 5 година, који су кориговани и спровођени кроз годишње планове рада и развоја.

У последњим деценијама прошлог века планирање у здравству заснивало се на тзв. „сусретном планирању“. Услед недоречености и неконзистентности овог система и без искуства у таквом планирању уопште, често су прокламовани и усвојени програми на таквом планирању у великој мери остајали нереализовани.

Израда националних програма здравствене заштите или национално здравствено планирање је систематски процес континуираног планирања. Национални програм здравствене заштите треба првенствено да дефинише политику државе у пружању квалитетне и ефикасне здравствене заштите од стране установа у државној својини и да утврди приоритетне циљеве у заштити и унапређивању здравственог стања становништва за Републику у целини. Национални програм здравствене заштите треба да прати и одговарајући буџет, као један од основних услова за реализацију предвиђене политике, односно усвојених циљева из програма. Исто тако национални програм треба да оствари координацију регионалних и општинских програма, у смислу обезбеђења организационих услова за реализацију националног програма у целини. На тај начин, национални програм се реализује кроз више регионалних или општинских програма, односно програма од регионалног или општинског значаја, као и кроз планове рада појединих (конкретних) здравствених установа.

Проблеми здравствене заштите који по својој тежини и значају могу бити предмет планирања и решавања кроз национални програм здравствене заштите су, на пример:

- обезбеђење свеобухватне здравствене заштите деце и омладине кроз доследну примену примарне здравствене заштите,
- унапређење наталитета кроз посебан програм здравственог васпитања и здравствене заштите жена у фертилном добу, трудница и мајки дојиља,
- програм хигијенско-санитарне заштите животне и радне средине становништва, а нарочито запослених,
- национални програм борбе против пушења, употребе дроге и алкохола, првенствено код младе популације,
- програм за сузбијање масовних незаразних болести првенствено кардиоваскуларних оболења,
- национални програм превентивне здравствене заштите од канцерогених обољења.

Могуће је решавати и друге здравствене и социјално-здравствене проблеме кроз национални програм здравствене заштите, као што је могућа и корекција дефиниција и садржаја овде наведених здравствених проблема.

Национални програм здравствене заштите, у складу са Законом о здравственој заштити, првенствено треба да дефинише:

- националну здравствену политику и циљеве које треба остварити применом те политике,
- приоритете у решавању дефинисаних здравствених проблема,
- динамику извршења програма по годинама у оквиру периода потребних за извршење задатака, који проистичу из усвојене здравствене политике,
- анализу и оцену постојећих капацитета и њихову способност и довољност за вршење задатака који проистичу из усвојене здравствене политике за планирани период,
- да утврди висину потребних финансијских средстава по изворима финансирања који се процењују као неопходни за извршење задатака на спровођењу утврђене здравствене заштите,
- исто тако, национални програм здравствене заштите треба да припреми и донесе одговарајуће пратеће прописе који треба да обезбеде спровођење утврђене политике.

Планирање у складу са Законом о планирању и изградњи (*Сл. гласник РС* 105/09)

Планирањем у складу са Законом о планирању и изградњи (Сл. гласникк РС 47/03) уређују се услови и начин планирања и изградње, уређивања и коришћења грађевинског земљишта и

изградње објеката. У том циљу основана је Републичка агенција за просторно планирање, која уређује вршење надзора над применом одредаба овог закона, имајући у виду и друга питања од значаја за планирање и уређење простора, коришћења грађевинског земљишта и изградње објеката (чл. 1 Закона).

У даљим поглављима Закона разрађују се обавезујуће одредбе по свим фазама примене чл. 1 Закона.

С обзиром на то да примена овог Закона долази у обзир код инвестиција нових објеката уопште, доградње, адаптације и сл., па и у здравству, његове одредбе се даље не наводе, јер је овом приликом тежиште на планирању текућег рада здравствених установа на пружању здравствене заштите.

Међутим, због целине проблематике планирања, навођење овог закона треба да упути будуће инвеститоре да се са истим добро упознају и обезбеде његову примену, како је она предвиђена у појединим фазама доградње, адаптације и сл.

Планирање у складу са Законом о здравственој заштити

Закон о здравственој заштити који је донела Скупштина Републике Србије 2. децембра 2005. године, а који је објављен у Сл. гласнику РС 107, садржи прецизније одредбе о планирању. Тако на пример, чл. 16 Закона одређује: „Ради обезбеђивања и спровођења друштвене бриге за здравље на нивоу Републике Србије, Народна Скупштина Србије доноси План развоја здравствене заштите“, тако да ради спровођења Плана развоја, Влада доноси програм здравствене заштите.

