YU ISSN 0350-3208

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

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

ГОДИНА XLIII • ФЕБРУАР 2014. • БРОЈ 1

КОМОРА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ - БЕОГРАД

ГОДИНА XLIII

Број 1
ФЕБРУАР 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

Милан Бјекић, Сандра Шипетић
1. ЕПИДЕМИОЛОШКЕ И КЛИНИЧКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ОБОЛЕЛИХ ОД СИФИЛИСА 1

Ивица Здравковић
2. УЛТРАЗВУК АБДОМЕНА И МАЛЕ КАРЛИЦЕ НА НИВОУ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ 6

Радмила Кандић, Драгана Трифуновић Балановић, Гордана Маринковић, Љубомир Ердоглија, Весна Богдановић, Драгана Тодоровић, Олга Дурлевић
3. УЛОГА ВИЗУЕЛНЕ КОМУНИКАЦИЈЕ У ПРОМОЦИЈИ И ЗАШТИТИ ЗДРАВЉА НА НИВОУ ЛОКАЛНЕ ЗАЈЕДНИЦЕ 11

Мирослав Мишић, Катарина Китановић, Никола М. Петровић
4. СТАВОВИ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА ПРЕМА ЗЛОСТАВЉАЊУ ДЕЦЕ И ПРЕМА ЗАШТИТИ ЗЛОСТАВЉАНЕ ДЕЦЕ 23

Страхиња Кулић, Лазар Јанић, Јована Костић, Миљан Кулић, Срђан Станковић, Љиљана Кулић, Анђелка Лазаревић, Гордана Арсић Комљеновић, Христо Анђелски
5. ЗАСТУПЉЕНОСТ АРТЕРИЈСКЕ ХИПЕРТЕНЗИЈЕ У ГЕРИЈАТРИЈСКОЈ ПОПУЛАЦИЈИ КОД НАС И У СВЕТУ 32

Гордана Арсић Комљеновић, Јелена Кенић, Драган Микић, Христо Анђелски
6. +Gz УБРЗАЊЕ И ОКСИДАТИВНИ СТРЕС 43

Драган Младеновић
7. ОСНОВИ ЕКОНОМИКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА Економика здравствене заштите 50

UDK BROJEVI: 616.972-036.22(497.11)

ЕПИДЕМИОЛОШКЕ И КЛИНИЧКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ОБОЛЕЛИХ ОД СИФИЛИСА*

Милан Бјекић[1], Сандра Шипетић[2]

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF SYPHILIS CASES

Milan Bjekić, Sandra Šipetić

Сажетак

Увод: Почетком овог века пораст инциденције сифилиса забележен је широм света, посебно у популацији мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима. Циљ овог рада је био да се анализирају епидемиолошке и клиничке карактеристике оболелих од сифилиса у току 2010. године.

Метод: У овој студији случајева прикупљени су подаци о пацијентима са сифилисом чија је дијагноза постављена у Градском заводу за кожне и венеричне болести, од јануара до октобра 2010. године. Сифилис је дијагностикован на основу клиничке слике и реактивних серолошких тестова.

Резултати: Од јануара до октобра 2010. године дијагностиковано је 26 пацијената са раним сифилисом. Двадесет пет мушкараца (96,2%), од тога 22 (84,6%) хомосексуалне, 2 (7,7%) бисексуалне и један (3,8%) хетеросексуалне оријентације, и једна (3,8%) сексуална радница. Примарни сифилис дијагностикован је код 13 (50,0%) особа, секундарни код 10 (38,5%) и рани латентни код 3 (11,5%). Већина оболелих се инфицирала у Београду, а 19 (73,1%) особа је инфекцију добило искључиво незаштићеним оралним сексом. Код пет пацијената постојала је и ХИВ коинфекција.

Summary

Objectives: To describe epidemiological and clinical characteristics of early syphilis among patients who attended City Institute for Skin and Venereal Diseases in Belgrade in 2010.

Methods: A case-note review.

Results: From January to October 2010, 26 cases of syphilis were diagnosed [13 (50.0%) primary, 10 (38.5%) secondary and 3 (11.5%) early latent syphilis]. 22 (84.6%) were homosexual, 2 (7.7%) bisexual and 1 (3.8%) heterosexual men, and one (3.8%) case was female sex worker. In the majority of cases the infection had been acquired in Belgrade, and in 19/26 (73.1%) cases oral sex had been the only risk factor. Five cases had been co-infected with HIV.

Conclusion: Characteristics of syphilis among men who have sex with men demonstrated the need for enhanced prevention methods. Risk reduction messages are more than ever necessary for targeting this group, and condom use for oral sex should be an important part of patients counseling.

Keywords: syphilis; men who have sex with men; oral sex.

* Овај рад је настао у оквиру Пројекта бр. 175042 (2011–2014), који у целини финансира Министарство просвете и науке Републике Србије.

[1] Др Милан Бјекић, Градски завод за кожне и венеричне болести, Београд (City Institute for Skin and Venereal Diseases Belgrade).

[2] Др Сандра Шипетић, Институт за епидемиологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду (Institute of Epidemiology, School of Medicine, Belgrade University, Serbia).

Закључак: Епидемиолошка ситуација сифилиса у популацији мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима указује на потребу јачања превентивних мера у овој вулнерабилној групи, слања јасних порука у циљу смањења ризика и промоције безбедног сексуалног понашања, а посебно употребу кондома током оралних сексуалних односа.

Кључне речи: *сифилис, мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима, орални секс.*

УВОД

Сифилис је бактеријска полно преносива инфекција коју изазива спирохета *Treponema pallidum*. Ако се не лечи, обољење пролази кроз четири стадијума: примарни, секундарни, латентни и терцијарни. Болест је сексуално преносива у току примарног, секундарног и раног латентног стадијума који траје мање од годину дана од инфекције, те се ова три стадијума још називају и раним сифилисом.

Инциденција сифилиса у Србији у последње две деценије показује неколико варијација. У 1990. години инциденција је била 0,28 оболелих на 100.000 становника, да би од 1991. године кренула постепено да расте са максималном вредношћу од 1,92 на 100.000 у 1995. години. У том периоду услед рата и тешких социоекономских услова сифилис је импортован у Србију преко наших грађана који су радили у државама бившег Совјетског Савеза [1].

Након овог периода инциденција сифилиса имала је силазни тренд и кретала се око 1,0 на 100.000, са најнижом вредношћу у 2008. години (0,68 на 100.000). Изузетак је била 2001. година са инциденцијом од 2,77 на 100.000 услед епидемије сифилиса у Институцији за смештај и бригу одраслих пацијената са психијатријским обољењима у Крагујевцу [2].

ЦИЉ РАДА

Циљ овог рада је био да се анализирају епидемиолошке и клиничке карактеристике оболелих од сифилиса код којих је болест дијагностикована у Градском заводу за кожне и венеричне болести у току 2010. године.

МЕТОД

У оквиру ове студије случајева укључени су сви оболели од сифилиса код којих је дијагностикован примарни, секундарни и рани латентни сифилис у току 2010. године у Градском заводу за кожне и венеричне болести у Београду. Обољење је дијагностиковано на основу клиничке слике и реактивних серолошких тестова на сифилис. Рађени су нетрепонемски VDRL (Veneral Disease Research Laboratory) и трепонемски TPHA (Treponema Pallidum Haemagglutination Assay) тестови. Због техничких ограничења микроскопски преглед лезија на *T.pallidum* у тамном пољу није рађен.

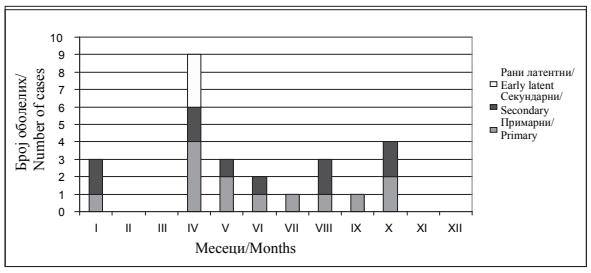
РЕЗУЛТАТИ

Од јануара до октобра 2010. године дијагностиковано је 26 пацијената са раним сифилисом (Графикон 1). Двадесетпет

мушкараца (96,2%), од тога 22 (84,6%) хомосексуалне, 2 (7,7%) бисексуалне и један (3,8%) хетеросексуалне оријентације, и једна (3,8%) сексуална радница. Чак 96% оболелих мушког пола је припадало популацији мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима (MSM). Просечна старост оболелих била је 34 године (најмлађи испитаник је имао 23, а најстарији 55 година). Током новембра и децембра 2010. године није било новооболелих особа.

Графикон 1. *Оболели од раног сифилиса према месецима, Градски завод за кожне и венеричне болести, Београд, 2010.*

Figure 1. *Cases of early syphilis by months, City Institute for Skin and Venereal Diseases, Belgrade, 2010.*



Примарни сифилис (ПС) је дијагностикован код 13 (50,0%) особа. Све примарне лезије биле су на пенису и праћене су безболном регионалном лимфаденопатијом, а класичан шанкр примећен је само код три пацијента. Атипична презентација сифилиса описана је код ¾ пацијената у виду мултиплих улцерација, болних ерозија које су подсећале на херпес гениталис, нодуларних лезија и промена попут лицхен планоса. Сви оболели од примарног сифилиса су навели податак о инсертивном оралном сексуалном односу са непознатом мушком особом који се догодио у периоду од месец дана пре доласка на преглед.

Секундарни сифилис (СС) је дијагностикован код 10 (38,5%) пацијената, а 3 (11,5%) особе су имале рани латентни сифилис. Класичан макулозни егзантем био је присутан код 70% оболелих, док су два пацијента имала алопецију, а један само мукозни плак на језику. Фактор ризика за СС био је незаштићен орални сексуални однос код 6 особа, и незаштићен орални и анални секс код 4 пацијента. Двојица оболелих су имала реинфекцију сифилиса у току последње 3 године. Код сексуалне раднице потврђена је рана латентна инфекција.

Пет особа (19,2%) је било ХИВ позитивно, од тога четири су примале антиретровиралну терапију. Седамнаест (65,4%) пацијената је било ХИВ негативно, а четири (15,4%) особе су одбиле да се тестирају.

Већина (80,8%) пацијената је инфекцију добила у Београду, док је пет (19,2%) особа инфицирано у иностранству. Двадесет (76,9%) инфицираних није имало никакве податке о особама од којих су добили инфекцију. Нотификација партнера обављена је само код три особе које су и довеле своје сексуалне партнере.

Пацијенти су лечени једнократном дозом од 2,4 милиона i.j. бензатин пеницилина G, изузев ХИВ инфицираних који су примили 3 дозе лека у интервалу од 7 дана (укупно 7,2 милиона i.j.).

ДИСКУСИЈА

Почетком овог века пораст инциденције сифилиса забележен је широм света, посебно у MSM популацији. Према нашим резултатима, 96% оболелих припадало је MSM популацији. То је први пут да се сифилис у нашој средини предоминантно јавља међу овом популацијом. Епидемије које су забележене у неколико великих градова Сједињених Америчких Држава [3, 4] и Европе [5, 6, 7 и 8] показале су да међу MSM популацијом постоје високоризична сексуална понашања: ретка употреба кондома, некоришћење истих током оралног секса и велики број повремених и нових сексуалних партнера. Поред наведеног, пораст сифилиса могао би се објаснити чешћом употребом алкохола и психоактивних супстанци, које утичу на сексуално понашање [9] и некритичност при избору сексуалног партнера, као и смањењем страха од ХИВ инфекције у ери успешне антиретровиралне терапије [10].

С обзиром на то да су вакцине против бактеријских полно преносивих инфекција, па и сифилиса, у експерименталној фази [11], измена високоризичног сексуалног понашања и редовна употреба кондома представљају садашњи основ за превенцију ових болести.

Већина наших пацијената се заразила током незаштићених оралних сексуалних односа. Орални секс се погрешно сматра „безбедним“ сексуалним понашањем, а заблуде да се тим путем не могу пренети полно преносиве инфекције (ППИ) и ХИВ су присутне како у општој популацији тако и међу здравственим радницима [12]. Стога и не чуди чињеница да и наши пацијенти нису идентификовали орални секс као начин преношења сифилиса. С друге стране, оралне лезије, крв и салива у секундарном стадијуму сифилиса су веома контагиозни. У епидемијама сифилиса међу MSM особама у Брајтону и Манчестеру утврђено је да је 1/3 инфицираних болест добила искључиво оралним сексом [13].

У клиничкој слици ПС код наших пацијената доминирале су мултипле улцерације које су подсећале на генитални херпес. DiCarlo и Martin су описали да је класичан шанкр био присутан само код 31% оболелих [14]. Атипичне манифестације ПС могу изазвати дијагностичку конфузију са обољењима која су праћена гениталним улцерацијама (инфективне и неинфективне етиологије), нарочито код здравствених радника који раде у срединама са ниском инциденцијом сифилиса. Присуство гениталних улцерација олакшава трансмисију ХИВ инфекције, а мултипле улцерације и атипичне манифестације сифилиса су честе са ХИВ коинфекцијом [15]. У нашој епидемији 20% оболелих било је ХИВ инфицирано.

Серолошки тестови у примарном сифилису нису довољно сензитивни, што указује на значај микроскопије у тамном пољу која представља високо сензитивну методу у дијагностици раног сифилиса [16].

Већина наших оболелих пацијената инфекцију је добила у Београду. MSM популација због анонимности, мање стигматизације и већег броја места и могућности за упознавање и остваривање сексуалних контаката (јавни тоалети, јавни паркови, барови и клубови) често за живот бира веће градове [7, 17]. Наведене чињенице олакшавају и преношење ППИ.

Нотификација партнера је веома тешка, јер је по правилу реч о непознатим особама, а неретко оболели због дискреције одбијају да открију њихов идентитет. Нашој установи су се јавила само три сексуална партнера оболелих од сифилиса (два стална, а у трећем случају реч је о сексуалној радници коју је упутио инфицирани хетеросексуални клијент).

ЗАКЉУЧАК

Пораст оболевања од сифилиса у MSM популацији бележи се и у нашој средини. Развој и примена брзих специфичних и сензитивних дијагностичких тестова на сифилис, посебно из саливе, олакшала би дијагностику обољења у популацији која је тешко доступна здравственом систему попут MSM особа и сексуалних радника. Више него неопходне су и јасне превентивне поруке у циљу смањења ризика, а податак да све већи број MSM особа упознаје своје партнере путем интернета отвара нове могућности *online* промоције безбедног сексуалног понашања. Употреба кондома током оралног секса свакако је важан део саветовања.

Листа скраћеница

MSM – мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима

VDRL – Venereal Disease Research Laboratory

TPHA – Treponema Pallidum Haemagglutination Assay

PP – примарни сифилис

SS – секундарни сифилис

PPI – полно преносиве инфекције

ЛИТЕРАТУРА

1. Bjekić M, Vlajinac H, Šipetic S, Kocev N. Trends of gonorrhea and early syphilis in Belgrade, 1985–99. Sex Transm Inf. 2001; 77: 387–8.

2. Vlajinac H, Šipetic S, Bjekić M, Savčić G, Marinković J. Outbreak of early syphilis in an institution for the care of adults with mental disorders. Epidemiol Infect. 2006; 134: 585–8.

3. Center for Disease Control and Prevention. Outbreaks of syphilis among men who have sex with men – southern California, 2000. MMWR 2001; 50: 117–120.

4. Center for Disease Control and Prevention. Primary and secondary syphilis among men who have sex with men – New York City, 2001. MMWR 2002; 51: 853–856.

5. Lacey HB, Higgins SP, Graham D. An outbreak of early syphilis: cases from North Manchester General Hospital. Sex Transm Inf. 2001; 77: 311–313.

6. Halsos AM, Edgardh K. An outbreak of syphilis in Oslo. Int J STD 2002; 13: 370–372.

7. Velicko I, Arneborn M, Blaxhult A. Syphilis epidemiology in Sweden: re-emergence since 2000 primarily due to spread among men who have sex with men. Euro Surveill. 2008; 13(50): pii:19063. Available online: http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19063.

8. Giuliani M, Palamara G, Latini A, Dorruci M, Latini A, Priguano G, et al. Evidence of an outbreak of syphilis among men who have sex with men in Rome. Arch Dermatol. 2005; 141: 100−101.

9. Bjekić M, Vlajinac H. Uticaj konzumiranja alkohola na ponovno obolevanje od veneričnih bolesti. Med Pregl 2000; LIII (11–12): 600–602.

10. Katz MH, Schwarcz SK, Kellogg TA, Klausner JD, Dilley JW, Gibson S, et al. Impact of highly active antiretroviral treatment on HIV seroincidence among men who have sex with men: San Francisco. Am J Public Health. 2002; 92: 388–394.

11. Jovanović M, Karadaglić Đ, Golušin Z, Brkić S, Poljački M. Eksperimentalne vakcine za prevenciju polno prenosivih infekcija. Med Pregl 2009; LXII (1–2): 42–48.

12. Gerbert B, Herzig K, Volberding P, Stansell J. Perceptions of health care professionals and patients about the risk of HIV transmission through oral sex: a qualitative study. Patient Educ Couns 1999; 38: 49–60.

13. Communicable Disease Surveillance Centre. Increased transmission of syphilis in Brighton and Greater Manchester among men who have sex with men. Commun Dis Rep. CDR Wkly 2000; 10: 386. http://www.hpa.org.uk/cdr/archives/2000/cdr4300.pdf

14. DiCarlo RP, Martin DH. The clinical diagnosis of genital ulcer disease in men. Clin Infect Dis. 1997; 25: 292-8.

15. Lynn WA, Lightman S. Syphilis and HIV: a dangerous combination. Lancet Infect Dis. 2004; 4: 456–66.

16. Wheeler H, Agarwal S, Goh BT. Dark ground microscopy and treponemal serology tests in the diagnosis of early syphilis. Sex Transm Infect. 2004; 80: 509–511.

17. Bolding G, Davis M, Hart G, Sherr L, Elford J. Where young MSM meet their first sexual partner: the role of Internet. AIDS Behav. 2007; 11: 522–526.

Контакт: Прим. др сц. мед. Милан Бјекић, Градски завод за кожне и венеричне болести, Џорџа Вашингтона 17, Београд 11000, e-mail: milinkovski@gmail.com

UDK BROJEVI: 617.55-073(497.11)”2011/2013”

УЛТРАЗВУК АБДОМЕНА И МАЛЕ КАРЛИЦЕ НА НИВОУ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Ивица Здравковић[1]

ULTRASOUND EXAM OF ABDOMEN AND PELVIS IN PRIMARY HEALTH CARE INSTITUTIONS

Ivica Zdravković

Сажетак

Ултразвучни прегледи абдомена и мале карлице на нивоу примарне здравствене заштите обављају се рутински од стране радиолога, субспецијалиста ултразвучне дијагностике и лекара специјалиста опште медицине који су обучени ехосонографисти.

Циљ ове студије је да одреди који су најучесталији налази приликом наведених ултразвучних прегледа.

Резултати показују да је отприлике код једне трећине прегледа налаз без икакве ехоморфопатологије, или је једино узгредно откривена изолована микролитијаза бубрега, која је без посебног клиничког значаја. На другом месту је стеатоза јетре, најчешће удружена са умереном или израженијом хепатомегалијом, која се види отприлике код сваког петог прегледаног пацијента. Сваки четврти прегледани мушкарац има ултразвучно верификовану увећану простату. Приближно у 11% прегледа, или грубо речено, код сваког десетог пацијента, уочене су цисте бубрега. Сличну учесталост има и нефролитијаза, са мерљивим калкулусима. Сваки четрнаести пацијент има калкулус у жучној кеси (око 7% прегледаних). Око 9% прегледаних жена, или скоро свака десета жена, има налаз на унутрашњим гениталијама (миоми, цисте јајника, атипичан изглед ендометријума, течност у Дугласовом шпагу, трудноћа...). Око 18,5% прегледаних има остале ређе налазе.

Кључне речи: *ултразвук, абдомен, ехосонографија.*

Summary

Ultrasound exam of abdomen and pelvis is performed routinely in primary health care institutions by radiologists, subspecialist in ultrasound diagnosis and GP specialists who are trained ehosonographers.

The aim of this study is to determine which are the most common findings in these ultrasound examinations.

Results indicate that in about one-third of exams there is no echomortfopathology, or there only incidentally discovered isolated microlithiasis of kidney, which has no particular clinical significance. In second place is the liver steatosis, usually associated with moderate or significant hepatomegaly, which is seen in about every fifth patient. Also, every fourth man has enlarged prostate. In approximately 11% exams, or roughly at every tenth patient, renal cysts were observed. Similar incidence is verified for nephrolithiasis, with measurable renal stones. One among 14 patients has a gallbladder stone or stones (about 7% of the examined). About 9% of women, or nearly every 10th women on the exam has findings on the internal genitals (myomas, ovarian cysts, endometrial atypical appearance, fluid in Douglas pouch, pregnancy ...). About 18,5% of the examined patinets have other less frequent findings.

Keywords: *Ultrasound, abdominal, echosonography.*

[1] Др мед. Ивица Здравковић, специјалиста опште медицине, Дом здравља Пожаревац, PJ Костолац. (Ivica Zdravković, MD, general medicine specialist, Health center Požarevac, OFC. Kostolac.)

УВОД

Ултразвучни прегледи абдомена и мале карлице на нивоу примарне здравствене заштите обављају се рутински од стране радиолога, субспецијалиста ултразвучне дијагностике и лекара специјалиста опште медицине који су обучени ехосонографисти. У Дому здравља Пожаревац – здравствена служба Костолац, ове прегледе обављају двоје специјалиста опште медицине, од којих је један аутор студије. У ултразвучном кабинету у Костолцу годишње се обави око 1.400 прегледа абдомена и мале карлице, што задовољава потребе око 15.000 осигураника који се лече у тој установи.

ЦИЉ РАДА

Циљ ове студије је да одреди који су најучесталији налази приликом наведених ултразвучних прегледа. Индиректно, студија ће показати који су ређи патолошки налази виђени приликом ултразвучних прегледа и колика је њихова учесталост.

МЕТОД РАДА

Аутор је користио протокол прегледа које је лично извео и копије извештаја које је сачинио. Арбитрарно је посматран период од две године, од 1. септембра 2011. године до 1. септембра 2013. године. Током овог периода аутор је у Костолцу урадио 1.317 прегледа. Од тога, око 65% прегледа били су поновни УЗ прегледи ради праћења раније утврђене патологије, што значи да се број ехоморфопатолошких налаза треба у најмању руку преполовити, јер су многи од њих уочени код особа прегледаних два пута током посматраног периода.

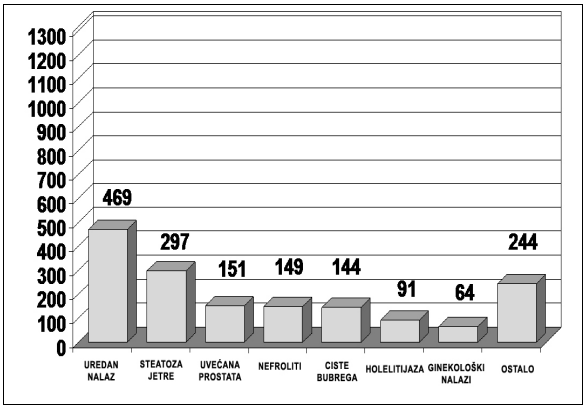
Међу 1.317 прегледаних особа, 709 (око 54%) су жене, а 608 (око 46%) су мушкарци. Прегледано је укупно четрдесет седморо деце (око 3,6%), послатих на преглед са одељења педијатрије за предшколску децу и школску омладину.

Прегледи су изведени на Алока портабилном апарату („сива скала“), конвексном сондом од 3,5MHz, без могућности допунске доплер дијагностике.

РЕЗУЛТАТИ

Уредан налаз, без икакве ехоморфопатологије нађен је код 297 пацијената (око 22,5% прегледа, односно, грубо речено, сваки четврти до пети преглед). Изолована микролитијаза бубрега као дијагноза без посебног клиничког значаја, где су уочени калкулусни одјеци који су практично немерљиви, нађена је код 102 пацијента (око 7,7% прегледа). Поред овога, микролитијаза се као секундарни ехоморфопатолошки налаз помиње у још око 70 извештаја (око 5,3%), што значи да је у укупном броју прегледа евидентирана код око 13% пацијената, или грубо речено, код скоро сваког осмог пацијента. Када се сабере број налаза изоловане микролитијазе бубрега (као једине „дијагнозе“) са налазима без икакве ехоморфопатолошке слике, добија се проценат од око 35,6% прегледа (469) код којих није нађена клинички значајна ехоморфопатологија (Графикон 1).

Графикон 1. *Број прегледа при којима је налаз био уредан или су уочене ехоморфопатолошке промене.*



Следећи најчешћи исход ултразвучних прегледа је детекција стеатозе јетре, обично удружене са хепатомегалијом (критеријум: антериопстериорни дијаметар у медиклавикуларној линији преко 160mm). Ово је уочено приликом 297 прегледа (22,5%).

На трећем месту по учесталости ултразвучне патологије је бенигна хиперплазија простате (односно увећана простата), која је виђена приликом 151 прегледа (што чини око 24,8% прегледаних мушкараца). Други патолошки налази на простати (при чему су њене димензије према ехосонографским критеријумима уредне) нађени су код још 13 мушкараца, и то су најчешће калцификати, цисте или хиперехогене промене код млађих пацијената који имају позитивну анамнезу прележаног простатитиса, или хроничних простатичних тегоба.

Сличну учесталост са по око 11% прегледа (отприлике сваки десети прегледани пацијент) имају налази нефролитијазе (са мерљивим калкулусима) и налази циста на бубрезима.

Приликом 91 прегледа (6,9%) виђена је холелитијаза, са једним или више калкулуса у жучној кеси.

Код 64 жене приликом прегледа мале карлице уочене су промене на утерусу (миоми, атипични ендометријум и сл.), на јајницима (цисте, увећања и сл.), слободна течност у Дугласовом шпагу итд. (Табела 1).

Табела 1. *Узгредни гинеколошки налази приликом прегледа мале карлице.*

Цисте јајника	17	2,4% жена
Миоми	13	1,8% жена
Трудноћа	8	1,1% жена
Други гинеколошки налази *(слободна течност у Дугласовом шпагу и сл.)*	26	3,7% жена

Код 244 прегледа (18,5%) уочене су остале ређе промене (Табела 2).

