YU ISSN 0350-3208

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

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

ГОДИНА XLIII • АПРИЛ 2014. • БРОЈ 2

КОМОРА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ - БЕОГРАД

ГОДИНА XLIII

Број 2
АПРИЛ 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

Никола Инђић, Слађана Вучковић, Жаклина Анђелковић, Јасна Веиновић, Сандра Живуловић, Милица Јовановић
1. ПРЕВАЛЕНЦИЈА И АНТИМИКРОБНА ОСЕТЉИВОСТ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA UREALYTICUM КОД ЖЕНА СА ПРИМАРНИМ СТЕРИЛИТЕТОМ . . . . .

Бранислав Поповић, Христо Анђелски, Предраг Јелача, Предраг Ђорђевић, Андреја Мерник
2. ЗДРАВСТВЕНЕ ПОТРЕБЕ И СОЦИЈАЛНО-ЕКОНОМСКИ ПОЛОЖАЈ БОРАЦА И ВОЈНИХ ИНВАЛИДА У СРБИЈИ . . . . . .

Тања Продовић, Жељко Влаисављевић
3. КОЛОРЕКТАЛНИ КАРЦИНОМ . . . . . .

Весна Томић
4. ПОВЕРЕЊЕ – ОСНОВА ДОБРЕ МЕДИЦИНСКЕ ПРАКСЕ . . . . . .

Снежана Радишић
5. УЧЕСТАЛОСТ РЕПАРАЦИЈА АКРИЛАТНИХ ПРОТЕЗА НА ТЕРИТОРИЈИ ОПШТИНЕ РАКОВИЦА . . . . . .

Лазар Јанић, Јована Костић, Страхиња Кулић, Срђан Станковић, Љиљана Кулић, Анђелка Лазаревић, Гордана Арсић Комљеновић, Христо Анђелски
6. КВАЛИТЕТ ЖИВОТА ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ И ЊИХОВИХ ПОРОДИЦА . .

Драган Младеновић
7. ОСНОВИ ЕКОНОМИКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗДРАВСТВЕНОГ . . . . . .
ОСИГУРАЊА Економска евалуација у здравству

UDK BROJEVI: 616.972-036.22(497.11)

ПРЕВАЛЕНЦИЈА И АНТИМИКРОБНА ОСЕТЉИВОСТ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA UREALYTICUM КОД ЖЕНА СА ПРИМАРНИМ СТЕРИЛИТЕТОМ

Никола Инђић[1], Слађана Вучковић[2], Жаклина Анђелковић[3], Јасна Веиновић[4], Сандра Живуловић[5], Милица Јовановић[6]

PREVALENCE AND ANTIBIOTIC SUSCEPTIBILITY OF MYCOPLASMA HOMINIS AND UREAPLASMA UREALYTICUM IN FEMALE INFERTILITY

Nikola Inđić, Slađana Vučković, Žaklina Anđelković, Jasna Veinović, Sandra Živulović, Milica Jovanović

Сажетак

Увод. Mycoplasma hominis и Ureaplasma urealyticum спадају међу најчешће узрочнике сексуално преносивих болести у свету. Инфекције које изазивају могу довести до стерилитета.

Циљ овог рада је да се утврди њихова преваленција и антимикробна осетљивост код жена са примарним стерилитетом нишке регије и упореди са налазом код здравих жена.

Метод: Комерцијалним тестом Mycoplasma System Plus (Liofilchem, Italia) испитивани су узорци цервикалних брисева код 73 жене, старости између 21 и 42 године које су биле у поступку испитивања узрока стерилитета. Контролну групу чинило је 57 здравих жена, старости између 24 и 53 године, без симптома гинеколошког обољења а које су се јавиле на редован гинеколошки преглед. Добијени резултати обрађени су статистички помоћу χ2 теста.

Summary

Objective: Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum are the commonly reported sexually transmitted bacteria organisms worldwide. Untreated genital infection can cause pelvic inflammatory disease as an important risk factor for infertility in women.

The aim of this study was to determinate the prevalence and antibiotic susceptibility of the genital micoplasmas in Nisava District, among healthy women and women suffering from infertility.

Method: Genital micoplasmas were detected by Mycoplasma System Plus (Liofilchem, Italia) test. Our study was carried out on the case group who included 73 women with an unknown cause of infertility, aged between 21 and 42 years, and the control group considered of 57 healthy women, aged between 24 and 53. Statistical significance was determined by Chi-squared analysis.

[1] Спец. др мед. Никола Инђић, специјалиста микробиологије са паразитологијом, Војска Србије, Центар за превентивно-медицинску заштиту Београд, Београд (Center of Preventive Medical Care Belgrade, Belgrade, Serbia).

[2] Спец. биол. Слађана Вучковић, специјалиста медицинске биохемије, Поликлиника за лабораторијску дијагностику „Неолаб“, Ниш (Policlynic for Laboratory Diagnostic „Neolab“, Nis, Serbia).

[3] Спец. др мед. Жаклина Анђелковић, специјалиста медицинске биохемије, Поликлиника за лабораторијску дијагностику „Неолаб“, Ниш (Policlynic for Laboratory Diagnostic „Neolab“, Nis, Serbia).

[4] Спец. др мед. Јасна Веиновић, специјалиста гинекологије и акушерства, Поликлиника „Еуромедик“, Београд (Policlynic „Euromedic“, Belgrade, Serbia).

[5] Спец. др мед. Сандра Живуловић, специјалиста гинекологије и акушерства, Дом здравља Гроцка, Београд (Health Centre Grocka, Belgrade, Serbia).

[6] Др сци. мед. Милица Јовановић, специјалиста микробиологије са паразитологијом Клинички центар Србије, Служба за микробиологију, Београд (Clinical Center of Serbia, Department of Microbiology, Belgrade, Serbia).

Резултат: У групи са примарним стерилитетом Mycoplasma hominis и Ureaplasma urealyticum детектоване су код 14 (19,2%) жена, а у контролној групи код 3 (5,3%) жене. Највећу осетљивост гениталне микоплазме показале су на тетрациклине.

Закључак: Утврђено је да постоји статистички значајна разлика у детекцији ових микроорганизама код жена са примарним стерилитетом и здравих жена, што указује на њихову улогу у настанку примарног стерилитета. Коришћење презерватива при сексуалним односима битно је за превенцију, а скрининг тест на гениталне микоплазме битан је за што раније откривање и лечење примарног стерилитета.

Кључне речи: *преваленција, антимикробна осетљивост, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, примарни стерилитет, жене.*

Results: Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum were detected in 14 specimens (19.2%) of the infertile women and 3 (5.3%) in control group. The highest susceptibility were to antibiotics from the group of tetracycline.

Conclusion: There was a significant difference detected genital mycoplasmas between healthy and infertility women. That indicating their role in the development of infertility. Sex with a condom and screening of women for the presence of genital mycoplasmas is strongly recommended to allow early therapeutic interventions and prevention of infertility.

Key words: *prevalence; antibiotic susceptibility; Mycoplasma hominis; Ureaplasma urealyticum; infertility; women.*

УВОД

Колоквијалним називом „Генитални микоплазме“ обухваћене су *Mycoplasma hominis (M. hominis)* из рода *Mycoplasma* и *Ureaplasma urealyticum* (*U. urealyticum*) из рода *Ureaplasma*, које припадају фамилији *Mycoplasmataceae*. Припадају комензалној флори урогениталног тракта код сексуално активних особа, а степен њихове колонизације зависи од учесталости мењања полних партнера. Гениталне микоплазме, поред *Chlamydia trachomatis* и *Neisseria gonorrhoeae*, спадају у најчешће узрочнике сексуално преносивих болести у свету.[1] У стањима ослабљене одбрамбене способности слузокоже могу изазвати опортунистичке инфекције горњег дела репродуктивног тракта које имају улогу у настанку примарног стерилитета.[2] Примарни стерилитет је изостанак трудноће код парова у плодном делу живота уз редовне и незаштићене односе у периоду од једне године. Бактериолошка дијагностика се базира на изолацији микроорганизама у пилећем ембриону и на Hayflick подлози а серолошка дијагностика на доказивању антитела техникама IIF (индиректне имунофлуоресценце) и ELISA (имуноензимским тестом).[3, 4] Детекција генома техником амплификације нуклеинских киселина (PCR) је неприкосновена, али скупа и захтевна метода. Дијагностика је унапређена новим комерцијалним тестовима који истовремено идентификују, квантификују и тестирају антимикробну осетљивост. Због специфичне грађе гениталне микоплазме урођено су резистентне на бета-лактамске антибиотике, сулфонамиде и ванкомицину.[3,4] *M. hominis* је поред овога резистентна на еритромицин, а *U. urealyticum* на клиндамицин и линкомицин.[5]

ЦИЉ РАДА

Пошто постоје опречни налази и мишљења о улози гениталних микоплазми у настанку примарног стерилитета[6, 7] циљ је био да се утврди преваленција ових микроорганизама код жена са овим проблемом на подручју нишке регије, да се резултати упореде са налазом код здравих жена и испита антимикробна осетљивост.

МЕТОДЕ

Испитивану групу чиниле су 73 жене, старосне доби између 21 и 42 године које су биле у поступку испитивања узрока примарног стерилитета, а контролну групу чинило је 57 жена, које су раније рађале, старости између 24 и 53 године, на редовном гинеколошком прегледу и без симптома гинеколошког обољења.

Рађена је бактериолошка дијагностика, методом хидролизе аргинина и резистенције на еритромицин за *M. hominis* и хидролизе урее и резистенције на клиндамицин за *U. urealyticum*, применом комерцијалног теста Mycoplasma System Plus (Liofilchem, Italia), који је идентификовао, квантификовао и тестирао антимикробну осетљивост детектованих гениталних микоплазми. Брисом од дракона узиман је ендоцервикални узорак на анализу. Припрема реагенаса комерцијалног теста, инокулисање у подлогу, као и припрема за термостатирање рађена је према упутству произвођача. Узорак је термостатиран 24 часа на 37°C. Клиничку значајност имао је налаз $\geq 10^4$ CCU/mL (Colour Changing Unit) у узорку.

Испитивање осетљивости на антибиотике вршено је еритромицином, тетрациклином, пефлоксацином, азитромицином, кларитромицином, доксициклином, миноциклином, клиндамицином и офлоксацином.

Програм Epi info version 5.0.0. коришћен је за статистичку обраду података. Процена значајности утврђених разлика између група вршена је χ^2 тестом. $P \leq 0,05$ је разматрана као статистички значајна разлика.

РЕЗУЛТАТИ

Код 14 (19,2%) жена у групи пацијенткиња са примарним стерилитетом детектовано је 15 гениталних микоплазми у концентрацији $\geq 10^4$ CCU/mL у узорку. Од тога као моноинфекција у 13 (17,8%) случајева, а код једне жене (1,4%) као удружена инфекција *M. hominis* и *U. urealyticum*.

U. urealyticum је детектована код 10 (13,7%) жена, као моноинфекција у 9 (12,3%) случајева, а у једном узорку (1,4%) као удружена инфекција са *M. hominis*. *M. hominis* је детектована код 5 (6,9%) жена, као моноинфекција код 4 (5,5%) жене, а у једном (1,4%) узорку као удружена инфекција са *U. urealyticum*.

У контролној групи, гениталне микоплазме у концентрацији $\geq 10^4$ CCU/mL у узорку детектоване су код 3 (5,3%) жене. *U. urealyticum* је детектована код 2 (3,5%) жене, а *M. hominis* код једне (1,8%). Удружене инфекције није било.

Табела 1. *Преваленција гениталних микоплазми код испитиваних група.*

	Примарни стерилитет		Контролна група		*P*
	Број	%	Број	%	
M. hominis	4	5,5	1	1,8	0,273
U. urealyticum	9	12,3	2	3,5	0,072
M. hominis + U. urealyticum	1	1,4	0	0	0,375
Укупно	14	19,2	3	5,3	0,019

Највећи број жена обе испитне групе код којих су детектоване гениталне микоплазме био је у старосној добној групи између 20 и 34 године (88,2%). Гениталне микоплазме нису детектоване код жена са примарним стерилитетом изнад 40 година, а у контролној групи изнад 34 године.

Табела 2. *Преваленција гениталних микоплазми код старосних добних група.*

	Жене са примарним стерилитетом					
Старосне добне групе	20 - 24	25 - 30	31 - 34	35 - 40	41 - 45	46 - 53
Број тестираних / позитивни	5 / 4	15 / 5	27 / 3	16 / 2	10 / 0	0
Проценат позитивних	80	33,3	11,1	12,5	0	0
	Контролна група					
Старосне добне групе	20 - 24	25 - 30	31 - 34	35 - 40	41 - 45	46 - 53
Број тестираних / позитивни	6 / 1	7 / 1	12 / 1	19 / 0	9 / 0	4 / 0
Проценат позитивних	16,7	14,3	8,3	0	0	0

Резултат теста антимикробне осетљивости показује да су генитални микоплазме највећу осетљивост на антибиотике показале према антибиотицима из групе тетрациклина, нешто мању осетљивост на пефлоксацин из групе флуорохинолона, а најмању осетљивост према антибиотицима из групе макролида. Валидност детекције ових микроорганизама потврђена је налазом

	Примарни стерилитет		Контролна група	
	M. hominis (%)	*U. urealyticum* (%)	*M. hominis* (%)	*U. urealyticum* (%)
Тетрациклин	80	100	100	100
Доксициклин	100	100	100	100
Миноциклин	100	100	100	100
Пефлоксацин	100	80	100	50
Офлоксацин	100	80	0	50
Азитромицин	40	70	0	50
Кларитромицин	40	70	0	50
Еритромицин	0	100	0	100
Клиндамицин	80	0	100	0

резистенције *M. hominis* на еритромицин, а *U. Urealyticum* на клиндамицин.

Табела 3. *Резултати теста антимикробне осетљивости гениталних микоплазми.*

ДИСКУСИЈА

С обзиром на то да 72,4 милиона жена у свету има проблем са стерилитетом[8] и због сумње да генитални микоплазме имају улогу у његовом настанку, бројни истраживачи у свету су се бавили овом проблематиком испитујући преваленцију гениталних микоплазми. Истраживања су вршена различитим дијагностичким методама.[6, 9] У Србији и земљама у окружењу, сем Румуније[10], нема публикованих података о преваленцији ових микроорганизама код жена са примарним стерилитетом. Резултати нашег истраживања показују да постоји статистички значајна разлика у укупној детекцији гениталних микоплазми између испитиваних група ($P \leq 0,05$), док поређењем детекције по врстама микроорганизама код испитиваних група не постоји статистички значајна разлика ($P \geq 0,05$).

У већини случајева радило се о инфекцији само са једним од испитиваних микроорганизама, тј. о моноинфекцији.

Детектоване су у свим групама животне доби до 40. године, када је и сексуална активност највећа. Изнад 40 година гениталне микоплазме нису детектоване, а основни разлог може бити смањење промискуитета које доноси зрелије доба. Такође, томе може допринети слободна продаја и често неконтролисана примена антибиотика у лечењу разних инфекција које су учесталије у овој доби, када истовремено долази и до ерадикације гениталних микоплазми.

Према најновијим истраживањима детекције гениталних микоплазми код жена са примарним стерилитетом у Европи, Tomusiak и сар. (2013) у Пољској добили су сличне резултате детектујући M. hominis код 4% и U. urealyticum код 9%.(9) Mareş и сар. (2011) у Румунији детектовали су M. hominis код 7,5%, а U. urealyticum код 34,8%,(10) док су Casari и сар. (2010) у Италији M. hominis детектовали код 0,25%, а U. realyticum код 3,79%.(11) Grupta и сар. (2009) у Индији, M. hominis детектовали су код 6%, а U. realyticum код 32% жена са примарним стерилитетом,(12) док су на америчком континенту у USA, Imudia и сар. (2008) детектовали M. hominis код 1,3%, а U. urealyticum код 20,1%.(13) Без обзира што су сви наведени истраживачи нашли већу заступљеност гениталних микоплазми у групи са примарним стерилитетом у односу на заступљеност у категорији здравих жена, није доказана статистички значајна разлика у детекцији ових микроорганизама у односу на испитиване групе.

За разлику од њих, као и ми у нашем истраживању, Rodriguez и сар. (2001) са детекцијом *M. hominis* од 4,8% и *U. urealyticum* од 23,5%[6] добили су статистички значајну разлику у односу на контролну групу.

Наше испитивање показало је највећу осетљивост гениталних микоплазми на антибиотике из групе тетрациклина. У склопу свог истраживања, Mareş и сар. (2011), такође, вршили су испитивање антибиотске осетљивости и такође добили

највећу осетљивост генитални микоплазми на тетрациклине.[10]

ЗАКЉУЧАК

Утврђено је да постоји статистички значајна разлика у детекцији *M. hominis* и *U. urealyticum* код жена са примарним стерилитетом и здравих жена нишког региона, што указује на њихову могућу улогу у настанку примарног стерилитета. Жене животне доби између 20 и 34 године биле су најподложније овим инфекцијама. Антибиотици из групе тетрациклина показали су се као најделотворнији у терапији ових инфекција. Коришћење презерватива при сексуалним односима битно је за превенцију, док је скрининг тест на генитални микоплазме користан за што раније откривање и лечење инфекције и превенцију примарног стерилитета. С обзиром на опречне налазе истраживача у свету, и детекције ових микроорганизама у значајном проценту код жена са примарним стерилитетом, истраживање ове повезаности треба наставити.

ЛИТЕРАТУРА

1. Baveja G, Saini S, Sangwan K, Arora D. A study of bacterial pathogens in acute pelvic inflammatory disease. *J Commun Dis.* 2001 Jun; 33(2): 121–5.
2. Reroń A, Trojnar-Podleśny M. Pelvic inflammatory disease (PID). *Gin Prakt.* 2004; 12,4: 30–4.
3. Ranđelović G. Infekcija genitalnim mikoplazmama. Ranđelović G. Mikrobiološka dijagnoza infekcija genitalnih puteva žena. Studentski kulturni centar Niš; 2001. p.37–42.
4. Nedeljković M. Mikoplazme. Specijalna bakteriologija. Berger-Jekić O i sar. Savremena administracija; 1997. p.135–7.
5. Kayser F.H. Mycoplasma. In Kayser F.H., Bienz K.A., Eckert J., Zinkernagel R.M., editors. Medical Microbiology. 10th German edition. New York, Thieme Stuttgart; 2005. p. 340–2.
6. Rodriguez R, Hernandez R, Fuster F, Torres A, Prieto P, Alberto J. Genital infection and infertility. Enferm Infec Microbiol Clin 2001; 19: 261–6.
7. Fenkci V, Yilmazer M, Aktepe OC. Have Ureaplasma urealyticum and Mycoplasma hominis infections any significant effect on women fertility? Infez Med. 2002 Dec; 10(4): 220–3.
8. Boivin J, Bunting L, Collins J.A, Nygren K.G. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod*. 2007 Jun; 22 (6): 1506–12.
9. Tomusiak A, Heczko PB, Janeczko J, Adamski P, Pilarczyk-Zurek M, Strus M. Bacterial infections of the lower genital tract in fertile and infertile women from the southeastern Poland. *Ginekol Pol*. 2013 May; 84 (5): 352–8.
10. Mareş M, Năstasă V, Doroftei B, Chifiriuc CM, Bleotu C, Socolov D. Antibiotic susceptibility profiles of *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* isolated during a population-based study concerning women infertility in northeast Romania. *Braz J Microbiol*. 2011 Jan; 42(1): 256–60.
11. Casari E, Ferrario A, Morenghi E, Montanelli A. Gardnerella. *Trichomonas vaginalis, Candida, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* in the genital discharge of symptomatic fertile and asymptomatic infertile women. *New Microbiologica.* 2010 Jan; 33(1): 69–76.
12. Gupta A, Gupta A, Gupta S, Mittal A, Chandra P, Gill AK. Correlation of mycoplasma with unexplained infertility. Arch Gynecol Obstet. 2009 Dec; 280(6): 981–5.
13. Imudia AN, Detti L, Puscheck EE, Yelian FD, Diamond MP. The prevalence of ureaplasma urealyticum, mycoplasma hominis, chlamydia trachomatis and neisseria gonorrhoeae infections, and the rubella status of patients undergoing an initial infertility evaluation. J Assist Reprod Genet. 2008 Jan; 25(1): 43–6.

Контакт: Никола Инђић, Војска Србије, Центар за превентивно-медицинску заштиту Београд, ВП 5131/2 Београд, телефон: 064 2289955, e-mail: indjicnikola@gmail.com (Correspondence to: Nikola Inđić, Center of Preventive Medical Care Belgrade, VP 5131/2 Belgrade, Serbia, Phone: +381642289955, e-mail: indjicnikola@gmail.com)

UDK BROJEVI: 616.972-036.22(497.11)

ЗДРАВСТВЕНЕ ПОТРЕБЕ И СОЦИЈАЛНО-ЕКОНОМСКИ ПОЛОЖАЈ БОРАЦА И ВОЈНИХ ИНВАЛИДА У СРБИЈИ

Бранислав Поповић[1], Христо Анђелски[2], Предраг Јелача[3], Предраг Ђорђевић[4], Андреја Мерник[5]

HEALTH NEEDS AND SOCIO-ECONOMIC STATUS OF VETERANS AND DISABLED VETERANS IN SERBIA

Branislav Popović, Hristo Anđelski, Predrag Jelača, Predrag Đorđević, Andreja Mernik

Сажетак

Почев од 2008. године, континуирано се реализује пројекат „Социјално-економски положај и здравствене потребе бораца и војних инвалида“ на територији Србије.

Циљ пројекта је прикупљање података и сагледавање актуелног стања о здравственим и социјалним потребама бораца и војних инвалида НОР-а и из ратних сукоба деведесетих година прошлог века. На основу тога планирају се одговарајуће мере за помоћ борачкој популацији и војним инвалидима.

Подаци су прикупљени од 9.850 бораца и војних инвалида, у 45 градова и општина, а у појединим градовима анкетирањем су обухваћени и потомци бивших бораца, симпатизери – чланови борачких организација. За прикупљање података коришћен је посебан Упитник.

Анализирани су подаци о 7.940 анкетираних чланова борачких организација из 40 градова и општина, чија обрада је завршена до краја 2013. године. Око једне четвртине анкетираних (24%) су особе женског пола. Три четвртине (76%) бораца и инвалида старији су од 80, а 57,3% од 85 година. Од 7.891 позитивног одговора, 3.480 (44.1%) своје здравље је оценило као задовољавајуће, 3.540 (44,9%) као лоше и 871 (9,9%) као врло лоше. Већина анкетираних који су одговорили на ово питање (42,1%) живи у вишечланим породицама, 1.360 (21,7%) живи

Summary

Starting in 2008. ongoing project “The Socio-economic status and health needs of Veterans and Disabled Veterans,” on the territory of Serbia.