План развоја здравствене заштите заснива се на анализи здравственог стања становништва, потреба становништва за здравственом заштитом, расположивих кадровских, финансијских и других могућности.

План развоја садржи:

1. приоритете у развоју здравствене заштите,
2. циљеве, мере и активности здравствене заштите,
3. здравствене потребе групације становништва које су изложене посебном ризику оболевања од значаја за Републику,
4. специфичне потребе становништва за здравственом заштитом и могућност њиховог остваривања у појединим подручјима,
5. показатеље за праћење достигнућа у реализацији циљева,
6. носиоце мера и активности и рокове за остваривање циљева здравствене заштите,
7. критеријуме за утврђивање мреже здравствених установа у Републици, чији је оснивач Република, аутономна покрајина, општина, односно град, као и основе за развој здравствене службе на примарном, секундарном и терцијарном нивоу,
8. елементе за планирање, образовање и усавршавање запослених у систему здравствене заштите, као и елементе на планирању изградње нових и рестаурирање постојећих капацитета у погледу простора и опреме,
9. изворе финансирања здравствене заштите и развој система здравственог осигурања,
10. друге мере за развој система здравствене заштите.

Програм здравствене заштите на нивоу Републике садржи: успостављање приоритета, планирање, доношење помоћних програма за спровођење здравствене заштите, као и доношење прописа у овој области. Програм у области заштите здравља обухвата мере: 1. заштите од загађења животне средине које је проузроковано штетним и опасним материјама у ваздуху, води и земљиштву, одлагањем отпадних

материја, опасним хемикалијама, изворима јонизујућег и нејонизујућег зрачења, буком и вибрацијом, 2. као и вршење систематских испитивања животних намирница, предмета опште употребе, минералних вода за пиће, воде за пиће и других вода које служе за производњу намирница, и 3. контролу санитарно-хигијенске исправности и прописаног квалитета (мониторинг). Процес заштите здравља од загађења животне средине доносе министар за здравље и министар надлежан за послове животне средине. Средства за друштвену бригу на нивоу Републике обезбеђује Република у складу са законским прописима.

У оквиру друштвене бриге за здравље на нивоу аутономне покрајине, општине, односно града, Закон о здравственој заштити предвиђа:

- планирање и остваривање сопственог програма за очување и заштиту здравља од загађене животне средине,
- обезбеђује финансијска средства за припрему и финансирање Плана мреже здравствених установа, за које су оснивачи покрајина, општина односно град, а који обухвата: изградњу, опремање, текуће, као и инвестиционо одржавање.

Прецизнији садржај мера здравствене заштите од општег интереса за Републику, као и мере за њихово остварење, дате су у чл. 18. Закона о здравственој заштити. Прецизнији садржај друштвене бриге за здравље становништва покрајине, општине, односно града, као и мере за њихово спровођење садржане су у чл. 13 Закона о здравственој заштити.

Коришћење статистичких података и показатеља у планирању здравствене заштите, мерењу квалитета здравствене заштите, као и резултата рада здравствених установа

За планирање здравствене заштите користе се:

1. подаци здравствених установа, које установе, у оквиру здравствене статистике, користе за планирање свог текућег рада на пружању заштите становништва на територији коју оне покривају,
2. подаци које обезбеђује званична државна статистика, који се објављују годишње и међусобно су упоредиви.

Систем једнообразних и међусобно упоредивих података је предуслов за успостављање добре аналитичко-документационе основе која треба да обезбеди квалитетно планирање. Поред тога, читав систем планирања мора да се заснива на добро разрађеном јединственом и једнообразном систему показатеља, који, осим у процесу припреме плана, служе и за оцену извршења планираних циљева.