Табела 2. *Ређи ехоморфопатолошки налази.*

Циститис *(као налаз задебљане слузнице мокраћне бешике, удружен са анамнестичким подацима и/или лаб. анализама)*	36	2,7%
Цисте јетре	30	2,3%
Хидронефроза	30	2,3%
Спленомегалија	24	1,8%
Недовољно јасне уочене промене на панкреасу *(цисте, атипични облик панкреаса, увећан панкреас и сл.)*	17	1,3%
Други билијарни поремећаји *(холециститис без калкулуса, дилатирани интрахепатични путеви, калкулус холедокуса итд.)*	14	1%
Увећани лимфонодуси у ретроперитонеуму	13	1%
Хемангиоми јетре	12	1%
Нефросклероза *(према ехосонографским критеријумима)*	11	0,8%
Полип жучне кесе	9	0,6%
Анеуризма абдоминалне аорте	8	0,6%
Цироза јетре и ехоморфопатолошки изглед јетре после и у току хроничних хепатитиса	6	0,4%
Тумори мокраћне бешике	4	0,3%
Асцит	4	0,3%
Камен мокраћне бешике	4	0,3%
Увећана надбубрежна жлезда	3	0,3%
Атипичне или недовољно јасне туморске масе у абдомену	3	0,3%
Метастатске промене на јетри	2	0,1%
Остале ређе промене без малигног потенцијала *(леиомиофибоми бубрега, дивертикули м. бешике, ектопија бубрега, акцесорна слезина, ожиљци после лезије слезине, хемангиоми слезне, итд.)*	14	1 %

ДИСКУСИЈА

Наведени резултати не приказују расподелу патолошких налаза по половима и старости пацијената, па у том контексту нису од значаја за друге анализе, осим за анализу у смеру одговора на питање: Шта ехосонографиста и пацијент могу најчешће да очекују као исход ултразвучног прегледа абдомена и мале карлице? Како су резултати приказани у односу преглед–налаз, а не у односу пацијент–налаз, јасно је да је „висока учесталост“ појединих ехоморфопатолошких промена резултат поновљених (контролних) ултразвучних прегледа код истих пацијената. Пример за то је чест налаз цисти на јетри (30 прегледа), где се, заправо, ради о само 11 пацијената који су прегледани 30 пута током периода од две године. Увидом у копије извештаја ових пацијената види се да су то махом пацијенти којима је аутор изабрани лекар и од којих њих шесторо има верификоване ехинококусне цисте, лече се под надзором инфектолога и инфектолози налажу чешће ултразвучне контроле.

Такође, при посматрању приказаних бројева, не сме се занемарити да је значајан број прегледа завршен са описом два или

више ехоморфопатолошка налаза код једног истог пацијента.

Малигне промене (туморске масе у абдомену, тумори мокраћне бешике, метастатске промене на јетри) и потенцијално малигне промене (ретроперитонеална лимфаденопатија, најчешће виђена код пацијената којима је ултразвучни преглед рађен пред излазак на конзилијуме, пре, у току и после лечења малигнитета) јављају се релативно ретко, укупно 21 пут за две године. Нажалост, чак и оваква мала учесталост ових најозбиљних налаза и те како оправдава ултразвучну дијагностику на нивоу примарне здравствене заштите. Разноликост ређих налаза, приказаних у Табели 2, и њихов значајан број (приказан последњим стубићем на Графикону 1) сведоче о озбиљности ултразвучне дијагностике у раду лекара опште медицине, која никако не сме да се сведе на „формално снимање“ и оптимистичко очекивање колоквијалних „б.о.“ налаза.

Нарочито занимљив је број уочених патолошких уролошких налаза, којих у обухваћених 1.317 прегледа има 531 (не рачунајући „микролитијазу“ као клинички ентитет без већег значаја). Наравно, велики број ових налаза је удружен код истих пацијената (нпр. хидронероза и калкулоза, или хиперплазија простате и циститис), па је број пацијената са клинички битним ехосонографским налазом у уротракту много мањи. Такође, највећи број ултразвуком верификованих циста на бубрегу је без клиничког значаја – има их скоро сваки десети прегледани пацијент, али су то углавном мале паренхимске „једноставне“ цисте, које не утичу на бубрежну функцију и не дају друге компликације и последице. Ипак, када се уваже и све ове „олакшавајуће околности“ и чињенице, преостаје незанемарив број евидентираних патолошких налаза на уротракту, који сведоче о изузетној важности ултрасонографије уротракта на нивоу примарне здравствене заштите.

Сличан је и значај ултразвучних прегледа мале карлице код жена, који, најчешће узгредно, могу да детектују промене које раније нису виђене, па се тако поједине пацијенткиње мотивишу да оду на гинеколошки преглед који одавно нису обавиле (посебно је то често код старијих жена).

ЗАКЉУЧАК

Око једне трећине ултразвучних прегледа абдомена и мале карлице на нивоу примарне здравствене заштите завршава се без проналажења икакве ехоморфопатологије; у ову трећину прегледа са „уредним налазом“ могу се убројати и извештаји у којима је поменута микролитијаза бубрега, која је без посебног клиничког значаја. Код отприлике 11% прегледа, или грубо речено, код сваког десетог пацијента, уочене су и цисте бубрега, које су својом величином, положајем и другим карактеристикама, такође, потпуно бенигне. На другом месту после уредног налаза су налази у којима је евидентирана стеатоза јетре, најчешће удружена са умереном или израженијом хепатомегалијом. Стеатоза је виђена код скоро сваког петог прегледаног пацијента. Сваки четврти прегледани мушкарац има ултразвучно верификовану увећану простату, што је трећи најчешћи исход ултразвучног прегледа. Сличну учесталост (сваки четврти-пети прегледани пацијент) има нефролитијаза, са мерљивим калкулусима. Око 7% прегледа (сваки четрнаести пацијент) открива калкулусе у жучној кеси. Око 9% прегледаних жена (или скоро свака десета жена) има налаз на унутрашњим гениталијама (миоми, цисте јајника, атипичан изглед ендометријума, течност у Дугласовом шпагу, трудноћа...). Код око 18,5% прегледа евидентирани су други ехоморфопатолошки налази, који варирају од најозбиљнијих промена (метастатске промене на јетри, тумори мокраћне бешике, увећани лимфонодуси парааортно код пацијената лечених од малигнитета, цироза јетре, билатерална нефросклероза, анеуризме абдоминалне аорте итд.) до промена које су, махом, бенигне природе (полипи жучне кесе, хемангиоми и цисте јетре, спленомегалија итд.)

ЛИТЕРАТУРА

1. Bates J., Abdominal Ultrasound, Churchill Livingstone, UK, 2004.

2. Block B., The practice of ultrasound: a step-by-step guide to abdominal scanning, Georg Thieme Verlag, Germany/USA, 2004.

3. E. Alvarez, JC Garde Celigueta, J. Alvarez, Clint LJ: Advances In The Use Of Abdominal Ultrasound In Primary Care, WONCA konferencija, Ljubljana, 2003.

4. Zdravković I., Osnovi ultrazvučne dijagnostike za lekare opšte medicine, Obeležja, Beograd, 2012.

Контакт: Др мед. Ивица Здравковић, специјалиста опште медицине, Дом здравља Пожаревац, РЈ Костолац.

UDK BROJEVI: 614.2:316.774

УЛОГА ВИЗУЕЛНЕ КОМУНИКАЦИЈЕ У ПРОМОЦИЈИ И ЗАШТИТИ ЗДРАВЉА НА НИВОУ ЛОКАЛНЕ ЗАЈЕДНИЦЕ

Радмила Кандић[1], Драгана Трифуновић Балановић[2], Гордана Маринковић[3], Љубомир Ердоглија[4], Весна Богдановић[5], Драгана Тодоровић[6], Олга Дурлевић[7]

ROLLE OF VISUAL COMMUNICATION IN HEALTH PROMOTION AT LOCAL COMMUNITY LEVEL

Radmila Kandić, Dragana Trifunović Balanović, Gordana Marinković, Ljubomir Erdoglija, Vesna Bogdanović, Dragana Todorović, Olga Durlević

Сажетак

Имајући у виду савремену слику оболевања у којој доминира пандемија социо -медицинских проблема повезаних са ризичним понашањем људи, сасвим је извесно да је примарна здравствена заштита, после класичне, претежно фармаколошки оријентисане медицине, изоловане од осталих области, данас више него икад суочена са неминовношћу апликовања нових ефикаснијих метода и вештина рада. Интеракција грађана са медицинским посленицима у виду њихове ефикасне комуникације кроз образовни процес, услов је без којег не може квалитетно да функционише холистички психодинамички модел активног унапређења здравља, у којем појединац, породица и заједница конструктивно учествују у решавању приоритетних здравствених проблема. Значајну улогу у овоме имају средства визуелне комуникације – постери, лифлети и брошуре, која ако су квалитетно урађена и вешто апликована, постају много више од обичног средства, али никад сама себи циљ, него увек у функцији непрестаног придобијања за здрав живот. Уз то, добро осмишљен визуелни/графички дизајн у стању је да отклони комуникацијски шум и унесе смиреност и топлину у иначе прилично

Summary

Bearing in mind the contemporary pandemic of socio-medical problems associated with high-risk behavior of people, it is certain that the primary health care, after classic, predominantly pharmacologically oriented medicine, isolated from other areas, more than ever is faced with the inevitabile application of new efficient methods and work skills. The interaction of citizens with medical professionals in terms of their effective communication through the educational process, is a necessery condition for good functioning of holistic psychodynamic model of the active health promotion. In that model individuals, families and communities participate constructively in resolving priority health problems. Important role in this have the means of visual communication – posters, leaflets and brochures, which if well done, and skillfully administered become much more than a means ending up in itself, but are always in position of constant espousal for healthy life styles. In addition, a well perseived visual / graphic design is able to eliminate the communication noise and bring calmness and warmth in otherwise quite stressful and cold room of health center, where all should feel comfortable. The art of visual communication is vital and viable link in the information system for the successful resolution of many issues

[1] Прим. др Радмила Кандић, спец. социјалне медицине. Дом здравља Звездара, Олге Јовановић 11, Београд.
[2] Прим. др Драгана Трифуновић Балановић, спец. опште медицине, Дом здравља Звездара, Олге Јовановић 11, Београд.
[3] Др Гордана Маринковић, спец. медицинске статистике и информатике, Дом здравља Звездара, Олге Јовановић 11, Београд.
[4] Прим. др Љубомир Ердоглија, спец. дечије и превентивне стоматологије, Дом здравља Звездара, Олге Јовановић 11, Београд.
[5] Прим. др Весна Богдановић, спец. педијатрије, Дом здравља Звездара, Олге Јовановић 11, Београд.
[6] Др Драгана Тодоровић, спец. социјалне медицине, Дом здравља Звездара, Олге Јовановић 11, Београд.
[7] ВМС Олга Дурлевић, поливалентна патронажна сестра, Дом здравља Звездара, Олге Јовановић 11, Београд.

стресне и хладне просторије дома здравља, где би требало да се сви осећају пријатно као у кући здравља. Пожељно је да се уметност визуелне комуникације као витална и одржива карика у систему информисања за успешно решавање бројних питања која се тичу здравља много више користи као фина амбијентална подршка у васпитању за здравље, јер она може да привуче пажњу и да у једном интерактивном дискурсу стилско-уметничког меланжа понуди нов квалитет.

Кључне речи: *визуелна комуникација, промоција здравља.*

related to health. It is preferable to apply a fine ambiental support in health education, in order to draw attention, and through an interactive discourse of stylistic and artistic melange to be offered new quality.

Key words: *visual communication, health promotion.*

УВОД

Имајући у виду савремену слику оболевања у којој доминира глобална пандемија социо-медицинских проблема повезаних са ризичним понашањем људи, сасвим је извесно да промоција здравог понашања са својом најзначајнијом компонентом васпитања за здравље представља потенцијално највећи извор здравствене добробити, која омогућава локалној заједници, породици и појединцу да се оспособе за добровољно предузимање таквих активности које ће им помоћи да успоставе бољу контролу над детерминантама здравља и тиме га, колико је могуће, више очувају и унапреде. При томе сам концепт промоције здравља подразумева подршку свим оним стиловима живљења протканим мноштвом личних, социјалних, економских и других фактора који генерално воде ка здрављу, уз примену адекватно одабраних метода и техника које не само да оснажују физичко и емоционално благостање, већ продужавају живот и најзад побољшавају његов целокупан квалитет.

Сагласно схватању да је право на здравље основно људско право и да сваком припада најбољи могући ниво здравствене заштите, у њему треба да учествују сви – и професионалци, и лаици који у том случају нису више само пасивни посматрачи и пролазници већ доспевају у сам фокус система здравствене заштите. Ово посебно важи за кориснике на примарном нивоу заштите здравља, чији исход у великој мери зависи управо од активне улоге појединца, од којег се очекује да добровољно учествује, не само у идентификовању, него и решавању сопствених проблема здравља. Пошто спремност људи да више брину о себи и свом здрављу, између осталог, зависи и од њихове добре сарадње са медицинским посленицима, од изузетног је значаја правилан избор оптималних модела ефикасне комуникације, који ће им на најједноставнији, најприступачнији и уједно најјефтинији начин помоћи да чувају своје здравље.

УЛОГА КОМУНИКАЦИЈЕ У ПРОМОЦИЈИ И ЗАШТИТИ ЗДРАВЉА

Информације и њихово саопштавање увек су били важан вектор свих збивања и од појаве првих пећинских цртежа и камених хијероглифа, преко винчанских лигатура, глинених плочица, пергамента и Гутенбергове штампарије, до професионалаца и цивилизације звука и слике,

средства комуникације непрекидно се технички усавршавају и оплемењују, бележећи бројна друштвена, економска и културна кретања. Сведоци смо да се у врло кратком времену догодила права експлозија нових форми преношења информација, тако да поред већ познатих – штампе, радија, телевизије, мобилне телефоније и интернета, на сцену ступају неки потпуно нови е-модели препознати као: *симулација, дигитална интерактивна инсталација, сајт*, *блог, интерфејс, скип, Фејсбук, интернет арт, виртуелна реалност* и слично, што нас све заједно убрзаним темпом уводи у тзв. "глобално комуникацијско село". Према Маклуану, наиме, појава малог екрана, који је изазвао преокрет у читавом процесу аналитичког фрагментовања чулног живота, помогла је да се разбију окоштале структуре мисаоног посматрања, начини виђења и размишљања, чиме је остварена једна потпуно нова веза са стварношћу, као и нов начин живљења и поимања визуелних импресија. Овим је омогућено да информације практично стижу до саме сржи свакодневног живота и све више постају нужност човека у његовој сталној тежњи да комфорно и брзо добије јединствен поглед на свет и заокружену слику свих догађаја, нарочито данас када се старој непрекидно придружује нова све сложенија проблематика, па и она која задире у област здравствене културе.

Средства комуникације имају истакнут значај, не само у пуком информисању становништва, већ и у формирању њихових навика у вези са здрављем, најбољој превенцији све присутнијих здравствених проблема хроничне природе у чијем корену се налази понашање. Поред тога, у новонасталим условима модерног тржишног пословања, ефикасно и квалитетно функционисање целокупног здравственог система, више се не може ни замислити без доброг маркетинга и пословне политике здравствене установе уз свестрану подршку најразличитијих форми комуникационих технолиогија.

Суштина добре комуникације су поруке које треба да информишу, стимулишу, наговоре, отклоне извесне сумње, одговоре на питања и пруже знање, односно да код појединца развију нова схватања и навике, које ће му помоћи да изабере ону форму понашања коју сматра најбољом. Комуникација се као процес, структурално посматрано, остварује преко неколико основних елемената:

- пошиљалац (извор комуникације) и прималац (одредиште информације);
- медиј (посредник између пошиљаоца и примаоца);
- канал (пут преношења) и средство преноса (симболи артикулације порука);
- порука (информација) и исход (очекивана промена у понашању).

Квалитетна информација ће се реализовати и наћи пријем код примаоца, међутим, само ако поред наведеног сета потребних услова постоји и не мање битан довољан услов – разумљивост поруке, односно када се изабере прави канал којим она путује, ако се овај усложни, што значи да истовремено делује већи број чулних органа визуелне, аудитивне, тактилне и друге врсте перцепције, јер не треба занемарити да су сва наша чула непрестано запљускивана најразличитијим подацима, захваљујући којима у виду систематизованих слика стичемо утисак о спољашњем свету.

Да би информација понела епитет „корисна повратна информација", треба да је пре свега: саопштена на прави начин, жељена и одговарајућа за примаоца и претходно проверена и објашњена. Само тако и ефекти могу бити вишеструки, јер благовремено и јасно саопштене значајно доприносе широкој промоцији здравља у заједници, а у случају појаве актуелних проблема омогућују правовремено, промишљено и одмерено реаговање без стварања непотребне панике, иначе честог сапутника у кризним ситуацијама и разним изненадним масовним акцидентима. У супротном, информација може произвести нега-

тивне ефекте, што се превасходно односи на обавештења намењена циљној групи младих прималаца, иначе склоних идентификацији са својим идолима, чешће баш оним са ризичним понашањем. Зато све информације морају бити претходно темељно проверене и стручно рецензиране, како у оптицај не би отишла ниједна погрешна порука, која попут окидача може деловати сасвим контрапродуктивно, од формирања ризичног све до по живот опасног понашања.

Имајући у виду популацију којој је намењена, у преношењу поруке неопходно је придржавати се неких основних принципа, као што су: адекватност, прецизност, благовременост, непосредност и потпуност. Иако потенцијал пренете информације вероватно још није до краја сагледан, на садашњем нивоу сазнања корисна повратна информација може да:

- мења и креира мишљење и свест у односу на здравље, ризик, болест;
- сензибилише јавност на специфичан приоритетан здравствени проблем;
- придобије јавно мњење за општу позитивну оријентацију и акцију;
- широко обухвати популацију свих узрасних и специфичних групација;
- непрекидно јача партнерство за јавно здравље и слично.

Једна од кључних стратегија промоције здравља је што шира примена за сада у нас ипак још увек недовољно коришћених масовних медија са корисним информацијама које пружају подршку самозаштитном концепту примарне заштите, посебно мотивисању грађана за очување властитог здравља. Бројним квалитетним написима у средствима масовног извештавања могуће је уједно на најбољи начин промовисати основну идеју новог јавног здравља, као науке и уметности превенције болести, продужавања живота и унапређења здравља народа кроз организоване напоре друштвене заједнице, што захтева континуирано, синергистички ефектно суделовање здравственог сектора са стручњацима разних профила ван здравства, као што су новинари, дизајнери, архитекте, сликари, фотографи, писци и други. Како у последње време у савременој медицини преовлађује холистичко сагледавање људског бића, а најновија сазнања која осветљавају ову, за сада још увек недовољно истражену повезаност биолошких механизама са уметничким доживљајем, све више добијају на значају, данас практично нема дисциплине која, било директно или посредно, не утиче на медицинске аспекте и поједина питања која се тичу здравља, тако да журналистика, адвертајзинг и друге мултимедијалне делатности, поред своје основне функције информисања, несумњиво поседују и велике образовне потенцијале интерактивне комуникације са најширом јавношћу.

Сасвим је извесно да овакав начин рада са доминантном улогом комуникационих технологија у промоцији и заштити здравља на примарном нивоу захтева нову структуру у погледу метода, садржаја, кадра, простора и опреме. Полазећи од познатог става да брига за здравље није монопол белих мантила, као и чувене синтагме „комуникација је кључ за сва врата“, сматрамо да би се апликовањем неких за медицину мање типичних садржаја, као што су периодично издавање саопштења за јавност, уређивање и штампање часописа дома здравља, одржавање прес-конференција и слично, у условима организационо/функционално реструктурираног дома здравља, могло снажно допринети далеко ефикаснијој и квалитетнијој комуникацији у заштити народног здравља.

Бенефити неких потпуно нових форми, са израженом комуникационом компонентом функционисања, на пример, Центра за едукацију, публицистику и маркетинг, који би поред познатих промотивних и превентивних обједињавао и низ за медицину нетипичних области, као што су нау-

чноистраживачки рад, прес клипинг, пи-ар – односи са јавношћу, интернет клуб, постер галерија, сами се по себи намећу као солидан оквир за обликовање модерног професионалног профила у дому здравља нове генерације, чије су главне одлике пре свега:

- квалитетнија интеракција са корисницима услуга;
- ефикаснија и успешнија реализација пословне етике;
- успостављање корпоративног идентитета и имица установе.

ВИЗУЕЛНА КОМУНИКАЦИЈА У ВАСПИТАЊУ ЗА ЗДРАВЉЕ

Полазећи од основног циља здравственог васпитања – мотивације и оспособљавања појединаца и група за повећану контролу сопственог здравља, интеракција грађана са медицинским посленицима у виду њихове ефикасне комуникације кроз образовни процес услов је без којег не може квалитетно да функционише овај све мање пасиван медицински, а све више активан социјални модел, у којем досадашњи претежно незаинтересован грађанин постепено стиче улогу активног члана проширеног стручног тима оспособљеног да што самосталније, уз одређену помоћ медицинских професионалаца, брине о свом здрављу и тако конструктивно учествује у решавању већине личних проблема. Сагласно оваквом схватању, хумани фактори, било да су директни и/или индиректни, као резултанта низа наслеђених традиционалних и стечених научених покретача, који појединачно или удружено утичу на формирање личних животних стилова, постају одлучујући за успешну реализацију здравствено-васпитне интервенције усмерене на добровољно прихватање таквог понашања које генерално води ка здрављу. При томе, сам едукативни процес треба прихватити као дугорочан организован облик стицања позитивних ставова и навика, а не само знања, као врло битног, али ипак само полазног степеника једног тако сложеног процеса као што је активно учење кроз искуство у чијој основи лежи комуникација.

Занимљиво је да је у почетку визуелна комуникација поистовећивана са дводимензионалним сликама, а сада укључује и ликовну уметност, фотографију, симболе и моделе, а у последње време у склопу најновије владавине рачунарске технологије и web дизајн, тако да је тренутно на World Wide Web-у визуелна комуникација најважнија врста комуникације. У данашњем свету сложеног комуницирања графичка/визуелна комуникација развила се као нова форма чију основну карактеристику можемо користити у изради и примени најразличитијих облика здравствено-васпитних средстава. Наиме, поред метода и техника, у процесу подучавања за здравље изузетно значајно место имају управо визуелни едукативни медији, који правилно одабрани могу ефикасно утицати не само на стицање знања, већ и на мењање ставова, навика и понашања појединца.

Добро осмишљена, квалитетно урађена и вешто апликована, средства визуелне комуникације постају много више од обичног средства, али никад сама себи циљ, него увек у функцији непрестаног придобијања за здрав живот. Сва визуелна учила као што су плакати, постери, брошуре, лифлети, цртежи, налепнице, беџеви, модели, фотографије, дисплеји, билборди и други савремени медији, помоћу којих желимо да пружамо одређене информације, имају двоструку улогу, да помогну самом едукатору у раду са онима које подучавају, али и људима да боље схвате и прихвате оно што им се презентује. Да би за неко очигледно здравствено-васпитно средство могли да кажемо да је одговарајуће и квалитетно, оно треба да поседује низ одлика, а пре свега:

- оригиналан, једноставан и ненаметљив дизајн;
- обликом, бојом и квалитетом опремања привлачи пажњу;
- све поруке су афирмативне и позитивно уобличене;
- одсуство критике, поруге, подсмевања и понижавања;
- текст, слика и облик су прилагођени циљној групи;
- усклађеност са степеном културе и образовања популације.

Поред наведених карактеристика, кључ успеха у процесу васпитања је мотивација, јер само мотивисана особа може схватити и научити да добровољно промени своје понашање. Пошто људи у принципу немају урођену заинтересованост за здравље, задатак едукатора није нимало једноставан и, да би успео, мора најпре особу добровољно мобилисати на акцију. У ту сврху пожељно је да се користе прикладни атрибути, односно епитети здравља и то првенствено као подстрекачи личне сатисфакције јер, уколико је она већа, утолико је и ефекат бољи. Поред тога, сва досадашња искуства недвосмислено показују да здравствени савет људи прихватају једино ако то привуче њихову пажњу већ на први поглед, у чему пресудну улогу имају слика, облик и боја.

Плакати и лифлети као најчешће коришћена графичка образовна средства састоје се од слике која треба да је једноставна, привлачна и памтљива, и текста који мора бити кратак, једноставан и јасан. Основна сврха плаката је да буде провокативан, да попут скандала делује визуелно агресивно, да убеди и подстакне на размишљање. Његова ефикасност, између осталог, заснива се на утиску изненађења код посматрача, од којег се очекује да нешто предложи и понуди алтернативу, како би омогућио самостално доношење закључка и добровољне одлуке. Лифлет обично има форму мањег или већег листа хартије штампаног са једне или обе стране и дозвољава коришћење нешто више текста, који не би смео да садржи сувишну професионалну терминологију и збуњујуће појмове. У плакату/лифлету слика треба да привуче пажњу сугестивношћу композиције, бојом и динамичношћу, а текст само да обезбеди правилну асоцијацију изречену разумљивим језиком за циљну групу којој је намењен, при чему се врхунски квалитет постиже онда када је слика текст, а текст слика, јер сликом се може саопштити много више него самим текстом.

Брошуре и сликовнице које се обично користе у циљу пружања обавештења о актуелној здравственој проблематици препоручљиво је да имају мало текста, а већи део порука да објашњавају слике. У изради добре брошуре/сликовнице потребно је поштовати читав низ одређених принципа, али пре свега треба да је прилагођена узрасту и популацији којој је намењена, и да је опремљена тако да привуче пажњу већ својим изгледом, на пример, необичним обликом – елипса, хармоника преклоп, занимљивом сликом насловне стране – оригинална, упечатљива, необична, или квалитетом материјала од којег је сачињена – сјајан, мат, пластифициран. Полазећи од сазнања да људи све ређе воле да читају, обим брошуре треба да је што мањи како величином не би одбила читаоца, а садржајно да је толико интересантна да задовољи потребе што већег круга људи. Пракса потврђује да је најбоље да у њеном креирању учествују стручњаци најразличитијих профила и да се пре њихове дистрибуције изврши предтестирање са критичким осврtом, не само професионалаца, већ и лаика. Будући посматрач, наиме, има право да буде пријемчив, сумњичав, одушевљен, да дело прихвати или одбаци, тако да креативни тим на основу критичког оцењивања благовремено може да изврши корекцију и да осети да ли је средство способно да савлада отпор и придобије жељену публику. Поред тога, не треба занемарити важну чињеницу да се виши квалитет и боља искористљивост остварује ако се средства визуелне комуникације имплементирају у склопу организованог и јасно дефинисаног

програма. Најзад, не би их требало делити бесплатно јер и симболична цена има одређену васпитну улогу.