The aim of the project is to collect data and understanding of the current state of the health and social needs of veterans and invalids of NOR and the war of the nineties of the last century. Based on this plan the appropriate steps to help war veterans and invalids.

Data were collected from 9,850 veterans and disabled veterans in 45 cities and municipalities, and in some cities covered by the survey are the descendants of former combatants, supporters - members of veterans’ organizations. For data collection, we used a special questionnaire.

We analyzed data on 7,940 respondents members of veterans’ organizations from 40 cities and municipalities, whose processing is completed by the end of the 2013th year. About one quarter of respondents (24%) were females. Three-quarters (76%) of veterans and invalids are older than 80, and 57.3% by 85 years. Out of 7,891 positive responses, 3,480 (44.1%) rated their health is as satisfactory, 3,540 (44.9%) as poor and 871 (9.9%) as very poor. The majority of respondents who answered this question (42.1%) live in multi-member families of, 1,360 (21.7%) lived alone, and 2,274 (32.6%) in two-member households. Of 7,940 respondents, 2,204 (27.7%) expressed

[1] Бранислав Поповић, Савез удружења бораца Народноослободилачког рата Србије, Републички одбор, Београд.
[2] Христо Анђелски, Савез удружења бораца Народноослободилачког рата Србије, Републички одбор, Београд.
[3] Предраг Јелача, Савез удружења бораца Народноослободилачког рата Србије, Републички одбор, Београд.
[4] Предраг Ђорђевић, Савез удружења бораца Народноослободилачког рата Србије, Републички одбор, Београд.
[5] Андреја Мерник, Савез удружења бораца Народноослободилачког рата Србије, Републички одбор, Београд.

само и 2.274 (32,6%) у двочланим домаћинствима. Од 7.940 анкетираних, 2.204 (27,7%) су исказала потребе за услугама помоћи у кући, а 1.220 (15,4%) за смештај у дом.

Неопходан је договор, планирање и спровођење активности, примерених нађеном стању и актуелним потребама бораца и војних инвалида и њихових потомака.

Кључне речи: *борци, војни инвалиди, здравствене потребе, социјалне потребе, борачке организације.*

the need for support services in the home, and 1,220 (15.4%) for placement in a retirement home.

It is necessary agreement, planning and implementation of activities, adequate for the found facts and the current needs of veterans and disabled veterans and their descendants.

Keywords: *veterans, military invalids, health needs, social needs, veterans' organizations.*

УВОД

Почев од 2008. године, континуирано се реализује пројекат „Социјално-економски положај и здравствене потребе бораца и војних инвалида“, на територији Србије, покренут на предлог Републичког одбора СУБНОР-а Србије. Пројекат је прихватило и финансијски подржава Министарство за рад, запошљавање и социјалну политику.

Основни циљ и задатак због кога је ова активност покренута и до сада реализована у 45 градова и општина, односи се на прикупљање података и сагледавање актуелног стања о здравственим и социјалним потребама бораца и војних инвалида НОР-а.

На основу формиране базе података врши се њихова обрада, како би се могле планирати и спроводити одговарајуће мере за помоћ борачкој популацији и војним инвалидима. У свим активностима на пројекту ангажовано је чланство борачких организација. Планирано је и подстицање надлежних државних органа, друштвених и хуманитарних организација и удружења, како би се повећао ниво бриге о овој, претежно старој и од туђе помоћи зависној популацији бораца и војних инвалида.

Подаци су прикупљени од 9.850 бораца и војних инвалида, а у појединим градовима анкетирањем су обухваћени и потомци бивших бораца, симпатизери – чланови борачких организација.

Спровођење активности на прикупљању, обради и интерпретацији података поверено је Комисији за борачко-инвалидску заштиту Републичког одбора СУБНОР-а и одговарајућим комисијама борачких организација у градовима и општинама.

За прикупљање података коришћен је Упитник, са питањима којима су обухваћене три области: 1) општи подаци (старост, пол, место становања, борачки статус), 2) здравствено стање, укључујући и податке о физичким способностима и степену зависности од туђе помоћи, и, 3) социјалне прилике и материјално стање. Циљне групе овог истраживања су преживели борци НОР-а и војни инвалиди, укључујући и инвалиде из ратних сукоба деведесетих година прошлог века.

Овде су анализирани подаци о 7.940 анкетираних чланова борачких организација из 40 градова и општина, чија обрада је завршена до краја 2013. године. Око једне четвртине анкетираних (24%) јесу женског пола. Три четвртине (76%) бораца и инвалида старији су од 80 а 57,3% од 85 година (Табела 1).

Табела 1. *Старосна и полна структура анкетираних*

ПОЛ	Број анкетираних	Године живота					
		испод 80		80–84		85 и више	
		број	%	број	%	број	%
мушки	6029	1491	24,8	1010	16,7	3528	58,5
женски	1911	415	21,7	472	24,7	1024	53,6
Свега:	7940	1906	24,0	1482	18,7	4552	57,3

ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ

Здравствено стање и здравствене потребе сагледаване су на основу података о обољењима, самопроцени здравља, способности кретања и могућности самосталног одржавања личне хигијене (Табела 2 и 4).

Табела 2. *Здравствено стање.*

СТАРОСТ	Број одговора	Субјективна оцена здравственог стања					
		задовољавајуће		лоше		врло лоше	
		број	%	број	%	број	%
испод 80	1947	1017	52,2	811	41,6	119	6,2
80–84	1492	516	34,4	754	50,8	222	14,7
85 и више	4452	1947	43,7	1975	44,4	530	11,9
Свега:	7891	3480	44,1	3540	44,9	871	9,9

Од 7.891 позитивног одговора, 3.480 (44.1%) своје здравље је оценило као задовољавајуће, 3.540 (44,9%) као лоше и 871 (9,9%) као врло лоше.

Код особа старих 80 и више година регистровано је у просеку 3 и више обољења.

Стање физичког здравља у овом испитивању сагледавано је на основу 1.492 одговора о способности кретања. Ограничена покретљивост регистрована је код 343 особе, од којих је 227 старо 85 и више година. Непокретна је 51 (3,4%) особа.

Табела 3. *Способност кретања.*

СТАРОСТ	Број одговора	Ниво способности					
		очувана		ограничена		неповратана	
		број	%	број	%	број	%
испод 80	992	880	88,7	89	9,0	23	2,3
80–84	62	29	46,8	27	43,5	6	9,7
85 и више	738	189	43,2	227	51,8	22	5,0
Свега:	1492	1098	73,6	343	23,0	51	3,4

Подаци о субјективној оцени здравственог стања и присуство више обољења указују на изражене здравствене потребе, а старост, ограничена покретљивост и непокретност представљају ограничавајуће и отежавајуће факторе у процесима коришћења здравствених услуга. Ограниченост физичких способности, као посебне димензије здравља, огледа се у тешкоћама одржавања личне хигијене (Табела 4).

Табела 4. *Способност одржавања личне хигијене.*

СТАРОСТ	Број одговора	Ниво способности			
		потпуна		ограничена	
		број	%	број	%
испод 80	1905	1730	90,8	175	9,2
80–84	1294	842	65,1	452	34,9
85 и више	3052	1665	54,6	1387	54,4
Свега:	6251	4237	67,8	2014	32,2

Од 6.251 позитивних одговора, 2.014 (32,2%) анкетираних има тешкоће при одржавању личне хигијене.

Најстарија групација бораца и инвалида (85 и више година) у знатно већем проценту има овај проблем.

Овим истраживањем је обухваћен мали број војних инвалида, јер су они организацијски везани за више удружења и Савез војних инвалида. Подаци о ограниченој покретљивости (343) и непокретности (51) везују се за последице повређивања, већи број обољења и поодмаклу старост. Ове особе се такође сматрају инвалидима.

СОЦИЈАЛНО-ЕКОНОМСКИ ПОЛОЖАЈ

Ова област сагледана је на основу података о породичним приликама, материјалном стању и посебним социјалним потребама.

Табела 5. *Породичне прилике и материјално стање.*

Величина домаћинства	Број	%	Материјално стање	Број	%
самац	1360	21,7	добро	2769	39,6
двоје	2274	36,2	подношљиво	2827	40,5
три и више	2642	42,1	лоше	1393	19,9
Свега:	6276	100,0	Свега:	6989	100,0

Већина анкетираних који су одговорили на ово питање (42,1%) живи у вишечланим породицама. С обзиром на то да се претежно

ради о старијим особама, значајно је истаћи да 1.360 (21,7%) живи само и 2.274 (32,6%) у двочланим домаћинствима.

Од 6989 анкетираних, 2.769 (39,6%) своје материјално стање оцењује као добро, 2.827 (40,5%) као подношљиво, а скоро сваки пети као лоше.

Породичне прилике, старост и здравствено стање бораца и војних инвалида уско су повезане са исказаним потребама за услугама помоћи у кући и за смештај у дом за пензионере, инвалиде и стара лица.

Од 7.940 анкетираних, 2.204 (27,7%) су исказала потребе за услугама помоћи у кући, а 1.220 (15,4%) за смештај у дом.

ПРЕПОРУКЕ И ЗАКЉУЧЦИ

Наведени резултати овог истраживања омогућили су да се употпуне подаци о чланству борачке организације, укључујући старосну и полну структуру, самопроцену здравственог стања, социјалне и породичне прилике и материјално стање.

До сада су завршене две фазе реализације овог пројекта, а који се односи на побољшање социјално-економског положаја и здравствене потребе бораца и војних инвалида, и то: 1) фаза: евидентирање стања анкетирањем чланства борачке организације и 2) фаза: обрада и интерпретација добијених података.

Резултати обрађених података, са списком анкетираних (који садржи кључне податке о месту становања, адреси са бројем телефона, изабраном лекару и са подацима о здравственом стању и социјалним потребама), као попуњени упитници враћају се градским и општинским одборима СУБНОР-а на коришћење.

Да би се реализовали циљеви Пројекта, неопходан је договор, планирање и спровођење активности, примерених нађеном стању и актуелним потребама бораца и војних инвалида и њихових потомака, а све у циљу отклањања недостатака и побољшања и унапређења бриге, најпре о преживелим борцима НОР-а и војним инвалидима, као и осталим члановима борачке организације, са израженим здравственим, социјалним и другим потребама.

У том контексту је препоручено је да се спроведу следеће мере, и то:

1) у оквиру борачке организације:

а) Остварити непосредан увид у процену индивидуалног стања и потреба код оних чланова код којих су евидентирани проблеми везани за здравствено стање (лоше и врло лоше), ограничена покретљивост или непокретност, живе сами, захтевају различите услуге помоћи у кући, имају тешкоћа у остваривању здравствених услуга, лошег су материјалног стања и сл.

б) У реализацији ових задатака треба се ослонити на податке из списка анкетираних, где су евидентиране елементарне потребе, здравствени, социјални проблеми.

Очекује се да чланови борачке организације који су у могућности да, на основу спискова особа са приоритетним потребама, остваре непосредан контакт са овим особама, пруже непосредну помоћ у набавци лекова, намирница, штампе, контакта са изабраним лекаром и теренским јединицама здравствене службе (кућно лечење, патронажна служба, хитна помоћ).

2) на локалном нивоу:

Остварити сарадњу са домом здравља, центром за социјални рад, Црвеним крстом и другим друштвеним и хуманитарним организацијама. Основ за покретање и даље развијање ове сарадње представља ова анализа и спискови анкетираних, са подацима из упитника везаним за проблеме и потребе бораца и војних инвалида, због којих би се борачка организација обратила одговарајућој државној институцији, друштвеној и хуманитарној организацији.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анђелски Х., Поповић Б., Дурлевић З., Ђорђевић П.: Социјално-економски положај и здравствене потребе бораца и војних инвалида. Здравствена заштита, 2012; 1: 11−20.

2. Поповић Б., Јелача П., Анђелски Х., Дурлевић З., Ђорђевић П., Мереник А.: Социјално-економски положај и здравствене потребе бораца и војних инвалида у Београду. Здравствена заштита, 2013; 2: 39−46.

3. Анђелски Радичевић Б., Обрадовић М., Васиљевић Пантелић К.: Самопроцена здравља и задовољство здрављем и здравственом заштитом. Здравствена заштита, 2012; 2: 1−6.

4. Кулић Љ., Арсић Комљеновић Г., Анђелски Х., Шијан Гобељић М., Кулић С.: Испитивање квалитета живота у геријатрији. Здравствена заштита, 2012; 5: 10−13.

5. Кулић Љ., Арсић Комљеновић Г., Анђелски Х., Шијан Гобељић М., Кулић С., Анђелски Радичевић Б.: Процена стања старих особа у геријатрији. Здравствена заштита, 2012; 6: 20−24.

6. Обрадовић М., Васиљевић Пантелић К., Анђелски Радичевић Б.: Исхрана старог становништва Србије. Здравствена заштита, 2013; 4: 31−40.

7. Кулић Љ., Кулић С., Арсић Комљеновић Г., Анђелски Х., Шијан Гобељић М., Јовановић М., Чикара Т.: Проблеми у комуникацији са болесником и његовом породицом. Здравствена заштита, 2013; 5: 16−24.

8. Богуновић Н., Јањић М., Анђелски М., Савић Јоксимовић Ј., Ждрале З., Керкез Ж., Радојловић Ј.: Извештавање о здравственом стању становништва Србије. Здравствена заштита, 2013; 5: 31−43.

Контакт: Бранислав Поповић, Савез удружења бораца Народноослободилачког рата Србије, Републички одбор, Београд.

UDK BROJEVI: 616.972-036.22(497.11)

КОЛОРЕКТАЛНИ КАРЦИНОМ

Тања Продовић[1], Жељко Влаисављевић[2]

COLORECTAL CANCER

Tanja Prodović, Željko Vlaisavljević

Сажетак

Карцином дебелог црева представља велики здравствени проблем због високе инциденције која је у последње време у порасту. Колоректални карцином је, према епидемиолошким подацима, најчешћи малигни тумор гастроинтестиналног тракта и други најчешћи узрок смрти болесника са малигним тумором. То је болест старих, јер се у 90% случајева открива код болесника старијих од 50 година. Са годинама расте и ризик. Међутим, карцином дебелог црева и ректума се спорадично јавља и у млађим старосним групама, тако да се у последње време нажалост региструје повећана инциденција и у особа млађих од 40 година. Најновија истраживања казују да сваке године око 25.000 људи млађих од 50 година развију колоректални карцином, а то представља 17% свих оболелих од ове болести.

Циљ овог рада је да се сагледа величина проблема CRC-а преко сагледавања учесталости, најчешћих етиолошких фактора, из чега проистиче и његов практични значај у брзом сагледавању основних врста скрининг програма.

Етиологија колоректалног рака је још увек непозната. Претпоставља се да настаје као последица комплексне и недовољно разјашњене интеракције генетских фактора и чинилаца спољашње средине. На појаву колоректалног карцинома утичу бројни фактори ризика као и протективни фактори.

Summary

Colon cancer is a major health problem because of the high incidence of which has lately been on the rise. Colorectal cancer, according to epidemiological data, the most common malignant tumor of the gastrointestinal tract and the second most common cause of death in patients with malignant tumors.

It is a disease of the elderly, because in 90% of cases are in patients older than 50 years. With the years of growth and risk. However, cancer of the colon and rectum occurs sporadically in the younger age groups so lately unfortunately registers increased incidence in people younger than 40 years. Most recent studies indicate that each year about 25,000 people under the age of 50 years to develop colorectal cancer, which represents 17% of all patients suffering from this disease.

The aim of this study was to assess the magnitude of the problem across the CRCA to investigate the frequency, the most common etiologic factors, from which it derives its practical importance in the rapid consideration of the basic types of screening programs.

The etiology of colorectal cancer is still unknown. Assumed to occur as a consequence of a complex and incompletely understood interactions between genetic and environmental factors. The occurrence of colorectal cancer depends on many factors of risk and protective factors.

[1] Тања Продовић, Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу.

[2] Жељко Влаисављевић, КЦС, Клиника за гастроентерохепатологију, Београд.

Примарна превенција колоректалног рака обухвата све мере које спречавају настанак ове болести. Мерама секундарне превенције се данас у развијеним земљама све више поклања пажња с обзиром на то да се адекватним спровођењем може значајно смањити инциденција и морталитет од колоректалног карцинома и битно побољшати резултати лечења. Овим мерама се постиже откривање болести у раној (асимптоматској) фази, тј. скринингом. Дигиторектални преглед је најјефтиниja метода ране дијагностике болести, али се на овај начин може открити 10% карцинома дебелог црева и ректума. Ригидном ректоскопијом се може открити 40% карцинома, флексибилном ректосигмоидоскопијом 70%, док се колоноскопијом може открити до 98% карцинома, али је ова метода скупа и инвазивна. У предности је у односу на конвенционалну иригографију због дијагностичке осетљивости и могућности узимања узорака (биопсије) за хистолошку анализу, као и терапијског деловања – полипектомија. Један од најчешће коришћених тестова у програму скрининга је ФОБТ тест (Fecal occult blood test).

Кључне речи: *колоректални рак, инциденција, морталитет, етиологија, фактори ризика, превенција, скрининг.*

Primary prevention of colorectal cancer includes all measures to prevent the occurrence of this disease. Secondary prevention measures are now in developed countries, more attention is given to the adequate implementation can significantly reduce the incidence and mortality of colorectal cancer and significantly improve the results of treatment. These measures are achieved by detecting the disease at an early (asymptomatic) stage, ie. screening. Digital rectal examination is nejjeftinija method of early diagnosis of disease, but in this way it can detect 10% of cancers of the colon and rectum. Rigid rectoscopy can detect 40% of cancers, flexible rectosigmoidoscopy 70%, while colonoscopy can detect up to 98% of cancers, but this method is expensive and invasive. The advantages compared to conventional diagnostic sensitivity for irrigography and opportunities sampling (biopsy) for histological analysis and the therapeutic action - polypectomy. One of the most common tests in the screening FOBT (Fecal Occult Blood Test).

Key words: *colorectal cancer incidence, mortality, etiology, risk factors, prevention, screening.*

УВОД

Када говоримо о колоректалном карциному, морамо имати на уму да је ово једна од врло честих болести савременог човека, па се намеће потреба разматрања његових епидемиолошких карактеристика, фактора ризика, као и познавања мера превенције и скрининга.

Колоректални карцином или рак дебелог и завршног црева је малигна болест која се одликује постојањем једног или, понекад, више злоћудних тумора у дебелом цреву и његовом завршном делу – ректуму. Због различите анамнезе, карцином дебелог црева се лечи и евидентира одвојено од рака ректума. Према Међународној класификацији болести (МКБ-10), колоректални рак има ознаку од С 18 до С 21.

ОСВРТ НА ЕПИДЕМИОЛОШКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ

Према подацима Националног института за рак Сједињених Америчких Држава, тренд учесталости јављања за 2013. показује да је на првом месту карцином простате, затим следе рак дојке и плућа, а на четвртом месту је колоректални карцином (CRC).[1] По учесталости дијагностиковања колоректални карцином налази се на трећем месту, а други је водећи узрок смрти у оба пола у USA.[2] Процењује се да годишње у свету од рака колоректума оболи око 1,25 милиона људи (9,8% свих оболелих од малигних тумора), односно да се на свака 3,5 минута дијагностикује једна новооболела особа са овим обољењем. Највећи број оболелих (око 4/5) је у Азији (225.688 жена и 283.596 мушкараца) и Европи (203.185 жена и 229.229 мушкараца), а најмањи у Океанији (8.086 жена и 9.733 мушкарца) и Африци (15.822 жене и 19.049 мушкараца).

Током 2008. године у свету су забележене разлике у односу 25:1 у инциденцији рака дебелог црева између највиших стопа забележених у Чешкој, Мађарској, Словачкој и Новом Зеланду и најнижих стопа које су забележене у Танзанији, Лесоту и Свазиленду. Високе стопе инциденције највероватније су резултат присуства фактора ризика као што су гојазност, физичка неактивност, пушење цигарета у тим срединама. Повећање инциденције рака дебелог црева углавном је ограничено на земље у економској транзицији, посебно земље које су некада биле део Совјетског Савеза и источноевропског комунистичког блока (Мађарска, Чешка, Словачка, Пољска, Естонија), што се може објаснити променом начина живота. С друге стране, скрининг програми рака дебелог црева у земљама Источне Европе су, или ограничени, или тек недавно имплементирани[3] и стога имају мало утицаја на повећање инциденције.

Истраживања спроведена у Великој Британији указују да је CRC четврти по учесталости, трећи по учесталости код жена после рака плућа и дојке, а код мушкараца после рака простате и плућа.[4] Учесталост у односу према половима у свету: CRC је трећи код мушкараца а други код жена.[5] Мушкарци у односу на жене чешће оболевају од рака колоректума и то за 1,1–1,6 пута.

Морталитет од рака дебелог црева је у порасту у неким земљама где је ризик био историјски низак (Мађарска, Руска Федерација, Јапан). У земљама високог ризика тренд морталитета показује или постепено повећање (Енглеска), стабилизацију (Финска), или опадање (САД). Највећи пораст морталитета забележен је у Азији (Јапан, Хонгконг, Сингапур), централној и источној Европи (Мађарска, Пољска), Израелу.

Интересантно је да су међу европским земљама са високом стопом смртности и оне државе које су се међу првима придружиле Европској унији, као и бивше социјалистичке земље које су последњих деценија биле неразвијене, или земље у развоју и транзицији.[5] Вероватно период транзиције није на адекватан начин пратио и трансформацију здравственог система тих земаља, па је то резултирало изостанком скрининга и високом стопом смртности од ове болести.

Скрининг рака дебелог црева може утицати на стопе морталитета: сви скрининг тестови, укључујући одређивање окултне крви у фецесу и структурне скрининг тестове (сигмоидоскопију и колоноскопију) доприносе смањивању морталитета од рака дебелог црева. Пад морталитета у САД, који је отпочео осамдесетих година двадесетог века и траје и данас, делимично је резултат увођења скрининга за рак дебелог црева, што доводи до повећаног откривања и уклањања преканцерозних лезија.[3] У периоду између 1987. и 2003. године обухват скринингом повећан је са приближно 27 одсто на скоро 45 одсто. У Канади националне смернице за скрининг рака дебелог црева издате су 2001. и обухват популације скринингом много је нижи него у САД.