С обзиром на то да не постоји званично усвојен систем јединствених, нити обавезних показатеља, у планирању здравствене заштите, као помоћ планерима у здравству даје се оријентациони преглед једног броја показатеља, претежно економских:

1. Укупан приход

укупан приход у извештајном периоду
---------- X 100
укупан приход остварен у претходном периоду

2. Структура укупних прихода и примања

2.1. приходи од буџета
---------- X 100
укупно остварени приходи и примања

2.2. приходи од фондова здрав. осигурања
---------- X 100
укупно остварени приходи и примања

2.3. приходи од партиципације грађана
---------- X 100
укупно остварени приходи и примања

2.4. ненаплаћена потраживања у изв. периоду
---------- X 100
укупна потраживања у претходном периоду

2.5. неизмирене обавезе у изв. периоду
---------- X 100
укупно неизмирене обавезе у претходном периоду

2.6. укупни издаци и расходи и изв. периоду
---------- X 100
укупни издаци и расходи у претходном периоду

3. Показатељи трошкова и економичности

3.1 укупни издаци и расходи у извр. периоду
---------- X 100
остварени укупан приход и примања у извештајном периоду

(овај показатељ се често употребљава као показатељ економичности у раду установе)

3.2. трошкови за лекове у извр. периоду
---------- X 100
трошкови за лекове у претходном периоду

3.3. трошкови режије у извр. периоду
---------- X 100
трошкови режије у претходном периоду

4. Показатељи добити и губитака

4.1. остварена добит у изв. периоду
---------- X 100
остварена добит у претходном периоду

4.2. остварена добит у изв. периоду
---------- X 100
укупан приход и примања у изв. периоду

4.3. учешће бруто плата у укупном приходу
---------- X 100
остварени укупни приходи и примања у изв. периоду

Специфични показатељи за поједине здравствене установе могу бити на пример и:

- трошкови исхране према укупним трошковима,
- трошкови за лекове у изв. периоду у односу на трошкове у претходном периоду,
- трошкови издати на рецепт у односу на претходни период,
- стопа марже у апотекама итд., већ према карактеру установе и према конкретним потребама.

Списак показатеља се може мењати и допуњавати. Међутим, када је у питању међусобно упоређивање резултата између појединих установа исте врсте, оно се може вршити само на бази јединствених података и показатеља.

За потребе планирања неопходно је утврдити један број показатеља, који треба да омогуће израчунавање појединих величина из програма, на старту програма и по његовом извршењу. Ако се почетак примене програма поклапа са почетком године, онда је једноставније утврдити периоде исказивања резултата по појединим показатељима, поготову ако се то извођење програма остварује у једној календарској години.

Постоји велики број демографских, здравствених и економских показатеља који се могу користити у екстермним анализама између установа исте врсте.

Утврђивање минимума показатеља и упоређивање тих показатеља било би од интереса за саме установе, за фондове здравственог осигурања, а и за кориснике здравствених услуга, јер би та активност имала за циљ да унапреди ефикасност и економичност у раду здравствених установа.

Интегрисани здравствени информациони систем

У циљу обезбеђења адекватне документације на бази тачних података из званичне евиденције и документације Законом о здравственој заштити прописана је здравствена документација и евиденција у виду „Интегрисаног здравственог информационог система“. „Ради постизања пла-

нирања и ефикасног управљања системом здравствене заштите, као и прикупљања и обраде података у вези са здравственим стањем становништва и функционисањем здравствене службе, односно прикупљања и обраде здравствених информација, организује се и развија интегрисани здравствени информациони систем, као и садржај здравствених информација“ (чл. 73. Закона). Овај интегрисани здравствени информациони систем доноси Влада Републике Србије.

Законом о здравственој заштити прописано је и шта се под квалитетом здравствене заштите подразумева: „Квалитет здравствене заштите процењује се на основу одговарајућих показатеља који се односе на обезбеђеност становништва здравственим радницима, капацитет здравствених установа, опрему, односно који се односе на показатаље процеса и резултата рада и исхода по здравље становништва, као и на основу других показатеља на основу којих се процењује квалитет здравствене заштите“ (чл. 203 Закона).

Преглед израза и термина

Изрази и термини исказани на српском и енглеском језику, за коришћење литературе на енглеском језику.