ВИЗУЕЛНА КОМУНИКАЦИЈА КАО АМБИЈЕНТАЛНА ПОДРШКА ЗДРАВЉУ

У мноштву најразличитијих савремених нефармаколошких приступа све значајнију улогу, како у промоцији и заштити, тако и маркетингу здравља, има визуелни/графички дизајн, који као својеврсни вид интердисциплинарне примењене уметности одабира и аранжирања вербалних и визуелних елемената постаје незамењив у стварању организоване ефикасне комуникације, чији је основни циљ преношење неке поруке одређеној популацији.

Познато је да добро урађен визуелни дизајн може да дефинише, подучи, тумачи, па чак и убеди посматрача да нешто уради, јер подједнако стимулише и интелект и осећаје чиме доводи до духовног испуњења. Зато је јако важно да и пошиљалац и прималац поруке комуницирају истим универзалним визуелним језиком који поседује естетску и етичку димензију, што ће им омогућити да се добро разумеју и релативно добро осећају. При томе треба нарочито водити рачуна о самом естетском доживљају, јер при опажању слике у посматрача који је директно усмерен на композицију слике и њене сегменте пре свега боју, облик, величину и положај, поред детекције основних физичких карактеристика, упоредо се јављају и елементи који произлазе из сфере имплицитних својстава субјективног доживљаја, попут пријатности, опчињености, необичиости, изненађености, збуњености, сугестивности, атрактивности, складности, динамичности и слично.

Сазнање да сваки облик и боја одговарају одређеној емоцији, одлучујуће је у компоновању слике и текста за придобијање пажње и подстицање на активност. Форма као израз егзистенције неке структуре обично се појављује као целина, или као фрагмент у виду линије, затим као облик појединог предмета, елемент слике, отворена и затворена, конкретна и апстрактна, оштра или фино заобљена, чврста и испуњена, мат или глатка, итд. Поред тога, на облик може да утиче низ феномена и фактора, пре свега време, средина и стил, тако да у одређеном тренутку она може бити закаснела, савремена, или да антиципира будућност. У самој структури форме владају одређена правила, као што су правило тежине – најтежи у структури су они најближе тежишту, тачке удаљене од чврстих упоришних тачака су лакше, дебља линија је тежа, тања као да нема тежину и лебди, конкавно је лакше од конвексног, или правило правца – десна страна је оптички динамичнија од леве, што ствара привид кретања објекта надесно. Важно је истаћи да форма мора имати функцију и одређено значење, па пошто од визуелне форме стварамо знакове помоћу којих остварујемо доживљај, облик и боју никако не треба посматрати изоловано, већ увек у функцији одређеног садржаја, јер форма представља само материјалну структуру садржаја.

Према теоретичарима визуелног стваралаштва најузбудљивија алатка којом располажемо је боја која у једном тренутку може да региструје и пренесе одређену атмосферу или стил, али и да створи визуелну илузију. Сматра се да различите боје на ум и емоције утичу на најразличитије начине јер све боје заправо чине део електромагнетног спектра и свака боја има своју таласну дужину и засићеност. Имајући у виду тзв. колористичку декоративну схему, свака боја на нас оставља одређени психолошки, али и физиолошки доживљај који се манифестује као перцепција, док психолошка манифестација представља субјективне реакције на бази стеченог искуства у комуникацији, тако да психологија и значење боја налазе своју примену у архитектури, медицини, маркетингу и адвертајзингу. Постоји много елемената који

утичу на наш доживљај боје: интензитет и тон, величина обојене површи, боја самог предмета и позадине, комбинације разних боја и њихових валера, одсјај, водени печат, флеш, сфумато и многи други мање или више познати визуелни ефекти, као и доба дана, расположење и биоритам.

Захваљујући проучавању одређених основних боја, у визуелној комуникацији треба користити степен привлачења пажње од црвене и наранџасте као најјачих, преко умерених – плаве, зелене и жуте, до љубичасте, сиве, црне и беле као најслабијих.

Употребом црвене као карактеристичне топле призивајуће боје, постиже се животност, снага, немир, одлучност, радост, узбуђење, страст и у зависности од примењених тонова и њихових валера – сатурн црвене, кармин или цинобер, богатство и различитост у материјалној форми. Црвена је некако по традицији у већини култура света весела боја, али може бити истовремено знак опомене и опасности. При томе, треба имати у виду да се ради о типичној боји виталности и енергије која има моћ да изазове чак и физичку реакцију и разне телесне манифестације, као што су пораст крвног притиска, убрзан пулс и дисање, црвенило лица, узнемиреност и слично. Наранџаста као „најјестивија" боја погодна за представљање многих намирница, кроз мешавину црвене и жуте ствара осећај покрета и захваљујући пигменту црвене боје илузију исијавања и истицања у околину, али јој истовремено даје призвук озбиљности и самоуверености у сопствену моћ и стога обично код посматрача призива посебно здрава осећања.

Уочено је да тоновима и валерима жуте, иначе психолошки најјаче боје, која асоцира на светлост и снагу, можемо брзо привући пажњу и знатижељу, и користити је за стимулацију интелекта и комуникацију, али треба бити опрезан јер у одређеној комбинацији узнемирује и показује карактер агресивности. За плаву као најчешће коришћену боју се обично каже да је то боја неба, мора и планете земље посматране из космоса. Занимљиво је да ова боја, било да је светла или тамна, париско модра или ултрамарин, подједнако прија већини људи јер развија елементе мира, сигурности и спокоја, симбол је реалности, професионализма и мисаоности, буди тежњу ка чистом и успоставља равнотежу, али само у умереним количинама јер предозирана обично изазива осећај хладноће, туге и слабости. Идеална мешавина плаве и жуте боје гради зелену која готово по правилу код људи асоцира на природу и биљке, свежину, раст, развој, богатство, сигурност, стабилност и чудесно смирујуће благотворно делује на нашу психу. Она не захтева и не позива, и тек у комбинацији са неком топлом, као што су на пример жута, наранџаста или црвена, постаје животна и добија активну снагу. Бела као симбол чистоте повезана је са младошћу, а црна симболизује елеганцију, софистицираност, гламур и елитизам.

Посебно је занимљиво комбиновање наранџасте и плаве, које на основу међусобне емоционалне супротности представља једну од најделотворнијих хармонија која уравнотежује композицију, док на пример љубичаста и лила стварима дају известан спиритуалан, отмен и узвишен тон, а златна и сребрна представљају драгоценост и престиж. Избор боје и облика, као и комбинација више боја и њихов контраст, поред тога што утичу на разум и логику, много више делују на емоције, а ове диктирају активност. Познато је да су осећања која изазивају боје само материјална стања емоција пошто у себи носе слабо испитану, али огромну снагу која може утицати на цео људски организам, нарочито ако је истовремено укључено више чула. Тако, на пример, одређена амбијентална мултимедијална композиција сачињена од одговарајуће слике, у комбинацији са звуком пријатне музике, код људи може пробудити веома специфична осећања, или, како то у свом есеју о уметности и духовности симболично наводи В. Кандински: „Боја је дирка, око је чекић, душа је клавир са много жица".

Уважавајући основне постулате визуелне комуникације, да би се грађани свих узраста за време боравка у дому здравља осећали што опуштеније, ослобођени нелагодности обично везане за претежно белу боју зидова и намештаја, као и добро познату тескобу коју код већине изазивају бели мантили, препоручљиво је да се пре свега на одељењима за здравствену заштиту деце, ведро и живописно, тематски блиско дечијем узрасту осликају зидови ходника и чекаоница. Зналачким комбиновањем фреско сликарства са постерима едукативног садржаја, могуће је разбити класичну естетску монотонију медицинских просторија и тиме створити једну приснију атмосферу природног окружења која помаже, нарочито најмлађима, да доктору прилазе без бојазни и предосећаја да ће им се нешто непријатно десити, већ напротив да им се уз помоћ мало фантазије и бујне маште чини као да су усред неке бајке. Визуелну подршку пожељно је применити и на свим оним местима где се у већој мери апликују методи и садржаји намењени васпитању за здравље одраслих. Чини нам се да тренутно није довољно сагледана огромна улога здравствено-образовних постера и видео-презентације путем дисплеја у чекаоницама дома здравља, док би свакодневно уручивање штампаних савета у форми лифлета пацијентима у ординацији, перспективно гледано, био позитиван авангардни искорак тимова основне здравствене заштите у поимању и примени за сада више декларативно него стварно у пракси заступљеног алгоритма превентивног деловања у комплексном третману социо-медицинских проблема.

ИЗ ПАЛЕТЕ ВИЗУЕЛНИХ КОМУНИКАЦИЈА НА ЗВЕЗДАРИ

Лифлети, плакати, сликовнице

Едукативни материјал који је у форми једноставних писаних савета коришћен у периоду реализације Програма за контролу хроничних незаразних обољења на Звездари, креиран затим у новодизајнираном руху за потребе реализације здравствене кампање „Светски дан срца“ налазио је широку примену у реализацији бројних манифестација које је стручни тим Дома здравља Звездара, сагласно календару јавног здравља, спроводио како у самој установи, тако и у локалној заједници.

Комплетан текст садржаја сета наших оригинално дизајнираних и штампаних лифлета: „Ако имате висок крвни притисак“, „Ако желите да престанете са пушењем“, „Ако сте гојазни“, „Како ћете препознати стања хипергликемије“ и „Како да помогнете себи ако сте напети“, сачињен је по једнообразном моделу који је започињао саопштавањем основних информација о здравственом проблему, главни део посвећен је мотивацији и препорученој врсти акивности, а на крају се налазила кључна порука *„Ми ћемо Вам радо помоћи, али лечење ће бити успешно тек ако у томе и Ви активно учествујете!“*

За потребе што квалитетније реализације, како континуиране, тако и кампањске визуелне комуникације у васпитању за здравље, на темељу постојећих едукативних текстова, у сектору социомедицинске и информатичке делатности сачињен је иновиран здравствено-образовни сет „Хајде да сачувамо наше здравље“, чија је основна сврха била да примереним илустрованим текстом укаже на самозаштитне потенцијале у заштити здравља.

У комплету од десетак наших оригиналних едукативних плаката по квалитету дизајниране визуелне композиције нарочито се истичу: „Хајде да се дружимо са нашом дивном планетом“, „Чистоћа је више од пола здравља“, “Од игре до здравља“, „Хвала вам што не пушите“ и ”Дођи у Твоју кућу здравља“. Јединственог и препознатљивог дизајна, сви плакати се састоје из горњег и доњег службеног дела, и средишњег са насловом и тематски прилагођеном сликом. Посебну пажњу скреће оригинално и упечатљиво решен горњи део плаката који је резервисан за податке о установи,

са лебдећим смотуљком пергамента на којем се налазе лого и основни подаци, и то на краљевскоплавој основи, што све заједно асоцира на отменост, постојаност и идентитет установе, док звезде упућују на звездарницу, односно астрономску опсерваторију као симбол општине Звездара. При свему томе водило се рачуна да сваки плакат поседује неку своју личну ноту. Тако је у плакату названом ”Дођи у Твоју кућу здравља“, подржавајући основни дизајн, горњи део раздвојен од средишње слике дискретном текстуалном поруком која попут титла садржи симпатичне лако памтљиве стихове “*Зубе стално перем, о њима се бринем, блистав осмех имам, нећу да га скинем“*. Главни део заузима необична, неформална, топла порука исписана руком са срцем уместо тачке на слову „ј“, поштујући принцип блискости и узајамног уважавања у комуникацији са корисницима услуга. Централни део слике одговара прибору за оралну хигијену, а круцијални значај ове превентивне мере акцентиран је беличастим светлуцањем на плавој основи позадине, око четкице за зубе и тубе из које наглашено излази, малтене цури, каладонт, чиме се истиче пресудан значај адекватне оралне хигијене. Као контраст који треба да подстакне опредељење, али и акцију посматрача, приказани су девојчица са „добрим“ и дечак са „лошим“ зубима. Ради сензибилисања, збуњивања и подстицања на активност, дечак је симпатичнији, његов поглед је директан, док је насупрот девојка са извештаченим осмехом, као да се руга. Уз њене наглашено лепе зубе приказани су у лебдећем маниру бројне четкице и пасте за зубе као добре навике, а као пандан, око дечака са флоридним каријесом присутни су разни слаткиши као лоше навике. Ради интеграције симбола, између њих постоје знаци подстицаја и афекције – срца која се уклапају у основу, доњи део слике црвене боје, упућујући посматрача на свитак са важним порукама: редовне контроле, бесплатна превентива, безболно лечење и стручни тим. Другим речима, посматрач би требало да у себи помири ове две крајности, да прихвати њену опсесију здрављем и лепотом, али и његову беневолентност и опуштеност. У креирању овог и других из сета плаката коришћени су добро познати методи социопсихолошког инжењеринга, који се обично примењују у економском адвертајзингу, тако да порука није сасвим јасна на први поглед, што подстиче активност како доминантне, рационалне, тако и интуитивно-креативне хемисфере централног нервног система посматрача. Ауторски тим састављен од лекара специјалисте социјалне медицине, дечије превентивне стоматологије и педијатрије, при компоновању семантичких и ликовних симбола имао је у виду значај и улогу сублиминалних надражаја који се дуже задржавају у централном нервном систему, повезују са емоцијама и утичу на изграђивање навика и ставова, покрећу на акцију. Изузетна важност дата је сугестијама и идејама немедицинског особља, који перципирају поруке углавном као и најшира популација. Генерално посматрано, уместо да се сликовне и вербалне поруке, као обично, свиђају лекарима, а да остали буду индиферентни, активна партиципација обичног човека индукована је топлином графике у маниру дечјег цртежа.

Брошура/сликовница „Хајде да сачувамо здраве зубе и леп осмех“ наш је првенац произашао из креативне радионице дома здравља. Сачињена као графичка подршка традиционалној кампањи Недеља здравља уста и зуба Србије, у оквиру манифестације „Мали пролећни сајам здравља“, која је успешно реализована на тргу испред зграде општине Звездара, брошура је у међувремену прерасла оквире овог догађаја и стекла улогу изузетно вредног едукативног средства у континуираном процесу здравственог васпитања. У тимској сарадњи лекара различитих профила најпре је сачињена идејна скица, а затим доследно поштујући стручну доктрину и циљну групу којој је брошура намењена, зналачки је одабран садржај у виду слика и текста распоређених у оквиру основних тематских целина. Значај хигијене, правилна исхрана и редовне контроле код

дечијег и зубног лекара издвојени су као поднаслови обрађених тема, док је главни наслов публикације настао на темељу једног од најважнијих постулата примарне здравствене заштите који у први план истиче мотивацију и активно учешће појединца у заштити сопственог здравља. У жељи за постизањем што већег степена препознатљивости, изабран је помало неуобичајен, али веома занимљив облик „хармоника-преклоп“, док је висок степен квалитета постигнут луксузним опремањем помоћу сјајног пластифицираног папира, чиме је уједно обезбеђено дуже трајање и лакше руковање. Већа привлачност, између осталог, остварена је мајсторском употребом комбинације боја са доминацијом тиркизне, црвене и жуте, затим вештим коришћењем контраста подлоге и текста, као и умерено дозираним флеш-ефектима за истицање неких важнијих делова графичке поруке. Квалитету су посебно допринели маштовити, при томе топли и духовити цртежи аутора специјалисте превентивне стоматологије, који их је у маниру дечијег ликовног изражавања заједно са одабраним пригодним фотографијама сложио у ефикасне симболичке и семантичке системе за артикулисање порука, како би се остварио што бољи пренос информација. У целини посматрано, успешна комуникација остварена је путем фине равнотеже и динамике визуелне композиције, чији је основни циљ да у најранијем узрасту мотивише и покрене на акцију за заштиту оралног здравља, као интегралног дела општег.

Мас-медијска презентација

Сазнање да се имплементацијом маркетиншког знања и модела може релативно брзо и широко “рекламирати производ”, у нашем случају здравље, определило је стручни тим Дома здравља Звездара да се без много двоумљења одазове љубазном позиву уредништва часописа “Твојих 5 минута – за здравији и срећнији живот” и бројним оригиналним, богато илустрованим прилозима учествује у рубрици посвећеној здрављу. Занимљивог дизајна у џепном издању, часопис који је обично дистрибуиран на главном улазу и у чекаоницама дома здравља, брзо је нашао пут до пацијената који су га корисно прекрађујући време чекања код лекара, у намери да сазнају нешто више о култури живљења, радознало прелиставали.

Наш први напис “Мали здравствени бонтон” презентован је у виду серијала од десетак оригинално осмишљених написа посвећених култури комуникације и лепом понашању у дому здравља: *“Бонтон. Кад поменемо реч бонтон обично прво помислимо на правила лепог понашања у ресторану, превозу, позоришту… А да ли смо се икад упитали шта је са културом опхођења у здравственој установи? Решили сте да посетите свог лекара у дому здравља, иако се тренутно добро осећате, идете на контролни преглед, нестали су вам лекови… Свеједно, било да сте здрави или болесни, сигурно ћете пожелети да ваша посета протекне у пријатнијој атмосфери међусобног уважавања. Мали бонтон нам може бити од велике помоћи да се при свему томе добро осећамо као у кући здравља…”*

Занимљиво је да се публиковање наше следеће серије написа популарно назване „За блистав осмех Звездаре“ подударило са парадигмом новог јавно-здравственог приступа у заштити општег и оралног здравља у нас. Једна од основних идеја којом се аутор текста и цртежа руководио је да укратко, стручно, систематично и ненаметљиво објасни многе мање или више познате ствари и развеје маглу са свих недокучивих појмова због којих смо можда били у заблуди или недоумици, те да нас тако ослободи оног добро познатог страха који највероватније баш из незнања имамо од зубара и зубарске столице. Поред тога, убацивањем ту и тамо духовитих досетки, постигнут је квалитет више и успешно превазиђена опасност да због извесне суворарности саме материје дело буде досадно, већ је тиме добило на одређеној динамичности и животности.

ЗАКЉУЧАК

У настојању да заједница што ефикасније решава здравствене проблеме од приоритетног значаја, који су најчешће повезани са ризичним понашањем људи, извесно је да су и јавно-здравствени сектор и примарна здравствена заштита, после класичне, претежно фармаколошки оријентисане медицине, изоловане од осталих области, данас више него икад суочени са неминовношћу апликовања нових ефикаснијих метода и вештина рада. У холистичком психодинамичком моделу активног унапређења здравља и промоције здравог понашања, који постаје незаобилазан у решавању многих више или мање сложених проблема са којима здравство више није у стању да се самостално избори, комуникационе визуелне технологије имају важну улогу.

Добро осмишљена и вешто апликована, средства визуелне комуникације постају много више од обичног средства, али никад сама себи циљ, него увек у функцији непрестаног придобијања за здрав живот. Поред тога, квалитетно урађен визуелни/графички дизајн у стању је да отклони комуникацијски шум и унесе одређену смиреност и топлину у иначе прилично стресне и хладне просторије здравствене установе, посебно на примарном нивоу, где би требало да се сви, и корисници и запослени, осећају пријатно као у "кући здравља".

Сагласно потреби далеко шире примене уметности визуелне комуникације као виталне и одрживе карике у систему информисања за успешно решавање бројних питања која се тичу здравља, пожељно је да се много више користи као фина амбијентална подршка у васпитању за здравље, јер она може да привуче пажњу и да у једном интерактивном дискурсу стилско-уметничког меланжа понуди нов квалитет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Еко У. Култура информатичких комуникација, Нолит, Београд, 1973.
2. Котлер П. Управљање маркетингом, Информатика 1–2., Загреб, 1989.
3. Лоример Р. Масовне комуникације, Клио, 1998.
4. Кљајић В. Савремено новинарство, Чигоја штампа, 1998.
5. Кандић Р. Промоција здравља на локалном нивоу – актуелно стање и перспективе, IX стручни сусрети домова здравља, Београд, 2004; 3–22.
6. Група аутора. Односи са јавношћу и пословна комуникација, ФОН, Београд, 2005.
7. Тадић Д. Пропаганда, Спектрум, Београд, 2005.
8. Кљајић В. Основи ПР-а и комуникационе вештине у здравству, Зборник прве летње школе здравља, УЈЗС, Београд, 2008.
9. Бронзић М. Психологија и значење боја, доступно на: www.portofolio.bronzic.com, посећено: ...

Контакт: Радмила Кандић, тел. 3041 434, e-mail: radmila.kandic@dzzvezdara.

UDK BROJEVI: 614.2:316.624-053.2;
364.65-053.2 ; 614.253

СТАВОВИ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА ПРЕМА ЗЛОСТАВЉАЊУ ДЕЦЕ И ПРЕМА ЗАШТИТИ ЗЛОСТАВЉАНЕ ДЕЦЕ*

Мирослав Мишић[1], Катарина Китановић[2], Никола М. Петровић[3]

ATTITUDE OF HEALTH CARE WORKERS TOWARDS THE ABUSE OF CHILDREN AND THE PROTECTION OF ABUSED CHILDREN

Miroslav Mišić, Katarina Kitanović, Nikola M. Petrović

*Подаци за ово истраживање прикупљени су током припреме магистарског рада првог аутора

Сажетак

Поред тога што је однос здравствених радника према злостављаној деци у Србији ближе одређен званичним документом Министарства здравља Републике Србије, сматрамо да су за понашање здравствених радника у пракси понекад пресудни њихови ставови. У Србији не постоји јединствен систем евидентирања и праћења злостављања деце. Стога је податке о стварним размерама злостављања које деца трпе у Србији тешко дати.

Циљ овог истраживања био је долажење до сазнања о ставовима здравствених радника према злостављању деце и према заштити злостављане деце.

У овом феноменолошком истраживању коришћен је квантитативни метод, а коришћена техника за прикупљање података је била анкета. Као истраживачки инструмент коришћен је упитник са претежно затвореним питањима. Прикупљени подаци су анализирани квантитативно, методама дескриптивне статистике и методом хи-квадрата.

Узорком истраживања обухваћени су лекари и медицинске сестре – техничари оба пола из две највеће, а по организацији сличне дечје здравствене установе у Србији, из Универзитетске дечје клинике и из Института за здравствену заштиту мајке и детета „Др Вукан Чупић“.

Summary

In addition to the fact that the relation of the health workers towards abused children in Serbia is more closely regulated by the official document of the Ministry of Health of the Republic of Serbia, the authors consider that the attitudes of the health workers are also sometimes crucial for their behavior in practice.

In Serbia, there is no uniform system of recording and tracking of child abuse. Therefore, there is no precise data on the actual extent of abuse that children suffer in Serbia.

The aim of this study was to find out the attitudes of health workers towards child abuse and the protection of abused children.

In this phenomenological study quantitative methods were used and the technique used for data collection was a survey. The research tool was a questionnaire with predominantly closed questions. The collected data were analyzed quantitatively by descriptive statistics and chi-square method.

The sample included doctors and nurses – technicians of both genders from the two largest and by organization similar children's health institutions in Serbia, from the University Children's Hospital and the Institute for Health Protection of Mother and Child "Dr Vukan Cupic". Based on the results of our study we can see that the attitudes of health workers towards physical punishment of children and the protection of abused children are different and do not always go in favor of abused children.

[1] Мирослав Мишић, Висока здравствена школа струковних студија, Београд.
[2] Катарина Китановић, Средња техничка ПТТ школа, Београд.
[3] Никола М. Петровић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

На основу резултата нашег истраживања, можемо видети да се ставови здравствених радника према физичком кажњавању деце и према заштити злостављане деце разликују и не иду увек у прилог злостављаној деци.

Кључне речи: *ставови, здравствени радници, злостављање деце, заштита злостављане деце.*

Keywords: *attitudes, health workers, child abuse, protection of abused children.*

УВОД

Сензибилност стручњака различитих профила (здравство, социјална заштита, правосуђе, полиција итд.) за проблеме злостављања деце у нашој средини почиње да се повећава током деведесетих година XX века. Разлози за то су бројни, а међу њима је и непосредан сусрет великог броја стручњака (лекара, психолога, педагога итд.) са децом која су била изложена насиљу у подручјима ратних дејстава. Други врло битан разлог су активности невладиних организација које јачају током година рата и кризе [1].

У Србији не постоји јединствен систем евидентирања и праћења злостављања деце. Стога је податке о стварним размерама злостављања које деца трпе у Србији тешко дати [2].

Разлог постојања тамне бројке је тај што деца не поседују свест о својим правима (право на име и држављанство, слободу изражавања, слободу мисли, право на приватност, забрану мучења, заштиту од злостављања итд.) и немају могућности да себи обезбеде заштиту. Деца немају могућност избора породице, комшилука и школе. Због своје зависности и рањивости не могу лако да напусте по њих опасну средину. Још један разлог постојања тамне бројке у области злостављања деце је тај што лекари, без обзира на права и обавезе, пропуштају пријављивање у неким случајевима. Разлози за то су: последице по дете и самог лекара, презаузетост (додатно губљење времена по пацијенту), лоша искуства... [3]. Уз тамну бројку иде и чињеница да се поверење злостављане деце тешко стиче [4].

Према истраживању Дечјег фонда Уједињених нација (UNICEF), око 10% деце у Србији стално доживљава разне облике физичког, психичког и сексуалног злостављања. На основу истраживања перцепције здравствених радника дошло се до сазнања да је број деце жртава злостављања која долазе у здравствене установе већи него пре десет година [5].

Данас је однос здравствених радника према злостављаној деци у Србији ближе одређен **Посебним протоколом система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања**, Министарства здравља Републике Србије. Овај протокол је објављен априла 2009. године и намењен је здравственим радницима и здравственим сарадницима ангажованим у здравственој заштити деце [6].

Поред тога што је однос здравствених радника према злостављаној деци у Србији ближе одређен званичним документом Министарства здравља Републике Србије, сматрамо да су за поменути однос битни, а понекад и пресудни, ставови здравствених радника, на шта указују бројна истраживања [7–9, 2].

ЦИЉ РАДА

Циљ овог истраживања био је долажење до сазнања о ставовима здравствених радника према злостављању деце и према заштити злостављане деце.