У Србији стандардизована стопа инциденције (на 100.000 становника) за рак колоректума је 27,0 за целокупну популацију, а 33,5 за мушкарце и 21,6 за жене. У Србији, код оба пола, стопе инциденције за рак колоректума расту са годинама старости и највише су код мушкараца 70−74 године и код жена са 75 и више година. У нашој земљи, као и у неким другим земљама, уочава се пораст броја оболелих код особа млађих од 40 година.[6]

Стандардизована стопа морталитета (на 100.000 становника) за рак колоректума у Србији је 16,6 за целокупну популацију, а 21,1 за мушкарце и 12,9 за жене. У Републици Србији малигни тумори дебелог црева представљају другу најчешћу локализацију малигних тумора, од које сваке године приближно оболи 4.436 и умре 2.970 особа. На основу стопа морталитета Србија припада земљама са високим морталитетом. Код оба пола стопе морталитета за рак колоректума расту са годинама старости и највише су код особа са 75 и више година.[6]

ОСВРТ НА ФАКТОРЕ РИЗИКА И ПРОТЕКТИВНЕ ФАКТОРЕ

Иако је етиологија колоректалног рака непозната, данас се претпоставља да настаје као последица комплексне и недовољно разјашњене интеракције генетских фактора и чинилаца спољашње средине.

Истраживања у циљу превенције рака дебелог црева спроведена су на свим доступним пољима медицине, од генетике па преко свих познатих фактора ризика, као и оних фактора који се доводе у везу са могућим утицајем на настанак рака дебелог црева. Присуство антитела p53 је од значаја у раној детекцији преклиничке фазе[7] овог рака и могуће је као скрининг метод. С обзиром на то да нема много истраживања урађених о коришћењу антитела p53 као скрининг-методу, потребно је руководити се и даље златним стандардом за откривање ове малигне болести.

Многе студије показале су да гојазност и метаболички синдром имају утицаја у настанку рака дебелог црева.[8] Повећан садржај масти у исхрани доводи до стимулације лучења примарних жучних киселина, које под дејством цревних анаероба прелазе у канцерогене секундарне жучне киселине. Метаболизмом масних киселина долази до настанка слободних радикала, који такође оштећују слузницу дебелог црева. Утицај лоших животних навика свакако доприноси развоју CRC-а као што су пушење, висок унос црвеног меса, низак унос влакана[9], те студија спроведена у Јапану долази до закључка да гојазност код јапанских мушкараца има знатан утицај у настанку рака дебелог црева.[10]

Значај недостатка калцијума, селена, витамина A, B_6, C, D, E, као и смањена физичка активност повезују се са настанком CRC-а.[11-14] Заштитни ефекат има унос калцијума који има способност да везује и таложи жучне киселине. Висок унос B витамина је важан за рад ДНК. Витамин C, витамин E, селен имају доказан заштитни ефекат на све стадијуме карциногенезе дебелог црева, али после 10 и више година узимања. Коришћење антиоксиданаса из групе витамина A, C и E после уклањања аденома смањује могућност рецидива.[15]

Свакодневна, умерена физичка активност подстиче контракцију глатких мишића зида црева, перисталтику, и тиме спречава затвор, чиме се скраћује време контакта потенцијално канцерогених супстанци са ћелијама у слузокожи црева.[16] Многе студије су утврдиле да коришћење NSAIL и аспирина смањује могућност настанка CRC-а. Такође постоје докази да NSAIL спречавају пролиферацију ћелија код рака дебелог црева.[17, 18] Поједина истраживања повезују дуготрајну употребу статина као хемопревенцију у настанку CRC-а.[19, 20] Један од фактора ризика на које се не може утицати је старост, тј. године живота[21], јер је запажено да се CRC чешће јавља после 50. године.

Данас се чврсто верује да без мутације нема малигне трансформације и да је канцер „болест гена". Сматра се да највише 15% случајева рака дебелог црева настаје због генетске предиспозиције, док се у свим осталим случајевима јавља спорадично.

Многобројна истраживања се и даље баве тиме колики је утицај наслеђа блиских сродника у настанку CRC-а, те се наводи да је 5 до 10% случајева учесталости наслеђе[22], већу преваленцу имају рођена браћа и сестре од оболелих родитеља него браћа и сестре здравих појединаца.[23] Многобројна истраживања показују да је повећан ризик од настанка CRC-а код оболелих од улцерозног колитиса и Кронове болести.[24, 25]

ПРЕВЕНЦИЈА КОЛОРЕКТАЛНОГ РАКА

Напори који се чине у примарној превенцији базирају се на претпоставци да је могуће спречити многе облике рака, па самим тим и колоректалног, мерама које су усмерене у два правца: прво, смањујући број људи који су изложени дејству супстанци које повећавају ризик за настанак болести, и друго, подједнако важно, утицати на свест људи да се својим понашањем могу значајно заштитити од настанка колоректалног рака. Сви облици стратегија у примарној превенцији могу бити класификовани у једну од ове две категорије.

Колоректални карцином је потенцијално превентабилан (може се спречити) и све мере примарне превенције се односе на факторе ризика који се могу изменити (пушење, нездрава исхрана, гојазност и физичка неактивност).

Мере секундарне превенције колоректалног карцинома јесу откривање и одстрањивање аденоматозних полипа дебелог црева, као и откривање болести у раној (асимптоматској) фази, тј. скрининг. Познато је да највећи број колоректалног рака настаје на бази малигне алтерације бенигних аденомских полипа (посебно оних са пречником ≥1 цм). Време преласка из бенигне у малигну фазу траје од 10 до 35 година, што аденом чини добрим кандидатом за скрининг рака дебелог црева. Дуготрајан ток болести омогућава правовремено откривање и одстрањивање премалигних лезија и у локализованом стадијуму болести, у коме се може очекивати потпуно излечење код више од 85 одсто оболелих.

Многа истраживања указују да је рана детекција добар предуслов за даљи квалитет живота оболелих од CRC-а, као и да је флексибилна сигмоидоскопија, FOBT и колоноскопија значајан скрининг код популације код које постоји предиспозиција за оболевање од рака дебелог црева.[26-29] Значај едукације пацијената, лекара као и јавности од значаја је за рану детекцију CRC-а, нарочито је важан дигиторектални преглед од стране лекара.[30, 31]

Тест окултне крви у фецесу уведен је 1960. године, флексибилна сигмоидоскопија уведена је средином 1970-их, док је колоноскопија на располагању од 1970. године.[32] Неколико рандомизованих истраживања испитивала су годишњи или двогодишњи скрининг применом теста окултне крви у столици, док су доступни подаци о сигмоидоскопији и колоноскопији углавном из опсервационих студија, а мање из рандомизованих студија.

Да би мере скрининга биле друштвено прихватљиве и оправдане, оне морају имати адекватан степен осетљивости и прихватљиву цену. Дигиторектални преглед је најјефтинија метода, али се на овај начин може открити 10% карцинома дебелог црева. Ригидном ректоскопијом се може открити 40% карцинома, флексибилном ректосигмоидоскопијом 70%, док се колоноскопијом може открити до 100% карцинома, али је ова метода скупа и инвазивна.[33]

Најчешће коришћени маркер у фецесу представља тестирање на окултно крварење, тј. FOBT тест (fecal occult blood test).[34, 35]

Постоје две врсте FOBT теста: гвајаков тест и имунохемијски тест. Гвајаковим тестом се мери присуство хема у хемоглобину, а имунохемијским тестом детектује хумани глобин. Гвајаков FOBT представља класичан и јефтин тест који користи предност да хем показује активност сличну активности пероксидазе којом се врши скрининг крви у фецесу. Хем конвертује а-гвајаконску киселину до светлоплаве хинонске компоненте, а што одговара количини хемоглобина у узорку. Мада су ови тестови једноставни за извођење и нису скупи, осетљиви су на велики број интерференција које потичу од хране (црвено месо), лекова (нестероидни антиинфламаторни лекови, кортикостероиди, антикоагуланти, хемотерапеутски лекови), као и конзумирање алкохола. Пошто је хем такође присутан у извесном воћу (цитрус и воћни сокови) и поврћу, конзумирање ове хране доводи до лажно позитивних резултата. Међутим, на имунохемијски тест не утичу ови фактори. У поређењу са гвајаковим тестом, имунохемијски тест има супериорну осетљивост и специфичност и много мање интерференција.[36]

Савет Европе препоручује популациони, организациони скрининг тест окултне крви у фецесу за рак дебелог црева код мушкараца и жена старости 50-74 године[37] са једногодишњим или двогодишњим интервалом између тестова. Европски кодекс за борбу против рака[32] препоручује да се скрининг рака дебелог црева спроводи од 50. године тестом окултне крви у фецесу на сваке две године. У Србији се препоручује рутински режим скрининга (за жене и мушкарце са просечним ризиком: особе без симптома са 50 и више година и без повећаног ризика, које немају породичну анамнезу оболелих од рака дебелог црева) тестом окултне крви у фецесу једном годишње.[6]

Последњих година истраживања су фокусирана на друге маркере у фецесу, посебно на гене који подлежу мутацији у току карциногенезе. Највише су истраживани ДНК маркери.[38, 39, 40]

Смањење морталитета може се приметити после 8 до 13 година систематског скрининга, и износи од 13 до 21 одсто.[41] Сигмоидоскопија као метода скрининга, такође, смањује морталитет од карцинома дебелог црева; ако се тест на окултну крв и сигмоидоскопија комбинују, резултати су још бољи. Постоје индиректни докази да иригографија са двоструким контрастом и виртуална колоноскопија као скрининг методе имају позитиван ефекат на смањење инциденције карцинома колона, али дефинитиван закључак још није донет.

Ендоскопске методе су високо осетљиве у откривању чак и најситнијих лезија, мањих од 5mm промера, што омогућава да се малигне лезије могу открити у врло раној фази. Колоноскопским и иригографским прегледима са двоструким контрастом открива се 90–95 одсто случајева рака дебелог црева, али се због тешкоћа извођења и високе цене најчешће примењују у праћењу високоризичних група и као метода дијагностике код испитаника позитивних на окултно крварење у фецесу.[32]

Колоректални канцер представља један од првих канцера код кога је карциноембриогени антиген (CEA) употребљен као помоћ у третману пацијената. Карциноембриогени антиген (CEA) је откривен 1965. године. CEA се састоји из велике фамилије сродних ћелијско-површинских гликопротеина. CEA протеини су одређени са око 10 гена који се налазе на хромозому 19. Нажалост, CEA није ни орган-специфичан, нити тумор-специфичан туморски маркер.

Концентрације CEA су повишене (> 3,0 ng/mL) у серумима пацијената са колоректалним раком (57%), гастричних (41%), хепатоцелуларних (45%), панкреасних (59%) и билијарних (59%) канцера. Концентрације CEA су такође повишене код бенигних колоректалних обољења (инфламаторних цревних обољења 17%), стомачних обољења (хронични гастритис и пептички улцер 14%), обољења јетре (цироза и хепатитис 17%) и обољења

панкреаса (21%). Деведесет пет процената здравих непушача имају вредности CEA у серуму <3,0 ng/mL и 85% здравих пушача имају вредности CEA <5.0 ng/mL. Недостатак осетљивости и специфиности када се комбинује са ниском преваленцијом колоректалног карцинома у асимптоматској популацији искључује могућност примене CEA при скринингу.[40, 42]

Национална академија за клиничку биохемију формулише да CEA не може да се користи за скрининг раног колоректалног рака код здравих особа, а што је у складу са препорукама Америчког друштва клиничке онкологије (American Society of Clinical Oncology)[43] и Европске групе за туморске маркере (European Group on Tumor Markers).[40, 44]

Када је у питању упоређење метода скрининга карцинома дебелог црева, до данас није решено питање која метода је најефикаснија, односно код које методе је однос трошкова и ефеката најповољнији.

Велики проблем у спровођењу скрининга карцинома дебелог црева је мали одзив пацијената са умереним ризиком од настанка тог карцинома. Рађено је више врста интервенција са циљем да се пацијенти заинтересују и мотивишу да дођу на скрининг процедуре. Од испитиваних интервенција ефикасне су биле поруке електронском поштом[45] и други видови подсетника пацијената на потребу да обаве преглед.[46] Углавном је ефекат ових интервенција око 10 одсто повећања броја пацијената који се одазову на скрининг.

ЗАКЉУЧАК

Карциком дебелог црева представља велики здравствени проблем због високе инциденције која је у последње време у порасту. Колоректални карцином је, према епидемиолошким подацима, најчешћи малигни тумор гастроинтестиналног тракта и други најчешћи узрок смрти болесника са малигним тумором.

Етиологија колоректалног рака није позната, али се последњих деценија акумулирало знање о такозваним факторима ризика који могу значајно утицати на развој карцинома. Задатак здравственог система је да добро осмишљеним мерама примарне и секундарне превенције, здравственим просвећивањем становништва, препорукама о исхрани, начину живота, скрининг-програмима и другим мерама смањи инциденцију колоректалног карцинома. Процењује се да чак 60% смртних случајева колоректалног карцинома може да се спречи ако се све особе старости од 50 година или старији редовно подвргавају скрининг програму.

Овај рад је осмишљен као сажет преглед споменуте тематике. Намењен је свима који желе да се упознају са овим проблемом, али и као подсетник онима који већ имају претходног знања о основним идејама и појмовима у вези са овом опаком болешћу.

ЛИТЕРАТУРА

1. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2013. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2013. Also available online Last accessed January 22, 2013

2. http://ccalliance.org/colorectal_cancer/statistics.html?gclid=CLXtu5-J27UCFUG9zAodNm8AWQ

3. Rozen P, Winawer SJ, Waye JD. Prospects for the worldwide control of colorectal through screening. Gestroenterol Endosc 2002; 55: 755-9.

4. http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/keyfacts/bowel-cancer/#incidence

5. Europen health for oll data base(HFA-DB). World Health Organizatin Regional Office for Europe [serial on the Inernet]Jul 2010 [cited 2010 Nov 24]Available from: http:// data.euro.who.int/hfadb

6. Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje raka kolona i rektuma. Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča dobre kliničke prakse. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. 2011.

7. Pedersen JW, Gentry-Maharaj A, Fourkala EO, Dawnay A, Burnell M, Zaikin A, et al. Early detection of cancer in the general population: a blinded case-control study of p53 autoantibodies in colorectal cancer. Br J Cancer. 2012 Nov 20. doi: 10.1038/bjc.2012.517.

8. Fagan HB, Sifri R, Wender R, Schumacher E, Reed JF 3rd. Weight status and perception of colorectal cancer risk. J Am Board Fam Med. 2012;25(6):792–7.

9. Fu Z, Shrubsole MJ, Smalley WE, Wu H, Chen Z, Shyr Y, Ness RM, Zheng W. Lifestyle Factors and Their Combined Impact on the Risk of Colorectal Polyps. Am J Epidemiol. 2012 Oct 18.

10. Harima S, Hashimoto S, Shibata H, Matsunaga T, Tanabe R, Terai S, Sakaida I. Correlations between Obesity/Metabolic Syndrome-Related Factors and Risk of Developing Colorectal Tumors. Hepatogastroenterology. 2012. 20;60(124).

11. Toya K, Hirata A, Ohata T, Sanada Y, Kato N, Yanaka N. Regulation of colon gene expression by vitamin B6 supplementation. Mol Nutr Food Res. 2012;56(4):641–52

12. Kuiper JG, Phipps AI, Neuhouser ML, Chlebowski RT, Thomson CA, Recreational physical activity, body mass index, and survival in women with colorectal cancer. Cancer Causes Control. 2012 Oct 2.

13. Pereira F, Larriba MJ, Muñoz A. Vitamin D and colon cancer. Endocr Relat Cancer. 2012.: 3;19(3)

14. Larsson S.C., Orsini N.,Wolk A. Vitamin B6 and Risk of Colorectal Cancer A Meta-analysis of Prospective Studies. JAMA. 2010;303(11):1077–1083.

15. Bonelli L, Puntoni M, Gatteschi B, Massa P, Missale G, Munizzi F. Et al. Antioxidant supplement and long-term reduction of recurrent adenomas of the large bowel. A double-blind randomized trial.J Gastroenterol. 2012 Oct.

16. Sanchez NF, Stierman B, Saab S, Mahajan D, Yeung H, Francois F. Physical activity reduces risk for colon polyps in a multiethnic colorectal cancer screening population. BMC Res Notes. 2012 Jun 20;5:312.

17. Walker AJ, Grainge MJ, Card TR. Aspirin and other non-steroidal anti-inflammatory drug use and colorectal cancer survival: a cohort study. Br J Cancer. 2012.:23;107(9).

18. Whitt JD, Li N, Tinsley HN, Chen X, Zhang W, Li Y, et al. A novel sulindac derivative that potently suppresses colon tumor cell growth by inhibiting cGMP phosphodiesterase and β-catenin transcriptional activity. Cancer Prev Res (Phila). 2012.;5(6):822–33.

19. Broughton T, Sington J, Beales IL. Statin use is associated with a reduced incidence of colorectal adenomatous polyps.

Int J Colorectal Dis. 2012 Nov. 10.1007/ c00384-012-1601-9.

20. Broughton T, Sington J, Beales IL. Statin use is associated with a reduced incidence of colorectal cancer: a colonoscopy-controlled case–control study. BMC Gastroenterology 2012, 12:36.

21. Nicolás-Pérez D, Parra-Blanco A, Gimeno-García AZ, Ortega-Sánchez JA, Carrillo-Palau M, Jiménez-Sosa A. Et al. Risk factors associated with colorectal flat adenoma detection. 2012.:24(11); 1247–1353.

22. Heald B, Church J, Plesec T, Burke CA.Detecting and managing hereditary colorectal cancer syndromes in your practice. Cleve Clin J Med. 2012;79(11):787–96.

23. Ng SC, Lau JY, Chan FK, Suen BY, Leung WK, Tse YK. Et al. Increased Risk of Advanced Neoplasms Among Asymptomatic Siblings of Patients with Colorectal Cancer.Gastroenterology. 2012 Nov 13doi: 10.1053/j.

24. Bewtra M, Kaiser LM, Tenhave T, Lewis JD.Crohn's disease and ulcerative colitis are associated with elevated standardized mortality ratios: a meta-analysis. Inflamm Bowel Dis. 2013;19(3):599-613.

25. Andersen V, Halfvarson J, Vogel U.Colorectal cancer in patients with inflammatory bowel disease: can we predict risk? World J Gastroenterol. 2012;21;18(31):4091–4.

26. Keane MG, Johnson GJ. Early diagnosis improves survival in colorectal cancer. Practitioner. 2012;256(1753):15–8, 2.

27. Littlejohn C, Hilton S, Macfarlane GJ, Phull P. Systematic review and meta-analysis of the evidence for flexible sigmoidoscopy as a screening method for the prevention of colorectal cancer. Br J Surg. 2012;99(11):1488–500.

28. Boltin D, Niv Y. Is There a Place for Screening Flexible Sigmoidoscopy? Curr Colorectal Cancer Rep. 2012;8(1):16-21.

29. Kilickap S, Arslan C, Rama D, Yalcin S. Screening colonoscopy participation in Turkish colorectal cancer patients and their first degree relatives. Asian Pac J Cancer Prev. 2012; 13(6): 2829–32.

30. Tomlinson C, Wong C, Au HJ, Schiller D. Factors associated with delays to medical assessment and diagnosis for patients with colorectal cancer. Can Fam Physician. 2012; 58(9): e495–501.

31. Thanapirom K, Treeprasertsuk S, Rerknimitr R. Awareness of colorectal cancer screening in primary care physicians. J Med Assoc Thai. 2012; 95(7): 859–65.

32. Boyle P, Autier P, Bartelink H, et al. European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). Ann Oncol 2003; 14(7): 973–1005.

33. Summaries for patients. Colorectal cancer screening in patients after polyp removal: a survey of primary care physicians. Ann Intern Med. 2006;145(9):I26. 78.

34. Duffy MJ, van Dalen A, Haglund C, Hansson L, Klapdor R, Lamerz R et al. Clinical utility of biochemical markers in colorectal cancer: European Group on Tumour Markers (EGTM) guidelines. Eur J Cancer 2003; 39: 718–27.

35. Bast RC, Ravdin P, Hayes DF, Bates B, Fritsche H, Jessup JM, et al. 2000 Update of recommendations for the use of tumor markers in breast and colorectal cancer: clinical practice guidelines of the American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol 2001; 19: 1865–78.

36. Guittet L, Bouvier V, Mariotte N, Vallee JP, Arsene D, Boutreux S, Tichet J, Launoy G. Comparison of a guaiac based and an immunochemical faecal occult blood test in screening for colorectal cancer in a general average risk population. Gut 2007; 56: 210–14.

37. Council of the European Union (2003). Council recommendation of 2 December 2003 on cancer screening, Official Journal of the European Union (2003/878/EC, L327/34–38).

38. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer. CA Cancer J Clin 2006; 56: 11–25.

39. US Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: recommendations and rationale. Ann Int Med 2002; 137: 132–141.

40. Davies RJ, Miller R, Coleman N. Colorectal cancer screening: prospects for molecular stool testing. Nature Rev Cancer 2005; 5: 199–209.

41. Whitlock EP, Lin J, Liles E, et al. Screening for Colorectal Cancer: An Updated Systematic Review [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Oct. Report No.:08-05-05124-EF-1.U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews.

42. Gill S, Loprinzi CL, Sargent DJ, Thome SD, Alberts SR, Haller DG, et al. Pooled analysis of fluorouracil-based adjuvant therapy for Stage II and III colon cancer: who benefits and by how much. J Clin Oncol 2004; 22: 1797–1806.

43. Benson III AB, Schrag D, Somerfield MR, Cohen AM, Figueredo AT, Flynn PJ, et al. American Society of Clinical Oncology recommendations on adjuvant chemotherapy for Stage II colon cancer. J Clin Oncol 2004; 22: 3408–19.

44. Palmqvist R, Engaras B, Lindmark G, Hallmans G, Tavelin B, Nilsson O, et al. Prediagnostic levels of carcinoembryonic antigen and CA 242 in colorectal cancer: a matched case-control study. Colon & Rectum 2003; 46: 1538–44.

45. Sequist TD, Zaslavsky AM, Colditz GA, Ayanian JZ. Electronic Patient Messages to Promote Colorectal Cancer Screening: A Randomized, Controlled Trial. Arch Intern Med 2011; 171(7):636–41.

46. Sequist TD, Zaslavsky AM, Marshall R, Fletcher RH, Ayanian JZ. Patient and physician reminders to promote colorectal cancer screening: a randomized controlled trial. Arch Intern Med 2009; 169: 364–71.

Контакт: Тања Продовић, 18000 Ниш, Крајишка 11, e-mail: tanjaprodovic@gmail.com

UDK BROJEVI: 616.972-036.22(497.11)

ПОВЕРЕЊЕ – ОСНОВА ДОБРЕ МЕДИЦИНСКЕ ПРАКСЕ

Весна Томић[1]

CONFIDENCE – A BASE FOR GOOD MEDICAL PRACTICE

Vesna Tomić

Сажетак

Медицинска етика налаже да лекар, поред савремених научних знања из појединих области медицинске праксе, не сме да губи из вида пацијента као целину која поред болести пати, страхује, мисли.