1. Анализа трошкова и ефеката	Cost-effectiveness analysis
2. Анализа трошкова и ефикасности	Cost-effectiveness analysis
3. Излаз–резултат–производ	Output
4. Буџет	Budget
5. Буџетирање програма	Programme budgeting
6. Цена (цена коштања)	Cost
7. Ефекат	Effect
8. Ефективност–делотворност–успешност	Effectiveness
9. Ефикасност	Efficiency
10. Економика	Economics
11. Улагање средстава (улаз у систем)	Input
12. Исход (резултата)	Outcome
13. Корист,	Benefit
14. Анализа најповољније варијанте цене (алтернативни трошкови)	Opportunity cost
15. Норме и стандарди	Norme and Standards
16. Предлог пројекта	Project proposal
17. Средства (финансијска, кадрови, опрема)	Resources
18. Економика здравствене заштите	Health economics
19. Збир свих услуга	Servis-mix (metod)
20. Збир свих случајева	Case-mix
21. Техничка ефикасност	Technical efficiency
22. Алокативна ефикасност	Allocative efficiency
23. Медицинска ефикасност	Medical efficiency
24. Крајњи резултат (исход)	Impact
25. Процена, оцена, оцењивање	Evaluation
26. Примењивост програма (релевантност)	Relevance

27. Подударност	Adeqvacy
28. Праћење–контрола–надзор	Monitoring
29. Ограничавање–успоравање пораста трошкова здравствене заштите и здравственог осигурања	Cost consteitment
30. Утврђивање политике – циљева	Policies objectives
31. Стратегија	Strategy
32. План мера и активности за реализацију програма	Plan of activitis
33. Процес примене програма (плана)	Implamantation
34. Анализа трошкова и користи	Cost benefit analysis
35. Ефектност	Efficiacy
36. Постићи више са мање	Doing More wih Less
37. Вредност за новац	Value for money
38. Исход, резултат	Output

39. Економски ресурси: земља, сировине, рад, капитал, управљачка способност.

40. Процес планирања од анализе стања до реализације програма (приказан графички).

41. „Инфлација у економији то је раст нивоа цена. О инфлацији се говори као о неконтролисаном расту цена на свим нивоима. Догађа се када је тражња за робама и услугама већа од понуде истих. Има више теорија о узроцима који доводе до ове неравнотеже”. Извор: Енциклопедија Британика, сажето издање, књига 7, страна 51. Издање: Народна књига, Београд, 2005.

42. Бруто домаћи производ: укупна тржишна вредност свих произведених добара и услуга у датој години.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимотић Б., Орешчанин, Васић М., Приручник за планирање здравствене заштите. Глобус, Крагујевац, 1999.
2. Јовановић М., Томић В., Урошевић Д., Шћепановић Б. Програмирање и планирање здравствене заштите. Заједница здравствених установа Србије и Републички завод за здраствену заштиту СРС, 1974.
3. Гереке Љ. Планирање у здравству. Научна књига, Београд, 1990.
4. Косановић Р. Речник термина из области здравствене заштите и здравственог осигурања. Комора здравствених установа Србије, Београд, 2007.
5. WHO, Regional Office for Europe. Реформске стратегије. 1997.
6. Мићић Б. Методи евалуације и побољшање ефикасности хоспитализације (партиципација). Здравствена заштита, Београд, 2006; 1.
7. Заједница здравствених установа Србије и Републичка самоуправна интересна заједница здравствене заштите Србије. Минимум јединствених показатеља за оцену ефикасности и рационалности организације и рада и економике пословања здравствених организација. Београд, 1983.
8. WHO. Statistical indicators for the Planning and Evaluation of Public Health Programmes. Geneva, 1971.
9. WHO, Regional office for Europe. List of proposed indacators for monitoring process health for all in the Europian region. Copenhagen, 1984.

10. Mach EP and Abel-Smith. Planning the finances of the Health sector. World health Organization, Geneva, 1983.
11. Савезни завод за здравствену заштиту. Израда листа показатеља за процену здравственог стања становништва. Београд, 1976.
12. Закон о здравственој заштити. Сл. гласник РС 107/05.
13. Закон о здравственом осигурању. Сл. гласник РС 107/05.
14. Младеновић Д. Планирање у здравственим установама. Стоматолошки факултет, Београд, 1991.

Контакт: Драган Младеновић, dipl. ecc.

У часопису „Здравствена заштита“ објављују се оригинални научни радови, претходна саопштења, прегледи и стручни радови, из социјалне медицине, јавног здравља, здравственог осигурања, економике и менаџмента у здравству. Уз рад треба доставити изјаву свих аутора да рад није објављиван. Сви приспели радови упућују се на рецензију. Радови се не хоноришу. Рад слати на имејл: kzus@open.telekom.rs.