МЕТОД РАДА

У овом феноменолошком истраживању коришћен је квантитативни метод, а коришћена техника за прикупљање података је била анкета. Као истраживачки инструмент коришћен је упитник са претежно затвореним питањима. Прикупљени подаци су анализирани квантитативно, методама дескриптивне статистике и методом хи-квадрата. Обрада података урађена је у компјутерском статистичком програму PASW 18.0.

Узорком истраживања обухваћени су лекари и медицинске сестре – техничари оба пола из две највеће, а по организацији сличне дечје здравствене установе у Србији, из Универзитетске дечје клинике (у даљем тексту: УДК) и из Института за здравствену заштиту мајке и детета „Др Вукан Чупић“ (у даљем тексту: ИМД). Узорак истраживања чинило је укупно 94 лекара из УДК и ИМД (који чине 51% стално запослених лекара) и укупно 41 медицинских сестара – техничара из хитних служби, укључујући и радиолошке техничаре из УДК и ИМД (који чине 82% укупно запослених медицинских техничара у поменутим службама). У истраживању је учествовало укупно 135 здравствених радника различитих струка (специјализација) из поменутих дечјих здравствених установа.

РЕЗУЛТАТИ

Анализирали смо каква је повезаност социо-демографских карактеристика здравствених радника и њихових ставова према злостављаној деци.

Ставови здравствених радника према физичком кажњавању деце и злостављаном детету

Већина, односно 115 испитаника (85,2%) не одобрава физичко кажњавање деце. Група испитаника који нису сигурни да ли одобравају физичко кажњавање деце и група испитаника који одобравају физичко кажњавање деце имале су исти број од по 10 испитаника (7,4%). Анализиран је однос установе у којој раде испитаници према ставу испитаника о томе да ли испитаници одобравају физичко кажњавање деце. На основу добијених резултата уочава се значајна статистичка разлика.

На основу резултата представљених у Табели 1, уочава се да на УДК 80,7% (67) испитаника не одобрава физичко кажњавање деце док је на ИМД тај проценат испитаника већи и износи 92,3% (48). На УДК 7,2% (6) испитаника нису сигурни да ли одобравају физичко кажњавање деце. Слична је ситуација и на ИМД где 7,7% (4) испитаника има исти став. На УДК 12% (10) испитаника одобрава физичко кажњавање деце за разлику од ИМД, где није било испитаника који одобравају физичко кажњавање деце.

Табела 1. *Однос установе у којој раде испитаници према ставу о физичком кажњавању деце.*

			Одобравате ли физичко кажњавање деце?			
			не	нисам сигуран/на	да	Укупно
Установа	УДК	Број	67	6	10	83
		Проценат	80,7%	7,2%	12,0%	100,0%
	ИМД	Број	48	4	0	52
		Проценат	92,3%	7,7%	0%	100,0%
Укупно		Број	115	10	10	135
		Проценат	85,2%	7,4%	7,4%	100,0%

$\chi^2 = 6{,}778$; df = 2; p = 0,034.

На основу добијених података анализиран је однос чињенице да ли испитаник има деце и става према физичком кажњавању деце. На основу добијених резултата не уочава се значајна статистичка разлика у овом односу. Међу испитаницима који не одобравају физичко кажњавање деце уочава се уједначен проценат (85,2%)

испитаника који имају децу и (85,1%) испитаника који немају деце. Уједначен је и проценат (8%) испитаника који имају децу и (6,8%) испитаника који немају деце, међу испитаницима који одобравају физичко кажњавање деце. Анализиран је и однос пола испитаника према ставу да ли одобравају физичко кажњавање деце, и у овом случају не уочава се значајна статистичка разлика. И поред тога, на основу добијених података уочава се да у групи од 10 испитаника који одобравају физичко кажњавање деце има више (7) испитаника мушког него (3) испитаника женског пола. Од 10 испитаника који нису сигурни да ли одобравају физичко кажњавање деце такође је више (6) испитаника мушког него (4) испитаника женског пола. Док је у групи од 115 испитаника који не одобравају физичко кажњавање деце више (61) испитаника женског него (54) испитника мушког пола.

У упитнику је било предвиђено да испитаници који одобравају физичко кажњавање деце одговоре како дефинишу границу између физичког кажњавања и злостављања деце. Већина испитаника из поменуте групе је покушала да дефинише границу између физичког кажњавања и злостављања деце на следећи начин: „дечја гуза се повремено пљесне то је кажњавање“, „злостављање је све више од ударца руком по гузи“, „кад заслуже, без нарушавања телесног интегритета“, „сврсисходно домаћем васпитању без екстремног кажњавања“ итд.

Из наведених примера видимо да није јасно дефинисана граница између интензитета физичке силе којом се дете физички кажњава и интензитета физичке силе којом се дете злоставља. У дефинисању разграничавања физичког кажњавања и злостављања деце испитаници се ослањају на обичајне норме („руком по гузи ...“), а и користе неодређене термине као што су: кад заслуже, екстремно кажњавање...

На питање да ли би се ваш однос према злостављаном детету приликом збрињавања повреда (прегледа) разликовао од односа према детету које има исту врсту повреда, али које нису настале као резултат злостављања, 52 испитаника (38,5%) је одговорило „да“, док је 83 испитаника (61,5%) одговорило „не“.

Анализиран је однос чињенице да ли испитаник има деце, занимања и пола испитаника и става испитаника о томе да ли би се њихов однос према злостављаном детету приликом збрињавања повреда (прегледа) разликовао од односа према детету које има исту врсту повреда, али које нису настале као резултат злостављања. На основу добијених резултата ни у једном случају не уочава се значајна статистичка разлика. После оваквих резултата остаје отворено питање да ли су здравствени радници према својој деци врло љубазни и пријатни или је већина њих заборавила за те категорије у односу са децом па чак и ако је дете злостављано?

Од 52 испитаника који су одговорили да би се њихов однос према злостављаном детету приликом збрињавања повреда (прегледа) разликовао од односа према детету које има исту врсту повреда, али које нису настале као резултат злостављања, тражили смо да опишу у чему би се састојала та разлика. На основу добијених одговора дошли смо до сазнања да би се та разлика састојала у томе што би према злостављаном детету испитаници поступали са више пажње, љубазности, на преглед злостављаног детета би потрошили више времена и слично.

Од 83 испитаника који су одговорили да се њихов однос према злостављаном детету приликом збрињавања повреда (прегледа) не би разликовао од односа према детету које има исту врсту повреда, али које нису настале као резултат злостављања, тражили смо да опишу зашто не би правили разлику међу поменутом децом. На основу одговора дошли смо до сазнања да испитаници не би правили разлику јер сматрају да сва деца имају иста права, исте повреде се збрињавају на исти начин и слично.

Ставови здравствених радника о свом доприносу и месту медицине у заштити злостављане деце

На питање да ли се слажете са тврдњом да здравствени радници могу значајно до-

принети заштити деце од злостављања, највише, 84 испитаника (62,2%) одговорило је „слажем се“, 46 испитаника (34,1%) одговорило је „делимично се слажем“. Најмање, односно 5 испитаника (3,7%) је одговорило „не слажем се“.

Анализиран је однос занимања и става испитаника о тврдњи „здравствени радници могу значајно допринети заштити деце од злостављања“. На основу добијених резултата (χ^2=11,234; df = 2; p = 0,004) уочава се значајна статистичка разлика. Са поменутом тврдњом слаже се више лекара (71,3%) него медицинских техничара (41,5%). Значајна статистичка разлика (χ^2=9,632; df = 2; p = 0,008) уочава се и у односу чињенице да ли испитаник има децу према ставу испитаника о тврдњи „здравствени радници могу значајно допринети заштити деце од злостављања“. Са поменутом тврдњом слаже се више, односно 70,5% испитаника који имају децу наспрам 46,8% испитаника који немају децу.

Највише, односно 113 испитаника (85%) сматрало је да медицина треба да се бави злостављаном децом. Врло мало, 11 испитаника (8,3%) сматрало је да само судска медицина треба да се бави злостављаном децом. Најмање, 9 испитаника (6,8%) је сматрало да медицина не би требало да се бави злостављаном децом, а 2 испитаника (1,5%) се није изјаснило.

На основу резултата приказаних у Табели 2, видљива је значајна статистичка разлика у односу установе у којој испитаници раде и става испитаника о томе да ли медицина треба да се бави злостављаном децом. На УДК 75 испитаника (91,5%) сматра да медицина треба да се бави злостављаном децом, а на ИМД 38 испитаника (74,5%) има исти став. На УДК 2 испитаника (2,4%) сматра да само судска медицина треба да се бави злостављаном децом, док на ИМД 9 испитаника (17,6%) мисли исто. На УДК 5 испитаника (6,1%) сматра да медицина не треба да се бави злостављаном децом, а на ИМД 4 испитаника (7,8%).

Табела 2. *Однос установе у којој раде испитаници према ставу о томе да ли медицина треба да се бави злостављаном децом.*

			Да ли медицина треба да се бави злостављаном децом?			
			да	само судска медицина	не	Укупно
Установа	УДК	Број	75	2	5	82
		Проценат	91,5%	2,4%	6,1%	100,0%
	ИМД	Број	38	9	4	51
		Проценат	74,5%	17,6%	7,8%	100,0%
Укупно		Број	113	11	9	133
		Проценат	85,0%	8,3%	6,8%	100,0%

χ^2 = 9,998; df = 2; p = 0,007.

Статистички значајна разлика (χ^2= 8,470; df = 2; p = 0,014) уочава се у односу чињенице да ли испитаник има децу према ставу испитаника о томе да ли медицина треба да се бави злостављаном децом. Више испитаника који имају децу, 90,8% (79) при ставу су да медицина треба да се бави злостављаном децом наспрам 73.9% (34) испитаника који имају исти став, али немају децу. Став да само судска медицина треба да се бави злостављаном децом имало је 3.4% (3) испитаника који имају децу и 17,4% (8) испитаника који немају децу. Да медицина не треба да се бави злостављаном децом сматрало је 5,7% (5) испитаника који имају децу и 8,7% (4) испитаника који немају децу.

Ставови здравствених радника о личној безбедности и недостатку времена у случајевима када збрињавају злостављану децу

Питањем – да ли би ваша безбедност била угрожена ако одлучите да пријавите случај злостављања онако како је то предвиђено да се уради у вашој установи, дошли смо до следећих података: највише, односно 97 испитаника (74,6%) је одговорило „не“, 26 испитаника (20%) је одговорило „да“ и 7 испитаника (5,2%) је одговорило „не знам“. На ово питање није одговорило 7 испитаника (3,7%).

Анализиран је однос установе у којој раде испитаници према ставу испитаника о

томе да ли би им безбедност била угрожена ако одлуче да пријаве случај злостављања онако како је то предвиђено да се уради у њиховој установи. На основу добијених резултата, представљених у Табели 3, уочава се значајна статистичка разлика.

Табела 3. *Установа у којој раде испитаници и њихов став о томе да ли би им безбедност била угрожена ако пријаве случај злостављања као што је то предвиђено у њиховој установи.*

			Да ли би вам безбедност била угрожена ако бисте одлучили да пријавите случај злостављања?			
			не знам	не	да	Укупно
Установа	УДК	Број	3	55	22	80
		Проценат	3,8%	68,8%	27,5%	100,0%
	ИМД	Број	4	42	4	50
		Проценат	8,0%	84,0%	8,0%	100,0%
Укупно		Број	7	97	26	130
		Проценат	5,4%	74,6%	20,0%	100,0%

χ^2=7,841; df = 2; p = 0,020.

Уочава се да је више испитаника на УДК (27,5%) него на ИМД (8%) одговорило да сматрају да би им безбедност била угрожена ако одлуче да пријаве случај злостављања онако како је то предвиђено да се уради у њиховој установи. То доводи до закључка да се вероватно здравствени радници на ИМД осећају безбедније приликом пријављивања случајева злостављања јер имају подршку тима, у односу на здравствене раднике са УДК, који поменуте случајеве пријављују појединачно.

Анализиран је затим однос пола испитаника према ставу испитаника о томе да ли би им безбедност била угрожена ако би одлучили да пријаве случај злостављања онако како је то предвиђено да се уради у њиховој установи. На основу добијених резултата који су представљени у Табели 4 уочава се значајна статистичка разлика. Уочава се да је више испитаника мушког пола (25,8%) него женског (14,1%) одговорило да сматрају да би им безбедност била угрожена ако би одлучили да пријаве случај злостављања онако како је то предвиђено да се уради у њиховој установи. Могућа интерпретација података је да су здравствене раднице храбрије или да су здравствени радници више изложени насиљу.

Табела 4. *Пол испитаника и став испитаника о томе да ли би им безбедност била угрожена ако пријаве случај злостављања као што је то предвиђено у њиховој установи.*

			Да ли би вам безбедност била угрожена ако бисте одлучили да пријавите случај злостављања?			
			не знам	не	да	Укпно
Пол	женски	Број	1	54	9	64
		Проценат	1,6%	84,4%	14,1%	100,0%
	мушки	Број	6	43	17	66
		Проценат	9,1%	65,2%	25,8%	100,0%
Укупно		Број	7	97	26	130
		Проценат	5,4%	74,6%	20,0%	100,0%

χ^2=7,251; df = 2; p = 0,027.

Анализиран је још и однос година старости испитаника према ставу испитаника о томе да ли би им безбедност била угрожена ако би одлучили да пријаве случај злостављања онако како је то предвиђено да се уради у њиховој установи. На основу добијених резултата уочава се значајна статистичка разлика (χ^2=9,662; df = 4; p = 0,047). Највише испитаника (33,3%) старости од 20 до 35 година, затим уједначен проценат испитаника старости од 36 до 45 година (14,6%) и старости од 46 до 70 година (15,2%) одговорило је да сматра да би им безбедност била угрожена ако би одлучили да пријаве случај злостављања онако како је то предвиђено да се уради у њиховој установи. Ови подаци се могу интерпретирати на два начина: да су млађи здравствени радници (20–35 година) више изложени насиљу или да им недостаје искуство у раду са злостављаном децом.

Питањем – да ли имате довољно времена да се посветите детету жртви злостављања на начин на који сматрате да треба, дошли смо до следећих података: више, 86 испитаника (65,2%) одговорило је да нема, у односу на 46 испитаника (34,8%) који су одговорили да имају, а 5 испитаника (3,7%) није одговорило на ово питање.

Значајна статистичка разлика (χ^2=5,011; df= 1; p = 0,025) уочава се у односу занимања испитаника и става испитаника о томе да ли имају довољно времена да се посвете детету жртви злостављања на начин на који сматрају да треба. Више лекара (40,9%) него медицинских техничара (20,5%) одго-

ворило је да имају довољно времена да се посвете детету жртви злостављања, на начин на који сматрају да треба.

Ставови здравствених радника о тиму за заштиту деце од злостављања

На питање – да ли сматрате да је то што у оквиру ваше установе не постоји стручни тим за заштиту деце од злостављања један од проблема у вашем раду на заштити деце од злостављања више, односно 22 испитаника (16,4%) одговорило је да сматрају да им је то један од проблема, док је 6 испитаника (4,5%) одговорило да им то није проблем. Подаци су представљени у Табели 5.

Табела 5. *Да ли сматрате да је то што немате стручни тим за заштиту деце од злостављања један од проблема у вашем раду?*

Да ли сматрате да је то што немате стручни тим за заштиту деце од злостављања један од проблема у вашем раду ?	Број	Проценат
Да	22	16,3%
Не	6	4,4%
Не знају да ли имају тим	107	79,3%
Укупно	135	100 %

Анализиран је однос чињенице да ли су испитаници пријављивали случајеве злостављане деце према чињеници да ли испитаници сматрају да је то што немају стручни тим за заштиту деце од злостављања један од проблема у њиховом раду на заштити деце од злостављања. На основу добијених резултата (χ^2=11,126; df = 1; p = 0,001) уочава се значајна статистичка разлика. Овом анализом дошло се до сазнања да је међу испитаницима који су се изјаснили да им је то што немају стручни тим за заштиту деце од злостављања проблем у раду на заштити деце од злостављања више оних испитаника који су пријављивали случајеве злостављане деце.

Ставови здравствених радника према посети немедицинских едукативних семинара

На основу питања да ли бисте у време кад не радите у оквиру установе посетили едукативни семинар из области која није сродна медицини, дошли смо до следећих података: највише, односно 65 испитаника (49,2%) одговорило је „да, ако би ми то користило нечему“, затим 48 испитаника (36,4%) одговорило је „да“, 14 испитаника (10,6%) одговорило је „не“, 5 испитаника (3,8%) одговорило је „да, уколико морам“ и 3 испитаника није одговорило. Анализиран је однос овог става здравствених радника са њиховим годинама старости, полом и годинама стажа. Међутим ни у једном случају нема значајне статистичке разлике.

ДИСКУСИЈА

Резултати истраживања показали су да већина здравствених радника из испитиваног узорка не одобрава физичко кажњавање деце. Међутим, откривена је разлика у ставовима здравствених радника из две установе у којима је вршено истраживање у погледу физичког кажњавања деце. Разлика се састојала у томе што на УДК, иако мали, постоји један број здравствених радника који одобравају физичко кажњавање деце, за разлику од здравствених радника са ИМД, међу којима није било оних који су при оваквом ставу. Утврђено је и то да они здравствени радници који начелно одобравају ову врсту кажњавања нису умели прецизно да дефинишу границу између кажњавања и злостављања.

Већина здравствених радника нема другачији став о односу према злостављаном детету приликом збрињавања повреда у поређењу са односом према детету које има исту врсту повреда, али које нису настале као резултат злостављања.

Иако је равноправни третман свих пацијената без обзира на порекло повреде захтеван у етичком кодексу медицинске струке, додатна пажња и љубазност која је често потребна злостављаној деци очекује се као „психолошки“ део третмана.

Већина здравствених радника се слаже са тврдњом да здравствени радници могу

значајно допринети заштити деце од злостављања. С друге стране, очигледно да је присутна резерва или сумња једног броја здравствених радника у погледу својих објективних могућности у овој области. Ипак, већина здравствених радника сматра да медицина треба да се бави проблемом злостављања, јер је утицај медицине такав да би могао да допринесе заштити злостављане деце. Откривена је разлика у овом ставу здравствених радника у зависности од тога да ли имају децу. Испитивано медицинско особље у највећој мери не верује да би њихова лична безбедност била угрожена ако би одлучили да пријаве случај злостављања. У вези са овим ставом уочава се да више здравствених радника мушког пола него женског сматра да би им безбедност била угрожена ако би одлучили да пријаве случај злостављања. Такође већина здравствених радника сматра да нема времена да се посвети заштити ове деце на начин на који сматра да би то било потребно.

Већина здравствених радника који су одговорили да у оквиру установе немају тим, сматра да им то отежава рад на заштити злостављане деце. Уочена је разлика у овом ставу здравствених радника у зависности од тога да ли су пријављивали случајеве злостављане деце.

Истраживањем „Утицај личних карактеристика на извештавање о злостављању деце“ у Америци дошло се до сазнања да особе које не одобравају физичко кажњавање деце чешће пружају помоћ (примећују и пријављују случајеве) злостављаној деци [8]. Уколико резултате нашег истраживања који се односе на ставове здравствених радника о физичком кажњавању деце доведемо у везу са сазнањима овог истраживања, можемо закључити да већина наших испитаника има предуслов да пружи помоћ злостављаној деци.

За поређење резултата добијених у нашем истраживању у вези са ставом здравствених радника о томе да ли могу значајно допринети заштити деце од злостављања биће наведени резултати истраживања које је спроведено у оквиру програма „Права детета и здравље“. Резултати тог истраживања спроведеног у Београду 2000. године показали су да се 61,6% здравствених радника слаже с тим да могу значајно допринети заштити деце од злостављања [7]. Дакле, може се закључити да је проценат здравствених радника који заступају став да могу значајно допринети заштити деце од злостављања у поменутом и нашем истраживању на сличном нивоу.

За разлику од истраживања „Запажања лекара која се тичу злостављања деце у Ирану“, којим се дошло до сазнања да ставови лекара према злостављаној деци у целини зависе од пола лекара [9], у нашем истраживању се није дошло до сличног резултата. Резултати нашег истраживања су показали да једино на став здравствених радника о личној безбедности приликом пријављивања злостављања утиче њихов пол, док на друге ставове утичу друге социјално-демографске карактеристике.

ЗАКЉУЧАК

На основу резултата нашег истраживања можемо видети да се ставови здравствених радника према заштити злостављане деце разликују и не иду увек у прилог злостављаној деци. И поред тога, резултати показују да многи здравствени радници раде на томе колико могу да пријаве и спрече ово насиље. С обзиром на то да је познато да ставови доста могу утицати на понашање појединца, сматрамо да је потребно спроводити додатне едукације здравствених радника, посебно у смислу сазнања из области виктимологије (пружање емотивне подршке жртвама) и здравствене психологије (приступ деци).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ишпановић Радојковић, В. *Одакле смо пошли, докле смо стигли и куда идемо у заштити деце од злостављања и занемаривања*. У Срна, Ј. уредник (2001) *Од групе до тима.* Центар за брак и породицу, Београд, 2001.

2. Мишић М. Злостављање деце и здравствени радници (магистарска теза). Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд, 2011.

3. Милосављевић, М. *Насиље над децом.* Факултет политичких наука, Београд, 1998.

4. Fathersone, B. and Evans, H. Children experiencing maltreatment: who do they turn tu? Преузето са http://www.nspcc.org.uk/inform/research/findings/childrenexperienci ngmaltreatment_wda48264.html приступљено 5.1.2014.

5. Мишић М, Петровић Н. *Перцепција здравствених радника која се односи на број и карактеристике деце жртава злостављања и злостављаче*. Здравствена заштита 2012; 4: 71–76.

6. Посебни протокол система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Министарство здравља Републике Србије, Београд, 2009.

7. Цуцић, В. ур. Права детета и здравље. Југословенски центар за права детета, Београд, 2000.

8. Ashton, V. *The effect of personal characteristics on reporting child malltreatment*. Child Abuse & Neglect, 2004, 28: 985−997.

9. Garrusi, B., Safizadeh H., Bahramnejad B. *Physicians' Perception Regarding Child Maltreatment In Iran* (IR) The Internet Journal of Health, 2007. Преузето са http://ispub.com/IJH/6/2/5268 приступљено 5.1.2014.

Контакт: Мирослав Мишић, Висока здравствена школа струковних студија, Београд.
e-mail: misicmiroslav75@gmail.com

UDK BROJEVI: 616.12-008.331.1-053.9(497.11)

ЗАСТУПЉЕНОСТ АРТЕРИЈСКЕ ХИПЕРТЕНЗИЈЕ У ГЕРИЈАТРИЈСКОЈ ПОПУЛАЦИЈИ КОД НАС И У СВЕТУ

Страхиња Кулић[1], Лазар Јанић[2], Јована Костић[3], Миљан Кулић[4], Срђан Станковић[5], Љиљана Кулић[6], Анђелка Лазаревић[7], Гордана Арсић Комљеновић[8], Христо Анђелски[9]

REPRESENTATION OF HYPERTENSION IN THE GERIATRIC POPULATION IN OUR COUNTRY AND IN THE WORLD

Strahinja Kulić, Lazar Janić, Jovana Kostić, Miljan Kulić, Srđan Stanković, Ljiljana Kulić, Anđelka Lazarević, Gordana Arsić Komljenović, Hristo Anđelski

Сажетак

Обољења срца и крвних судова су најчешћа обољења код старих особа, а уједно су и најчешћи узрок смрти код њих. Артеријска хипертензија представља једну од најчешћих болести данашњице, која се јавља код преко 60% особа старијих од 60 година.

Циљ рада је да укаже на велику учесталост хипертензије у геријатријској популацији.

Статистичка истраживања указују да, ако се упореде светски подаци о заступљености броја старих особа у популацији, на првом месту је Грчка, следе Италија и Јапан, а на четвртом месту је Србија. Србија се налази на четвртом месту у свету по заступљености броја старих особа у популацији и по подацима Републичког завода за статистику Србије. Око 17,24% популације чинило је старо становништво крајем 20. века, и процењује се да ће се овај број повећати до 30% до 2025. године. У односу на 2001. годину, када је морталитет од свих узрока смрти износио 1319,5 на 100.000 становника, у 2011. години стопа смртности је порасла на 1418,1 на 100.000 становника.

Summary

Diseases of the heart and blood vessels are the most common diseases in the elderly population, and are also the most common cause of death among them. Arterial hypertension is one of the most common diseases of our time, which occurs in over 60% of cases when people are older than 60 years.

The aim of this paper is to point out the high incidence of hypertension in the geriatric population.

Statistical research shows that if we compare the global data on the representation of the number of elderly in the population, Greece takes the first place, then Italy and Japan, and the fourth is Republic of Serbia. Serbia is ranked fourth in the world in the representation of the number of elderly in the population and the data of the Statistical Office of Serbia show that about 17.24% of the population makes it an aging population in the late 20th century, and it is estimated that this number will increase to 30% until the year 2025. In relation to the year 2001, when mortality from all causes of death was 1319.5 per 100,000 people, the 2011th year mortality rate rose to 1418.1 per 100,000 residents. In Serbia, the annual all-cause death of approximately 100,000 people dead and nearly every other inhabitant of

[1] Мр дипл. ецц Страхиња Кулић, Вода Врњци, Београд.
[2] Мр дипл. ецц Лазар Јанић, Висока здравствена школа струковних студија Земун, Београд.
[3] Мр дипл. инж. Јована Костић.
[4] Дипл. ецц Миљан Кулић.
[5] Мр дипл. правник Срђан Станковић.
[6] Доц. др Љиљана Кулић, Универзитет у Приштини, Медицински факултет, Косовска Митровица.
[7] Проф. др Анђелка Лазаревић, Висока здравствена школа струковних студија Земун, Београд.
[8] Проф. др Гордана Арсић Комљеновић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.
[9] Проф. др Христо Анђелски, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

У Србији годишње од свих узрока смрти умре приближно 100.000 људи и готово сваки други становник Србије умре од болести срца и крвних судова. Анализа морбидитета одраслог становништва у Србији по групама болести показује да ова популација најчешће оболева од болести кардиоваскуларног система, малигних болести и болести респираторног система, а унутар групе болести кардиоваскуларног система најчешћа је артеријска хипертензија по подацима Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, који су садржани у „Здравствено-статистичком годишњаку Републике Србије за 2011. годину“. Здравствено стање код особа старијег животног доба показује преваленцу хроничних болести које се појављују током процеса старења и укључује артритис са 47% код старијих особа, артеријску хипертензију са 41%, срчана обољења са 31%, као и заступљеност појаве падова и траумматских повреда. Успешном превенцијом може се битно утицати на смањење учесталости овог обољења у популацији старих људи, што би свакако био један од приоритетних задатака у побољшању њиховог здравственог стања и квалитета живота.