Основу поверења чине емпатија и ефикасна комуникација између лекара и пацијента. Основни принципи професионалне одговорности здравствених радника су: компетенција, поштовање личности човека, хуманост, поштовање медицинског етичког кодекса.

Кључне речи: *поверење, етика, емпатија, однос лекара и пацијента.*

Summary

Medical ethics propose that a doctor besides a knowledge has to analize a whole pacient who is ill, who think, suffer and fear.

Thw base of confidence are emphatz and efficient communication between doctor and pacient.

The basic principles of proffesional responsibility are: proffesional competence, respecting personality and ethical codex of health workers.

In order to attain confidence dominant variable of psychological profile of doctors is humanity.

Key words: *confidence, emphathy, interaction doctror/patient, ethics.*

[1] Др сц. мед. Весна Томић, социјални психолог, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд.

УВОД

Медицинска професија је одувек била високо друштвено вреднована. Подразумевала је одређени социјални углед и социјални статус који су стицани доследном и кохерентном применом стандарда понашања лекара према пацијенту.

Основу поверења, у најширем контексту, чини једнак став здравствених радника према свим корисницима услуга здравствене заштите. Пожељан етички поступак здравствених радника подразумева емпатију, разумевање и стрпљење, без обзира на субјективну перцепцију и доживљавање пацијента кроз успостављање трансфера са њим. Емоционална дистанца лекара од здравствених проблема пацијента се подразумева, а разумевање и саосећајност елиминишу емоционално улагање лекара у однос према пацијенту.

Вршећи дужност, лекару је недопустиво слање вербалне или невербалне поруке кроз гестове, погледе, гримасе, висину гласа, којима би емитовао неуједначен емоционални став према пацијенту. Емпатија захтева да се целокупним обраћањем пацијенту рационално испољава став благонаклоности, разумевања и толеранције.

Историја медицинске праксе указује на чињеницу да су лекари људи од поверења. Здравље и болест су дубоко лична и емоционално обојена стања појединца, тако да је упознавање лекара са тим немогуће без поузданости пренесених информација и поверења у струку. На тој премиси заснована је психологија односа лекар–пацијент.

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да повеже садржаје поверења, као елемента интеракције лекар–пацијент, са савременим условима функционисања система здравствене заштите.

ПРОБЛЕМ

У систему здравствене заштите грађана поверење подразумева:

1. ефикасну комуникацију лекара и пацијента,
2. емпатију,
3. континуирану примену етичког кодекса лекара,
4. унутрашњу мотивацију за квалитет пружене здравствене услуге,
5. задовољство пацијента пруженом здравственом услугом,
6. поштовање људског достојанства оболелог и чланова његове породице,
7. квалитет исхода терапијског третмана.

Комплексна брига за човека, његов живот и здравље императив је медицинске професије. Сва техничка и технолошка надмоћ кроз савремене дијагностичке апарате и фармаколошка помоћ не могу да се упореде са квалитетом интеракције лекара и пацијента.

Искрена добронамерност, стрпљење и пажња посвећена пацијенту и његовом непосредном социјалном окружењу (породици) кључни су у препознавању поверења пацијента.

Проблем у данашњој медицинској пракси представља ослањање здравствених радника на омнипотенцију савремних дијагностичких и терапијских поступака, чиме се фокус њихове пажње помера са човека на болест (симптом). Тиме се губи из вида да је сваки одлазак код лекара својеврсан стресор за појединца и да у сваку ситуацију лечења особа уноси своје личне диспозиције, очекивања и здравствене потребе.

Проблем фокусирања пажње на болест и деперсонализиција пацијента у великој мери су допринели губитку поверења грађана у здравствени систем.

Лекари покушавају да ту ситуацију објасне и оправдају недостатком времена које им је нормирано по пацијенту и бројем пацијената које дневно требају да прегледају да би задовољили прописане

медицинске стандарде и норме. Покушај пребацивања лопте на терен законодавства није адекватан, јер се зна да је брига за човека отишла у други план наметањем нових принципа о подели одговорности, партнерству, јавном и народном здрављу.

Суштина проблема остаје у оквирима медицинске етике чији је императив да служи интересима здравог и болесног човека.

ПОВЕРЕЊЕ – СУШТИНА ИНТЕРАКЦИЈЕ ЛЕКАР–ПАЦИЈЕНТ

Различите улоге, различита очекивања, непрепознавање проблема и недовољна оспособљеност за превазилажење проблема комуникације потенцијално воде сложенијим последицама него што су лоша осећања и негативан афективни трансфер лекара и пацијента.

Већина пацијената нема довољно знања из области медицине да би могли да оцене оправданост и ваљаност предложеног лечења. Процењују његове ефекте пратећи колико је брзо довело до ублажавања или нестанка симптома. Иако то не значи и успех терапије у целини, болесницима доноси смирење и наду у излечење.

Истраживања показују да се у оцени стручне помоћи која им је пружена пацијенти често руководе немедицинским параметрима. Квалитет самих техничких услуга често процењују мање значајним од начина на који су им оне пружене, става лекара, његове љубазности, стрпљења да га саслуша, емпатије. Лекар који делује пријатељски, наклоњено и сигуран је у своје професионално знање оцењује се као пријатнији и компетентнији од онога који је хладан и незаинтересован.

Лекари понекад верују у супротно. Сматрају да својим ставом неприкосновеног експерта, крутим, незаинтересованим и деперсонализованим ставом према пацијенту изграђују свој ауторитет, остављају озбиљан утисак, повећавају успешност свог деловања и стичу поверење пацијента.

С обзиром на то да су у подређеном положају јер траже помоћ, пацијенти заузимају став који може да подржава овакве илузије лекара. И они и чланови њихових породица понашају се љубазно, субмисивно и послушно, задовољно, чак и захвално у непосредној интеракцији са лекаром без обзира на његово понашање.

Студије потврђују значајно неслагање између задовољства пацијента одређеном медицинском интервенцијом и лекарских процена тог задовољства.

Облици понашања који делују негативно на поверење пацијента су: неслушање шта пацијент говори или пита, коришћење медицинских термина у разговору са пацијентом и члановима породице, стављање пацијента у ситуацију да сам донесе одлуку о терапијском третману, претерано поједностављивање објашњења, деперсонализација оболелог, негативна осећања лекара, забринутост, несигурност, песимизам у погледу лечења, неуважавање људског достојанства пацијента и чланова породице.

Сваки од наведених облика понашања директно минимизира поверење пацијента у лекара.

ЕТИЧКО ПОНАШАЊЕ ЛЕКАРА И ПОВЕРЕЊЕ

Морал као специфично људски феномен форма је друштвене праксе. Услов постојања морала је човекова свест. Само свесна, сврсисходна, организована људска активност доприноси учвршћивању моралног понашања. За моралну праксу значајно је да човек води рачуна о узроцима и последицама, о успостављању односа између себе и осталих социјалних ентитета унутар заједнице као целине.

Поред свести, битан предуслов су и осећања која имплицитно подразумевају саосећања (емпатију) и осећање дужности. Све врсте афеката у склопу моралног понашања регулишу односе између људи и између појединца и заједнице.

Испољавање моралног понашања регулише и воља која је психички процес који подразумева акцију свести као усмерено, мотивисано намерно понашање и деловање човека. Воља је унутрашња борба мотива и свесног одлучивања за један од два мотива. Брзо приступање реализацији одређених мотива, одлучно разрешавање дилема представља енергичног човека јаке воље. Људи који се дуго колебају и дуго остају у недоумици нису ефикасни. Овако схваћена психичка функција воље учествује у формирању етичког профила личности.

Појам моралне одговорности има у виду не само дела, него низ различитих аспеката бихевиоралних шема: осећања, намере, навике, жеље. Реч је о унутрашњем доживљају, а не реперкусијама које представљају правне и социјалне импликације.

Морална одговорност садржана је у самом појму професионалне одговорности. Каже се да је особа морално одговорна ако је способна да испуни своје моралне обавезе, па се може сматрати кривом, кажњивом и одговорном у свим ситуацијама када поступа супротно. Правилно схватање моралне одговорности схвата се као извор аутономије морала одрасле особе.

Већина психолошких праваца дистанцира се од моралних проблема сматрајући да они не треба да се баве питањима да ли је понашање особе пожељно или непожељно са моралног аспекта.

Појам моралности разликује морално осећање, јер други појам подразумева емотивни став као доживљај према етички релевантним факторима.

ЕФИКАСНА КОМУНИКАЦИЈА И РАЗВОЈ ПОВЕРЕЊА

Данашња медицинска пракса намеће квантификацију. Броје се пацијенти, прегледи, рецепти, здравствене услуге. Бројеви као и савремене медицинске технологије неће допринети развоју, већ у великој мери пољуљаног, поверења у здравствене раднике.

Општи недостатак образовног система здравствених радника су знања и развијене вештине интерперсоналних интеракција које је неопходно инкорпорирати у редован наставни програм. Добру основу за то представљао би и рад сектора за бихевиоралну медицину при Медицинском факултету и Институту за јавно здравље Србије, али за сада тога нема ни у покушају у за то референтним институцијама система здравствене заштите.

Још увек се у нашој пракси не стичу знања из здравствене психологије, која представља солидну професионалну базу за бихевиоралну медицину и оспособљавање кадрова у хумнистичком правцу, развојем вештина интерперсоналне комуникације. Осамдесетих година у свету су направљени покушаји да се бихевиоралне науке, посебно психологија, интегришу са медицинском науком и праксом у интересу појединца и његовог здравља.

Тиме је омогућено да се човек посматра дуж континуума „здравље–болест“, а његово здравствено стање последицом деловања индивидуалних (унутрашњих, генетских) и социјалних фактора.

Ширење практичних и теоријских знања само преко вишесатних едукација (семинара) професионално је недовољно (иако многи профили едукатора могу да их званично акредитују, а и сви профили медицинских и немедицинских радника могу да их реализују).

Истраживања показују да се у зависности од врсте болести одступање од савета лекара креће од 15 до 93%. Непоштовање препорука које су дали, лекари обично тумаче некооперативношћу, недостатком поверења у предложене мере лечења и компетентност здравственог радника.

Студије показују да се пацијенти чешће понашају у складу са препорукама лекара када су упознати са природом и исходом лечења, као и када лекари показују у контакту са пацијентима више пажње, топлине и спремности да одговоре на постављена питања. Задовољство комуникацијом и при-

јатност стручњака повећавају поверење у оно што он говори, а смањују могућност за појаву понашања супротних препорукама.

ЗАКЉУЧНО РАЗМАТРАЊЕ – КОМПОНЕНТЕ ПОВЕРЕЊА

Поверење пацијента према лекару није кључан фактор његовог излечења, али је важно за одлуку о тражењу медицинске помоћи, као и придржавању датих лекарских савета и сугестија.

Компоненте поверења су:

1. Хуманост

Подразумева рад лекара у интересу пацијента и обавеза је за све здравствене раднике у систему здравствене заштите.

2. Скромност

Одговорност лекарског позива супротна је сензационализму и рекламирању. Лекар неће пред лаичком јавношћу објављивати успехе и/или резултате различитих статистика и евиденција. За саопштења научних достигнућа служе стручни скупови.

3. Етички однос

Професионална компетенција и стручно поштење као и племенитост и емпатија, доследна примена научних знања као и етичких норми, основа су поштовања међу колегама као и професионалног поверења од стране пацијената.

Неетичке особине здравствених радника које изграђују неповерење су: сујета, охолост, надменост, гордост, чекање награде за обављени рад, профит и зарада као радни мотиви, нестрпљење, нетолеранција, бахатост, осионост.

4. Лекарска тајна и поверење

Најстарији медицински записи забрањивали су лекару да одаје тајне „поверене уху, затечене очима или наслућене умом.“ Обавеза чувања лекарске тајне односи се на све здравствене раднике, посебан значај лекарске тајне је у томе што на њој почива поверење пацијената у лекаре.

Лекарска тајна је пример професионалне тајне која је везана за вршење лекарског позива – истовремено је и службена тајна. Подразумева све о болеснику, а препричавање онога што се чуло ван медицинске установе је недопустиво.

ЗАКЉУЧАК

У циљу разјашњења интеракције билошких, социјалних и психолошких фактора у одржавању здравља, настанку и току болести, истраживачи медицинских и бихевиоралних наука развијају системски приступ здрављу и болести. Он полази од основа да су сви нивои организације било ког ентитета узајамно повезани хијерархијски и да промене на било ком нивоу утичу на промене у свим осталим.

У покушају контроле свих сложених процеса који утичу на здравље и болест, истраживачи се окрећу интердисциплинарној сарадњи и сложеним статистичким методама.

Само такав приступ човеку, уз поштовање његовог идентитета и достојанства, може да доведе до креирања односа поверења између здравствене службе и пацијената, некада као и данас.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бергер, Д. и сар.: Здравствена психологија, ДПС, ЦПП, Београд, 1997.

2. Миловановић, Д.: Медицинска етика, Научна књига, Београд, 1976.

3. Вукчевић – Декић, Љ. и сар.: Етика научноистраживачког рада у биомедицини, СЛД, Медицински факултет Универзитета у Београду, 2002.

Контакт: Др сц. мед. Весна Томић, социјални психолог, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд

UDK BROJEVI: 616.972-036.22(497.11)

УЧЕСТАЛОСТ РЕПАРАЦИЈА АКРИЛАТНИХ ПРОТЕЗА НА ТЕРИТОРИЈИ ОПШТИНЕ РАКОВИЦА

Снежана Радишић[1]

A FREQUENCY OF ACRYLATE DENTURES REPARATIONS IN THE MUNICIPALITY OF RAKOVICA TERRITORY

Snežana Radišić

Сажетак

Велики број људи у нашој популацији има тотални или делимични губитак зуба. Код недостатка свих зуба индикована је тотална протеза која се ради скоро увек од акрилата и пацијенту помаже да поврати функције говора и жвакања као и физички изглед. Код парцијалне безубости може се урадити, такође, акрилатна парцијална протеза, као и визил протеза, која је од друге врсте материјала – посебне легуре. Иако се визил протеза сматра бољим решењем јер дентално преноси притисак жвакања, а акрилатна парцијална протеза привременим решењем, у нашој земљи се још увек доста ради акрилатна парцијална протеза, пре свега због своје цене и лаког одржавања.

Циљ рада је да се укаже на предности и недостатке акрилатне протезе и на значај праве индикације, затим да се на основу праћења пацијената у дужем периоду види који су најчешћи проблеми са којима се они сређу, колико често и зашто протезе пуцају (како парцијалне тако и тоталне), колико често се додају зуби и кукице у релативно нову протезу и зашто.

Истраживање је спроведено у ординацији стоматолошке протетике у Дому здравља Раковица. Укупно је обрађено 205 пацијената, од тога 90 мушкараца и 115 жена. Урађене су им 344 протезе у току 2011. године, а они су потом праћени до краја 2013. године.

Summary

A great number of people in our population have a total or partial toothlessness. A total denture, made almost always of acrylics, has been indicated with deficiency of all teeth to help a patient restore speech and chewing functions as well as a physical appearance. As for partial toothlessness, an acrylate partial denture can also be done as well as a visil one made of another kind of material – a special alloy. Although a visil denture is believed to be a better solution due to the fact that it dentally transfers chewing pressure whereas acrylate partial denture is believed to be a temporary solution, in our country an acrylate partial denture has been still often done primarily due to its price and easy maintenance.

The work aims at my pointing out the advantages and disadvantages of acrylate denture and the significance of right indication; then, on the basis of patients observation in longer period, at finding out what are the most common problems that patients come across, how often and why the dentures break, partial as well as total ones, how often the teeth and hooks are repaired into a relatively new denture and why.

The research has been carried out in the ordination of dental prosthetics in a Health Centre Rakovica. There were 205 patients in total, 90 of whom were men and 115 women. 344 dentures were made during 2011. and the patients were being observed until the end of 2013.

[1] Др Снежана Радишић, специјалиста стоматолошке протетике, Дом здравља Раковица, Београд (specialist in dental prosthetics, Health Centre Rakovica).

Резултати: Репаратуру (прелом, додатак зуба) у прве две године имао је 31 пацијент, односно 15,1% од укупног броја пацијената. Најчешћи разлог доласка пацијената је био због додатка зуба или кукица (74,2% репаратура), а преломи протеза који су се једном десили чинили су 12,9% репаратура. Вишеструко пуцање исте протезе чинило је, такође, 12,9% репаратура. Најчешће пуцају протезе, ако није у питању испуштање из руку од стране пацијента и тврда храна, које за антагонисте имају природне зубе или керамичке мостове, као и субтоталне протезе, затим парцијалне протезе са присуством два очњака. Битан је и пол, као и године живота пацијента.

Закључак: Подаци показују да акрилатне протезе не пуцају тако често како се обично мисли. Потребна је добра обука пацијента о начину одржавања и о исхрани, како би се спречили ломови протеза, као и добра процена постојећих зуба код планирања протезе да касније не би долазило до екстракција зуба и додавања зуба и кукица у протезу. Пацијенти добро прихватају акрилатне протезе, повољна им је цена, код старијих пацијената од 65 година трошкове сноси Фонд за здравствено осигурање. Лако се репарирају, тако да се пацијенти на нашим просторима радо одлучују за овај вид протетске рехабилитације.

Кључне речи: *акрилатна протеза, репаратура, рехабилитација*

Results: 31 patients had a repair (fracture, teeth addition) during the first two years, which makes 15,1% of all patients. The most frequent reason of patients' coming was teeth or hook addition – 74,2% of all repairations, followed by denture fractures that happened once which makes 12,9% of all repairations. Also, 12,9% of all repairations were by multiple breakages of the same denture. The dentures which have natural teeth or ceramic bridges for antagonists are breaking most often (if it is not due to dropping out of the patients' hands and tough food), as well as subtotal dentures, then the partial ones with presence of the two canines. The gender as well as the age of patients is of importance.

Conclusion : The data show that acrylate dentures do not break as often as it is usually thought. A good patients training about the way of maintaining and nutrition, in order to prevent dentures breakings, is necessarily, as well as a good assessment of existent teeth with a denture planning that it would not be possible later to come to teeth extraction and addition of teeth and hooks into denture. Patients accept acrylate dentures well, their price being convenient and with patients over 65 years of age expenses are covered by the Health Insrance Fund. They are easily repaired so that patients in our territory willingly decide to undergo this kind of prosthetic rehabilitation.

Key words: *acrylate denture, repair, rehabilitation.*

УВОД

Тотална безубост представља потпуни губитак зуба и тада је пацијенту индикована тотална протеза. Она се израђује од акрилата и само изузетно се ради од метала.

Ако пацијент има своје доње зубе, чешћи су преломи горње акрилатне протезе (и обрнуто). Преломи протезе су ређи ако пацијент има и у горњој и у доњој вилици протезе.

Метална протеза има већу тежину, тако да има лошију ретенцију. Она је отпорна на лом, па се ради оним пацијентима код којих се процени да постоје разлози за пуцање акрилатне протезе. У свим осталим случајевима се ради надокнада од акрилата.

Субтотална безубост значи присуство једног зуба и ту је, такође, индикована акрилатна протеза.

Парцијална протеза се ради код парцијалне безубости, значи код пацијента

са неколико својих зуба, и она може бити акрилатна или метална – од кобалт хром молибден легуре.

Метална, тзв. визил протеза, сматра се за боље решење, због денталног преноса притиска жвакања, док акрилатна протеза притисак преноси гингивално, па су честа слегања протеза. Приликом израде визил протезе потребно је добро испланирати надокнаду и имати квалитетне зубе који ће издржати притисак жвакања и ливене кукице, јер су репарације овде доста тешке. Визил протеза је редукована па је пријатнија за пацијента од акрилатне, која се не може редуковати, јер је потребно да има што већу површину да би се смањио притисак жвакања.

С обзиром на то да наши старији пацијенти имају приличан број зуба који су пародонтопатични, а не желе да их ваде, за њих није индикована метална протеза. Поред тога, цена визил протезе је прилично висока.

Акрилатна парцијална протеза је протеза избора уколико пацијент има слабији квалитет зуба, ако су зуби мало испливали, јер мање оптерећује зубе који носе кукице, може се лако репарирати и знатно је јефтинија. Она има своје недостатке, пре свега слегање и гингивално оптерећење. Покривена је од стране Фонда за здравствено осигурање па се веома често ради у нашој ординацији.

ЦИЉ РАДА

- ✓ Указати на предности и недостатке акрилатне протезе.
- ✓ Утврдити проценат пуцања акрилатне протезе.
- ✓ Утврдити проценат репарације која обухвата додатак зуба и кукице јер је дошло до вађења зуба.
- ✓ Изнети нека запажања у вези са репаратурама протеза и како их свести на најмању меру, укључујући и одговорност пацијента.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

Истраживање је спроведено у ординацији стоматолошке протетике у Дому здравља Раковица.

Укупно је било 205 пацијената, од тога 90 мушкараца и 115 жена.

Урађене су 344 протезе у току 2011. године, а пацијенати су потом праћени до краја 2013. године.

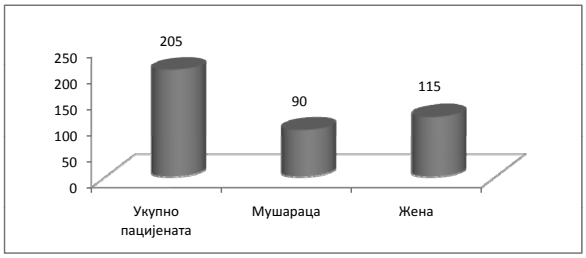
Пацијенти су по добијању протеза обучени како да одржавају хигијену, како да се хране, јер су испуштања протеза веома честа код старије популације, као и употреба неадекватне хране.

Они који се нису појавили сматрамо да нису имали проблема са протезама.

РЕЗУЛТАТИ

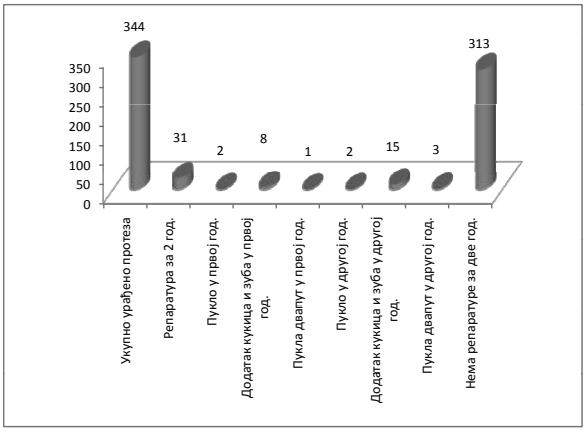
У току 2011. године направљене су 344 мобилне протетске надокнаде, код 205 пацијената, од тога 90 мушкараца и 115 жена (Графикон 1.).