Општа правила

Рукопис доставити ћирилицом, у фонту Times New Roman, величине 12. Литературни подаци означавају се арапским бројевима у заградама, редоследом којим се појављују у тексту. На посебној страници рада навести пуна имена и презимена аутора, године рођења, њихове стручне титуле и називе установа и места у којима раде. Имена аутора повезати са називима установа индексираним арапским бројевима. Такође откуцати име и презиме аутора за контакт, његову адресу, број телефона и интернет адресу. Текст 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. сида, РИА итд).

Обим рукописа

Обим 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, за извештај и приказ књиге две стране.

Кратак садржај

Уз оригинални научни рад, саопштење, прегледни и стручни рад дати и кратак садржај до 200 речи на српском и енглеском језику (Сажетак и Summary). 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.

Табеле

Табеле, графиконе, слике, цртеже, фотографије и друго дати у тексту и означити их арапским бројевима по редоследу навођења у тексту. Наслови се куцају изнад и они треба да прикажу садржај табеле и другог. Коришћење скраћеница у насловима обавезно објаснити у легенди табеле и другог.

Списак литературе

Списак литературе дати 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“.

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 усанова Србије. 1972 (Београд : Stilprint SS). - 26 cm

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

Dijabetičarima vraćeno 10 dana besplatnog lečenja u Vrnjačkoj Banji

Izmenama i dopunama Pravilnika o rehabilitaciji svim osobama obolelim od dijabetesa, starijim od 18 god, na terapiji insulinom, odobreno je desetodnevno lečenje u Specijalnoj bolnici Merkur u Vrnjačkoj Banji o trošku Republičkog Fonda za zdravstveno osiguranje.

Rehabilitacija je produžena sa 5 na 10 dana, a korišćenje ovog vida rehabilitacije omogućeno je jednom u 4 godine, a ne jednom u 7, kako je prethodnim pravilnikom propisano. Navedene promene stupaju na snagu 01. avgusta 2013. godine.

Ovim izmenama svi pacijenti koji su u 2008. godini i u prvoj polovini 2009. godine koristili produženu rehabilitaciju, već sada imaju pravo na ponovni dolazak. Bitno je da prođe tačno četiri godine od završetka prethodnog boravka kako bi se to pravo ponovo ostvarilo.

Potreba za rehabilitacijom obolelih od dijabetesa prepoznata je od strane Republičkog Fonda za zdravstveno osiguranje i direktora prof. Babića. Ona je uticala na promenu odluke RFZO-a, da se rehabilitacija vrati na 10 dana.

Vraćanje rehabilitacije na 10 dana značajno je pre svega za obolele jer se u Merkuru Nacionalnom edukativnom centru za dijabetes sprovodi individualna i grupna edukacija sa svim aspektima problematike koji prate jednu ovakvu bolest. Kompleksan edukativni program obuhvata ne samo edukaciju, već i pravilnu ishranu, doziranu fizičku aktivnost, korišćenje prirodnog lekovitog faktora, labaratorijske analize, dijagnostiku (EMNG, ultrazvuk, endoskopija...) najsavremeniju medikamentnu terapiju i akcentovanje motivacije za promenom stila života. Prednost jednog ovakvog Nacionalnog centra je što se edukacija, prevencija i lečenje obolelih od šećerne bolesti sprovode na jednom mestu pod svakodnevnom kontrolom uz timski rad preko 40 lekara različitih specijalnosti i subspecijalnosti. Postignuti su značajni rezultati i veliki pomak u prevenciji i svakodnevnoj borbi protiv hroničnih komplikacija što će u budućem periodu doneti uštede zdravstvenog dinara.

Način da osiguranici iskoriste svoje pravo na desetodnevni boravak produžene rehabilitacije je sledeći:

1. ***Pacijent se javlja svom izabranom lekaru kome prilaže medicinsku dokumentaciju (otpusnu listu ili mišljenje lekara interne medicine ili endokrinologa) i od lekara uzima uput za produženu rehabilitaciju (zeleni uput obrazac 03-3);***
2. ***Sa overenom zdravstvenom knjižicom, uputom izabranog lekara i gore navedenom medicinskom dokumenatcijom pacijent se javlja lekarskoj komisiji Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje, koja će izdati overeno mišljenje lekarske komisije o upućivanju na produženu rehabilitaciju (obrazac OLK -16);***
3. ***Nakon dobijanja lekarskog mišljenja potrebno je da što pre kontaktiraju Specijalnu bolnicu Merkur kako bi na vreme zakazali termin boravka.***

Tel: 036/618-870, 611-873, 618-860, 618-865, svakog radnog dana od 07:00 do14:30.