Кључне речи: *хипертензија, старе особе, геријатрија, популација.*

Serbia died of heart disease and blood vessels. Analysis of the mortality of the adult population in Serbia by groups of diseases shows that the population most often diagnosed with cardiovascular diseases, malignant diseases, and respiratory diseases, and in the group of diseases of the cardiovascular system is the most common arterial hypertension according to the data of Institute of Public Health of Serbia „Dr Milan Jovanović Batut“ which contained in the "Health and the Statistical Yearbook of the Republic of Serbia for year 2011." Health status in patients of older age shows the prevalence of chronic diseases that occur during the aging process and include arthritis, with 47% in the elderly, hypertension by 41%, heart disease, with 31% the share of occurrence of falls and traumatic injury. Successful prevention can significantly affect the reduction of the incidence of the disease in the population of elderly people, which would certainly be one of the priorities in improving their health and quality of life.

Keywords: *hypertension, elderly, geriatrics, population.*

УВОД

Стари људи су са аспекта здравствене заштите препознати као вулнерабилна група становништва, а уопштено говорећи под вулнерабилном групом становништва се подразумева одређени део становништва (према старости, полу, здравственим или социјалним потребама и др.) коме треба посветити посебну друштвену пажњу. 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. 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. Поред захваћености највећих крвних судова у организму, преко мањих крвних судова и њихових грана, до промена долази и на капиларима. На њима се јавља фиброзна и хијалина дегенерација, што за последицу има облитерацију капилара или смањење протока крви. Неколико промена у структури крвног суда доприноси смањењу способности вазодилатације, као што је пораст у броју и величини глатких мишићних ћелија, пораст депоновања колагена, као и пад количине еластина.

На крвним судовима старих особа услед артериосклерозе може доћи до појаве анеуризми (абдоминална аорта и илијакалне артерије). 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).,

Старење узрокује бројне физиолошке промене, које са своје стране доприносе порасту крвног притиска. Патофизиологија повишеног крвног притиска је комплексна и може се разликовати код сваког појединца. У основи објашњење потиче од смањене еластичности крвних судова са порастом периферне васкуларне резистенције. Као резултат, постоји вероватноћа да се појави изолована систолна хипертензија. За регулацију артеријског крвног притиска најважнија је улога ренин-ангиотензин-алдостерон система, који може бити активиран обољењем реналних крвних судова и под утицајем употребе лекова. Испитивања су показала да активност ренин-ангиотензин система углавном опада са годинама, а током старења функција бубрега се мења са већом сензитивношћу на кухињску со и смањује се могућност екскреције натријума. Фактори који могу допринети настанку артеријске хипертензије су инсулинска резистенција и поремећај у метаболизму калцијума. Вазоактивне супстанце које учествују у развоју хипертензије укључују катехоламине, продукте арахидонске киселине, ендотелијумске факторе, каликреин-кинин систем, натриуретичне пептиде и друге (ацетилхолин, серотонин, полни хормони, глукокортикоиди, минералокортикоиди, супстанца П и вазопресин). На настанак артеријске хипертензије утичу и исхрана, гојазност, недостатак физичке активности, као и присуство коморбидитета. Мноштво патофизиолошких механизама међусобно реагује у регулацији артеријског крвног притиска. Пораст периферне васкуларне резистенције је један од узрока артеријске хипертензије код старих људи . Неколико механизама учествује у порасту периферне васкуларне резистенције. Патофизиолошки поремећаји који могу допринети или учествују у порасту артеријског крвног притиска током процеса старења чине: смањење еластичности зидова артерија, опадање сензитивности барорецептора, повећана активност симпатичког нервног система, смањење активности α и β адренергичких рецептора, смањење функције ендотелског фактора релаксације, сензитивност на Na, ниска активност ренина у плазми, као и инсулинска резистенција. Пораст крвног притиска је секундарна последица болести или навика које настају старењем. Артеријска комплијанса и ударни волумен представљају главне детерминанте пулсног притиска. Ударни волумен не варира значајно са старењем, а пад артеријске комплијансе ствара

пораст пулсног притиска, што доприноси диспропорционалном порасту систолног притиска, што може оправдати узрастно повезани пораст преваленције изоловане систолне хипертензије, као и пораст пулсног притиска. Последица пада артеријске комплијансе са старењем је пораст брзине артеријског пулсног таласа, што доводи до раног повратка рефлексије таласа и измене притиска у аорти, повећавајући притисак у касној систоли. Рефлексија таласа касније подстиче пораст пулсног притиска између централних и периферних артерија. Са годинама долази до опадања сензитивности барорецептора, што је можда одраз смањене артеријске еластичности. Поред наведеног важан модулатор васкуларног тонуса је и васкуларни ендотел, који синтетише бројне вазоактивне супстанце. Установљена је повезаност узрастно-зависног смањења вазодилатације посредоване ендотел-релаксирајућим фактором, а вероватно и дисфункције ендотела са хипертензијом. Неколико узрасно узрокованих промена у функцији бубрега доводе до узрасно узроковане неспособности за брзу екскрецију натријума. Последица ових промена подразумева тенденцију бубрежне ретенције натријума са старењем и пораста укупног натријума у организму. Постоји значајна корелација појаве артеријске хипертензије код особа старије животне доби код којих се значајан пораст артеријског крвног притиска појављује као одговор на промене нивоа Na или на варијације у натријемији. Ове промене у равнотежи нивоа натријума могу допринети повећаној преваленци сензитивности према Na код старих особа. Ренин-ангиотензин систем на другачији начин утиче на регулисање крвног притиска током старења. Ова чињеница се може објаснити опадањем ренинске активности са старењем., Поједине студије указале су на узрасно узроковану интолеранцију на хипергликемију. Опадање сензитивности периферних ткива на дејство инсулина у метаболизму угљених хидрата, или инсулинске резистенције са старењем може допринети опадању глукозне толеранције. Региструје се и узрасно повезани пад инсулинске сензитивности који може допринети настанку хипертензије. 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.

ЦИЉ РАДА

Хипертензија је веома честа код старих људи и представља њима самима, њиховој породици и друштвеној заједници све већи проблем јер битно утиче на квалитет њиховог живота, а циљ рада је да укаже на велику учесталост хипертензије у геријатријској популацији кад нас и у свету.

МЕТОД РАДА

Анализирани су подаци и литература у области геријатрије, интерне медицине, неурологије, јавног здравља, социјалне медицине и здравствене статистике у делу који се односи на заштиту здравља старих људи код нас и у свету.

РЕЗУЛТАТИ РАДА И ДИСКУСИЈА

Артеријска хипертензија представља једну од најчешћих болести данашњице, која се јавља код преко 60% особа старијих од 60 година, и представља фактор ризика за настанак инфаркта, инзулта, хроничне срчане инсуфицијенције, бубрежне инсуфицијенције, прогресивне атеросклерозе и деменције, што указује на значај испитивања учесталости хипертензије у геријатријској популацији код нас и у свету. 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 хипертензију која представља значајан фактор ризика за апоплексију.

У односу на етиологију и почетак, хипертензија се код старих особа може разврстати у три групе: [1] 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; [2] 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 105 mmHg и [3] изолована систолна хипертензија (класични модел код старих особа) представља облик хипертензије код старих када је систолни притисак изнад 140 ммХг, а дијастолни не прелази вредности 90 mmHg.

Табела 1. *Категоризација пацијената на основу вредности крвног притиска ESH-ESC (European Society of Hypertension, European Society of Cardiology).*

Категорија	Систолни притисак mmHg	Дијастолни притисак mmHg
Оптимални	<120	
Нормалан	120-129	80-84
Високо нормалан	130-139	85-89
Хипертензија 1. степен (блага)	140-159	90-99
Хипертензија 2. степен (средње тешка)	160-179	100-109
Хипертензија 3. степен (тешка)	> 180	> 110
Изолована систолна хипертензија	> 140	< 90

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.

Лечење артеријске хипертензије старих особа се, како код старијих тако и код млађих болесника, заснива се на нефармаколошким мерама и медикаментозној терапији. 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 и др. Испитивања су показала да код старих особа са благом хипертензијом промене у стилу животу, 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. Медикаментозно лечење код старих особа има своје специфичности због инволутивних промена које при процесу старења захватају срце и крвне судове и остале органе.

Заступљеност геријатријске популације у општој популацији код нас у свету

У развијеним земљама света геријатријска популација је у порасту и достиже више од 30% опште популације, а 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.

Статистички подаци указују на тренд све веће заступљености геријатријске популације у свим земљама света. Уколико се овакав тренд настави, у све већем броју европских земаља после 2020. године више од 4% укупне популације чиниће особе старије од 80 година. Особе старије од 65 година чине око 13% америчке популације, при чему се процењује да ће достићи 19.6% у 2030. години, а 20% у 2040. години. ,

Старе особе су од 60 или 65 година живота у развијеним земљама по дефиницији Светске здравствене организације, при чему процес старења представља динамичан биолошки процес који условљава физиолошке и психосоцијалне промене. Значајна карактеристика савременог живота представља старење популације, односно значајан пораст броја и удела старијих особа у односу на укупну популацију, како у развијеним земљама, тако и у земљама у развоју.

Светска здравствена организација (СЗО) процењује да старију популацију чини око 580 милиона људи старијих од 60 година у целом свету, док око 355 милиона старије популације живи у земљама у развоју. Старење популације је детерминисано морталитетом и фертилитетом, при чему се уочава све дужи животни век и мањи број новорођене деце. Током последњих 50 година, стопе морталитета у развијеним земљама значајно су опале, очекивано трајање живота се продужио са 41 године од 1950. године, до скоро 62 године у 1990. години. До 2020. године, очекивано трајање живота износиће око 70 година. Међутим, током наредних 25 година европска популација ће бити једна од најстаријих популација у односу на остали део светске популације. Овај податак поткрепљује и чињеница да особе старије од 80 година чине 22% међу особама старијим од 60 година у Грчкој и Италији, 21% у Француској и Шпанији, и 20% у Немачкој. У развијеним земљама старење популације се одвијало прогресивно као последица првобитног опадања стопе фертилитета и унапређења стандарда живота код већине популације током релативно дугог периода који је пратио индустријску револуцију. Овом процесу допринео је развој медицине, откриће нових лекова и вакцина. У супротности са овим податком, у земљама у развоју, старење популације је брже настало, као резултат опадања стопе фертилитета и продужетка очекиване дужине живота. Ови резултати указују на унапређење медицинске технологије, процедура и открића нових лекова, који обезбеђују успешно лечење и превенцију бројних болести које су у прошлости узроковале превремено умирање.

Због пораста броја и пропорције старијих особа и у развијеним земљама и у земљама у развоју, порашће и број особа које ће достићи број година у којима је ризик од настанка хроничних и онеспособљавајућих болести значајно већи. Процењује се да ће 2020. године три четвртине морталитета у развијеним земљама бити узрасно узроковано, са највећим уделом масовних незаразних болести, као што су кардиоваскуларне болести, малигне болести и дијабетес мелитус.

Статистичка истраживања указују да, ако се упореде светски подаци о заступљености броја старих особа у популацији – на првом месту је Грчка, на другом месту Италија, на трећем месту Јапан, а на четвртом месту је Србија. Дакле Србија се налази се на четвртом месту у свету по заступљености броја старих особа у популацији. У складу са подацима Републичког завода за статистику Србије, око 17,24% популације чинило је старо становништво крајем 20. века, и процењује се да ће се овај број повећати до 30% до 2025. године. Процентуална заступљеност веома старих особа (старијих од 85 година) је у сталном порасту и претпоставља се да ће бити око 16 милиона веома старих људи у свету средином 21. века.

Водећи узроци оболевања, инвалидности и умирања у Србији

Незаразне болести су водећи узроци оболевања, инвалидности и умирања, а евидентно је по свим релевантним показатељима да имају тенденцију пораста. Само две групе обољења, болести срца и крвних судова и малигни тумори чине три четвртине свих узрока смрти. У Србији 2011. године стопа умрлих на 1.000 становника (општи морталитет) износила је 14,2 на 1.000 становника. Општа смртност становништва је значајан, али не и прецизан здравствени индикатор. У претходној деценији она је у нашој земљи била у порасту услед израженог процеса старења популације и доминантне патологије везане за старење. У односу на 2001. годину, када је морталитет од свих узрока смрти износио 1319,5 на 100.000 становника, у 2011. години стопа смртности је порасла на 1418,1 на 100.000 становника (Табела 2).

Табела 2. *Општа и стандардизована стопа морталитета од свих узрока смрти (A00-T98), Србија, 2001−2011.*

Табела 2. Општа и стандардизована стопа морталитета од свих узрока смрти (A00-T98), Србија, 2001–2011.

Стопа морталитета	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Општа	1319,5	1370,8	1389,5	1397,8	1434,9	1388,2	1392,7	1397,4	1420,6	1415,5	1418,1
Стандардизована*	678,8	671,8	719,2	700,8	694,3	654,9	642,9	627,7	607,1	595,5	586,4

Извор података: Институт за јавно здравље Србије

* на популацију света

Најчешћи узроци смрти у Републици Србији већ дужи период су исти, али са различитим тенденцијама у периоду од 2001. до 2011. године. Групе болести: болести система крвотока (МКБ X: I00-I99), повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (МКБ X: S00-T98), симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (МКБ X: R00-R99) и хроничне болести доњег система за дисање (МКБ X: J40-J47), смањиле су своје учешће као узрок смрти у посматраном периоду. За разлику од наведених, у истом раздобљу, малигни тумори (МКБ X: C00-C97) су као узрок општег морталитета били у порасту (Табела 3).

Табела 3. *Водећи узроци смрти у Србији, 2001 и 2011. године.*

Табела 3. Водећи узроци умирања у Србији, 2001. и 2011. године

Групе узрока смрти (МКБ-X)	Проценат (%)	
	2001.	2011.
Болести система крвотока (I00-I99)	55,3	53,9
Малигни тумори (C00-C97)	18,1	20,4
Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (R00-R99)	9,2	4,6
Хроничне болести доњег система за дисање (J40-J47)	2,8	2,6
Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (S00-T98)	4,3	3,2
Остали узроци	10,3	15,2
Укупно	100,0	100,0

Извор података: Институт за јавно здравље Србије

Незаразне болести већ деценијама доминирају у нашој националној патологији и представљају највећи здравствени проблем. Незаразне болести у нашој средини водећи су узроци оболевања, инвалидности и превременог умирања (пре 65. године). Водећи узроци умирања у Србији готово су идентични оним у развијеним деловима света. Незаразне болести су болести срца и крвних судова, малигни тумори, шећерна болест, опструктивна болест плућа, повреде и друге. У Србији годишње у од свих узрока смрти умре приближно 100.000 људи. Готово сваки други становник Србије умре од болести срца и крвних судова (МКБ X: I00-I99), сваки пети од малигних тумора (МКБ X: C00-C97) и сваки десети од последица повреда (МКБ X: S00-T98), дијабетеса (МКБ X: E10-E14) и опструктивних болести плућа (МКБ X: J40-J47). Током последњих 20 година, највећи пораст у умирању у Србији забележен је од малигних тумора и дијабетеса, односно његових компликација. Оптерећење болестима система крвотока или болестима срца и крвних судова у глобалном је порасту, а последњих деценија овај пораст нарочито је изражен у земљама у транзицији. Последњих година у Србији у просеку 55% умрлих особа жртва је неке од болести из ове групе. У односу на све узроке смрти током 2011. године, у Србији је од болести срца и крвних судова умрло 25.454 мушкараца (45,9%) и 30.060 жена (54,1%). Просечна стопа смртности од болести срца и крвних судова у Србији у периоду од 2001. до 2011. године износила је 773,1 на 100.000 становника (Табела 4).

Табела 4. Општи и стандардизовани морталитет од болести циркулаторног система (МКБ10: I00-I99), Србија, 2001–2011.

Табела 4. Општи и стандардизовани морталитет од болести циркулаторног система (МКБ10: I00-I99), Србија, 2001–2011.

Стопа морталитета	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Општа	729,6	756,9	767,0	762,0	815,6	795,0	780,4	780,2	777,9	774,2	764.8
Стандардизована*	333,2	326,2	363,7	347,2	357,9	337,4	321,3	309,4	285,9	279,1	270.7

Извор података: Институт за јавно здравље Србије

* на популацију света

Као најтежи облик исхемијских болести срца, акутни коронарни синдром (АКС) представља водећи здравствени проблем у развијеним земљама света, а последњих неколико деценија и у земљама у развоју. Акутни коронарни синдром (АКС) представљају акутни инфаркт миокарда и нестабилна ангина пекторис. Према подацима регистра за АКС, у Србији је у 2010. години са дијагнозом АКС евидентирано 23.039 случајева. Инциденција АКС у Србији износила је 314,7 на 100.000 становника. Од овог синдрома 2011. године у Србији је умрло 5.839 особа. Морталитет од АКС у Србији износио је 80,4 на 100.000 становника. Анализа морбидитета одраслог становништва територије (држава, округ, град, општина) по групама болести показује да ова популација најчешће оболева од болести кардиоваскуларног система, малигних болести и болести респираторног система. Најчешћа дијагноза унутар групе болести кардиоваскуларног система је есенцијална артеријска хипертензија (повишен крвни притисак непознатог узрока), која је хронично обољење и значајан фактор ризика за настанак других масовних незаразних болести. Друге исхемијске болести срца налазе се на другом, а поремећаји спроводног система и аритмије срца на трећем месту унутар групе болести система крвотока. Ово су подаци Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ који су садржани у „Здравствено-статистичком годишњаку Републике Србије за 2011. годину“.

Артеријска хипертензија у геријатријској популацији код нас и у свету

Током процеса старења појављује се спектар болести и здравствених стања која настају код особа старијег животног доба, као и њихова инциденција, преваленција и стопа фаталних исхода. Здравствено стање код особа старијег животног доба представља функцију високе преваленце хроничних болести које се појављују током процеса старења и укључује артритис са 47% код старијих особа, артеријску хипертензију са 41%, срчана обољења са 31%, као и заступљеност појаве падова и трауматских повреда (као једног од главних проблема старије популације, која захвата око 32% популације старије од 65 година сваке године, и слабост, за коју се процењује да захвата 8% старије популације у једном друштву, и повећава се са старењем. Са старењем долази до прогресивног опадања когнитивних функција, што представља значајну компоненту здравственог статуса. Познато је да се артеријски крвни притисак повећава старењем, што доприноси чињеници да се артеријска хипертензија чешће открива код старијих особа у односу на млађе особе. Артеријска хипертензија представља болест која се може сматрати најраспрострањенијом у целом свету, са тенденцијом епидемијских размера, при чему се претпоставља да око 20-25% опште популације има артеријску хипертензију. Учесталост артеријске хипертензије може варирати у зависности од географских, расних, националних, полних или старосних критеријума (22−24). Широм света спроведене анализе показују да је 26,4% одрасле популације имало артеријску хипертензију у 2000. години (972 милиона особа), а 29,2% ће имати артеријску хипертензију у 2025. години (процењује се да ће број оболелих из 2000. године порасти за око 60%, и чиниће око 1,56 милијарди људи). Кина, као најмногољуднија земља на свету, имала је 2000. године и највећи број особа са артеријском хипертензијом (>180 милиона људи), при чему се процењује да ће

број особа са артеријском хипертензијом порасти за 65% до 2025. године, и достићи скоро 300 милиона људи у Кини. Оваква епидемиолошка ситуација уочава се и у оквиру популације у Сједињеним Америчким Државама.

Недостатак континуираног епидемиолошког праћења пацијената са артеријском хипертензијом у нашој земљи утиче на непоузданост података о учесталости артеријске хипертензије. Ранија прецизнија праћења показала су да је до осамдесетих година двадесетог века била присутна стална тенденција пораста броја оболелих, као и да је преваленција артеријске хипертензије у нашој земљи 10–25% у општој популацији, при чему је тај број већи код жена и у урбаним срединама (26–29). Инциденција кардиоваскуларних болести у Р. Србији показује константан пораст, и ова група болести припада групи најучесталијих узрока морбидитета и морталитета. Кардиоваскуларне болести представљале су водећи узрок морталитета у Р. Србији 2008. године (55,8%).

Преваленција артеријске хипертензије код особа старијих од 60 година разликује се у зависности од популације у којој се спроводи истраживање. Резултати варирају у зависности од различитих метода утврђивања артеријске хипертензије, од другачијих скала процене артеријског и дијастолног крвног притиска, као и начина давања података о употреби антихипертензива. На разлике у преваленци артеријске хипертензије у различитим популацијама утичу и други доприносећи фактори, као што су навике у исхрани, индекс телесне масе и генетски фактори. У целом свету повишен крвни притисак представља водећи фактор ризика за око 13% свих смртних исхода, као и најзначајнији фактор ризика за губитак година здравог живота. Уколико се не лечи, артеријска хипертензија може повећати ризик за настанак цереброваскуларног инзулта, конгестивне срчане инсуфицијенције, коронарне срчане болести, деменције, хроничне бубрежне инсуфицијенције, периферне васкуларне болести, као и других хроничних болести. Регулисањем артеријске хипертензије лечењем антихипертензивима, мењањем животних навика, као и подједнаком заступљеношћу оба фактора могу се ублажити ови исходи и компликације.

ЗАКЉУЧАК

Све је већи број старих људи у општој популацији и све већи број њих са хипертензијом. Да би се смањио број оболелих од хипертензије, неопходно је предузети мере које су усмерене на самог оболелог од хипертензије, чланове његове породице, комплетну геријатријску популацију и друштвену заједницу у целини. Успешном превенцијом може се битно утицати на смањење учесталости овог обољења у популацији старих људи, што би свакако био један од приоритетних задатака у побољшању њиховог здравственог стања и квалитета живота. Неопходна је едукација болесника у смислу предузимања мера у превенцији компликација дуготрајног лежања (кретање, вежбе у кревету и соби), едукација о патофизиолошким процесима код хипертензије (користећи моделе или цртеже) и 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 га о могућностима модификовања фактора ризика. Треба научити старог болесника основне ствари о прописаним антихипертензивним лековима – именима, сврси, дози, деловању, мерама опреза, нежељеним дејствима лекова које користи и начину и времену узимања. Требало би редовно посећивати болесника уколико је на програму кућне неге, контролисати крвни притисак, узимање лекова, степен промене стила живота, проверити ангажованост чланова породице у лечењу и нези старог болесника и могућностима модификовања фактора ризика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анђелски Х., Анђелски Радичевић Б.: Јавно здравље у Србији у XX веку са осврtом на старе, Геронтологија, часопис Геронтолошког друштва Србије, 1/2010, 141−157.

2. Кулић Љ.: Здравствена нега у геријатрији, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд, 2012, 182−188.

3. Кулић Љ.: Компаративна патоморфолошка и патохистолошка квалитативна и квантитативна анализа коронарних артерија и миокарда код атеросклеротичне коронарне болести срца, Докторска дисертација, 2001, 78−80.

4. Dharmarajan TS, Norman RA, Clinical Geriatric, Parthenon publishing 2003, Informa Health Care 2002, ISBN 1842141120, 9781842141120.

5. Кулић Љ., Кулић С., Арсић Комљеновић Г., Анђелски Х., Шијан-Гобељић М., Јовановић М., Чикара Т., THE SIGNIFICANCE OF FUNCTIONAL ESTIMATION OF THE CONDITION OF THE ELDERLY POPULATION, Значај функционалне процене стања старих особа, Геронтологија, часопис Геронтолошког друштва Србије, бр. 1/2013, 122−132

6. Korner PI, Circularory regulation in hypertension. Br J clin Pharmac 1982;13: 95−105

7. Cassel C.K., Leipzig R.M., Cohen H.J., Larson E.B., Mejer D.E., Geriatric medicine: an evidence-based approach, 4th ed, 2003. Library of Congres Cataloging in – Publication Data. Springer 2003. ISBN 0387955143, 9780387955148

8. Veronica G., Esteher RM, Aging, Metabolic Syndrome and the Heart. Aging and Disease 2012; 3 (3): 269−79.

9. Cassel C.K., Leipzig R.M., Cohen H.J., Larson E.B., Mejer D.E., Geriatric medicine: an evidence-based approach, 4th ed, 2003.Library of Congres Cataloging in – Publication Data. Springer 2003. ISBN 0387955143, 9780387955148

10. Dahlof B. i sar.: Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Oldenagement of elderly patients with patients with Hypertension , Lancet; 1991, 338: 1281−1982.

11. Кулић Љ.: Хипертензија код рудара рудника Леце, Мегистарска теза, 1992, 24−27.

12. Кулић Љ., Арсић-Комљеновић Г., Анђелски Х., Шијан-Гобељић М., Кулић С., Анђелски-Радичевић Б., Процена стања старих особа у геријатрији, Здравствена заштита, вол. 40, бр. 6, 2012.

13. Кулић Љ., Арсић-Комљеновић Г., Анђелски Х., Шијан-Гобељић М., Кулић С., Комуникација са старим особама, Здравствена заштита, вол. 40, бр. 4, 2012.

14. Beard K. i sar.: Menagement of elderly patients with sustained hypertension, BMJ; 1992, 304: 412−416

15. Кулић Љ., Арсић-Комљеновић Г., Анђелски Х., Шијан-Гобељић М., Кулић С., Испитивање квалитета живота у геријатрији, Здравствена заштита, вол. 40, бр. 5, 2012.

16. Veronica G, Esteher RM, Aging, Metabolic Syndrome and the Heart. Aging and Disease 2012; 3 (3): 269−79.

17. Van Vliet P, Westendorp GGJ, Van Heemst D, de Craen JM, Oleksik Am, Cognitive decline precedes late-life longitudinal changes in vascular risk factors. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2010;81: 1028−32.

18. Aguado A, Lopez F, Miravet S, Oriol P, Fuentes MI, Henares B, Badia T, Esteve L, Peligro J, Hypertension in the very old; prevalence, awareness, treatment and control: a cross-sectional population-

based study in Spanish municipality. BMC geriatrics 2009;9:16.

19. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older, N Engl J Med 2008;358;1887-98.