Графикон 1. *Број пацијената у 2011. години, према полу.*



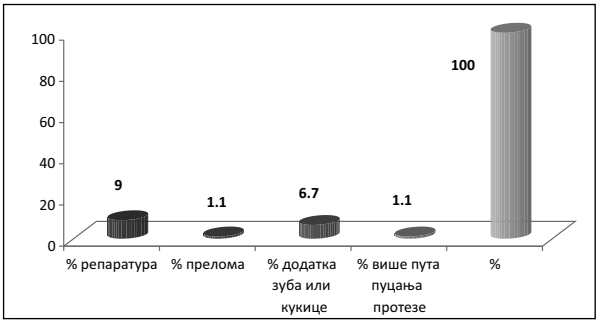
У наредне две године праћења (2012–2013) репарирана је 31 протеза, односно 9% свих протеза (Графикон 2 и 3).

Графикон 2. *Број репарираних протеза према врсти репарације у периоду 2012–2013. година.*



Најчешћи разлог за репаратуре је био додатак зуба и кукица, код 23 протезе, што чини 6,7% свих урађених протеза. У првој години праћења додат је зуб или кукица на 8 протеза, а у другој години праћења на 15 протеза.

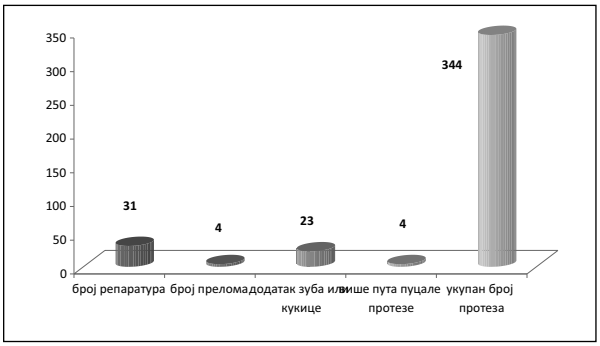
Графикон 3. *Врста репаратуре у % у односу на укупан број протеза.*



Прелом протезе је био други разлог доласка пацијената. Репаратура је рађена на 4 протезе укупно, што чини 1,1% свих урађених протеза. У првој години пукле су две протезе, а у другој години још две протезе. Код неких пацијената протеза је пукла више пута, али њих је на срећу било мало, само један случај у истој години кад је протеза направљена, а троје у другој години, што укупно чини 1,1% свих урађених протеза.

Додатак зуба и кукице представља 74% свих репаратура, а остале репаратуре биле су због прелома протезе.

У односу на укупан број урађених протеза (344), највише је било доњих парцијалних протеза (98), затим горњих тоталних (92), горњих парцијалних (78) и доњих тоталних (76).



ДИСКУСИЈА

Акрилатна протеза, било да је она тотална или парцијална, може пацијенту бити протеза избора и помоћи му да поврати своје функције – говора, жвакања, као и самопоуздање.

Неопходно је добро испланирати израду протезе, а пацијента упознати са начином рада и могућим проблемима са коришћењем протезе. При томе је битно подвући и радити на одговорности самог пацијента, због тога што је испуштање протезе најчешћи разлог њеног пуцања. Протеза може да пукне и када је лоше статички испланирана, али је испуштање протезе чешћи разлог због тога што се влажна и клизава протеза лако испусти из руке при њеном прању.

И начин исхране је битан проблем у вези са пуцањем протезе. Свака рехабилитација је озбиљан процес, па и ношење протезе, која захтева и време и труд од стране пацијента и његово постепено навикавање на протезу. Предност треба дати куваној и мало мекшој храни, јер немали број пацијената поломи протезу због тврде и неадекватне хране.

Ако су у супротној вилици природни зуби или мостови, они могу бити, такође, разлог пуцања протезе. Присутни зуби или мостови су сила насупрот протези која покрива места са извађеним зубима, те ту могу настати преломи протезе.

Код ношења тоталне протезе јавља се проблем гадљивости код пацијента. Код око 10% наших пацијената постојао је проблем са мучнином и прејаком саливацијом као последицом присуства страног тела у устима. Уз припрему пацијената за ношење протезе и давање савета како да се понашају, они углавном савладају проблем гадљивости.

Материјал од којега се израђује протеза је акрилат, а добија се процесом полимеризације течности и праха. Веома је битно да се тај поступак одради како треба у лабораторији, јер постоје пацијенти који су алергични на недовољно полимеризован акрилат. Проценат резидуалног мономера код топле полимеризације износи до 0,5%, али код хладне полимеризације која се ради код репаратура тај проценат може бити и до 5%. Зато протезу после рада треба оставити у води да се спере што више резидуалног мономера. Акрилат је иначе термоизолатор, па пацијенти који имају осетљивију слузокожу треба да скидају протезу ноћу, а ово се посебно односи на дијабетичаре.

Дијабетичари су ризична група када су у питању протетске надокнаде. Код њих су декубити много чешћи и теже се лече, пљувачка има већи проценат шећера, уста су сува, што све утиче на лошију ретенцију протезе. Декубити су најчешћи управо код овакве врсте протезе јер је она гингивално ношена. Едукацијом пацијента приликом добијања надокнаде, ови проблеми се могу свести на најмању могућу меру.

Оно што је важно напоменути је, да се ове надокнаде мењају, у просеку, на пет година. Много наших суграђана носи протезе и по 20 и 30 година, па ту долази до поремећаја оклузије, пада висине загрижаја, и веома је тешко те пацијенте поново рехабилитовати.

Многи пацијенти сами покушавају да залепе ломљену протезу, тако да после није могуће репарирати протезу у ординацији. Зато приликом преузимања надокнаде и то треба детаљно објаснити пацијенту, као и како да се понаша приликом појаве декубита или прелома.

Разговор са пацијентом је од непроцењиве важности, јер многи од њих су недовољно или погрешно информисани. Акрилатне протезе је потребно контролисати и повремено подложити због ресорпције кости која се временом јавља. Код наших испитаника њих 6 се јавило за подлагање протезе у току две године, најчешће због ресорпције кости јер су протезе рађене брзо после екстракције зуба.

Недостатак бочних зуба, зато што је то најчешћи вид крезубости у нашој популацији, сведочи о нечувању доњих молара и необавештености пацијената о њиховом значају и разлог је израде највише доње парцијалне протезе. Ако су пацијенти већ изгубили бочне зубе, посебно је важно да их што пре надоместе, јер брзо долази до спуштања загрижаја због клижења мандибуле и проблема као што су болови у зглобу, инфекција углова усана и сл.

После прве године од израде протезе, код пацијената расте број извађених зуба, па самим тим и додавање зуба у протезу. Разлози овоме могу бити разни. Некада се пацијенту остави зуб, иако није баш најбољи (потпуно здрав зуб), да би се лакше навикао на протезу или да одмах не оде у тоталну протезу (некада пацијент то тражи и не жели да вади своје зубе). Разлог за вађење зуба после израде протезе некада је због лоше процене стоматолога или се нешто десило у међувремену са зубом, па се пацијенту мора извадити зуб.

Како су пацијенти за израду протезе углавном старије особе, они су често оболели и од дијабетеса или малигног обољења; очекује се да ће код њих доћи до пропадања и затим и губитка зуба. Важно је такве пацијенте упозорити и упознати их са овом проблематиком. Треба им, такође, објаснити да, иако је лако убацити зуб и кукицу у протезу, боље је да стоматолог, у току процене и припреме, односно пре почетка рада на протези, одреди које зубе треба одмах извадити.

Да не би пацијенти некада сами кориговали кукице, треба их упозорити да то не раде, јер би дошло до пуцања жице од које је кукица израђена.

Протезе чешће пуцају код особа мушког пола због јачине мастикаторних мишића.

ЗАКЉУЧАК

Подаци показују да акрилатне протезе не пуцају тако често, како се обично мисли и када се саветује метална протеза.

Потребна је добра обука пацијената у вези са ношењем протеза, о могућности испуштања протезе на под или у лавабо и о начину исхране.

Добра процена стоматолога о постојећим зубима неопходна је код планирања протеза, како касније не би долазило до екстракција и додавања зуба и кукица у протезу.

Пацијенти доста добро прихватају акрилатне протезе и због повољне цене, а особама старијим од 65 година трошкове израде акрилатне протезе сноси добрим делом Фонд за здравствено осигурање.

Акрилатне протезе се лако репарирају, тако да и то утиче да се пацијенти највише опредељују управо за њих. У нашој земљи она је још увек протеза која се највише тражи.

Добрим планирањем, добром едукацијом, могу се избећи бројни проблеми. Потребно је информисање становништва да протезе мењају у одговарајућем интервалу из хигијенских разлога, а и због слегања и поремећаја оклузије.

ЛИТЕРАТУРА

1. Станишић Д. Тотална протеза, Веларта, Београд, 2006.

2. Ђајић В., Ђукановић Д., Орална медицина и пародонтологија, Elit-Medica, Београд, 2008.

3. Стаменковић Д., Стоматолошки материјали, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 2003.

4. Јанковић Љ., Орална медицина, Завод за уџбенике, 2001.

5. Сувин М., Биолошки темељи тоталне протезе, Школска књига, Загреб, 1989.

6. Стаменковић Д., Стоматолошка протетика – парцијалне протезе, Интерпринт, 2006.

7. Кандић М., Настић М., Везни елементи парцијалне протезе, Универзитет у Београду, Београд, 1991.

8. Тихачек Љ., Станчић И., Геронтопротетика, Кораци, Крагујевац, 2009.

Контакт: Др Снежана Радишић, специјалиста стоматолошке протетике, Дом здравља Раковица, Београд, e-mail: radisicsnezana@gmail.com

UDK BROJEVI: 616.972-036.22(497.11)

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ И ЊИХОВИХ ПОРОДИЦА

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

QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH DISABILITIES AND THEIR FAMILIES

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

Сажетак

Увод: Велики број истраживања бави се квалитетом живота здравих и болесних људи, а велики број особа са инвалидитетом, који је у порасту, пре свега због саобраћајних незгода, намеће питање њиховог квалитета живота и квалитета живота њихових породица. Према проценама УН у вези с бројем особа са инвалидитетом, око 450 милиона људи у свету су особе с инвалидитетом, а од десет становника сваке земље бар је један у извесној мери особа с инвалидитетом. Особе са инвалидитетом у Србији чине око 10% становништва, односно процењује се да у Србији живи између 700.000 и 800.000 особа са инвалидитетом.

Циљ рада је да укаже на квалитет живота особа са инвалидитетом и квалитет живота чланова њихових породица.

Метод рада: Анализирани су подаци и литература у области физикалне медицине, геријатрије, интерне медицине, неурологије, јавног здравља, квалитета живота, социјалне медицине и здравствене статистике у делу који се односи на заштиту здравља и квалитета живота особа са инвалидитетом и чланова њихових породица.

Summary

Introduction: A large number of studies concerned with the quality of life of healthy and sick people, and a large number of persons with disabilities, which is on the rise, mainly due to traffic accidents, raises the question of quality of their life and quality of life of their families. According to estimates by the UN, around 450 million people worldwide are disabled, and at least one out of ten inhabitants of each country is disabled to a certain extent. About 10% of the population of Serbia are people with disabilities, which makes between 700,000 and 800,000 people with disabilities.

The Aim Of The Work is to highlight the quality of life of persons with disabilities and the quality of life of their families.

Methods: We analyzed the data and literature in the field of physical medicine, geriatrics, internal medicine, neurology, public health, quality of life, social medicine and health statistics in the part relating to the health and quality of life of people with disabilities and their families.

Results And Discussion: The attitude towards people with disabilities throughout history has varied depending on the level of economic and cultural development, and many other circumstances. Behavior is changing and starting from a completely inhuman treatment, stigma, ignorance, passive relationship to the human social relations and social integration.

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

Резултати рада и дискусија: Однос према особама с инвалидитетом током историје мењао се зависно од степена економског и културног развоја и многих других околности. Односи су се мењали и почев од потпуно нехуманог односа, стигматизације, игнорисања, пасивног односа, дошло се до хуманог односа, друштвене и социјалне интеграције. Особе с инвалидитетом су покренуле, уз подршку пре свега чланова својих породица, важне процесе самоорганизовања ради остваривања својих права и формирале своја удружења. Особе с инвалидитетом су делом збринуте у оквиру своје породице или су смештене у одговарајуће установе намењене њима. Квалитет живота особа са инвалидитетом и њихове породице је различит и не показује јединствене резултате. Постоје истраживања која указују да брига за инвалидног члана унутар породице учвршћује њихово јединство и повезаност. То утиче на побољшање квалитета живота како инвалидног члана, тако и других чланова његове породице. Постоје и друга истраживања која указују да брига за инвалидног члана унутар породице утиче на погоршање или ређе побољшање квалитета живота инвалидног члана, а смањује квалитет живота чланова његове породице.

Закључак: При анализи квалитета живота особе са инвалидитетом и чланова његове породице, пре свега родитеља или деце, односно носиоца неге, треба имати на уму о којој се врсти инвалидитета код члана породице ради. Инвалидитет који носи са собом висок степен зависности од чланова породице нарушава и смањује квалитет живота целе породице. Инвалидитет који носи са собом низак степен зависности од чланова породице не смањује квалитет живота целе породице. Неопходна је заштита права особа с инвалидитетом и њихових породица, уз настојање да предузму све неопходне мере за побољшање њиховог квалитета живота.

Кључне речи: *инвалидитет, особе са инвалидитетом, квалитет живота, породица.*

People with disabilities, with the support of primarily members of their families, have launched important processes of self-organization in order to achieve their rights and form their own associations. People with disabilities are mostly cared for within their own families or placed in an appropriate institution intended for them. Quality of life of persons with disabilities and their families is different and it doesn't show the unique results. There are studies that suggest that caring for a disabled member of the family strengthens their unity and cohesion. It improves the quality of life of a disabled member, and other members of his family. But also, some other studies suggest that caring for a disabled member of the family contributes to poor or rarely improved quality of life of a disabled member, and reduced quality of life of his family.

Conclusion: In the analysis of the quality of life of people with disabilities and their family members, especially parents or children, or the holder of care, it's important to keep in mind what kind of disability in a family member is all about. Disability which carries a high level of dependence on family members disturbs and reduces the quality of life of the entire family. Disability which carries a low level of dependence on family members does not reduce the quality of life for the whole family. It is necessary to protect the rights of persons with disabilities and their families, and to take all measures necessary to improve their life quality.

Keywords: *disability, persons with disabilities, quality of life, family.*

УВОД

Особе са инвалидитетом у Србији чине око 10% становништва, односно процењује се да у Србији живи између 700.000 и 800.000 особа са инвалидитетом. Према проценама УН у вези с бројем особа са инвалидитетом, од десет становника сваке земље бар је један у извесној мери особа с инвалидитетом, око 450 милиона људи у свету су особе с инвалидитетом, (УН, 2008).[1] У овој популацији велики је број лица без образовања или само са основним и/или специјалним образовањем, а број незапослених већи је од 80%.[2]

Према дефиницији Међународне класификације оштећења, инвалидитета и хендикепа (ICIDH) WHO: „Инвалидитет је ограничење, смањење или испад способности извршења неке физичке активности или психичке функције примерене животном добу особе и односи се на способности, у облику сложених активности и понашања које су општеприхваћене као битни састојци свакодневног живота.“ У складу са Конвенцијом УН о правима особа с инвалидитетом, особе с инвалидитетом су оне особе које имају дуготрајна телесна, ментална, интелектуална или чулна оштећења, која у међудејству с различитим препрекама могу спречавати њихово пуно и ефикасно учешће у друштву на равноправној основи с другима (УН, 2006).[3]

Савремени живот намеће неке нове тековине, високу технологију, компјутеризацију, интернет, друштвене мреже, што отвара нове могућности свим људима, укључујући и особе са инвалидитетом. Велики број истраживања бави се квалитетом живота здравих и болесних људи.[4] Велики број особа са инвалидитетом, који је у порасту, пре свега због саобраћајних незгода, намеће питање њиховог квалитета живота и квалитета живота њихових породица.

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да укаже на квалитет живота особа са инвалидитетом и квалитет живота чланова њихових породица.

МЕТОД РАДА

Анализирани су подаци и литература у области физикалне медицине, геријатрије, интерне медицине, неурологије, јавног здравља, квалитета живота, социјалне медицине и здравствене статистике у делу који се односи на заштиту здравља и квалитета живота особа са инвалидитетом и чланова њихових породица.

РЕЗУЛТАТИ РАДА И ДИСКУСИЈА

Током историје терминологија везана за особе с инвалидитетом се мењала. Чињеница је да је терминологија која је у прошлости коришћена, када се говорило о особама с инвалидитетом, била углавном негативна и да је било уобичајено да се чак и професионалци користе неприкладним терминима када би говорили о особи с инвалидитетом (богаљ, ћопавац, ћора, лудак, кретен, идиот). То је пратило особе са инвалидитетом почев од раног детињства, а проблеми су се увећавали уколико је дете било у могућности да похађа школу. У школи су деца с инвалидитетом често била исмевана и називана погрдним именима. Данас је то у многим земљама и срединама превазиђено.

Историјски развој односа према инвалидитету

Однос према особама с инвалидитетом током историје мењао се зависно од степена економског и културног развоја и других фактора. Односи према особама с инвалидитетом су се мењали од нехуманог односа, стигматизације, игнорисања, пасивнога односа до хуманог односа, интеграције и једнаких могућности.

Постоје четири фазе у односу друштва према особама с инвалидитетом:[5]

ПРВА ФАЗА се карактерише изузетном окрутношћу према деци с оштећењима, која су према тадашњим обичајима убијана или су била продавана у ропство. Често су болесна и наказна новорођенчад излагана на милост и немилост дивљим зверима, елементарним непогодама или на други начин остављана да умру.

Такав пример је постојао у Старој Грчкој, у Спарти. Вежбе Спартанаца су почињале чак и пре рођења детета. Трудне мајке су биле обавезне да раде специјалне вежбе како би родиле снажну и здраву децу. Новорођену децу Спартанци су купали у вину како би могли да утврде колико је новорођенче било снажно и издржљиво. Онда су децу давали старијим Спартанцима, који је требало да процене колико су деца била здрава. Уколико је дете било рођено слабашно, они су га остављали на место звано Апотете. То је била нека врста примитивне еугенике. Слабашну децу која нису била јака или која су се родила као инвалиди бацали су у једну провалију планине Тајгета. Та провалија се звала Кеадас. Иако постоје записи који говоре у прилог овоме, део аутора се позива на археолошка ископавања која су доказала да у Кеадасу нису бацана слаба новорођенчад, него ратни заробљеници.

ДРУГА ФАЗА је била у доба феудализма, односно феудалном друштвеном уређењу. Овај период се, пре свега из религиозних разлога, карактерише много већом толеранцијом према инвалидности, али нажалост без пружања било какве конкретне помоћи. Брига о таквим особама била је углавном препуштена породици, која је због тога била врло често у социјалној изолацији, или што је много горе, самим инвалидима, који су препуштени сами себи били осуђени на веома тежак живот, лутање и просјачење.

ТРЕЋА ФАЗА одговара периоду прелазака из средњег века у нови век и одликује се нешто хуманијим односом према инвалидима и њиховим породицама. Хришћанско милосрђе налаже помоћ убогима и сиромашнима, отварају се домови за немоћне, старе и болесне. У овој фази историјског развоја, у периоду хришћанства, Црква, односно калуђери и калуђерице, негују сиромашне, немоћне, инвалиде и старе у манастирима, болницама које су формиране при манастирима, у њиховим кућама или у специјалним установама, као што су домови за немоћне и старе. Рад првих болница и домова за старе је у то време контролисала Црква. У хришћанској цивилизацији ослонац многих поступака у нези и лечењу налази се у Библији, где такође постоје етички принципи односа човека према човеку, према болеснима, старима и немоћнима. Ипак постоје многе предрасуде, негативни трендови и дискриминација према инвалидима.[6]

У периоду од средине XIV до почетка XVI века, у периоду хуманизама и ренесансе, друштво се окреће човеку и почиње да се интересује за инвалиде. У XVIII веку долази до промене у односу према инвалидима. У западноевропским земљама почињу да раде институције за образовање деце и одраслих особа са инвалидитетом.[7]

ЧЕТВРТА ФАЗА одговара периоду савременог доба и почиње са променама везаним за XX век, где се мења однос према инвалидима у односу на оспособљавање за рад. Терминологија везана за ову популацију се почела мењати после Другог светског рата и почињу да се уводе нови термини: особа с инвалидитетом или особа с посебним потребама. Савремени приступ је усмерен више на посебност особа с инвалидитетом него на њихов инвалидитет. Промена односа према особама са инвалидитетом је значајно повећана због великих људских жртава, рањавања и инвалидитета у два светска рата, а посебно у Другом светском рату. У периоду после овог рата инвалидитет се много озбиљније поставља као брига целе друштвене заједнице о делу своје популације и битно се мења однос према инвалидима. То се првенствено

догађа унутар националних заједница, али има и светски тренд, па у складу са тим Организација УН доноси Декларацију о људским правима 1948. године. Без обзира на то, однос људи према инвалидима у друштвеној заједници се споро мењао. Као последица тога скривано је да у породици има особа са инвалидитетом. Сматрано је да је то породична срамота, ако имају дете, брата или сестру с инвалидитетом. Сматрало се да се ради о божјој казни и да треба да поднесу то као искушење и испит њихове вере. Традиционално, постојање особе са инвалидитетом у породици правило је сметње при удаји и женидби осталих чланова породице. Код постојања особа са умереним инвалидитетом, они су били укључивани у активности и ангажовани у складу са њиховим могућностима (чување стоке и слични послови у оквиру пољопривредног домаћинства). Према особама са инвалидитетом се понашало, чак и у оквиру породице, као према слугама, избегаван је контакт и дружење са њима.

Брига о особама са инвалидитетом

Особе с инвалидитетом су покренуле уз подршку, пре свега чланова својих породица, важне процесе самоорганизовања ради остваривања својих права и формирале своја удружења. Особе с инвалидитетом су делом збринуте у оквиру своје породице или су смештене у одговарајуће установе намењене њима. Велики број особа са тешким инвалидитетом је под окриљем друштвених институција током двадесетог века, али крајем тог века се опет сугерише да се брига о њима ипак, где год је то могуће, ипак врати у оквире породице.[8] Институционализација бриге о особама са инвалидитетом је била последица развоја друштвених односа, развоја индустрије и технологије, тенденције пресељења у градска насеља и распада традиционалне породице. Савремено доба одликује то да оба родитеља раде, а деца су у дечијем вртићу, школи или студирају, тако да су околности за породицу са инвалидним чланом отежавајуће.