20. Fleg JL, Aronow WS, Frishman WH, Cardiovascular drug therapy in the elderly: benefits and challenges; Nat.Rev.Cardiol 2011:8(1) 13−28.

21. Babatsikou F, Zavitsanon A, Epidemiology of hypertnension in the elderly. Health science Journal 2010; 1 (4): 24−30.

22. Bertoia ML, Waring ME, Gupta PS, Roberts MB, Eaton CB, Implications of New Hypertension Guidelines in the United States. Hypertension 2012; 60: 639–44.

23. Ivanović B, Dinčić D, Tadić M, Simić D, Arterial hypertension in the elderly Vojnosanit Pregl 2011; 68(9): 779–785.

24. http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2011.pdf

25. Давидовић М, Милошевић Д, Костић В, Савремена геријатрија. 2003; самостално издање, ISBN 86-904131-0-3229

26. Pimenta E, Increasing adherence: is that enough? Hypertension Research 2010;33: 411-13

27. Sabo A, Tomić Z, Stilinović N, Milijašević B, Mikov M, Vukmirović S, Horvat O, Consumption of serum lipid-reducing drugs in Serbia compared with Scandinavian Countries: a population-based study, 2004-2008. Pharmacoepidemiology and drug safety 2011; 20: 45–9

28. Sharifi F , Mirarefin M , Fakhrzadeh H , Saadat S , Ghaderpanahi M , Badamchizade Z , Prevalence of Hypertension and Diabetes in Elderly: Elderly Kahrizak Study (Brief Communication). Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders; 2010; (9), 1–7 230

29. Robitaille C, Dai S, Waters C, Loukine L, Bancej C, Quach S, Ellison J, Campbell N, Tu K, Reimer K, Walker R, Smith M, Blais C, Quan H, Diagnosed hypertension in Canada: incidence, prevalence and associated mortality. CMAJ 2012; 184(1): E49-56.

Контакт: Мр дипл. ецц Страхиња Кулић, Вода Врњци, Београд.

UDK BROJEVI: 629.785:531.113;
616-008.9:[577.344:546.21

+Gz УБРЗАЊЕ И ОКСИДАТИВНИ СТРЕС

Гордана Арсић Комљеновић[1], Јелена Кенић[2], Драган Микић[3], Христо Анђелски[4]

+Gz ACCELERATION AND OXIDATIVE STRESS

Gordana Arsić Komljenović, Jelena Kenić, Dragan Mikić, Hristo Anđelski

Сажетак

Биодинамички стрес изазван позитивним (+ Gz) убрзањем по свом облику је краткотрајан акутни стрес, који се најчешће јавља код пилота борбене авијације. Из литературе је познато да је позитивно Gz убрзање значајан стрес за основне физиолошке механизме, пре свега за кардиоваскуларни и респираторни систем.

Циљ: Ово истраживање првенствено је тражило одговоре у ком интензитету позитивно Gz убрзање може индуковати оксидативни стрес у виталним органима, првенствено јетри.

Материјал и метод: Експеримент на животињама које су подељене у две експерименталне групе: I група (здраве животиње које нису третиране (OO) и II група животиње које су биле изложене биодинамичком стрес моделу +Gz убрзања (OG). Одређиване су активности ензима у јетри.

Резултати рада: Дејство биодинамичког стреса изазваног позитивним (+Gz) убрзањем довело је до промена активности појединих антиоксидантних ензима у јетри код (OG) групе животиња које нису биле третиране супстанцом (екстракт маточине, алкохол).

Кључне речи: *Позитивно убрзање, стрес.*

Summary

Biodynamic stress caused by the positive (+ Gz) acceleration in its form is a short-term acute stress, which is most common in pilots of combat aviation. From the literature it is known that positive Gz acceleration considerable stress on the basic physiological mechanisms, primarily for cardiovascular and respiratory systems.

Objective: This study primarily sought answers in which the intensity of positive Gz acceleration may induce oxidative stress in vital organs, especially the liver.

Materials and Methods: The experiment on animals were divided into experimental group II: group I (healthy animals that were not treated (OO) and group II animals that were exposed to stress biodynamic model + Gz acceleration (OG). Enzyme activities were determined in the liver.

Results: The effect of biodynamic stress caused by the positive (+ Gz) acceleration led to a change in the activity of some antioxidant enzymes in the liver of (OG) group of animals that were not treated with substances (extract Matochina, alcohol).

Keywords: *positive acceleration, stress.*

[1] Др сц. мед. Гордана Арсић Комљеновић, Висока медицинска школа струковних студија "Милутин Миланковић", Београд.
[2] Мр сц. мед. Јелена Кенић, "Richter Gedon", Beograd.
[3] Др сц. мед. Драган Микић, Војномедицинска академија, Београд.
[4] Др сц. мед. Христо Анђелски, Висока медицинска школа струковних студија "Милутин Миланковић", Београд.

УВОД

Испитивања биодинамског ефекта на организам људи у значајној мери су усмерена ка проучавању утицаја смањене гравитације или хипергравитације. Прва истраживања се раде у циљу освајања космоса, а друга ради постизања превласти у ваздухопловној борби.

Луј Блерио (Louis Bleriot) је 1922. године написао "није отпорност материјала та која одређује границу акробатских могућности вештачке птице, него је то управо физиолошка отпорност човека, који је њен мозак".

Позитивно Gz убрзање је јединствени стресогени фактор летења који доводи до промена у свим органским системима. Стимулуси који започињу серију патофизиолошких збивања су, са једне стране, последица директног ефекта убрзања на смањење протока крви у мозгу, а са друге стране резултат покретања типичних „стрес" реакција у склопу класичног адаптационог синдрома организма на било коју ноксу која ремети хомеостазу. Познато је да се у почетку организам прилагођава и брани од различитих нокси, самим тим и стреса. За оксидативни стрес се може рећи да је нормална појава присутна и код здравих особа. У нормалном молекулу језгро је окружено паром негативно наелектрисаних електрона. Процесом оксидације, уклањањем једног електрона из пара, молекул постаје „радикал" − нестабилан и деструктиван, који напада суседне биомолекуле у средини у којој се нађе, тако да његовим деловањем долази до стварања нових слободних радикала ланчаном реакцијом.[1] Процес оксидације је део регулаторног биохемијског функционисања наших тела у процесу стварања енергије која нам је неопходна за живот. Један од парадокса живота на планети је да молекул кисеоника који одржава у животу аеробне организме, није само основа енергетског метаболизма и процеса респирације, већ је одговоран и за настанак многих обољења и дегенеративних стања. Оксидативни стрес подразумева оштећење ткива које настаје због прекомерне производње слободних кисеоничних и других радикала, или њихове поремећене елиминације.[2]

Делимично редуковани облици кисеоника имају улогу у настанку великог броја различитих поремећаја код човека, као што су старење, канцер, неуродегенеративне болести и друге. Проблем настаје када се поремети фина равнотежа и када откажу природни механизми одбране, па ниво слободних радикала почне да превазилази капацитет организма да их неутралише, што мења оксидативни статус и тело улази у зону повећаног оксидативног стреса, или стање високог ризика за настајање најразличитијих поремећаја и болести. Штетно дејство слободних радикала у оксидативном стресу, према схватању савремене медицине, огледа се у настанку многих акутних и хроничних болести које се клинички манифестују као акутни и хронични запаљенски процеси (реуматоидни артритис, васкулитис), неуролошки поремећаји (Алцхајмерова болест, Паркинсонова болест, цереброваскуларна оштећења, мишићна дистрофија), кардиоваскуларни поремећаји (хипертензија и хипертензивна болест срца, атеросклероза), фиброза плућа, катаракта, малигне болести, али и многа друга стања која се називају прерано старење.[3]

ЦИЉ РАДА

Знајући из литературе да је позитивно Gz убрзање значајан стрес за основне физиолошке механизме, пре свега за кардиоваскуларни и респираторни систем, ово истраживање првенствено је тражило одговоре у ком интензитету позитивно Gz убрзање може индуковати оксидативни стрес у виталним органима, првенствено јетри. Оксидативни стрес може бити иницијални и базични окидач у оштећењу ћелије и ткива, па би утврђивање агресивних и откривање протективних супстанци значајно допринело побољшању статуса особа које су му често изложене.

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Експеримент на животињама које су подељене у две групе, а у свакој групи је било 10 животиња:

- I група (контролна): здраве животиње које нису третиране (OO);
- II група: животиње које су биле изложене биодинамичком стрес моделу +Gz убрзања (OG).

Параметри испитивања

Одређивање активности ензима у јетри:

- Садржај редукованог глутатиона (GSH) по методи Капетановића и Mieyal-a (1979);
- Активност пероксидазе (Px) одређивана је методом Симона и сар. (1974);
- Активност каталазе (CAT) одређивана је методом Beers-a и Sizer-a (1950);
- Активност глутатион пероксидазе (GSH-Px) методом по Chin-y и сар. (1976);
- Активност ксантиноксидазе (XOD) методом по BergMayer-u (1976);
- Интензитет липидне пероксидације (LPx) одређиван је по методи Bueg-a и Austa (1988);
- FRAP (Фериредуктазна антиоксидантна активност) по методи Benzie-a и Strain-a (1999);
- Макроскопске промене на јетри и слузници желуца;
- Микроскопске (патохистолошке) промене у ткиву јетре, срца и слузнице желуца.

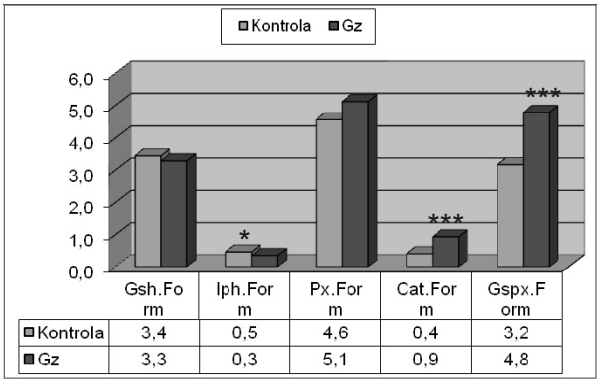
РЕЗУЛТАТИ РАДА

Дејство биодинамичког стреса изазваног позитивним (+Gz) убрзањем довело је до промена активности појединих антиоксидантних ензима у јетри код (OG) групе животиња које нису биле третиране супстанцом (екстракт маточине, алкохол).

Интензитет Lpx се статистички значајно смањио ($p< 0.05$), активност CAT је била статистички значајно повећана ($p<0.01$) и активност GSHPx била је статистички значајно повећана ($p<0.01$). Активност XOD се није значајно мењала, садржај GSH је био смањен, активност Px је била повећана, али не статистички значајно, у односу на нетретиране животиње (OO група)

Биодинамички стрес изазван позитивним (+Gz) убрзањем је код испитиваних животиња OG групе изазвао значајне промене активности појединих антиоксидантних ензима (Графикон 1).

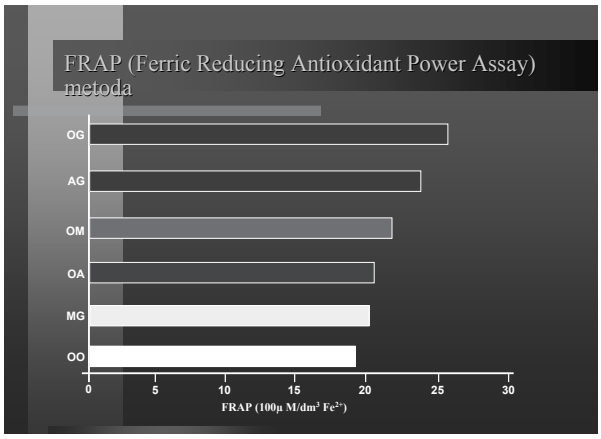
Графикон 1. *Промене параметара оксидативног стреса у јетри животиња OG групе излагане позитивном (+7Gz) убрзању (активност XOD, CAT, Px, GSHPx изражена у ntol/mg протеина·min^{-1}; интензитет Lpx изражен у ntol малондиалдехида/mg протеина; садржај GSH изражен у ntol GSH/ mg протеина).*



	Gsh.Form	Iph.Form	Px.Form	Cat.Form	Gspx.Form
Kontrola	3,4	0,5	4,6	0,4	3,2
Gz	3,3	0,3	5,1	0,9	4,8

Интензитет Lpx се статистички значајно смањио ($p< 0.05$), активност CAT је била статистички значајно повећана ($p<0.01$) и активност GSHPx била је статистички значајно повећана ($p<0.01$). Активност XOD се није значајно мењала, садржај GSH је био смањен, активност Px је била повећана, али не статистички значајно, у односу на нетретиране животиње (OO) група.

Графикон 2. *Антиоксидативни потенцијал у јетри, одређен FRAP metodom.*



ДИСКУСИЈА

Према познатим подацима из литературе, велика позитивна Gz убрзања (од +5Gz до +20Gz) проузрокују видљиве промене, на структурама срчаног мишића, доводе до едема миокардијалних и ендотелних ћелија срчаног мишића.[4]

Досадашња истраживања су показала да нагло позитивно Gz убрзање, као снажан стресогени фактор летења, доводи до активације неуроендокриног система[5] и следственог пораста симпато-адреналне активности[6], [7], повећања секреције ренина[8], вазопресина[9], [8], кортикостероида и других хормона.[5]

Постоји много елемената који повезују активацију имунског система и оксидативни метаболизам. А клинички елемент ове везе су: анемија у хроничним болестима, нисходна регулација оксидативног метаболизма и дисфункција имунског система у синдрому хроничног умора, уклањање гвожђа у току хроничних инфламација др.[13]

Урађене су многе студије у којима је праћен оксидативни стрес и оштећење ткива јетре пацова при исхемији-реперфузији. Група истраживача је урадила студију и доказала да је након 180 минута исхемије, активност XOD порасла за 26%, док се активност SOD, CAT, GSHPx није мењала. Након реперфузије уочен је значајан пораст продукције оксирадикала и оштећења ткива. Истовремено је уочена смањена активност SOD, CAT, GSHPx.[13]

Неутрофили пак продукују супероксид анјон радикал ($O_2^{\cdot -}$), који припада групи реактивних кисеоничних врста (ROS).[12] Поред супероксид анјон радикала, истиче се и велики значај хидроксил радикала ($OH^{\cdot}$) у развоју стрес улкуса. Наведене ROS реагују са липидима ћелијских мембрана, изазивајући липидну пероксидацију (Lpx), долази до ланчане реакције и може доћи до смрти ћелије.[15], [16] Против наведених реакција оксидативног стреса, који се сматра најодговорнијим за настанак стрес улкуса, организам се брани постојећим системом антиоксидантних ензима, и то SOD, CAT, Px, GSHPx, GSHR и XOD која је, у ствари, прооксидантни ензим у великом броју случајева, али и неензимским антиоксидантним једињењима, а пре свих GSH-ом.

Као што смо већ напоменули, организам се брани антистресном реакцијом, продукцијом различитих супстанција: хормона, ензима и других антиоксиданаса, који имају заштитну улогу, са циљем да одрже хомеостазу у организму. Основна улога ових механизама је да смање количину и неконтролисано стварање ROS-а и њихових прекурсора у ћелији. Механизми заштите се разликују, али сви делују хармонично и синхронизовано.

Одређене супстанце имају способност да неензимским путем реагују са слободним радикалима преводећи их у стабилне молекуле мале реактивности, спречавајући тако штетне ефекте ових високореактивних честица. Једна од њих је и азот-моноксид.

Улога азот-моноксида је добро објашњена у оксидативном стресу. Анализа улоге азот-моноксида указује на две могуће функције. Повећана продукција NO од стране макрофага и других ефекторних ћелија имуног система истиче пре свега његову одбрамбену улогу, односно доминантну улогу у регулацији имунолошког одговора. С друге стране, синтеза NO у ендотелијалним ћелијама и неуронима указује на улогу NO у трансдукцији сигнала. Фини физиолошки баланс између ове две супротне физиолошке

функције NO (уништавање страних ћелија и провођења сигнала у ћелије) зависи од продукције других реактивних врста кисеоника (ROS).

У испитаника, кандидата за Ваздухопловну војну академију, позитивно Гз убрзање је у првих 45 минута довело до смањења продукције NO на основу одређивања концентрације нитрита/нитрата у серуму и повећања концентрације солубилног P-селектина у плазми.[13] До сада у литератури нису објављени подаци о изучавању NO након акцелерацијског стреса, па је у том контексту тешко поредити ове резултате. Међутим, у литератури постоје бројни подаци о промени продукције NO у току различитих врста стреса. У стресу изазваном фиксацијом животиња, форсираним пливањем, излагањем хладноћи или топлоти у току адаптације забележена је повишена продукција NO.

Према најновијим сазнањима, оксидативни стрес, тј. слободни радикали имају значајну улогу у патогенези преко 100 обољења, почев од стрес улкуса, преко реуматоидног артритиса, хеморагичног шока, стечене имунодефицијенције, па до процеса старења.[14]

Као што је већ више пута поновљено позитивно Gz убрзање је јединствени стресогени фактор летења који доводи до промена у многим системима, и промена на целуларном нивоу, карактеристичним за акутни стрес.

Наши резултати указују на значај оксидативног стреса изазваног позитивним Gz убрзањем, кроз промене вредности параметара оксидативног стреса у јетри.

Код експерименталних животиња (OG) које су излагане дејству позитивног Gz убрзања, позитивно Gz убрзање изазвало је значајне промене активности појединих антиоксидантних ензима у јетри у односу на животиње које нису излагане позитивном Gz убрзању (OO). Интензитет Lpx се статистички значајно смањио ($p< 0.05$), активност CAT је била статистички значајно повећана ($p<0.01$) и активност GSHPx била је статистички значајно повећана ($p<0.01$). Активност XOD се није значајно мењала, садржај GSH је био смањен, активност Px је била повећана, али не статистички значајно, у односу на нетретиране животиње (OO група)

У јетри за време позитивног Gz стреса нису у току истраживања регистроване лезије, па сходно томе вероватно не долази до нагомилавања неутрофила као код желуца, те је превага CAT активности већа. Вероватно да се у току стрес улкуса ослобађају супероксид анјон радикал ($O_2^{\cdot -}$), хидроксил радикал ($OH^{\cdot}$) и водоник пероксид (H_2O_2), јер CAT заједно са осталим ензимима учествује у њиховој разградњи.

У току еволуције дошло је до стварања комплексних механизама заштите од оксидативних оштећења. Основна улога ових механизама је да смање количину и неконтролисано стварање ROS-а и њихових прекурсора у ћелији. Механизми заштите се разликују, али сви делују хармонично и синхронизовано. Најзначајнији ензими од оксидативних оштећења су: супероксид-дисмутаза (SOD), каталаза (CAT), пероксидаза (Px), глутатион-пероксидаза (GSH-Px), глутатион-редуктаза (GSHR), глутатион S-трансфераза (GST) и др.

Подаци из литературе разликују се од аутора до аутора. Доста су разнолики у погледу повећања или смањења активности појединих антиоксидантних ензима. Тако, неки наводе повећање активност SOD, CAT и Px у стресу, а неки смањење.[14], [15]

У савременој литератури нема доступних радова о истовременом утицају оксидативног стреса и позитивног Gz убрзања на функцију јетре праћене кроз промене активности појединих антиоксидантних ензима. Зато су наши подаци оригинални и неупоредиви, и то даје могућности за даља истраживања утицаја позитивног Gz убрзања на функцију јетре и параметре оксидативног стреса:

- Испитати утицај +Gz убрзања на активност ензима CAT, Px, GSH-Px, XOD, укупан садржај GSH и интензитет LPx у јетри мишићу и на слузници желуца;
- Испитати утицај +Gz убрзања на патохистолошке промене у јетри, срчаном мишићу и на слузници желуца;
- Одредити укупан антиоксидантни статус у јетри свих група испитиваних животиња FRAP методом.

ЗАКЉУЧЦИ

Биодинамички стрес изазван +7Gz убрзањем (прираст 0.1G/s, укупно трајање стреса 3 min: 40sec. max оптерећење) довео је до:

а. значајних промена параметара оксидативног стреса у јетри:

- повећања активности каталазе (CAT);
- повећања активности глутатон пероксидазе (GSH-Px);
- смањења интензитета липидне пероксидације (LPx)

б. патохистолошких промена у јетри:

- нејасне ћелијске границе;
- вакуолизованог ткива;
- агрегације тромбоцита у крвним судовима.

ЛИТЕРАТУРА

1. Живковић М,, издавач. Хипербарична и подводна медицина. Београд: HBO medical center; Наука, 1998, 251 стр. ID=55440652
2. Ganong WF. Review of Medical Physiology. 2005. McGraw-Hill, Изд. Савремена администрација, Београд, 520−521.
3. Hoyt A, Luukkonen J, Juutilainen J, Naarala J. (2008) Title Proliferation, Oxidative Stress and Cell Death in Cells Exposed to 872 MHz Radiofrequency Radiation and Oxidants. Journal Radiat Res. 170(2): 235−243.
4. Benni PB, Li JK, Chen B,, Cammarota J,, Amory DW. Corelation of NIRS determined cerebral oxigenation with severity of pilot +Gz acceleration symptoms. Adv Exp Med Biol. 2003; 530: 381−389.
5. Mills FJ, Marks V. Human endocrine response to acceleration stress. Aviat. Space Environ. Med.1985; 53: 537−40.
6. Krahenbuhl GS, Marett JR, King NW. Cateholamine exertion in T-37 flight training. Aviat. Space Environ. Med. 1977; 48: 405−8.
7. Kaciuba-Uscilko H,, Smoravinski J,, Nazar K,, Adrijan J,, Greenleaf JE. Cateholamine responses to environmental stressors in trained and untrained men after 3-day bed rest. Aviat. Space Environ. Med. 2003; 74: 928-36.
8. Rogge JD, Fasola AF, Martz BL. Periferal venouse rennin levels during +Gz acceleration. Aerosp. Med. 1967; 38: 1024–8.
9. Keil LC, Ellis S. Plasma vasopressin and rennin activity in women exposed to bed rest and +Gz acceleration**.** J Appl. Physiol, 1976; 40: 911–4.
10. Kwiecien S., Brzozowski T., Konturek SJ. Efffects of reactive oxygen species action on gastric mucosa in various models of mucosal injury. Journal of Physiology and Pharmacology. 2002; 53(1): 39−50.

11. Das SK., Vasudevan DM. Protective effects of silymarin, a milk thistle (Silybium marianum) derivative on ethanol-induced oxidative stress in liver**.** Indian J Biochem Biphys. 2006 Oct; 43(5): 306–11.

12. Sairam K, Rao ChV, Dora Babu M, Vijay Kumar K, Agrawal VK, Goel RK. Antiulcerogenic effect of Methanolic extract of Emblica officinalis: an experimental study. Journal of Ethnopharmacology. 2002; 82: 1−9.

13. Комљеновић Г. Утицај +Gz убрзања на неуроендокрини и имунски одговор. Докторска дисертација, Војномедицинска академија, Београд, 2007.

14. Niki E., Yoshida Y., Saito Y., Noguchi N. Lipid peroxidation: Mehanisms, inhibition and biological effects. Biochem and Biophys Res Co-mmun. 2005; 338: 668−676.

15. Kwiecien S., Brzozowski T., Konturek SJ. Efffects of reactive oxygen species action on gastric mucosa in various models of mucosal injury. Journal of Physiology and Pharmacology. 2002; 53(1): 39−50.

Контакт: Др сц. мед. Гордана Арсић Комљеновић, Висока медицинска школа струковних студија “Милутин Миланковић”, Београд.

UDK BROJEVI: 364.69:33

ОСНОВИ ЕКОНОМИКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА Економика здравствене заштите

Драган Младеновић[1]

BASICS ECONOMICS OF HEALTH CARE AND HEALTH INSURANCE

Dragan Mladenović

Сажетак

Економика здравствене заштите, као део економске науке (економије), треба да се бави економским проблемима у области здравствене заштите и здравственог осигурања. Предмет економике здравствене заштите је:

• какав је обим и структура здравствених капацитета,

• каква је економичност, рационалност и ефикасност расположивих капацитета у обезбеђивању здравствене заштите становништва,

• каква је макроекономска равнотежа између ресурса здравствене заштите: какве су могућности у обезбеђивању загарантованог (прописаног) обима заштите, који су извори средстава и њихова висина у односу на могућности за финансирање законом прописаног обима заштите.

У нашем случају то су права из обавезног здравственог осигурања у складу са Законом о здравственом осигурању (Сл. гласник РС 109/05) и друштвене бриге за здравље становништва на нивоу Републике, Покрајине, града и општине у складу са Законом о здравственој заштити (Сл. гласник РС 107/05).

Економика здравствене заштите у том циљу примењује економске методе у проучавању и анализи обима и структуре здравствене заштите, њене ефикасности, рационалности и укупног коштања.

Summary

Economics of health care, as part of economic science (economics), has to deal with economic problems in the area of health care and health insurance. The subject of the economics of health care is:

• What is the scope and structure of health capacities,

• What is the economy, rationality and efficiency of available resources in the provision health care of population,

• What is the macroeconomic balance of resources in health care: what are the possibilities of providing guaranteed (prescribed) the scope of protection, which are the sources of funds and their height in relation to the possibilities for financing the statutory scope of protection.

In our case, they are entitled to mandatory health insurance in accordance with the Law on Health Insurance (Official Gazette RS 109/05) and social care for the health of the population at the level of the Republic, provinces, cities and municipalities in accordance with the Law on Health Protection (Official Gazette RS 107/05).

Economics of health care in order to apply this method in economic research and analysis of the scope and structure of health care, its efficiency, rationality and total costing.

[1] Драган Младеновић, dipl. ecc.

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

Кључне речи: *Економика, здравствена заштита, улога државе, буџет, тржиште.*

State by administrative measures should provide conditions for a balanced, rational and efficient provision and financing of health care in the public sector within the available resources and the needs of the population for health care. States also need to keep in mind what are the conditions for the civil protection sector, as well as what will be the relationship between the private and public sectors to protect.

Keywords: *Economy, health care, the role of the state budget, the market.*

УВОД

Реч економија је грчког порекла. Она гласи „Оикономија" и састоји се из две речи „Оикос", што значи кућа, газдинство и „номос", што значи правило, ред, закон.

Основе економике је дефинисао P.A. Samuelson на следећи начин: "Економија је наука о томе како друштво употребљава ретке ресурсе да би произвело корисне производе и расподелило их људима" (Економска енциклопедија, I и II „Савремена администрација" Београд, 1994. године).