Квалитет живота особа са инвалидитетом и њихове породице је различит и не показује јединствене резултате. Постоје истраживања која указују да брига за инвалидног члана унутар породице учвршћује њихово јединство и повезаност, а при том утиче на побољшање квалитета живота како инвалидног члана, тако и других чланова његове породице. Постоје и друга истраживања која указују да брига за инвалидног члана унутар породице утиче на погоршање или ређе побољшање квалитета живота инвалидног члана, а смањује квалитет живота чланова његове породице. При анализи квалитета живота, како инвалидног члана, тако и других чланова његове породице, пре свега родитеља, односно носиоца неге, треба имати на уму о којој се врсти инвалидитета код члана породице ради. Инвалидитет који носи са собом висок степен зависности од чланова породице нарушава и смањује квалитет живота целе породице. То су: аутистични поремећаји, Ретов и Аспергеров синдром, поремећај хиперактивности повезан с душевном заосталошћу и стереотипним кретњама, конгенитална срчана мана,[9], леукемија, бронхијална астма, тумори мозга и др. Инвалидитет који носи са собом низак степен зависности од чланова породице не смањује квалитет живота целе породице, већ га повећава.[10]

WHO подржава концепт бриге унутар породице и равномерно укључивање оба родитеља у процес бриге о инвалидном члану. Један од могућих фактора који делују позитивно је регистровано задовољство инвалидног члана и емоционална везаност унутар породице.

Позитиван ефекат на квалитет живота породице и инвалидног члана је код породица са:

- складним односима унутар породице,
- високим социо-економским статусом,
- постојањем подршке друштвене заједнице овим породицама.

Негативан ефекат на квалитет живота инвалидног члана породице имају:

- низак социо-економски статус породице;
- нарушени односи унутар породице (пребацивања, сукоби, свађе, занемаривање, развод, одвојен живот);
- смањен број друштвених контаката;
- ако су родитељи/деца или лица која негују под стресом или депресивни;
- злостављање особе с инвалидитетом од стране лица које спроводи негу;
- непостојање подршке друштвене заједнице овим породицама.

Негативан ефекат на квалитет живота породице са инвалидним чланом имају:

- нарушени односи унутар породице (пребацивања, сукоби, свађе, занемаривање, развод, одвојен живот);
- низак социо-економски статус породице;
- ако породица има низак квалитет живота;
- ако су родитељи/деца или лица која негују под стресом или депресивна;
- смањен број друштвених контаката;
- нарушено физичко и психичко здравље чланова породице;
- неприхватање ситуације од стране осталих чланова породице који нису укључени у процес неге;
- непостојање подршке друштвене заједнице овим породицама.

ЗАКЉУЧАК

Конвенција о правима особа с инвалидитетом Уједињених нација и Акциони план Већа Европе за остваривање права и потпуно учешће у друштву особа с инвалидитетом имају за циљ побољшање квалитета живота особа с инвалидитетом у Европи.

Неопходна је заштита права, побољшање квалитета живота особа с инвалидитетом и њихових породица уз настојање да сва подручја живота и деловања буду отворена и приступачна особама с инвалидитетом.

Мере за побољшање квалитета живота особа са инвалидитетом и њихових породица:

- спровођење активне политике за људска права особа са инвалидитетом;
- усвајање међународних докумената у области права особа са инвалидитетом;
- усвајање и примена савремених стандарда на овом подручју;
- национална стратегија и законодавни оквир (закони и подзаконска акта) и контрола спровођења прописа у пракси у области људских права особа са инвалидитетом;
- активна борба за људска права особа са инвалидитетом;
- здравствена, социјална и финансијска подршка од стране државе особама са инвалидитетом и њиховим породицама;
- обезбеђивање бонитета за особе са инвалидитетом и њихове породице;
- програми и пројекти за подизање квалитета живота појединих група у различитим областима инвалидности;
- формирање група за помоћ породицама (родитељима и/или деци) у различитим областима инвалидности;
- семинари за стицање вештине за побољшање комуникације са инвалидним особама;
- унапређење знања везаних за болести, лечење, рехабилитацију и негу инвалидних особа;
- обезбеђивање едукације, образовања, запошљавање и других облика радног ангажовања особа са инвалидитетом;
- обезбеђивање што квалитетнијег институционалног трајног смештаја за особе са инвалидитетом;

- обезбеђивање мреже институција намењених особама са инвалидитетом;
- обезбеђивање мреже институција за дневни смештај особа са инвалидитетом;
- обезбеђивање мреже служби за помоћ у кући особама са инвалидитетом и њиховим породицама;
- прилагођавање стамбених, друштвених, трговинских и других јавних објеката инвалидним особама;
- прилагођавање путева и тротоара и других јавних саобраћајница инвалидним особама и друге активности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Извештај са Генералне Скупштине УН, 2008.
2. Европска агенција за реконструкцију, Студија о изводљивости за унапређење запошљавања особа са инвалидитетом у Републици Србији, 2006.
3. Конвенција УН о правима особа с инвалидитетом; усвојена на заседању Генералне Скупштине УН, 2006.
4. Кулић Љ., Арсић-Комљеновић Г., Анђелски Х., Шијан-Гобељић М., Кулић С., Investigation of life quality in geriatrics, Испитивање квалитета живота у геријатрији, Здравствена заштита, 2012; 5: 10–13.
5. Шпољар Т. Рехабилитација дјеце и омладине ометене у физичком или психичком развитку у Хрватској, Социјални рад, 1960.
6. Кулић Љ.: Здравствена нега у геријатрији, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд, 2012.
7. Пуљиз В.: Детерминанте развоја социјалне политике; Студијски центар социјалног рада, Правни факултет Свеучилишта у Загребу, 1997.
8. Nirje B., Kugel R. et Wolfensberger W., The normalization principle and its human management implications, Changes in the quality of life of people with learning disabilities who moved from hospital to live in community-based homes, 1976.
9. Goldbeck L. i Melches J., The impact of the severity of disease and social disadvantage on quality of life in families with congenital cardiac disease, Cardiology in the Young, 2006; Volume 16 / 01: 67–75.
10. Berg Werger, Perceived Subjective Wellbeing of Parents of Children with Special Need, The Journal of Special Edication and Rehabilitation, 1996; Vol. 13, No 1/2.

Контакт: Мr Лазар Јанић, dipl. ecc., на специјализацији менаџмента у здравству, Висока здравствена школа струковних студија Земун, Београд.

UDK BROJEVI: 616.972-036.22(497.11)

ОСНОВИ ЕКОНОМИКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА Економска евалуација у здравству

Драган Младеновић[1], dipl.ecc.

BASICS ECONOMICS OF HEALTHCARE AND HEALTH INSURANCE Economic evaluation in health care

Dragan Mladenović, dipl.ecc.

Сажетак

Улога и значај економике здравствене заштите огледа се у примени метода економске евалуације програма и активности у здравственој заштити и здравственом осигурању. Циљ је решавање одређених здравствених проблема на што економичнији и ефикаснији начин. То треба да омогући постизање планираних циљева са расположивим средствима, кадровима и опремом.

Методама економске евалуације добија се одговор на питање: да ли су могуће и какве уштеде у трошковима здравствене заштите. Све методе економске евалуације представљају парцијалне фазе укупне и коначне евалуације једног програма.

Да би проценили рационалност и ефикасност појединих програма или резултата рада појединих здравствених установа, потребно је исказати синтетичке показатеље који су добијени на основу основних показатеља резултата рада. Мерење резултата рада, а тиме и степена ефикасности, остварује се прецизним системом стандарда здравствених услуга и норматива медицинског рада, стандарда опреме, стандарда и норматива утрошака материјала по врстама здравствених услуга. Међутим, у здравству је ово углавном неостварљиво, због природе саме здравствене заштите, као и због тога што је сваки пацијент случај за себе.

Кључне речи: *економика, евалуација, рационалност, ефикасност, здравствена заштита.*

Summary

The role and importance of the economics of health care is reflected in the application of the methods of economic evaluation of programs and activities in health care and health insurance. The aim is to solve some health problems in the most economical and efficient way. This should enable the achievement of planned objectives with available resources, personnel and equipment.

Methods of economic evaluation receives the answer to the question whether any possible savings in health care costs. All methods of economic evaluation is partial and final phase of the overall evaluation of a program.

To assess the rationality and efficiency of individual programs or the results of certain medical institutions, it is necessary to express the synthetic indicators are based on the basic performance indicators. Performance measurement, and thus the efficiency, is carried out with the precise standards of health services and medical work norms, standards, equipment standards and norms of consumption of materials by type of health service. However, in health care this is usually unfeasible, due to the nature of the health care system, and because every patient is a case in itself.

Keywords: *economy, evaluation, rationality, efficiency and health care.*

[1] Драган Младеновић, dipl.ecc.

МЕРЕЊЕ ЕФИКАСНОСТИ РАДА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

Основне показатеље резултата рада једне здравствене установе, здравствене службе општине, региона, па и Републике, могуће је исказати синтетичким показатељима њихових вредности. То су три основна економска принципа:

- ефикасност (продуктивност, делотворност),
- економичност и
- рентабилност.

Дословна примена ових парцијалних принципа економије у здравственој делатности државног сектора није могућа због посебног карактера ове делатности (као непрофитне) и због услова под којима пружа услуге и начина на које остварује средства за свој рад.

Приближно поређење ових економских принципа са истим у здравственој делатности било би:

а) продуктивност у привреди, у здравству би упоредили и третирали као ефикасност – делотворност,

б) економичност у привреди, идентично као и економичност у здравству,

ц) рентабилност у привреди, тумачићемо у здравству као рационалност – исплативост.

Дефиниције, начин примене и мерење резултата здравствених установа на основу ова три парцијална принципа економије, прилагођена карактеру и могућностима за њихову примену у здравству, биле би:

Ефикасност (исплативост)

Ефикасност представља „обим у коме примена неке активности доводи до најбољег резултата за дате трошкове, односно одређени ниво производа или резултата рада обезбеђен по најнижим трошковима. Ефикасност је показатељ колико су добро улагања претворена у резултате или производе" (WHO, 1988).

Услове од којих зависи ефикасност у раду једне здравствене установе чине пре свега: рад здравствених радника, техничка опремљеност, унутрашња организација и подела рада, величина капацитета, локација здравствене установе и сл.

На ефикасност једне установе од утицаја су и облици накнаде за њен рад, висина те накнаде, као и начин располагања, односно расподеле оствареног прихода.

Да би једна установа остварила бољу ефикасност у раду, потребно је да има добру квалификациону структуру кадрова, добру техничку опремљеност, модерну организацију и поделу рада унутар установе, као и добру расподелу зарада према резултатима рада.

На ефикасност у раду и пружању заштите од утицаја су макроекономска стабилност делатности, кретање цена услуга и роба које установа користи у процесу рада, фискална политика, кредитна и сл.

Поред наведених услова, на ефикасност у пружању заштите има значајан утицај техничка опремљеност, која захтева замену дотрајале и увођење савремене медицинске опреме, која се брзо усавршава и исто тако брзо застарева, па се појављују захтеви за набавку нове опреме иако је постојећа још у добром физичком стању.

Ефикасност подразумева остваривање ефеката на извршењу планираних активности у ликвидирању, или сузбијању здравствених проблема, унапређујући здравствено стање становништва смањењем оболевања и сл. Ефикасност подразумева и добијање што већих ефеката на здравственој заштити становништва са расположивом техником и кадровима.

И поред тога што се циљеви ефикасности у здравству могу објаснити, веома је тешко измерити ефикасност реализације једног програма заштите, или ефиканост једне установе.

Да би могли да меримо прецизно ефикасност, потребно је да имамо јединицу мере као синтетички показатељ рада којим се може мерити обим извршења (учинак) у одређеном периоду у односу на претходни, као и да се може упоређивати са истим показатељима у истим, или сродним здравственим установама.

За постизање таквих услова за мерење резултата рада, а тиме и степена ефикасности једне установе, било би потребно утврдити прецизни систем стандарда здравствених услуга и норматива медицинског рада, стандард опреме, стандард и норматив утрошака материјала по врстама здравствених услуга. Ако би наведени услови били испуњени, онда би се рад здравствених установа могао мерити кроз заједнички именитељ и тако оцењивати и упоређивати ефикасност сваке здравствене установе и њених делова. Међутим, овај захтев у здравству је углавном неостварљив, због природе саме здравствене заштите, као и због тога што је сваки пацијент случај за себе.

У недостатку прецизних мерила за оцену ефикасности у раду и располагању ресурсима, можемо индиректно посматрати како се једна установа понаша у поштовању услова за постизање што боље ефикасности. У том циљу могу да послуже, на примеру једне болнице, следећи показатељи:

1. број извршених услуга по врстама,
2. број лабораторијских претрага,
3. степен искоришћености постељног фонда,
4. број лечених и отпуштених болесника,
5. пропусна моћ једне постеље, итд.

Све су то оријентациони показатељи који могу да се измере и временски да се упореде. Међутим, и тиме није могуће прецизно утврдити ефикасност једне установе. Као једно од мерила степена ефикасности може да послужи и однос оствареног прихода и износа бруто исплаћених плата. У овом случају степен ефикасности је утолико бољи уколико је остварени укупан приход већи од исплаћених бруто зарада и, уколико је разлика у корист укупног прихода све већа, може се сматрати да је и ефикасност рада у тим размерама већа (боља).

Ефиканост може да се дефинише и као број остварених услуга по јединици радног времена.

Ефикасност здравствених установа зависи не само од способности здравствених радника са пожељним степеном ефикасности у раду, већ и од обима и структуре потражње за здравственим услугама, што са своје стране зависи од више фактора, као што је здравствена просвећеност становништва, доступност здравствених капацитета, висина финансијских средстава фондова здравственог осигурања, висина средстава у буџетима Републике, покрајине, региона и општине, као и од материјалних могућности самих корисника здравствених услуга.

Ефикасност једне здравствене установе могуће је мерити и по систему „норма као мерило ефикасности“. Норма представља плански задатак за једног радника, или за тим радника, који треба да се изврши за одређено време. У овој методи ефикасност представља однос између нормираних и стварно обављених задатака (услуга). Однос између ових величина даје слику ефикасности.

Овај метод може да се примени само на поједине услуге, односно на поједине извршиоце, када су у питању поједине амбулантне услуге, лабораторијске анализе и претраге и сл.

Као што смо навели, принцип ефикасности налаже да се са што мањим утрошком рада, нарочито медицинског, постигне што већи број услуга, што бољи учинак уз исти или мањи рад.

Фактори од којих зависи ефикасност су бројни и различите природе. Они могу бити интерни и екстерни, које ћемо приказати на примеру једне болнице.

Фактори ефикасности интерног карактера

Фактори ефикасности интерног карактера су присутни у свакој болници (установи) и представљају снагу – способност болнице да пружа здравствене услуге. То су:

1. број, структура и ниво квалификација запослених у болници изражен кроз њихов остварени рад на пружању заштите,
2. техничка опремљеност рада,
3. систем расподеле зарада према резултатима рада,
4. капацитет болнице.

Ефикасност једне болнице (здравствене установе) зависи и од њене локације: да ли је у стању да опслужује становништво са територије за коју је основана, што зависи и од здравствених, културних и саобраћајних прилика подручја, односно да ли је локација најподеснија у погледу приступачности како би на најбољи начин биле задовољене здравствене потребе становништва. Испуњење ових захтева омогућује алокативну ефикасност било које здравствне установе.

Интерни фактори непосредно утичу и опредељују ниво ефикасности рада у болници. Тако нпр.:

- Број запослених и структура по занимању и нивоу образовања запослених у болници је основни чинилац ефикасности рада. Ако је број запослених по овим елементима у складу са задацима и капацитетима болнице и ако су обезбеђени и други неопходни услови за њихов рад, остварен је предуслов за реализацију предвиђеног обима рада и одговарајуће ефикасности по овом основу. Унутрашња организација рада је основни и директни предуслов за постизање одговарајуће ефикасности у раду болнице ако је заснована на научним и модерним принципима унутрашње организације и поделе рада.
- Техничка опремљеност рада је у модерној здравственој заштити, такође, врло важан фактор ефикасности. Од степена опремљености медицинском опремом и од примене савремене технологије (медицинске) у раду директно зависи ефикасност рада расположивог (запосленог) кадра. Данас се у медицини, нарочито у дијагностици, не може без коришћења и значајне концентрације савремене медицинске опреме високе технолошке вредности. Наравно, ова опрема мора бити по врсти и капацитету у складу са задацима болнице и потребама становништва за које болница обезбеђује здравствену заштиту.
- Систем расподеле прихода и зарада је, такође, фактор ефикасности рада. У зависности од степена стимулативности у награђивању зависи ефикасност. То значи да систем расподеле треба да представља награђивање према резултатима рада и да висина зарада непосредно зависи од обима и квалитета рада сваког појединца у болници. Лош систем награђивања је неправичан и дестимулише добре раднике због тога што се њихови резултати рада преливају у зараде других, што је равно експлоатацији.
- Капацитет болнице, као технички предуслов за рад је, такође, значајан унутрашњи фактор ефикасности. Да би капацитет болнице обезбеђивао услове за рационално и ефикасно одвијање лечења, потребно је, још у периоду изградње болнице (објекта), да се обезбеди адекватна концепција болнице у погледу величине, локације, структуре одељења и постеља, техничке опремљености и др., тако да омогући ефикасно коришћење капацитета уз економично трошење рада и средстава.

Фактори ефикасности екстерног карактера

Фактори ефикасности екстерног карактера или индиректни фактори ефикасности су они фактори који споља делују на услове рада и пословања, а преко тога и на ефикасност болнице, а на које болнице, по правилу, не могу, или врло мало могу да утичу. У нашим условима то су фактори који проистичу из наше укупне економске политике према друштвеним делатностима, као на пример:

1. Ниво средстава, која се, у складу са опредељењима економске политике, могу издвојити за здравствену заштиту. Ако су ова средства, у реалном износу, мања из године у годину, створиће се раскорак између средстава потребних за ефикасан рад болнице и средстава која се издвајају за здравствену заштиту. То ограничење истовремено спутава ефикасност рада болнице, јер су средства у целини ограничена на нивоу који није довољан, па би свако повећање ефикасности рада водило у губитак, који би се повећавао сразмерно повећању обима заштите. Са једне стране захтева се ефикасније и рационалније коришћење расположивих капацитета, што је у складу са принципима економике здравствене заштите, а са друге стране поставља се финансијска баријера, која то не допушта.

2. Цена здравствених услуга, као јединица обрачуна, појединачна цена, накнада за програм, паушал, релативне јединице, цене за поједине болести, главарина итд., такође су спољни фактор који, од облика накнаде (висине) и начина обрачуна, има одговарајуће стимулативно или обратно дејство, на ефикасност рада. Јасно је да су појединачне цене за сваку услугу најстимулативнији облик накнаде и обрачуна за здравствене установе. Међутим, оне се нерадо примењују због недостатка средстава са којима располажу фондови здравственог осигурања, буџети и други корисници здравствених услуга. Са друге стране, корисници здравствене заштите избегавају овакав обрачун и због тога што болница може, у складу са својим субјективним економским интересима, да „подешава“ број и врсту услуга, као и дужину лечења, остваривањем што већег броја болесничких дана. Истраживања вршена у нашој републици су показала, на примеру болнице, да је коришћење капацитета било врло различито у зависности од начина финансирања болничке заштите. У периоду када је уговорена цена за један болеснички дан као обрачунска јединица у регулисању економских – уговорених односа са фондовима, искоришћеност капацитета је била далеко већа од степена искоришћености када је обрачун накнаде вршен у паушалу. У првом случају, имали смо мањак болничких постеља, а у другом, када је уговорен паушал, вишак постељног фонда, односно број постеља, и поред тога што се укупни капацитет болнице није мењао. И у једном и у другом случају и ефикасност и искоришћеност нису реалне величине.

3. Инфлација је, такође, екстерни, индиректни, фактор који врло много утиче, и то негативно на ефикасност. Средства опредељена за здравствену заштиту, уколико се инфлација не обузда, обезвређују се константно у току године, што директно умањује способност болнице да функционише несметано у складу са расположивим капацитетима и потребама становништва у лечењу.

4. Стање обртних средстава и политика кредита. Здравствене установе углавном оскудевају са обртним средствима, поготову ако су она „замрзнута“ у потраживањима за пружене а ненаплаћене услуге, која се врло споро наплаћују, а понекада и не наплате, што са своје стране ремети процес рада (лечења) и успорава „промет“ болесника по једном кревету.

Свакако да постоје и други фактори који утичу, директно или индиректно, на ефикасност рада једне установе. Међутим, сматрам да су ови најзначајнији, јер имају највећи утицај, не само на ефикасност у раду здравствених установа, већ и на ефикасност и рационалност организације и финансирања целокупног система здравствене заштите и здравственог осигурања.

Напред изнета разматрања се односе у истој или мањој мери и на све друге здравствене установе.

Мерење (израчунавање) ефикасности рада

Начин израчунавања ефикасности рада, на бази финансијских показатеља, представља однос између укупног учинка (резултата – обима рада) исказаног кроз укупан приход и укупно уложеног рада, исказаног кроз бруто исплаћене зараде.

Табела 1. *Ефикасност рада у здравству Србије, у 000 .дин.*, мерено на наведени начин.*

година	укупан приход	бруто зараде (плате)	коефицијент	ланчани индекс
1981	26,720.769	11,227.952	2,38	100,00
1982	34,242.320	14,619.827	2,34	98,32
1983	42,289.813	17,437.675	2,42	96,69
1984	63,796.618	26,244.723	2,43	100,40
1985	116,386.673	50,612.256	2,29	94,20

*Наведени обрачун представља само методолошки пример.

Учинак, исказан кроз укупан приход у здравству Србије, био је у односу на бруто зараде запослених у здравству у 1981. години већи за 2,38 пута. Тај се однос повећава у наредним годинама у корист укупног прихода, то јест у правцу пораста ефикасности рада све до 1985. године, када је ефикасност опала за око 6%. До овога је дошло због тога што су зараде у здравству, после вишегодишњег опадања њихове реалне вредности, у 1985. години први пут показале известан пораст реалне вредности, па су због тога бруто лични дохоци (зараде) и заузели веће место у укупном приходу.

С обзиром на специфичност болнице, овакав начин мерења ефикасности не говори много, јер је смањивање учешћа бруто зарада у укупном приходу резултат мера економске политике у погледу контроле пораста плата. Поставља се питање да ли је и обим заштите у порасту, тј. да ли је дошло и до побољшања медицинске ефикасности, што је много значајније.

Ефикасност (продуктивност) рада болнице мерена кроз однос укупног прихода и бруто зарада (личних доходака) може бити нереална у оној мери у којој су нереално ниске плате (зараде) у здравственој делатности. Депресирањем зарада смањује се учешће вредности људског (живог) рада у укупном приходу, па се привидно стиче утисак да се повећани учинак постиже порастом ефикасности.

У условима транзиције привреде код нас, ефикасност рада у привреди мерена кроз однос укупног прихода и бруто зарада, као финансијског израза учинка (обима производње) и количине људског рада у односу на укупну производњу, такође је често нереалан метод, јер се догађа да се укупан приход повећава, делимично или у целости, по основу повећања цене произведене робе, а не по основу повећања ефикасности.