Политичка економија је научна дисциплина која истражује повезаност између појединаца и друштва, са једне, и тржишта и државе, са друге стране, користећи се методама позајмљених из економије, политичких наука и социологије. Сам термин је настао из грчких речи „полис" (град или држава) и „икономос" (онај који управља домаћинством).

Политичка економија стога проучава начине управљања државом, узимајући при томе у обзир политичке и економске факторе. Ова област се данас састоји из неколико дисциплина, укључујући ту и политику економских односа, домаћа политичка и економска питања, компаративне студије политичких и економских система и проучавање међународне политичке економије. (Извор: Енциклопедија Британика, сажето издање, књига 7, страна 51. Издање: Народна књига, Београд, 2005)

У нашем случају то је „Економика здравствене заштите и здравственог осигурања" као део економске науке, која има за циљ да описује, проучава и унапређује рационалност и ефикасност у коришћењу расположивих ресурса, како би са расположивим капацитетима и финансијским средствима обезбеђивали већи и квалитетнији обим заштите или да се достигнути обим и квалитет заштите остварује са што мање ангажовања капацитета и финансијских средстава.

ДЕФИНИЦИЈЕ И ПРЕДМЕТ ПРОУЧАВАЊА ЕКОНОМИКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Дефиниције економике здравствене заштите

„Здравствена економија заинтересована је, прво, за квантитативно одређивање ресурса употребљивих током времена за рад

здравствене службе, друго, за ефикасност доделе и коришћења ових средстава за здравствене потребе, и треће, за ефекте различитих здравствених и других служби које утичу на здравље и благостање популације" (WHO 1974).

„Здравствена економија или економија која се примењује у здравственој области настоји, inter-alia, да временски квантификује ресурсе који се користе у раду здравствене службе, њихову организацију и финансирање, ефикасност доделе средстава и њиховог коришћења за здравствене намене, ефекте превентивне, куративне и националне продуктивности.

Здравствена економија може обезбедити у процесу здравственог планирања већи број специјализованих техника, као што су: статистичке анализе, анализе трошкова и користи које, уз извесне резерве у односу на обавештеност медицинског практичара стечену знањем и искуством, могу имати већу објективност у разматрању ривалских захтева за приоритетом." (WHP 1975. HEALTH EKONOMICS).

„Здравствена економика је примена економике са подручја здравства и омогућава национално и оптимално коришћење ограничених ресурса у здравственој заштити" (WHO 1974).

„Наука о коришћењу, дистрибуцији и потрошњи услуга и добара." MeSH.

„Економика здравствене заштите као део (дисциплина – грана) укупне економске науке, бави се питањима функционисања система здравствене заштите и здравственог осигурања, са циљем да се проучавају и дају најбоља могућа решења о томе како најрационалније располагати расположивим (ограниченим) ресурсима."

„Наука о томе како појединци и друштво праве изборе у алокацији оскудних средстава међу компетентним алтернативама и како дистрибуирају производе међу члановима друштва." (W.B. 2001).

Другим речима, истражује и предлаже решења како са расположивим ресурсима постићи максимално могући обим и квалитет здравствене заштите, или да се постојећи резултати обезбеђују са што мање ангажовања ресурса.

Улога и предмет проучавања економике здравствене заштите

Економија је наука која је непосредно заинтересована и обавезна да проучава економске процесе, које људи обављају у циљу обезбеђења своје материјалне егзистенције.

Најнепосреднија питања којим се економија бави су:

- шта се производи,
- како се производи и
- за кога се производи.

Економика здравствене заштите, као део економске науке (економије), треба да се бави економским проблемима у области здравствене заштите и здравственог осигурања.

Предмет економике здравствене заштите је:

- какав је обим и структура здравствених капацитета,
- каква је економичност, рационалност и ефикасност расположивих капацитета у обезбеђивању здравствене заштите становништва,
- каква је макроекономска равнотежа између ресурса здравствене заштите: какве су могућности у обезбеђивању загарантованог (прописаног) обима заштите, који су извори средстава и њихова висина у односу на могућности за финансирање законом прописаног обима заштите.

У нашем случају то су права из обавезног здравственог осигурања у складу са Законом о здравственом осигурању (Сл. гласник РС 109/05) и друштвене бриге за здравље становништва на нивоу Републике, Покрајине, града и општине у складу са Законом о здравственој заштити (Сл. гласник РС 107/05).

Економика здравствене заштите (економика здравства, здравствена економика) настоји да установи равнотежу између потреба за здравственом заштитом и могућности за њено задовољење у циљу одржања макроекономске равнотеже у обезбеђивању и коришћењу ресурса у здравственој заштити као предуслов за ефикасно руковођење, планирање и уравнотежено остваривање права становништва у коришћењу услуга (производа) здравствених установа.

Економика здравствене заштите у том циљу примењује економске методе у проучавању и анализи обима и структуре здравствене заштите, њену ефикасност, рационалност и укупно коштање.

У оквиру промена у друштвено-економском систему у Србији, када се тежи успостављању тржишног механизма производње, промета и расподеле, неопходно је обезбедити друштвени и економски положај државног сектора здравствене заштите у складу са њеним карактером непрофитне службе, не одстрањујући потпуно утицај тржишта. Тај утицај се може каналисати и обезбеђивати кроз одређене облике финансирања текућег рада здравствених установа, односно одређеним облицима уговарања рада здравствених установа и начина плаћања тог рада. Наравно, поставља се питање улоге и утицаја тржишта на приватни сектор здравствених установа. Ту тржиште делује у пуној мери, како на њихов рад, на цене услуга, тако и на трошкове корисника њихових услуга, који из различитих разлога користе њихове услуге. Међутим, без обзира што је то тако, држава мора да има одређени утицај и на рад и начин пружања и наплаћивања њихових услуга. Претпоставља се да је квалитет њиховог рада доста неуједначен, као и да су им цене услуга изузетно високе. Посебан проблем је преплитање државног и приватног сектора здравства, невидљивим путем, што није у овом случају предмет разматрања у оквиру економике здравствене заштите државног сектора.

Предмет економике здравства је, такође, проучавање и унапређење микроекономије здравствених установа и унапређење организације рада, рационалности и ефикасности у раду појединачних установа, као и њихове економичности у пружању заштите. Другим речима, прати и проучава материјални положај здравствених установа у оквиру важећег система организације и финансирање здравствене заштите и здравственог осигурања.

У целини гледано, економика здравствене заштите има за циљ да обезбеди макроекономску равнотежу система здравствене заштите, као и микроекономску равнотежу појединачних здравствених установа.

Преласком са дириговане, касније на самоуправно договорену економију и сада кроз процес економске транзиције, неопходно је да држава својим нормативним актима оцени и обезбеди деловање тржишта у државном сектору здравствене заштите у мери која неће пореметити њене етичке норме и карактеристике, као и неопходну солидарност у обезбеђивању средстава и у коришћењу заштите. Према томе, могуће је допустити деловање економских закона у обезбеђивању и финансирању здравствене заштите, али само до мере која неће угрозити сам карактер здравствене заштите, као делатности од општедруштвеног значаја и интереса.

Тржишни системи привређивања разликују се по земљама, нарочито међу економски развијеним земљама. Тржишна привреда у нашој земљи, која је још увек у процесу транзиције, када је у питању здравствена заштита, треба да уважава достигнути стандард здравствене заштите становништва, да омогући његов пораст у складу са општим економским развојем и да уважава специфичност здравствене службе и заштите, у оквиру глобалне расподеле друштвеног богатства. У том смислу, једна од економских функција државе састоји се у томе да својом политиком обезбеди такву прерасподелу друштвеног производа, која

ће представљати друштвено прихватљиву једнакост у његовој расподели.

Водећи принципи економике здравствене заштите су рационалност у коришћењу капацитета и финансијских средстава и постизање одговарајуће ефикасности са расположивим ресурсима. Ови захтеви су све израженији са константним порастом трошкова за здравствену заштиту становништва, са захтевима здравствених радника за осавремењавање и обнављање медицинске опреме, као и са порастом здравствене културе и бриге становништва за боље здравље и бољу заштиту.

Међутим, и поред свих специфичности, економика здравствене заштите треба да уважава и примењује дејства економских законитости у прилагођеном облику на корист и здравствених установа и становника, као корисника њихових услуга.

Висока и непрекидно растућа средства за здравствену заштиту и све већа брига становништва за очување и унапређење свог здравственог стања основни су разлози за примену економске логике у организацију и функционисању здравствене службе и здравственог осигурања. Шта више, економика треба да има све већу примену у овој области, с обзиром на то да су потребе људи за здравственом заштитом неограничене, док су ресурси са којима се може располагати у пружању заштите увек ограничени, наравно не увек на истом нивоу.

Здравље, као основни предуслов за квалитетан живот, представља непроцењиву вредност за сваког појединца, па и поред тога дословна примена економске логике у овој области није могућа, нити целисходна, јер се морају уважавати специфичности ове делатности. Економика здравствене заштите има за циљ да проучи природу, обим и начин деловања економских законитости, да њима овлада и да их примењује у складу са специфичностима службе.

Економика здравствене заштите има кратку историју свуда у свету, а посебно код нас. То је релативно нова област економије. Међутим, она побуђује велико интересовање економиста, а и државних органа, због значајних ресурса које ова делатност ангажује и користи. Неопходност примене принципа економике здравствене заштите је од једнаке важности и интереса, како за сиромашне, тако и за високо економски развијене земље, с обзиром на то да се са повећањем укупног богатства, паралелно појављују и захтеви за веће ангажовање средстава за пружање здравствене заштите.

Без обзира на неопходност примене економских принципа у раду и финансирању здравствене заштите и здравственог осигурања, која у великој мери, како у обиму тако и у квалитету, зависи од ограничених ресурса, право на здравствену заштиту, односно право на добро здравље, основно је и егзистенцијално људско право, без обзира на материјалне могућности појединаца. Неко је рекао „здравље није све, али без здравља све остало је ништа“. Зато држава мора да организује обезбеђивање одређеног обима заштите и да гарантује њено остваривање, као предуслов за одржање неопходног и медицински прихватљивог и одрживог нивоа здравственог стања становништва. Овај минимум заштите мора да гарантује сваком појединцу без обзира на његов материјални положај и допринос фонду здравственог осигурања. Тај минимум заштите у нашим условима представља законом прописани и загарантовани обим заштите под називом „друштвена брига за здравље становништва”, у складу са Законом о здравственој заштити, и „обавезно здравствено осигурање”, у складу са Законом о здравственом осигурању.

Предмет проучавања економике здравствене заштите првенствено је:

- право на здравствену заштиту и начин остваривања здравствених услуга у оквиру прописаних права,
- организација и финансирање здравствене заштите,

- организација и финансирање здравственог осигурања,
- међусобни односи здравствених установа и фондова здравственог осигурања (уговорни односи),
- искоришћеност капацитета, њихово коштање и степен ефикасности у пружању заштите,
- висина, обезбеђивање и начин располагања средствима за финансирање здравствене заштите,
- облици економских односа између здравствених установа и фондова, као и начин обрачуна (плаћања) здравствених услуга,
- финансијски резултати здравствених установа и финансијско пословање фондова здравственог осигурања,
- примена савремених и признатих метода планирања рада здравствених установа приликом решавања одређених здравствених проблема путем израде посебних програма заштите,
- примена одређених метода економске евалуације програма и активности,
- сарадња економиста првенствено са стручњацима социјалне медицине и са другим стручним кадровима у самим здравственим установама.

УЛОГА ДРЖАВЕ У ОБЕЗБЕЂЕЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ СТАНОВНИШТВА

Могуће су и постоје разлике између тржишта и државне (друштвене) политике и његове логике и интереса. Државна политика често тежи или треба да тежи, социјалном тржишту или капитализму са људским карактеристикама, док се заговорници чистог тржишта залажу за тотално тржишно деловање, без икаквих социјалних елемената и одговорности.

Велика моћ капитала и потпуна економизација пословања, при чему је основни мотив профит, надилази државу и њену функцију у области социјалне сигурности грађана. У таквим условима држава постаје немоћна нарочито у области социјалне и здравствене заштите становништва.

Међутим, савремена држава треба да буде присутна и утицајна када је у питању здравствена заштита и здравствено стање становништва. Утицај државе на ове делатности не значи да она својим деловањем онемогућава дејство тржишта и тржишних принципа у целини, па ни у оквиру здравствене заштите и здравственог осигурања. Утицај државе треба да се остварује у обезбеђивању макроекономских услова који ће погодовати да здравствена служба остварује циљеве (задатке) на здравственој заштити становништва у коришћењу једнаких права на тржишту, под једнаким условима за уложена (расположива) средства у одређеном периоду (години).

Постоји значајан број здравствених услуга које се не могу препустити приватном сектору заштите и деловању тржишта. Насупрот томе, постоји значајан број здравствених услуга и активности за које приватни сектор није заинтересован, јер не доносе профит. Зато се одређени број услуга у заштити здравља становништва мора остваривати под надзором државе.

Министарство здравља Србије и Влада Републике Србије, као предлагачи Закона о здравственој заштити (Службени гласник РС. 107 од 2. децембра 2005. године) имали су у виду напред наведени интерес, па су одредбама Закона предвидели и таксативно прописали обим заштите под називом „Друштвена брига за здравље на нивоу Републике“ у члановим закона 9, 10, 11, 12, затим на одредбе „Друштвена брига за здравље на нивоу Аутономне Покрајине, општине, односно града“ у члану 13, затим „Друштвена брига на нивоу послодавца“ у члану 14, и „Друштвена брига за здравље на нивоу појединаца“, члан 15. закона, као и обавезно здравствено осигурање у складу са Законом о здравственом осигурању на принципима узајамности и солидарности. (Службени гласник РС 107/05. и 109/05).

У циљу остваривања законом предвиђене друштвене бриге на свим нивоима, Законом су предвиђене активности и мере, као и финансијска средства у буџету Републике, Покрајине, града и општина, као гаранција да ће се остваривати општи интереси у здравственој заштити становништва. У том смислу велики значај имају и одредбе о обавезном здравственом осигурању становништва на здравствену заштиту. Супротно интересима и карактеру приватног сектора здравства, држава не може да одустане од принципа узајамности и солидарности у области здравствене заштите и здравственог осигурања.

Подручје здравствене делатности и фондови здравственог осигурања, због средстава која они користе за здравствену заштиту и за права по основу осигурања, као и буџети, са значајним средствима постају све интересантније подручје рада и занимања економске науке и економиста запослених у овим службама.

Економисти који се баве економиком здравствене заштите су у много неповољнијем положају, код примене метода мерења ефикасности и економичности здравствене заштите, од својих колега који раде у приватним делатностима, у којима је основно правило да се утврди економичност, продуктивност и рентабилност. Термини, који су потпуно у струци објашњени, као и начин њихове примене, када је у питању здравствена заштита, разликују се и по тумачењу и по начину примене. Економиста у здравству, или здравствени економиста, у оцени рационалности у коришћењу капацитета и у трошењу финансијских средстава и постигнутих резултата мора да уважава све специфичности здравствене делатности. С обзиром на то да је здравље од животног значаја за сваког грађанина, економска логика не може се примењивати у изворном облику, јер у том случају утицај тржишта може произвести негативне ефекте по здравље становништва.

Уколико држава успе да успостави постепено и стабилно унапређивање економског развоја, а уз одговарајућу политику здравствене заштите становништва, као и њену примену путем усклађених Закона о здравственој заштити и Закона о обавезном здравственом осигурању, може се очекивати стабилност у организовању, финансирању и обезбеђивању здравствене заштите становништва.

Ефикасно финансијско управљање економским и финансијским системом у Републици је предуслов и за економично коришћење свих ресурса у здравственом систему, а тиме и за рационално обезбеђивање и трошење финансијских средстава за финансирање здравствене заштите.

МОГУЋНОСТ ПРИМЕНЕ И УТИЦАЈ ТРЖИШТА У ОРГАНИЗОВАЊУ И ФИНАНСИРАЊУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА И МАКРОЕКОНОМСКА ПОЛИТИКА У ОВОЈ ОБЛАСТИ

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

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

Овим законима држава одређује не само глобалну равнотежу између потреба и могућности за њихово задовољење, већ и, колико је могуће, равномерно задовољавање потреба становништва за

здравственом заштитом. Исто тако треба да води рачуна о усклађености обима и структуре капацитета између болничке и ванболничке заштите, као предуслова да осигураници (становници) остварују услуге што више у складу са стварним потребама и прописаним правима.

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

Држава има улогу у формулисању садржаја и финансирању посебног вида делатности специјализованих здравствених установа, чији је рад од најширег друштвеног интереса за становништво.

Кроз основне законе, које доноси држава, као и путем допунских аката, у складу са основним законима, као и кроз фискалну политику, она остварује свој утицај на макроекономску равнотежу унутар система здравствене заштите. Држава, исто тако, треба да има активно учешће у расподели друштвеног богатства, да води рачуна о потребама становништва на здравственој заштити у години за коју се доноси републички буџет.

Овим функцијама држава ће постепено створити услове да здравствене установе и фондови здравственог осигурања прелазе из несигурног и дефицитарног у уравнотежено финансијско стање и ефикасно обезбеђивање услуга у оквиру загарантованог обима здравствене заштите становништва.

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

РЖИШТЕ И ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Мишљење да је прогрес друштва и развој економије аутоматски решен деловањем слободног тржишта показало се погрешним, јер неконтролисано тржиште је довело до краха многих економија, као последица неконтролисане, а често и непокривене потрошње, што је условило поремећај макроекономске равнотеже и економску кризу великих размера.

Дејство слободног тржишта условило је велике и растуће разлике између богатих и сиромашних, са тенденцијом да су богати још богатији, а сиромашни све сиромашнији. Да би се то спречило или ублажило, потребно је да се улога тржишта умањи, а тиме повећа улога и утицај државе у смислу обезбеђења политике за праведнију расподелу расположивих средстава.

Пре свега, савршено тржиште не постоји. Увођење потпуног тржишта у организовање, пружање и финансирање здравствене заштите у нашим условима, а и у богатијим земљама, имало би следеће последице:

- тржишни услови пружања здравствених услуга повећали би неједнакост у примени права на живот и на здравствену заштиту, што свима у начелу припада по слову Устава;
- несигурност становништва. Грађани се разликују по имовинском стању, због чега људи са ниском зарадом, или потпуно сиромашни, живе у несигурности, која ће поред свих недаћа сиромаштва бити знатно повећана јер неће имати право да користе било какве здравствене услуге. Сиромаштво узрокује болест, а болест репродукује сиромаштво;
- погоршање здравственог стања становништва, што у условима сиромаштва може да има погубне последице у виду високог морталитета и све нижег наталитета. За овакве последице по једну нацију нису потребни ратови ни природне катаклизме, она се сама по себи урушава, а нарочито у земљама са ниским дохотком по становнику.

Насупрот томе, према Уставу и постојећим законима, који регулишу ову област људских потреба, здравствена заштита

је право свих грађана и она треба да буде свеобухватна и континуирана делатност.

Право на живот и право на здравствену заштиту је основни предуслов за квалитетан живот појединаца и нације у целини, као хумани и економски интерес целе нације.

Унапређење здравственог стања становништва обезбеђује и његов демографски и биолошки напредак, што је предуслов за економски и сваки други успех.

Наша држава има обавезу по Уставу и Закону о здравственој заштити да брине о здравственом стању читавог становништва и да непрекидно унапређује услове за модерно организовање и ефикасно пружање услуга на одржању, а затим и на унапређивању здравственог стања свих становника, а нарочито деце и омладине.

Друштвени интерес се најбоље остварује унапређујући организацију здравствене службе и обавезног здравственог осигурања, како би ефекти здравствене заштите становништва били све већи из године у годину, а тим и квалитет здравствене заштите, из у остале чиниоце, побољшање и квалитета живљења.

Деловање тржишта у ма ком облику и обиму у здравственој заштити, која се финансира из фондова обавезног здравственог осигурања, формирана на принципима узајамности и солидарности и из средстава буџета Републике, мора врло пажљиво да се анализира и веома опрезно имплементира тамо где је то могуће. Економска теорија у нашој земљи је до скора здравствену делатност сврставала (третирала) као област изразите потрошње. Међутим, схватања су се постепено мењала и здравствена делатност добија особине и социјалног и економског развоја.

Место и улога здравствене службе и њена оспособљеност за пружање свеобухватне и ефикасне здравствене заштите зависи у великој мери и од удела друштвеног производа за задовољење потреба у овој области јавне потрошње.

Све већи број старог становништва и све нижи наталитет у односу на морталитет, као и појава мноштва обољења као последица начина живљења и међуљудских односа, уз веома низак животни стандард, треба узети у обзир приликом одређивања финансијских средстава за област здравствене заштите.

Када је у питању увођење деловања тржишта у организовање, пружање и финансирање здравствене заштите, као делатности од посебног друштвеног интереса, неопходно је поступати врло опрезно и селективно и оценити да ли мере (утицај) тржишта обезбеђују позитивне резултате у смислу повећања ефикасности и рационалности у коришћењу капацитета, кадрова и расположивих финансијских средстава.

Допринос здравствене заштите (делатности) се не може измерити економским вредностима. Међутим, резултати рада здравствене службе су очигледнији у социјалној вредности:

- у одржању садашњег и побољшању здравственог стања појединаца и становништва у целини,
- у оспособљавању радне способности становништва за продуктиван рад,
- у смањењу расхода за лечење и накнада запослених за време одсуствовања са посла због повреда и болести,
- у стварању услова за формирање здраве породице и њене репродукције и др.

Здравствена заштита, као област посебног друштвеног интереса и потреба становништва, ослања се на улогу државе чији утицај не сме бити маргинализован. Напротив, држава мора да има одговарајућу улогу у одређивању места (положаја) здравствене делатности у оквиру укупне јавне потрошње. У том смислу тражња за здравственим услугама мора бити усаглашена са расположивим средствима, а у складу са финансијским могућностим Фонда обавезног здравственог осигурања у буџету Републике.

У одређивању висине финансијских средстава за потребе здравствене заштите становништва, у оквиру укупних средстава јавне потрошње, значајну улогу треба да имају Министарство здравља Србије, Републички фонд обавезног здравственог осигурања и Комора здравствених установа Србије, као институције позване и у складу са Уставом и законима одговорне и надлежне за нормално, ефикасно и економично функционисање здравствених установа у складу са својим задацима и преузетим обавезама.

Као што је познато, здравствена делатност функционише на начелима свеобухватности, континуираности и доступности свим слојевима становништва, без обзира на веру, пол, старост, националну припадност и сл.

У том смислу неопходно је обезбедити потребне услове за континуирано пружање заштите за побољшање демографског и биолошког потенцијала нације.

Овакве потребе друштва и захтеве појединаца не може задовољити ни слободно деловање тржишта, ни доборовљно а ни приватно здравствено осигурање.

Систем обавезног здравственог осигурања и здравствену службу државног сектора треба константно унапређивати стручно-медицински и економски, као делотворни систем заштите, поготово у нашој републици, која има низак друштвени стандард, са тежњом адекватне заступљености капацитета у складу са бројем и здравственим стањем становништва, уз дистрибуцију финансијских средстава у складу са процењеним потребама и исказаним захтевима.

Заговорници приватног здравственог осигурања, као замене за постојеће, полазе од претпоставке да ће се таква средства користити много рационалније, јер би била под непосредним утицајем и интересима самих осигураника. То у одређеним условима може да буде тачно. Међутим, разлика између постојећег обавезног и приватног осигурања је огромна, јер се средства образују и њима се располаже на супротно постављеним основама.

Приватно здравствено осигурање може обезбедити само онај ко има довољно финансијских средстава у свако доба. Онај ко не располаже таквим могућностима, када наступи болест и када су средства најпотребнија, уз то и значајна, остаје без икакве заштите, са могућим последицама по здравље, а можда и живот. У приватном здравственом осигурању осигурано лице користи само ону заштиту коју је уговором (полисом) обезбедило, односно финансијски покрило.

Међутим, здравље нације и одгој нараштаја је и по Уставу и по законима и по моралу општенационални интерес, који се не може препустити тржишту и имовинском стању појединаца.

ЗНАЧАЈ, УЛОГА И ПРИМЕНА ЕКОНОМИКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Под појмом здравствена заштита подразумева се читав систем здравствене службе и здравственог осигурања са великим капиталом (вредношћу) у капацитетима, опреми и великим финансијским средствима за функционисање постојеће службе на пружању здравствене заштите. Поред тога, у систем образовања медицинских кадрова свих врста и профила укључене су и здравствене установе.

Имајући у виду да је у питању овако велики и сложен систем, а уз то од значаја и општедруштвеног интереса за очување и унапређење здравственог стања становништва, неопходно је да се успостави економично и ефикасно управљање расположивим ресурсима.

Економика здравствене заштите настоји да препозна економски значај ове гране делатности и да применом еко-

номских принципа обезбеди унапређење ефикасности у пружању здравствене заштите и економичности у располагању ресурсима, са циљем да доприноси унапређењу обима и квалитета здравствених услуга. У том смислу, економика здравствене заштите примењује разноврсне методе планирања, економске евалуације појединих здравствених програма, економске анализе о трошковима здравствене заштите и процењивања користи од уложених средстава, мере за повећање економичности и унапређења ефикасности у пружању услуга. Поред тога, економика здравствене заштите прати и унапређује начин располагања средствима буџета и фондова обавезног здравственог осигурања и облика финансирања уговорних обавеза здравствених установа на пружању заштите и лечења становништва.

Наравно, примена економских мера на здравствену службу државног сектора, као делатност од посебног друштвеног интереса и значаја, која послује на непрофитном принципу, знатно је ограничена у односу на гране делатности у привреди, или на део здравствене службе која се назива „приватном праксом“, а која послује по тржишним ценама и принципима, са циљем да оствари што већи профит

Због тога се економика здравствене заштите државног сектора здравствене службе, по начину и методама које примењује, посебно када је у питању потреба и домен деловања тржишних принципа и њихова примена у располагању ресурсима здравствене службе и здравственог осигурања, знатно разликује од економике здравствених установа приватног сектора и од економике привредних делатности.

Као и у свим областима људских потреба, могућности за њихово задовољење су увек ограничене. Разлике су само у томе на ком нивоу се оне задовољавају, што зависи од степена развијености једне економије и висине друштвеног богатства.