Медицинска ефикасност

У разматрању ефикасности рада болнице треба применити и методе мерења медицинске ефикасности.

Без обзира који се метод мерења ефикасности болнице примењује, мора да почива на смањењу субјективно условљених улагања у систем, а у првом реду у смањењу неоправданог ангажовања и улагања људског рада.

Медицинска ефикасност болнице може се оцењивати кроз:

1. мерења материјалних улаза у систем,
2. мерења нематеријалних излаза из система.

Медицинска ефикасност посматрана кроз материјални улаз у систем:

Мерење материјалних улаза у систем може се посматрати кроз обезбеђење: те-

хнике, односно обезбеђење услова за техничку ефикасност. Да би се обезбедила техничка ефикасност, подразумева се да свака организациона јединица (болничко одељење) адаптира потребну технику која, на датом нивоу медицинског знања, максимализује резултате рада (output) радника запослених у дотичној организационој јединици (одељењу).

Техничка ефикасност неће бити задовољавајућа ако се само располаже савременом опремом, већ се захтева да се обезбеди оптимални распоред свих расположивих ресурса (опрема, кадрови, финансијска средства) између појединих болничких јединица (одељења).

На овај начин се, поред техничке ефикасности кроз обезбеђење и других материјалних улаза у систем, стварају услови за пуно и правилно ангажовање расположивог кадра на обезбеђивању медицинске ефикасности која би се мерила кроз нематеријалне излазе из система.

Медицинска ефикасност мерена кроз нематеријални излаз:

Медицинска ефикасност болнице може се посматрати и кроз мерење нематеријалног излаза из система, односно кроз мерење output-а болнице. Предуслов за мерење медицинске ефикасности болнице на овај начин јесте дефиниција излаза (учинка – исхода) рада болнице, тј. врста и обим пружених услуга. Резултат рада болнице је тешко мерити, а прецизност мерења отежана је због тога што резултат рада (output) није хомоген. Тешко га је дефинисати у виду прецизних јединица резултата рада која се могу мерити и упоређивати.

Резултат рада болнице може се исказати као:

- индекс броја обезбеђених (пружених) услуга,
- индекс броја укупно лечених лица,
- индекс броја успешно лечених лица, или
- кроз различите показатеље за мерење здравственог стања становништва у општини, региону, Републици,

мада на стање здравља људи утичу и друге здравствене установе, као и још много других фактора претежно индиректно.

Постоје два основна начина мерења резултата рада болнице:

Први се заснива на фиксном резултату (outcome) као што су:

- број успешно лечених болесника и
- показатељи о побољшању здравственог стања, односно резултата побољшања здравственог стања лечених у болници.

Други начин мерења резултата рада узима у обзир интермедијарни резултат (исход), као на пример:

- индекс броја пружених услуга и
- индекс броја укупно лечених лица.

За мерење медицинске ефикасности чешће се употребљава интермедијарни излаз (outcome) из система, као груба мера за одређивање фиксног резултата (output).

С обзиром на то да је тешко мерити фиксни допринос болничке заштите у побољшању здравственог стања становништва, прихватљиво је да се не мери фиксни резултат (output) болнице, већ да резултате рада болнице третирамо као интермедијарни резултат (output) исказан кроз одређене појединачне врсте и број болничких услуга. У том смислу можемо да утврдимо два принципа у исказивању болничког резултата и то:

- service-mix приступ, који укључује укупан број свих услуга и укупне капацитете и
- case-mix приступ, који представља укупан број лечених лица,

када се ефикасност мери (изражава) квантитативно, онда утврђивање ефикасности представља износ:

$$П = \frac{Q}{Л}$$ при чему је П = ефикасност

Q = укупан број услуга

Л = утрошак рада

као резулат оваквог начина мерења добија се број услуга по јединици времена.

Други приступ је:

$$П = \frac{Л}{Q}$$ при чему је П = ефикасност

Л = количина уложеног рада

Q = укупан број услуга

Овим методом добија се количина (уложеног рада) по јединици услуге, што је погодније, јер се може утрошено време по јединици услуге упоређивати са планираним временом (нормативном рада).

Због потешкоћа квантитативног мерења ефикасности рада болнице, неопходно је да знамо укупан број пружених услуга и укупно утрошено време за пружање тих услуга у једној болници. Ако се то не зна, могућа су два приступа:

1. Да се саберу све врсте пружених услуга и да се поделе са укупно утрошеним временом, што ће дати врло грубу слику броја услуга по једном раднику, или радном дану. Ово је мало сигнификантно, јер је тешко наћи две историдне болнице са истом структуром услуга, да би се вршило поређење.

2. Други приступ који би био прецизнији захтева да се располаже утрошком времена за укупан број историдних услуга, који би се поделио са временом предвиђеним по нормативима за пружање тих услуга. Лоша страна овог метода проистиче из праксе да се у болници не евидентира утрошак времена по појединим врстама пружених услуга. Међутим, можда ће у појединим службама овај метод бити изводљив за мерење ефикасности, као на пример за лабораторије у којима су услуге стриктно дефинисане и раде се по стандардизованом поступку. Можда се може применити и на један број услуга у стоматологији, фармацији и др.

На основу изнетих разматрања о методама и могућностима мерења ефикасности рада болнице може се констатовати да не постоји јединствен метод за мерење ефикасности рада, који би истовремено исказивао ниво ефикасности.

Ефикасност болнице се може мерити, односно може се оцењивати, кроз више показатеља о раду и трошковима:

1. Ефикасност болнице, исказана кроз финансијске показатеље, може се третирати као однос укупног прихода и бруто зарада (плата). У овом случају бруто зараде (утрошени рад) могуће је исказивати у маси, по једном раднику, по једној услузи итд. што је ствар даље разраде овог метода. Наравно може се узети и укупан приход по раднику и сл.

2. Ефикасност болнице, мерена натуралним показатељима, може се исказати као:

- индекс броја пружених услуга: укупно и по врстама,
- индекс броја укупно лечених лица.

Када се оцењује финални резултат болнице, услуге морају бити одабране и репрезентативне, како би биле упоредиве.

Пошто ниједан од ових метода не даје праву оцену о ефикасности рада болнице, углавном због хетереогеног карактера услуга и недостатка евиденције о стварном утрошку времена по појединим врстама пружених услуга, што проистиче из специфичног карактера делатности којима се бави болница, њену ефикасност треба оцењивати комбиновањем и упоређивањем резултата рада по описаним методама.

Квалитет економике пословања болнице може се сагледати кроз јединствено посматрање и примену економских принципа: ефикасност, економичност и рентабилност (делотворност). Економија болнице треба да се цени кроз непрекидно унапређивање сва три основна принципа економије.

Мерење и праћење ефикасности, економичности и рентабилности (делотворности)

болнице омогућује лакше и прецизније планирање рада, средстава и других предуслова потребних за рад болнице и за постизање што веће ефикасности у пружању заштите.

Могући избор показатеља за мерење ефикасности једне болнице

Натурални показатељи

1. Број пружених услуга – укупно, по врстама услуга, по тиму, раднику, часу, минуту и др.

2. Број лечених (отпуштених и умрлих) лица по одељењима, исказаним по тиму, по лекару, итд.

3. Искоришћеност постељног фонда.

4. Пропусна моћ по 1 постељи, број лечених по 1 постељи за одређено време.

5. Просечна дужина лечења по одељењима, по болестима.

6.Искоришћеност операционих сала: број историодних операција за један дан, за недељу дана итд. у истом временском периоду по различитим болницама.

7. Број лекара у односу на број кревета, односно број кревета на 1 (једног) лекара, број кревета на 1 (једну) медицинску сестру.

8. Број медицинских техничара и сестара на 1 (једног) лекара.

9. Однос укупног броја медицинских и немедицинских радника.

10. Укупан број постеља у односу на број становника који болница опслужује.

11. Број тестова (лабораторијских) по 1 дијагнози.

12. Број умрлих на 1.000 лечених.

Материјални показатељи

Цена болничког дана, односно цена по појединим услугама.

1. Укупни трошкови, трошкови по 1 дану, по 1 услузи, по 1 медицинском раднику, по 1 леченом лицу.

2. Укупни трошкови по 1 постељи, одређена врста трошкова по 1 постељи.

3. Трошкови рада: бруто зараде по одељењима, по 1 раднику, по 1 услузи, по 1 дану лечења и сл.

4. Учешће трошкова у укупном у приходу (заради).

5. Учешће зарада (плата) у укупном приходу.

6. Укупна вредност основних средстава по 1 раднику, по 1 здравственом раднику, по 1 лекару.

7. Укупни трошкови амортизације по 1 дану лечења.

8. Приходи (примања) по 1 леченом лицу, расходи по 1 леченом лицу.

У зависности од врсте делатности (карактера) болнице, заинтересовани могу користити ове, а исто тако и друге показатеље који су погоднији за оцењивање ефикасности сваке болнице.

Постоје показатељи за мерење ефикасности рада и за здравствене установе ванболничке делатности, посебно за установе прве линије здравствене заштите.

Рационалност

Рационалност рада и организације подразумева, у датим условима, обезбеђење најбоље могућег третмана корисника здравствених услуга применом здравствених и економских мера, уз што мање могуће (оправдано) ангажовање свих расположивих ресурса.

Рационалност, такође, представља однос између обима, структуре и квалитета пружене заштите и кадровских, технолошких и финансијских могућности једне установе.

Када је у питању рационалност једне установе, треба имати у виду следеће:

- организацију и величину установе: ако је величина установе оптимална у односу на потребе становништва, онда установа лакше прати и контролише

здравствено стање тог становништва, а и лакше обезбеђује заштиту на територији коју она покрива својим радом, у оквиру шире поделе рада између региона, или у оквиру покрајине и Републике;

- велике здравствене установе, које су углавном специјализоване, захтевају знатно шире подручје своје делатности, што може бити и подручје целе Републике;
- медицинска и економска оправданост за једну здравствену услугу односи се на онај рад лекара и другог медицинског особља за којом постоји реална тражња, или реална потреба са становништва шире друштвене оправданости.

Рационалност у раду здравствених установа и обезбеђивање рационалне здравствене заштите зависи још и од:

- величине територије коју покрива једна установа,
- саобраћајних могућности,
- густине насељености становништва,
- од висине средстава која се могу користити за здравствену заштиту, а која зависе од економске моћи одређене општине, региона, покрајине и Републике, као и од система солидарности у оквиру територије фонда за коју здравствена установа обезбеђује заштиту.

Рационалност једне установе, или целе службе, на једној територији може се анализирати и глобалним оцењивањем, упоређујући укупно коштање и ефикасност, имајући у виду њихову величину и ресурсе са којима располаже.

Рационалност у здравству може бити успешна ако се мрежа, приступачност и подела рада дефинишу и оцењују на следећи начин:

Мрежа здравствених установа. Под овим називом подразумева се обим и структура, територијални размештај објеката, кадрова и опреме за одређено подручје, као и функционална повезаност капацитета у решавању здравствених проблема.

Рационалност мреже и капацитета подразумева и макроекономску равнотежу система здравствене заштите и здравственог осигурања, и то на начин усаглашености мреже и капацитета са захтевима и потребама становништва на одређеном подручју.

Приступачност здравствених капацитета подразумева могућност коришћења здравствених услуга, на основу територијалне и функционалне организације здравствене службе. Од приступачности здравствених капацитета зависи и могућност становника да користе услуге.

Подела рада подразумева поделу функција у оквиру саме установе, као и поделу функција између установа на једном подручју у циљу остваривања рационалности у раду на пружању заштите и бољу приступачност становника у коришћењу здравствених услуга.

Свака земља (држава – економија) богата, или мање богата, а поготову земље са неразвијеном економијом (сиромашне, или релативно сиромашне), морају строго да воде рачуна о висини и начину располагања ресурсима у здравству, с обзиром на то да је немогуће задовољити све потребе становништва за здравственом заштитом.

Када је у питању државни сектор здравствене заштите, треба водити рачуна да услуге буду једнако доступне свим лицима која имају право на ову заштиту у складу са Законом о здравственој заштити и Законом о здравственом осигурању.

Методи рационализације

Обим капацитета здравствених установа, обим и квалитет здравствене заштите, могућност коришћења здравствених услуга у складу са правима и потребама, у великој су мери у зависности од величине и политике расподеле бруто домаћег производа. Без обзира који је ниво средстава могуће издвојити из свих извора за здравствену заштиту, корисници тих средстава су дужни да са расположивим средствима поступају рационално. У том смислу, неопходно је

предвидети и реализовати мере рационализације, како на страни понуде здравствених услуга, тако и на страни потражње за њима од стране становништва.

С обзиром на то да корисник заштите, скоро по правилу, није у стању да изабере услугу, јер он нема знања за то, тежиште мера рационализације треба превасходно усмерити на регулисање (ограничење) коришћења приоритетних услуга, до мере да право корисника на избор услуга не буде угрожено, а тиме и његово здравље. У том смислу укупне мере рационализације потрошње, како на страни понуде, тако на страни потражње, могу се састојати углавном у следећим ограничењима (контроли):

- законска ограничења права на коришћење заштите и права на накнаде по основу осигурања;
- ограничавање капацитета здравствених установа, а у првом реду стационарних;
- планирано образовање (ограничавање) кадрова за потребе здравствене заштите;
- контрола потрошње лекова:

1. утврђивањем листе лекова изван које се не могу прописивати лекови, без изузетног одобрења у специјалним потребама;

2. прописивање јефтинијих лекова, ако постоје, и ако су паралелни лекови, тј. са истим дејством, односно својствима;

3. праћење прописаних лекова по појединим дијагнозама од стране ординирајућих лекара;

- ограничавање обима финансијских средстава:

1. настоји да се унапред утврди „плафон“ укупно расположивих средстава за непосредну здравствену заштиту, као и ниво средстава за поједине видове здравствене заштите, уз настојање да се обезбеди потребна здравствена заштита;

2. облици уговарања (накнаде) за рад здравствених установа, као метод ограничавања потрошње, односно лимитирање зарада здравствених установа;

- партиципација (лично учешће) корисника у трошковима приликом коришћења здравствених услуга, као мера „одбијања“ од непотребног коришћења услуга; унапређење организације рада здравствених установа, као мера рационалнијег коришћења људског рада,
- контрола трошкова за време боловања (одсуствовања са посла) која је у пракси примењивана као стручна контрола и као лаичка контрола;
- контрола понуде путем надзора над стручним радом здравствених установа утврђивањем стандарда здравствених услуга и нормирањем медицинског рада, у условима када је то могуће и изводљиво.

Могуће су и друге мере ограничења, како на страни понуде, тако и на страни потражње за здравственим услугама.

Поремећај односа (равнотеже) између понуде и потражње, може бити уравнотежен поново путем:

1. смањења потражње (доста непопуларна мера) која у суштини представља ограничавање права и могућности у коришћењу здравствених услуга;

2. повећањем понуде: боља обезбеђеност здравствене службе кадровима и капацитетима, као и

3. повећањем ефикасности у раду здравствених и других радника у здравственим установама.

Економичност

Под овим појмом подразумева се однос између резултата рада болнице или било које установе, исказан у виду укупног прихода оствареног за пружену здравствену заштиту и укупних трошкова учињених да се постигне одређени резултат, односно учинак. У овом случају то су укупни трошкови које је установа морала да учини у пружању

здравствених услуга, тј. у испуњавању својих обавеза – задатака у лечењу грађана.

У складу са тим, економичност једне установе зависи од следећих величина:

1. од укупних трошкова и издатака учињених у току пружања здравствене заштите у току једног временског периода;

2. од обима пружених услуга (заштите) и по том основу од износа реализованих прихода.

Економичност се израчунава бројевима (процентом) и представља учешће укупних трошкова у укупном приходу болнице (установе). Економичност се може израчунати за поједина радна места, за организациону јединицу или за установу у целини, у зависности од тога да ли се за посматране организационе јединице располаже потребним елементима за израчунавање економичности.

Утврђивање економичности је врло једноставно, с обзиром на то да проистиче из само два елемента: укупног резултата рада, синтетички израженог кроз зарађени новац, односно оствареног укупног прихода и укупних трошкова учињених у току рада болнице (установе) на пружању заштите.

Примера ради, даје се економичност здравствене делатности у целини у Републици и у СФРЈ, каква је била у једном периоду од пет година:

Табела 2. *Проценат учешћа трошкова у укупном приходу.**

година	у здравству СР Србије	у здравству СФРЈ
1981	40	40
1982	40	42
1983	44	42
1984	47	44
1985	49	47

*Изведени обрачун представља само методолошки пример.

Здравствена делатност у СР Србији остварила је исти ниво економичности пословања у 1981. и у 1982. години (40 динара учињених трошкова за сваких 100 динара оствареног прихода). Почев од 1983. године ниво економичности опада. У 1983. години утрошено је 44 динара, у 1984. – 47, а у 1985. – 49 динара за сваких 100 динара прихода. Тенденција погоршања нивоа економичности, само нешто блажа, била је карактеристика и за здравствену делатност у Југославији у целини у тим годинама. Узроци овог пада економичности могу да буду многобројни и захтевају пажњу и анализу.

Економичност зависи од квалитета понашања и трошења средстава у процесу рада. С обзиром на то да је економичност однос између постигнутих резултата и учињених трошкова, штедња је основ и начин на који се постиже већи ниво економичности.

У раду здравствених установа на пружању заштите постоје одређене врсте трошкова на којима се може штедети, односно постићи уштеда и то:

- унапређење унутрашње организације рада омогућује елиминисање неефикасног трошења времена чиме се повећава радни учинак, а тиме смањују трошкови по јединици услуге и истовремено повећава приход;
- савеснији рад сваког појединца омогућује да се максимално поступа рационално у трошењу лекова, санитетског материјала, енергије, хране, опреме итд., што се позитивно одражава на висину трошкова у смислу њиховог смањења у апсолутном износу или успоренијег пораста који би се остварио без предузетих мера штедње;
- рационална набавка репроматеријала за рад установа омогућује да се обим заштите остварује уз што ниже трошкове.

С обзиром на значај трошкова за лекове, који су са напредовањем медицинске науке и технологије све скупљи, све земље обраћају посебну пажњу на трошкове за лекове, као и начин употребе лекова. Праћење начина прописивања и коришћења лекова није значајно само са аспекта трошкова по овом основу, већ то има и дубински медицински значај. Прописивање лекова од стране појединаца – ординирајућих лекара, говори не само о томе како се располаже лековима,

имајући у виду њихову доста високу цену, већ се на тај начин остварује услов за оцену способности лекара да прати савремену медицинску доктрину у лечењу појединих болести. Тако се утврђују евентуалне разлике између појединих лекара у лечењу појединих болести, врсте и количине прописаних лекова за исту дијагнозу (болест) као и висину трошкова лечења од исте болести.

У току рада установе морају да рачунају на такву врсту трошкова на чију висину не могу да утичу или веома мало, као на пр.:

- амортизација, када се трошкови амортизације обрачунавају по временском систему;
- трошкови енергије, огрева, осветљења, чистоће, одржавања уређаја, апарата, зграде и сл.;
- трошкови кирије, порези, таксе и др.

То су трошкови који имају фиксни карактер или претежно фиксни и који не зависе, или врло мало зависе, од обима заштите, односно од остваренog учинка. Промене у обиму заштите не условљавају и адекватне промене у висини тих трошкова.

Пораст било којих трошкова установе, како оних чија висина зависи од обима заштите и на које се свесном вољом и одговарајућим штедљивим радом у одређеној мери може утицати, тако и пораст фиксних и релативно фиксних трошкова, аутоматски утиче на смањење нивоа економичности ако истовремено није дошло и до адекватно већег укупног прихода, односно пораста учинка.

За правилну интерпретацију економичности потребно је имати у виду следеће односе и услове:

- већи учинак – укупан приход са истим трошковима даје већи степен економичности;
- исти учинак – укупан приход са мањим трошковима даје такође већи степен економичности, и обратно
- исти или мањи учинак – укупан приход са већим трошковима за његово остварење даје пад нивоа економичности.

Фактори који одређују степен економичности једне болнице, или било које здравствене установе, могу бити услови пословања, тј. услови под којима установа стиче приход. Овде су од прворазредног значаја накнаде за рад, како по висини тако и по облику, што уствари представља начин вредновања резултата рада. Учинак исказан новчано – укупан приход – врло често није у складу са резултатима рада (обим и квалитет заштите), а на штету установе, јер, због недовољних средстава, корисници услуга, углавном фондови здравственог осигурања, одређују депресиране накнаде (цене). Уколико у уговорном периоду дође и до пораста цена енергије и услуга, које установе користе у процесу рада, то неминовно повећава трошкове и раскорак између трошкова и укупног прихода. На повећање цена роба, енергије и услуга које установе користе у раду, не могу или веома мало могу да утичу.

На ниво економичности једне установе од утицаја су још и:

- начин (облик) степен унутрашње организације рада;
- обим расположивих капацитета, њихова структура у односу на захтеве становништва и начин и степен коришћења капацитета;
- асортиман и карактер предмета рада, начин коришћења и услови набавке;
- број и квалификациона структура запослених у установи.

На економику пословања од утицаја су и многи други објективни и субјективни фактори и однос према њима од којих зависи укупан приход (вредност остваренog обима заштите) и укупни трошкови, на пример: изостанци са посла, слаба дисциплина у раду, како се рукује средствима, како се одржава опрема и др.

На основу изнетих разматрања о значају, начину израчунавања – мерења нивоа економичности у раду, свака појединачна установа може да сагледа свој ниво економичности, да прецизно утврди субјективне и објективне факторе који утичу на степен економичности и да, у складу са тим, предузме потребне мере за повећање штедње у раду и у располагању ресурсима. Ако је основни узрок ниске економичности нереална ниска накнада (цена), треба обновити процес ревизије уговорене накнаде.

Рентабилност (делотворност)

Рентабилност (делотворност), као трећи парцијални израз (принцип) економије, такође је и основни принцип који означава однос између оствареног финансијског резултата, у случају здравствених установа, између оствареног дохотка и укупно ангажованих средстава (основних и обртних) за остваривање дохотка. Тај однос, у ствари, представља количник између ових вредности. Тај однос, у суштини, представља вишак прихода над расходима. Остварење што боље рентабилности лежи у захтеву да се са што мањим ангажованим средствима достигне што бољи финансијски резултат (што већи приход).

С обзиром на то да се рентабилност манифестује кроз реализацију (продаја, пружање и наплата) услуга, остварење рентабилности је у директној зависности, поред нивоа економичности каква се остварује, и од облика накнаде за пружене услуге. Цена, односно накнада за пружене услуге и њена висина, директно утиче на ниво рентабилности. Што је облик цене стимулативнији за рад и што је цена већа, рентабилност је утолико већа. Са тог становишта здравствена установа је у принципу заинтересована да има што стимулативније облике награђивања уз што веће цене за пружене услуге.