Када је у питању задовољење здравствених потреба становништва, ограничење је условљено висином и начином расподеле друштвеног производа. У таквим условима економика здравствене заштите има за циљ да тако ограничена буџетска средства и средства Фонда обавезног здравственог осигурања користи на начин да се расположивим средствима обезбеди максимум обима и квалитета здравствене заштите, или да се достигнути ниво и квалитет заштите обезбеђује са мањим утрошком финансијских средстава.

Другим речима, економика здравствене заштите, у складу са могућностима за њену примену, има за циљ:

- да максимизира задовољење здравствених потреба економичним и рационалним коришћењем постојећих ресурса, и
- да минимизира негативне утицаје на ефикасно и економично руковање свим расположивим средствима, као и за успостављање рационалне алокације ресурса.

Економика здравствене заштите прати и проучава могућност успостављања и одржавања равнотеже између потреба, односно захтева за здравствену заштиту и могућности за њихово задовољење, као основни предуслов за нормално и текуће обављање рада и функционисање здравствених установа у испуњењу својих обавеза.

Економика здравствене заштите проучава и микроекономију у оквиру располагања капацитетима и финансијским средствима у оквиру сваке здравствене установе са циљем обезбеђења потребних капацитета, кадрова и финансијских средстава у складу са њеним обавезама на пружању уговореног обима и квалитета здравствених услуга.

Основна разлика у проучавању и анализи здравствене службе, или њених појединих делова, на пружању здравствене заштите између макро и микро нивоа праћења и проучавања пружања и фи-

нансирања здравствених услуга, састоји се у облику и обиму примене појединих економских анализа, или метода економске евалуације доприноса здравствене службе у сузбијању, или елиминацији одређених болести и унапређења здравственог стања становништва и подизања здравствене културе.

Економиказдравственезаштитесааспекта микропосматрања бави се праћењем и изучавањем основних обавеза здравствених установа у пружању здравствених услуга, обима и квалитета извршења уговорних обавеза за календарску годину, као и начина коришћења финансијских средстава.

Економика здравствене заштите у свом укупном интересовању проучава микро и макро аспекте њене примене и има за глобални циљ, у складу са својим доменима, да допринесе унапређењу ефикасности у располагању свим ресурсима, а посебно материјалним и финансијским средствима. При томе мора водити рачуна да су укупни ресурси ограничени и да њихово коришћење и алокација захтева руковање (коришћење) и примену уско специјализованог менаџмента прилагођеног специфичностима саме делатности.

Макроекономика здравствене заштите превасходно има за циљ да проучава и анализира захтеве за здравствену заштиту становништва, са једне стране, и да настоји да у свим фазама пружања здравствених услуга одржава равнотежу између потреба које се манифестују кроз изражену тражњу за здравственим услугама и расположивих капацитета, кадрова и финансијских средстава за њихово задовољење.

Здравствена заштита становништва је у основи делатност здравствених установа које, применом савремених медицинских достигнућа, настоје да постигну што боље резултате у заштити здравих и лечењу оболелих. Економика здравствене заштите са своје стране има за циљ да допринесе економичнијем и ефикаснијем коришћењу расположивих капацитета.

Микроекономика здравствене заштите изучава:

- место и улогу здравствене заштите у оквиру укупних могућности за финасирање друштвених делатности,
- дејство економике здравствене заштите на постизање максимално могућих ефеката на здравственој заштити становништва са расположивим средствима, водећи рачуна да се планираним средствима обезбеђују предвиђени циљеви на здравственој заштити становништва,
- прати организацију, управљање и финансирање здравствених установа и фондова здравственог осигурања на нивоу Републике и региона,
- проучава и примењује методе ефикасније организације и управљања здравственим установама у циљу рационалног располагања и алокације расположивих ресурса,
- прати размештај постојећих капацитета и кадрова по обиму, бројном стању и специјалности у циљу њихове алокације у складу са захтевима становништва, хигијенским и другим потребама у очувању и унапређењу здравственог стања и човекове околине,
- прати и проучава у циљу унапређења квалитета међуљудских односа у здравственим установама и у фондовима обавезног здравственог осигурања и других корисника услуга у смислу оцењивања (вредновања) здравствених услуга појединачно, или у укупној вредности здравственог програма, или годишњих планова рада појединих здравствених установа, а све у циљу унапређења рада, организације и менаџмента у здравственим установама.

Даља излагања односиће се на комбиновано (узајамно) проучавање и унапређивање макро и микроекономских мера и процедура у циљу унапређења квалитета економике и њене примене у пружању здравствене заштите.

МАКРОЕКОНОМСКИ АСПЕКТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Макроекономија проучава и анализира потребе за здравственом заштитом становништва и могућности за задовољење тих потреба на националном нивоу, често их упоређујући са нивоом потреба и степеном задовољења тих потреба у другим земљама сличне, или различите материјалне базе.

Предмет проучавања и анализирања су: обим и структура права на здравствену заштиту, финансијска средства, начин обезбеђења и расподеле расположивих средстава, као и коришћење капацитета и кадрова.

Обим и структура здравствених капацитета, обим и права становништва на здравствену заштиту, висина средстава која се обезбеђују за рад здравствених установа у пружању заштите и за права осигураника на накнаде по основу здравственог осигурања, стандарди здравствене заштите, стандард запослених у државном сектору заштите, итд. су резултат међузависности економомског и социјалног развоја.

Фактори који условљавају социјални развој су:

- степен укупног економског развоја,
- друштвено-економски систем привређивања и расподеле друштвеног богатства,
- политика социјалног развоја.

Економски развој је примаран због тога што се:

- економским развојем стварају услови, односно материјална средства за социјални развој,
- економским развојем се истовремено развијају и расту потребе у социјалном развоју,
- планирањем економског развоја постиже се унапређивање материјалног фактора (повећање друштвеног богатства),
- планирањем социјалног развоја постиже се унапређење људског фактора, који је основ успешног развоја друштва у целини.

Макроекономска стабилност у оквиру здравствене заштите и здравственог осигурања представља основу за рационалну организацију, економичну здравствену заштиту у оквиру расположивих капацитета и финансијских средстава, као и за уравнотежено и ефикасно управљање системом здравствене делатности. То је, истовремено, гаранција становништву да ће у датим условима користити услуге без већих тешкоћа.

За разлику од макро, микроекономска равнотежа обезбеђује стабилност, стимулативне методе плаћања здравствених услуга и прецизно уговарање обима и структуре здравствених услуга између установа и фондова здравственог осигурања и видљиве резултате у ефикасности службе у оквиру расположивих (уговорених) средстава.

О приватном сектору заштите (приватна пракса) овде није реч. Претпоставка њиховог рада је остварење профита. Било би врло погубно ако би се у неким случајевима профит као интерес (циљ) поставио испред и изнад етике. Уосталом, узајамна повезаност етике и економије треба да буде заступљена у свим облицима пружања здравствених услуга.

Макроекономска равнотежа у области здравствене заштите неминовно захтева усклађеност здравствених капацитета са могућностима финансирања њиховог рада у складу са:

- правима становништва на здравствену заштиту,
- могућностима Фонда здравственог осигурања за финансирање обавезне здравствене заштите,
- средствима буџета за обезбеђивање заштите од ширег интереса за целокупно становништво и
- са могућностима осигураника (становника) да сопственим средствима учествују у трошковима услуга, приликом

непосредног коришћења заштите. Наравно, успостављање ове равнотеже директно зависи од укупне организације и система финансирања здравствених установа и здравственог осигурања.

Стандарди здравствене заштите неће бити од користи ако се не примењују у планирању потребних капацитета и њиховог рада, као и за вредновање резултата рада здравствених установа. Употреба стандарда здравствене заштите и њихово усклађивање са материјалним могућностима представља могући оквир рада и развоја здравствених капацитета.

Дефинисање и одређивање структуре и обима капацитета здравствених установа у великој мери је од утицаја за правилно одређивање нивоа појединих видова здравствене заштите: примарног, секундарног и терцијарног.

Један од предуслова за остваривање ових захтева јесте и успостављање макроекономске равнотеже између потреба и стварних могућности у развоју, раду и финансирању здравствене заштите и здравственог осигурања. Макроекономска ефикасност система здравствене заштите и здравственог осигурања подразумева горње границе финансијских средстава, која се у једној календарској години могу издвојити из бруто друштвеног производа, кроз његову расподелу. Код оцењивања који део бруто друштвеног производа се може ангажовати за потребе здравствене заштите, држава примењује разне облике обуздавања пораста ових трошкова, који у многим земљама показују тенденцију перманетног и значајног пораста из године у годину. Ограничавање висине укупних трошкова има за циљ ограничавање пораста текућих трошкова фондова здравственог осигурања, средстава буџета, као и сопствених средства грађана (партиципација) и усклађивање здравствених капацитета и обима заштите у складу са тако одређним реалним могућностима, односно средствима.

Вишегодишњи несклад између капацитета и обима заштите, коју они обезбеђују, и финансијских средстава, имао је за последицу дефицитарно финансирање здравствених установа, које се огледа кроз нагомилане обавезе здравствених установа према добављачима, као и дуговања фондова здравственог осигурања здравственим установама.

Успостављање равнотеже између капацитета и обима заштите коју они обезбеђују, и потребних средстава за нормално функционисање уговорене (планиране) заштите, представља основ за ефикаснију и рационалнију здравствену заштиту у оквиру расположивих финансијских средстава фондова здравственог осигурања за финансирање обавезног здравственог осигурања, буџета за део заштите од општег интереса и средстава од партиципације грађана, која у овом случају треба да представљају „језичак на ваги“.

Међузависност економског и социјалног развоја код нас, као и у свим земљама, увек је присутна и неопходна, независно од тога какав је привредни и политички систем на снази. Међутим, поставља се питање на ком нивоу обима и квалитета здравствене заштите становништва треба успоставити жељену и неопходну равнотежу „потреба и могућности“. У нашем случају то би за сада требало да буде достигнути ниво права и обим заштите у оквиру обавезног здравственог осигурања, у складу са Законом о здравственом осигурању и у оквиру друштвене бриге за здравље становништва у складу са Законом о здравственој заштити.

Једном успостављена макроекономска равнотежа у области здравствене заштите није заувек дата и непромењива. Она представља део укупне социјално-економске равнотеже, односно социјално-економског развоја. Она ће се постепено померати са порастом економских могућности, што ће стварати услове за обезбеђивање и финансирање обимније и квалитетније здравствене заштите, а све у складу са порастом

бруто домаћег производа. Издвајање из друштвеног производа за здравствену заштиту изнад стварних могућности, ниво који је неприхватљив за укупно стање економије, може условити проблеме и застој у укупном економском развоју, као што издвајања за здравствену заштиту испод реално могућих, а у одређеној мери и потребних, може имати за последицу погоршање здравственог стања становништва, веће издатке за лекове и лечење, губитке у привреди услед изостанака са посла итд.

Здравствена заштита је, по својој природи, скупа делатност због скупе и у великој мери заступљене медицинске опреме, скупих лекова, који се, као и опрема, стално усавршавају у складу са унапређењем технике и медицинске науке, као и због велике концентрације стручног кадра. Све ово условљава стални пораст трошкова здравствене заштите. Поред тога, на пораст трошкова утиче и понуда здравствених услуга, при чему су основни генератори те понуде сами лекари, што је и њихова основна функција: да лече и да прописују терапију. Поред тога, на повећање трошкова утиче и повећана тражња здравствених услуга услед проширења капацитета здравствених установа, пораста здравствене културе становништва, као и продужење просечне старости, продужењем просечног века трајања, са тенденцијом сталног пораста.

Све земље у свету се труде да разним мерама утичу на сузбијање, или ублажавање раста расхода за здравствену заштиту, како на страни понуде, тако и на страни тражње, да успоре раст ових трошкова са што мање последица на потребу становништва за здравственом заштитом. Веома се разликују мере сузбијања пораста трошкова за здравствену заштиту по појединим земљама. Мере се углавном односе на рационализацију у начину и условима пружања заштите и у мерама за рационалније коришћење расположивих финансијских средстава. Мере у оквиру понуде састоје се у бољој организацији здравствене службе, како болничке, тако и ванболничке: одређивање капацитета у складу са потребама а и могућностима, боље коришћење болничке службе, скраћење просечног трајања болничког лечења и повећање пропусне моћи по постељи, настојећи да се не одрази негативно на квалитет услуга.

У ванболничкој служби акценат се ставља на ефикаснију примену примарне здравствене заштите и на што бољу заштиту од болести које се могу најједноставнијим средствима и методама спречити, односно лечити.

На страни тражње мере се најчешће односе на законодавну улогу државе и фондова здравственог осигурања у прописивању права и начина коришћења услуга од стране осигураника (становника), као важни генератори трошкова, а такође и на утицај осигураника да, кроз партиципацију личним средствима, у коришћењу услуга да се користе оне услуге које су стварно неопходне и неодложне.

Главна мера у ограничавању пораста трошкова јесте начин уговарања, односно плаћања рада здравствених установа у пружању заштите, са циљем да се расходи крећу у уговореним оквирима, тако да се са тим средствима постиже уговорени обим заштите. Мере за сузбијање трошкова за здравствену заштиту, како на страни понуде, тако и на страни тражње, имају за циљ одржавање макроекономске равнотеже, односно макроекономске стабилности успостављене (предвиђене) на почетку буџетске године.

Наша држава треба доследно да примењује политику макроекономске равнотеже путем контроле, како на страни понуде услуга, тако и на страни тражње здравствених услуга, користећи при томе нормативну улогу и фискалну политику (контролу), држећи се обавеза да се прописана и загарантована заштита становништва успешно остварује.

МИКРОЕКОНОМСКА РАВНОТЕЖА ЗДРАВСТВЕНЕ ДЕЛАТНОСТИ

Микроекономија је део економике здравствене заштите, која се бави економским понашањем индивидуалних (појединачних) здравствених установа и фондова обавезног здравственог осигурања у оквиру међусобних односа на пружању и финансирању здравствених услуга, као и анализирањем резултата рада здравствених установа у односу на уложена средства.

Поред успостављања макроекономске равнотеже у здравственој делатности и здравственом осигурању, потребно је обезбедити и микроекономску равнотежу, односно микроефикасност унутар система здравствене заштите. Микроекономска ефикасност се заснива на захтеву да учесници у организовању, пружању и финансирању здравствене заштите обезбеђују максимално могући обим заштите са расположивим финансијским средствима, или да у оквиру обавезне здравствене заштите, или да достигнути (прописани), планирани и уговорени обим заштите обезбеде са што мање финансијских средстава (расхода).

У процесу успостављања микроекономске ефикасности, у овој области, код одређивања намене и начина ангажовања расположивих финансијских средстава, потребно је посебно обратити пажњу на испољавање различитих интереса у том процесу, као што су:

- интерес осигураника да обезбеди већу, квалитетну и ефикасну заштиту са што мање трошкова за осигурање (фондове),
- интерес здравстене установе да обезбеди што већи приход за свој рад, уз што је могуће мање трошкове,
- интерес запослених у здравственим установама је да остваре што веће зараде у оквиру оствареног прихода установе,
- интерес пацијената је да користе услуге што је могуће ефикасније на свим нивоима обезбеђивања, по могућности без личног учешћа у трошковима, и
- интерес државе, која настоји да обезбеди остваривање заштите у оквиру средстава предвиђеним кроз процес успостављања макроекономске равнотеже система здравствене заштите, финансиране из буџета и здравственог осигурања.

Утврђивањем макро и микро економске равнотеже у области здравствене заштите и здравственог осигурања обезбеђује се тиме и боља ефикасност система заштите, која ће омогућити бољи однос између уложених финансијских средстава и резултата на остваривању здравствене заштите становништва.

Закон о здравственом осигурању (Сл. гласник РС 107/05)

Начело економичности обавезног здравственог осигурања:

„Начело економичности обавезног здравственог осигурања остварује се сталним настојањем да се права из обавезног здравственог осигурања остварују уз што мање финансијских и других средстава. ”

Начело ефикасности обавезног здравственог осигурања:

„Начело ефикасности обавезног здравственог осигурања остварује се постизањем најбољих могућих резултата у односу на расположиве ресурсе, као и постизањем највишег нивоа права из обавезног здравственог осигурања уз најнижи утрошак финансијских средстава” (чл. 15 Закона).

У складу са начелом економичности и ефикасности у организовању, уговарању и остваривању обавезног здравственог осигурања Републички завод за здравствено осигурање:

- *„обезбеђује законито, наменско и економично коришћење средстава и стара се о увећању на економским основама,*

- *обезбеђује непосредно, ефикасно, рационално и законито остваривање права из здравственог осигурања и организује обављање послова за спровођење осигурања" (члан 212 Закона).*

„Обезбедити квалитетну здравствену заштиту за све, поштујући критеријуме: ефективност, економичност и друштвену прихватљивост." Извор: Декларација Светске здравствене организације. (СЗО „АЛМА АТА", 1978. године)

ЗАКОН О ИЗМЕНАМА И ДОПУНАМА ЗАКОНА О БУЏЕТСКОМ СИСТЕМУ (СЛ. ГЛАСНИК РС 73/2010)

Закон о буџетском систему има за циљ да дефинише оквире макроекономске равнотеже у области јавне потрошње у целини.

Инструменти за одржање пожељне равнотеже на економски одрживом нивоу, како на приходној, тако и на расходној страни, јесу фискалне природе, што је и регулисано овим законом.

Одредбе Закона о буџетском систему односе се и на одржање макроекономске равнотеже и на средства за финансирање здравствене заштите, као дела укупне јавне потрошње. Ту спадају средства из обавезног здравственог осигурања за финансирање услуга из Закона о обавезном здравственом осигурању и средства републичког буџета за финансирање заштите од општедруштвеног значаја и интереса.

У процесу обезбеђивања услова за успостављање макроекономске равнотеже примењују се принципи који одређују процедуру и правила и одговорност у спровођењу фискалне политике.

Овим законом прописани су и: фискални принципи, фискална процедура, фискални ризици, фискална правила и фискална одговорност, као норме понашања у коришћењу средстава јавне потрошње.

Међу фискалним инструментима су и принципи планирања који су Законом о изменама и допунама закона о буџетском систему предвиђени.

Сви инструменти фискалне политике имају за циљ да се одржи унапред предвиђени (планирани) обим јавне потрошње за једну календарску годину, или за дужи временски период.

Многобројне последице могу настати ако се не одржи буџетом предвиђена и званично усвојена равнотежа прихода и расхода у јавној потошњи у датој години.

Макроекономска равнотежа у области здравствене заштите треба да проистекне као резултат усклађених односа:

- обима и врсте заштите која је предвиђена за планирани период у складу са правима из Закона о обавезном здравственом осигурању и Закона о здравственој заштити за делатност здравствених установа у обезбеђивању здравствене заштите од општег друштвеног значаја и интереса,
- планираних финансијских средстава за обезбеђивање заштите по структури и квалитету за период за који се доноси план (обим) укупне јавне потрошње у Републици, и
- усклађености капацитета здравствених установа по обиму и структури здравствених услуга, који се планирају за период за који се утврђује обим средстава за финансирање здравствене заштите. Овај услов треба да обезбеди план мреже здравствених установа, који се утврђује за Републику у целини.

Макроекономска равнотежа у области здравствене заштите се може пореметити:

- ако се поремети глобална макроекономска равнотежа, што се може одразити и на поремећај висине средстава претходно предвиђених за финансирање здравствене заштите становништва,
- ако мрежа здравствених капацитета није у складу са предвиђеним обимом и структуром здравствених услуга,

- ако се планирана финансијска средства не користе у складу са обимом и нивоима заштите у складу са одредбама Закона о здравственој заштити,
- ако се расположиви капацитети не користе ефикасно и рационално, што би имало за последицу слабу ефикасност и неекономично коришћење ресурса.

Економска криза која траје још увек намеће изазов и обавезу корисницима јавне потрошње да добро проуче, идентификују и лоцирају слабости у организацији, обезбеђивању и финансирању здравствене заштите, а са циљем да се елиминишу узроци нерационалне потрошње и да се по том основу остваре уштеде у издацима који нису неопходни.

У јавном сектору у целини, а тиме и у здравственој делатности, мора да се схвати да цео јавни сектор зависи од приватног сектора. Ако приватни сектор не ствара нови производ (нову вредност), односно профит, није могуће повећавати стандард здравствених установа, као и читавог јавног сектора.

Надостатак средстава за финансирање јавног сектора је последица лошег управљања економијом. У таквим условима једина могућност побољшања материјалног положаја једног дела јавног сектора, у овом случају здравствене делатности, јесте прерасподела бруто домаћег производа, што је тешко прихватљиво за друге секторе јавне потрошње. Међутим, то се може поправљати постепеном прерасподелом бруто домаћег производа на начин који представља селективно повећање у односу на претходни период, односно претходну годину.

Јавни сектор не може да рачуна на финансијска средства која није остварио приватни сектор, јер би то значило да се „троши" оно што није стечено. То могу да буду задуживања, пословања са губицима, нагомилавање дуговања уз повећање неликвидности и др., што је економски неприхватљиво.

Основни Закон о буџетском систему донет је 2009. године и објављен у Службеном гласнику Републике Србије у бр. 54 из 2009. године.

ЛИТЕРАТУРА

1. Симић С., Бјеговић В., Јелача П., Косановић Р., Ерић Маринковић Ј., Младеновић Д.: Основе за реформу система здравствене заштите у Републици Србији. Центар за проучавање алтернатива у Београду, 2001.
2. Стаматовић М., Јаковљевић Ђ., Легетић Б., Мартинов Цвејин М.: Здравствена заштита и осигурање. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1996.
3. Јаковљевић Ђ., Грујић В., Мићовић П., Ђокић Д.: Реформе у области здравствене заштите. Монографија, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић Батут", Београд, 1997.
4. Јурковић П., Штоха Ј., Пуљић А.: Економски аспекти здравства и здравствене заштите у Загребу. Економски факултет, Загреб, 1982.
5. Драгишић Д., Медојевић Б., Илић Б., Павловић М.: Основи економије. Центар за издавачку делатност.
6. Шкрбић М.: Увод у економику здравства. Медицински факултет у Загребу, 1974.
7. Косановић Р.: Реформа здравственог осигурања у Републици – правно-економски аспекти. Докторска

дисертација, Правни факултет, Београд, 2005.

8. Мићовић П.: Глосар. Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд, 1998.

9. Робинсон Џ.: Економска филозофија. Издавачко-истраживачки центар ССО Србије, Београд, 1981.

10. Косановић Р.: Речник термина из области здравствене заштите и здравственог осигурања. Обележја, Београд, 2007.

11. Keith Bernard: Conflicts in national health services. CROOM HELM – London, 1977.

12. WHO Regional Office for Europe: Реформске стратегије. 1997.

13. Довијанић П.: Укрштене програмске спирале социјалне медицине и новог јавног здравља. Здравствена заштита, 2007; 4.

14. Министарство здравља Србије: Боље здравље за све у трећем миленијуму. Београд.

15. World Health Organization – Geneva: Managirial Process for National Health Development. 1981.

16. World Health Organization – Geneva: Health Economics. Report on Seminar, Moscow, 1968.

17. Mach EP, Abel-Smith: Planning the finaances of the Health Services. WHO – Geneva, 1983.

18. World Health Organization – Geneva: The Role of Health Economics in National Health Planning and Policy Making. Regional Office for Europe, 1978.

19. Симић С.: Како мерити резултате рада болнице. Здравствена заштита, Београд, 4/89.

20. World health Organization: Statistical Indicators for the Planning and Evoluation of Public Health Programmes. Geneva, 1971.

21. World Health Organization, Regional Office for Europe: List of proposed indicators for monitoring process towards health for all in tihe Europian region. Copenhagen, 1984.

22. EOCD Social Policy Studies no.4: Finansing and Delivering Health Care. 1987.

23. Cooper RA: Statistical Models of Economics Relationships. London, Her Majestix stationery office, 1971.

24. Mach EP, Abel-Smith: Planning the finances of the Health sector. World Health Organization, Geneva, 1983.

25. World Health Organization, Geneva: Managerial Process for National Helath Development. 1981.

26. Чолак З.: Економика здравствене заштите. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 2003.

27. Мићовић П.: Здравствени менаџмент. Комора здравствених установа Србије, Београд, 2008.

28. Економска и пословна енциклопедија. I и II том, Савремена администрација, Београд, 1994.

29. Самуелсон П. Економија. Савремена администрација, Београд, 1969.

30. Цуцић В., Симић С., Бјеговић В., Вуковић Д., Ерић Маринковић Ј., Јелача П., Ананијевић Пандеј Ј.: Терминолошки речник квалитета у здравственој заштити. Медицински факултет, Универзитет у Београду, 2000.

31. Hogarth J.: Glossary of Health Care Terminology. WHO, Copenhagen, 1975.

32. Last JM, Wallace RB: Public Health and Preventive Medicine. 13th edition, Appletonand Lange, Norwalk, Connecticut, 1992; 1079–1094.

33. Mooney G. Economics, Medicine and Health Care. Wheatsheaf Books – Sussex, Humanities Press – New Jersey, 1989.

34. Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford University Press, Oxford, 1990.

35. Drummond M, TorranceG, Mason J. Cost-effectiveness league tables: More harm than good? Social Science and Medicine, 1993; 37: 33–40.

36. Elixhauers A. (guest editor). Health Care Cost-Benefit and Cost-Effectivenss Analysis (CBA/CEA) from 1979 to 1990: A Bibliography. Medical Care, 1993; 31 (Supplement): JS1-JS150.

37. Friede A, Taylor WR, Nadelman L. On-line access to a cost-benefit/cost-effectiveness analysis bibliography via CDC WONDER. Medical Care, 1999; 31 (Suplement): JS12-17.

38. Атанасковић Н.: Финансијски аспекти и импликације постојећег модела организације здравственог система. Здравствена заштита, 2010; 1.

39. Беговић Б., Павић В.: Шта је то конкуренција и како се штитити. Центар за либерално-демократске студије, Београд, Политика А.Д., март 2010.

40. Економски речник. Центар за издавачку делатност Економског факултета у Београду, 2006.

41. Републички фонд за здравствено осигурање: Стратегија развоја здравственог осигурања у Србији. Београд, април 2013.

Контакт: Драган Младеновић, дипл. ецц.

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.

Specijalna bolnica Merkur. 36210 Vrnjačka Banja, Bul. srpskih ratnika 11
036 611 873, 036 618 860; marketing@vrnjcispa.rs, www.vrnjcispa.rs

MERKUR
VRNJAČKA BANJA