Међутим, цене (накнаде) за здравствене услуге се формирају мимо тржишта и често нису у складу са вредношћу и квалитетом рада уложеног у пружање услуга. Цене здравствених услуга одређују се у складу са расположивим средствима у фондовима здравственог осигурања и у буџетима општина, покрајине и Републике која су одређена буџетом за сваку годину. У складу са вишегодишњом политиком у ранијем периоду, средства за здравствену заштиту су стално депресирана и одређивана на нижем нивоу од неопходно потребног. У таквим условима рентабилност здравствених установа је ниска, а најчешће је и нема, у зависности од тога на ком су глобалном нивоу одређена средства за здравствену заштиту становништва.

Према томе, рентабилност здравствених установа, с обзиром на услове у којима оне остварују укупан приход, може да зависи врло мало од самих здравствених установа. Наравно, то су специфичности здравствене делатности која у нашим условима не послује као профитна делатност. Међутим, да би здравствена делатност била у стању да обезбеди адекватну репродукцију и одређени развој, то подразумева реалније вредновање здравственог рада по унапред одређеним критеријумима.

Може се закључити да се повећање рентабилности постиже усклађивањем односа између оствареног дохотка и ангажованих средстава. На остварење рентабилности од највећег су значаја:

- повећање коефицијента обртних средстава,
- обезбеђивање услова за остваривање економичности и ефикасности,
- повећање цена – накнада.

Повећање коефицијента кружења обртних средстава убрзава процес пружања заштите, што има за резултат смањено ангажовање средстава, а тиме повећање ефикасности. Повећање коефицијента обртних средстава у здравственој заштити је веома деликатно питање, јер се процес пружања заштите веома много разликује од процеса производње и репродукције у производним

делатностима, који остварују средства на основу утакмице на тржишту роба и услуга.

Стална примена принципа економичности и ефикасности у раду и у коришћењу ресурса у пружању здравствене заштите најбољи је пут и начин остварења уштеда и да се постојећим средствима постиже максимум могућег обима заштите.

ЕКОНОМСКА ЕВАЛУАЦИЈА У ЗДРАВСТВУ

Улога и значај економике здравствене заштите у великој мери се огледа у садржају и примени метода економске евалуације програма и активности у сектору здравствене заштите и здравственог осигурања, а све у циљу решавања одређених здравствених проблема на што економичнији и ефикаснији начин. То треба да омогући постизање планираних (жељених – прописаних) циљева са планираним (расположивим) средствима, кадровима и опремом.

Методе економске евалуације треба да нам пруже одговор на питање: да ли су могуће и какве уштеде у трошковима ако се организовано и плански приступа решавању одређених здравствених проблема становништва (појединих добних група), и у остварењу постављених циљева на побољшању здравственог стања, или отклањању одређених болести и сл.

У ствари, све методе економске евалуације представљају парцијалне фазе укупне и коначне евалуације једног програма. Економска евалуација превасходно процењује улагање (input) у систем и резултате (output) која се могу очекивати на основу предвиђених улагања.

Да бисмо могли да процењујемо рационалност и ефикасност појединих програма или резултата рада појединих здравствених установа или врсте установа, потребно је најпре да наведемо основне методе економске евалуације, њихову суштину, садржај и начин примене од којих зависи оцена о степену очекиване рационалности и ефикасности.

У основама и циљевима економике здравствене заштите, констатован је њен основни циљ и централно питање ефикасности у раду и рационалности у коришћењу укупних ресурса у области здравствене заштите. То је азбука економике здравстене заштите.

Ефикасност као метод економске евалуације

Ефикасност је однос између постигнутих резултата и уложених финансијских средстава, ангажованог рада, опреме и др. Ефикасност је метод економске евалуације који нам омогућује да оцењујемо резултате добијене од уложеног новца (трошкова) или количине рада. Ефикасност подразумева постизање максимално могуће добрих резултата за уложена средства, рационално коришћење рада, финансијских средства и опреме у реализацији одређеног здравственог програма (активности). „Обим у коме примена неке активности доводи до најбољег резултата за дате трошкове, односно одређен ниво производа и резултата рада обезбеђених по најнижих трошковима. Ефикасност је показатељ колико су добро улагања претворена у резултате, или производе" (WHO, 1988).

Ефикасност можемо оцењивати као:

Медицинска ефикасност

Мерење и оцењивање медицинске ефикасности захтева утврђивање критеријума за мерење директне медицинске ефикасности:

специфични критеријуми служе за мерење исхода по свакој болести посебно,

глобални критеријуми који служе за мерење смањења морбидитета, морталитета и сл.

Економска ефикасност

Економска ефикасност се утврђује на основу:

1. принципа економске ефикасности у периоду конституисања система (изградња и опремање објеката),:

- утврђивање оптималне концепције објекта,
- утврђивање оптималне локације објекта,
- утврђивање оптималне величине објекта,
- утврђивање најекономичнијег начина изградње објекта,
- утврђивање оптималне висине средстава потребних за изградњу и опремање објекта, или било које здравствене установе.

2. принципа економске ефикасности у раду једне здравствене установе који зависе од:

- смањења евентуално субјективно условљених улагања,
- утврђивања мера за оцену ефикасности кроз:
  - мерења материјалних улаза у систем (input),
  - мерење нематеријалних излаза из система (output).

3. остварење резултата једног здравственог програма у односу на планирана и уложена финансијска средства, уложени рад, односно планирано време за реализацију усвојеног програма.

Економску ефикасност у здравству је релативно лако дефинисати и релативно лако утврдити, ако се под тим подразумева: постизање истих ефеката (резултата) уз ниже трошкове, или већих (резултата) уз исте трошкове. Као основ за поређење може се узети предрачун (план, буџет) трошкова једног програма у односу на остварене трошкове.

Користи од реализације једног програма могу се исказати као:

1. уштеда у финансијским средствима, упоређујући уложена средства и економску (предрачунску) вредност програма;

2. директна здравствена корист становништва, која не може да се искаже финансијки прецизно;

3. уштеде у будућем раду на заштити становништва по основу остварених циљева и решених одређених здравствених проблема реализацијом програма у претходном периоду.

Пример таквих резултата у нашој пракси су: ерадикација маларије, трахома и ендемског сифилиса.

Рад и све већа заступљеност приватне праксе у Србији представља конкуренцију државном сектору здравствене заштите и изазива подстицај за ефикаснији рад са циљем да се здравствена заштита обезбеђује квалитетније и ефикасније, што у суштини побољшава економску ефикасност државног сектора здравствене заштите.

Техничка ефикасност

На постизање укупне ефикасности рада од утицаја су и захтеви да свака здравствена установа, и поједини њени делови, обезбеде медицинску и другу технику у складу са степеном стручности расположивог кадра, са циљем да се максимализује резултат рада (излаз из система) са ангажованим ресурсима. Техничка или оперативна ефикасност има за циљ да се са оптималним капацитетом обезбеде жељени ефекти са што нижим трошковима.

У суштини, техничка ефикасност је исто што и однос трошкова и ефеката неког програма, при чему је за сваку дату количину резултата износ улагања коришћен за његову производњу минимизиран.

Од начина и односа ангажовања расположивих финансијских средстава за:

- примарну здравствену заштиту и здравствену заштиту од општег интереса,
- куративну здравствену заштиту и за

- изградњу и опремање здравствених капацитета (капиталне инвестиције такође зависи квалитет техничке ефикасности целокупног система здравствене заштите.

Алокативна ефикасност

Алокативна ефикасност захтева да се расположиви ресурси (опрема, кадар, финансијска средства) оптимално распореде (ангажују) између појединих установа или њених делова унутар установе, као предуслов за њихово оптимално коришћење.

Алокативна ефикасност омогућује да се капацитети распореде и ангажују у складу са стварним потребама, као предуслов да се задовољава ефикасније и јефтиније управо она заштита која је становништву најпотребнија.

Административна ефикасност

Административна ефикасност се заснива на савременом менаџменту у здравственим установама и у фондовима здравственог осигурања, што захтева посебно школован кадар за ову функцију.

Да би се одредила варијанта планирања и извођења плана, која обезбеђује максимално задовољење планираних циљева, приступа се одабирању врста мерења корисности, која обезбеђује најбоље резултате.

То су познате методе:

1. анализа трошкова и користи и
2. анализа трошкова и ефикасности.

Постојање приватне праксе у нашем здравственом систему и појава више врста осигурања, која укључују и здравствено осигурање, утиче на административну ефикасност с обзиром на могућност конкуренције.

Методе економске евалуације у области здравствене заштите

Евалуација је прецизно планиран научни процес утврђивања (оцене) успеха, односа резултата у реализацији одређеног здравственог програма: да ли су спроведене планиране активности и како су утрошена планирана финансијска средства за реализацију програма, као и оцена очекиваних резултата у односу на планирани обим и квалитет здравствене заштите. Конкретније, економска евалуација здравствених програма има за циљ да утврди улагања у реализацију једног програма и какви су остварени резултати у односу на обим и квалитет тих активности предвиђених здравственим програмом.

Значај економске евалуације здравствених програма на здравственој заштити становништва је све већи и све актуелнији због константног пораста потреба за здравственом заштитом и све већих тешкоћа у обезбеђивању потребних средстава за њихово задовољење. Економске анализе су просто незаменљиве за процену ангажовања финансијских средстава у припреми, изради и реализацији усвојеног здравственог програма.

Облици економске евалуације у здравственој заштити

Облици економске евалуације огледају се у једном броју економских анализа помоћу којих се долази до жељених резултата о томе колика су средства и како уложена, какви су резултати постигнути и сл.

Анализа трошкова и добити (Cost benefit analysis)

Анализа трошкова и користи, како јој име каже, бави се израчунавањем користи од појединих здравствених програма у односу на трошкове уложене за реализацију тог програма. Овај метод анализе има за циљ да придобије надлежне државне органе и фондове здравственог осигурања

да учествују у финансирању појединих програма за које се претпоставља да ће добит на здравственој заштити бити адекватна уложеним средствима, односно да ће реализација програма коштати знатно мање од стихијског одвијања рада на решавању идентификованих здравствених проблема.

Анализа трошкова и користи (добити) примењује се у многим областима друштвене активности, успешније и у дужем периоду, бар када је у питању примена у економски напреднијим земљама.

Када се утврди програм за решавање одређеног здравственог проблема, на основу медицинске науке и праксе, поставља се питање да ли тако утврђени програм може да се реализује и да да боље економске ефекте од неких алтернативних могућности (програма), који имају исти циљ. Настоји се да се оцени који ће програм, уз иста улагања, дати повољније ефекте, односно очекиване ефекте, уз ниже трошкове.

У условима ограничених финансијских средстава настоји се да се постигну што бољи резултати реализацијом циљева и задатака из програма, као и да се донесе одлука чему ће се дати предност. Наравно, код оцене приоритета и могућих користи не може се доносити оцена искључиво само економским мерилима. Економика здравствене заштите је уско повезана са стручњацима социјалне медицине, који својим учешћем оцењују и социјалномедицинске користи од усвојеног програма. Долази се до комбинације социјалномедицинских и економских предности. С обзиром на карактер заштите, не могу увек бити доминантни економски ефекти програма.

Анализу коштања и добити у здравству треба примењивати и на основу ње доносити оцене уз велике резерве и предострожности у оцени. Првенствено због тога што се улагање у програм (input) може прецизно утврдити, док је случај оцењивања добити (исхода), односно резултата од реализованог програма, врло тешко оценити и изразити финансијски. Поставља се питање да ли се и у којој мери резултати програма могу оценити и исказати финансијски, а да се не оспоре медицинске и етичке норме у начину оцењивања реализованог програма. Зато економисти треба да воде рачуна да се резултати (добит) реализације једног програма финансијски квантификују само у случајевима када је то могуће.

Питање избора приоритета у потребама на здравственој заштити и њихово што економичније решавање поставља се све актуелније, поготову ако се повећава раскорак између потреба и расположивих могућности за њихово задовољење. У том смислу, једнако су заинтересовани и даваоци и корисници здравствених услуга за што ефикасније коришћење расположивих ресурса.

Задатак је економике здравствене заштите да оцени најекономичније начине решавања (задовољења) здравствених потреба, применом принципа планирања у изради програма и метода економске евалуације трошкова и очекиваих економских и здравствених користи реализацијом једног програма.

Анализа односа трошкова и добити је покушај да се на студиозан начин оцени (утврди) однос између уложених финансијских средстава и очекиване добити. Добит се исказује у новчаној вредности, ако је то могуће, или у виду користи у побољшању здравственог стања или као елиминација трошкова као последица постојања одређених болести.

Анализа односа трошкова и ефеката (Cost effectivnes analysis)

Док се анализом трошкова и користи жели утврдити економичност и економска прихватиљивост једног здравственог програма, у смислу утврђивања приоритета у здравственој заштити, дотле се анализом трошкова и ефеката обезбеђују оцене о избору најприхватљивијих метода и здравствених мера за постизање пре-

двиђених циљева из усвојеног здравственог програма. То подразумева оцену алтернативних могућности и мера за постизање програмских циљева, уз што мање трошкове и уз што рационалније ангажовање укупних ресурса у здравству.

Узмимо као пример „Програм за смањење кардиоваскуларних и других масовних незаразних болести“, који има за циљ постизање што већих ефеката са расположивим средствима, што је у зависности од тога да ли су правилно утврђени фактори ризика: пушење, висок крвни притисак, вишак телесне тежине и сл., као и од тога да ли су одређене најпогоднije организационе и медицинске методе за сузбијање наведених фактора ризика који изазивају оболевања уз велике економске и социјалне губитке.

Након квантификације трошкова и ефеката, и оцене о томе којим се мерама може постићи предвиђени циљ са минимумом трошкова, доноси се одлука о алокацији ресурса потребних за реализацију усвојеног здравственог програма.

Анализа трошкова и ефеката слична је анализи трошкова и добити, с тим што анализа трошкова и добити настоји да утврди економске предности и уштеде у реализацији једног програма, док се анализом трошкова и ефеката настоји да се одаберу медицинске мере и технике које ће дати најбоље резултате реализацијом усвојеног програма. У том смислу, економисти треба да остваре пуну сарадњу са стручњацима социјалне медицине, а по потреби и са другим медицинским струкама.

Ова анализа се користи само за израчунавање директних трошкова насталих ради реализације усвојеног здравственог програма. Анализира се цена програма (директни трошкови) и ефективност програма за период за који је предвиђено извршење програма.

Ефективност једног здравственог програма цени се не по утрошеним средствима, већ по томе како су и у којој мери остварени постављени циљеви на здравственој заштити становништва.

Cost effectivnes analysis користи се често у случајевима када се кроз анализу трошкова и користи не може прецизно утврдити постигнута корист у побољшању здравственог стања становништва у елиминацији одређених здравствених проблема, па се у том случају оцењује износ директних трошкова за реализацију одређеног здравственог програма. Другим речима, оцењује се финансијска исплативност једног програма.

Да би разликовали улогу и значај ових анализа, које су доста сличне, треба рећи да је:

- *ефикасност* однос између резултата (output-a) и средства (input) која смо уложили са циљем да се програм реализује са што мање ангажовања свих расположивих ресурса и време ангажовања на остварењу програма, док је:
- *ефективност* оцена користи од реализованог програма у односу на ангажоване ресурсе.

Примена анализе односа трошкова и ефеката у реализацији здравственог програма

Свака политика, у складу са циљевима које треба постићи на здравственој заштити становништва, захтева њено уобличавање у акт за извођење, а то је планирање, односно програмирање здравствене заштите.

Да би се остварile активности које треба предузети у правцу остварења предвиђених циљева, потребно је сагледати начин остварења активности из предвиђеног програма. Начин припреме програма и мере за његово остваривање представљају стратегију за извођење предвиђеног здравственог програма.

Планирани обим заштите ради остварења предвиђених циљева захтева економске, кадровске и организационе способности. У

том циљу, примењују се методе економске анализе, а једна од њих је, као што је наведено, анализа односа трошкова и ефеката (Cost utility analyssis). Ова анализа се примењује да би се дошло до одговора, када је то могуће, који су најнижи трошкови (издаци) са којима се може реализовати одређени здравствени програм. Економски разлози захтевају, како у погледу финансирања здравственог програма, тако и у свим деловима (активносима) на пружању здравствене заштите, да се те активноси остварују и то рационалним располагањем финансијским средствима, као и свим ресурсима здравствене заштите.

За оцену успешности и оцену потребних трошкова за реализацију једног здравственог програма, често се користе економске анализе, а најчешће анализа трошкова и ефеката. Ова анализа се примењује у оцени трошкова потребних за реализацију конкретног програма, или више програма, и да се из анализе потребних трошкова и предвиђених мера рационализације одреди који циљеви и програми здравствене заштите имају приоритет у реализацији. Том приликом узимају се у обзир и оцењују све врсте input-а који утичу на висину трошкова и све врсте output-а који омогућују реализацију програма и његових циљева на побољшању здравственог стања становништва региона, дела популације, или читаве популације.

Крајњи циљ анализе трошкова и ефеката је да се оцени који расходи су неопходни и који се здравствени циљеви остварују (постижу) са оцењеним расходима, упоређујући output са вредношћу input-а. У овој анализи, када се процењују трошкови потребни за реализацију здравственог програма (input) узимају се тржишне цене роба и услуга које се троше у извођењу здравственог програма.

Израчунавање (утврђивање) ефеката на основу ове анализе није нимало лако ни једноставно, када је у питању оцењивање ефеката од реализације једног програма. Пре свега зато што се здравствена активност често мора одвијати независно од економске ефикасности, због тога је њено деловање и употреба ограничена. Поред тога, тешко је прецизно утврдити и јасно дефинисати ефекте реализације програма, јер се ефекти побољшања здравственог стања тешко могу измерити. Довољно је ако је програм успешно реализован и ако су постављени циљеви на здравственој заштити становништва постигнути на начин и у обиму како је то програмом предвиђено.

Код ове анализе веома је важно планирати и водити рачуна о расходима за реализацију програма, с тим да ови трошкови буду стварно потребни за успешно остварење програма и за постизање планираних здравствених циљева. Због ове специфичности, примена анализе трошкова и ефеката у планирању и процени трошкова и резултата програма је веома ограничена, јер је у здравственој заштити веома тешко утврдити стварне ефекте једног здравственог програма, а нарочито економске. Зато је ова анализа често веома потребна, али тешко изводљива, као и што је некада лако изводљива, али у тим случајевима није и неопходна.

Анализа односа трошкова и користи (Cost utility analysis)

Економска анализа трошкова и користи (Cost utility analysys) јесте анализа која нема за циљ да искаже новчане користи од реализације једног програма, јер је то врло често и немогуће. У овој анализи прибегава се оцени исхода (резултата улагања) у виду појединих користи: побољшање хигијенских услова живота и рада, побољшање социјалних услова живота, а тиме и квалитета животних услова (Quality Adjusted Life Years -QALYs).

Анализа минимизације трошкова (Cost Minimalisation Analysis)

Као метода економске евалуације полази од претпоставке да су ефекти две интервенције, услуге или програма исти, па се

онда пореде трошкови њиховог извођења и тражи се јефтинија алтернатива (Drummond, Stoddart, Torrance, 1990).

Ако се процени да су ефекти два програма једнаки под истим условима извођења, доноси се одлука о прихватању програма који захтева ниже трошкове реализације.

Опортунитетни трошкови или најповољнија варијанта цене коштања (oportunity cost)

У оквиру анализе трошкова, поред напред наведене, помињу се и опортунитетни или алтернативни трошкови. Опортунитетни или алтернативни трошкови се разликују по томе што нису стварни, односно реализовани трошкови, као све друге врсте трошкова у пружању здравствене заштите.

Трошкове (буџет) једног програма треба упоредити са процењеним трошковима другог здравственог програма и на основу тога донети одлуку који се програм може остварити са мање трошкова, или у краћем року и донети већи резултат на пољу здравствене заштите. У питању је оцена о томе у који програм треба улагати средства.

Опортунитетни или алтернативни трошкови, као метод процењивања и доношења најрационалније одлуке, заступљени су скоро у свим делатностима и на свим нивоима одлучивања. Једна општина, град или регион може се наћи у потреби да изгради болницу или дом здравља, а истовремено има акутну потребу да сагради мост, или неки производни објекат. У ситуацији кад нема средстава за све потребе, надлежни органи ће процењивати трошкове за обе инвестиције и вагати за коју ће се инвестицију одличити, имајући у виду рок изградње, уштеде у трошковима и изградњу оног објекта који ће за најкраће време и на најбољи начин задовољити потребе становништва и дати му приоритет у изградњи.

Суштина ове методе је упоредити потребе и процењене трошкове и користи, које се очекују од предвиђене изградње и какве се уштеде могу остварити. Ова анализа омогућује доношење глобалних одлука о потреби развоја и о приоритетима у задовољењу појединих потреба. Такве одлуке доносе:

- када су у питању оцене између два програма из области здравствене заштите, органи здравствене заштите надлежни за усвајање и финансирање тако усвојеног програма,
- када су у питању програми изван здравствене делатности, одлуке доносе изабрани представници становника (посланици) у скупштинама општина, покрајина или Републике.

При томе посланици су дужни да поштују мишљење и препоруке стручњака, који су на основу стручно научних мишљења, предложили приоритете, али исто тако морају да поштују и вољу и мишљење бирача, који кроз доприносе и порезе обезбеђују средства за финансирање једног или другог програма.

Због карактера проблема, интереса и могућности за решавање констатованих потреба, а и користи од предвиђених активности, ови трошкови се називају још и алтернативни трошкови.

Буџет – буџетско финансирање програма

Буџет је метод утврђивања предрачуна потребних финансијских средстава или финанисјки план за извршавање одређног здравственог програма, односно планираних здравствених активности.

Средства из буџета за потребе здравствене заштите обезбеђују се и односе се на територију за коју је сачињен програм, што може бити Република, покрајина, регион или општина, који се даље разрађује и реализује кроз планове рада појединих здравствених установа.

Ако је у питању финансирање програма из буџета, а који је од националног значаја, средства треба да обезбеди Република у

свом буџету и да тако реализује обавезе из усвојеног програма, којим се остварује заштита од општег интереса, а која је у надлежности Републике.

Ефективност – effectiveness

Ефективност је метод којим се одређује постизање одређеног циља са уложеним средствима у остварењу једног програма здравствене заштите. Ово подразумева мерење ефеката – резултата на сузбијању (смањењу) једног здравственог проблема и ефекат на побољшању здравственог стања становништва. „Резултати постигнути применом неке медицинске технологије у нормалним, свакодневним условима од стране просечног лекара практичара и за просечног пацијента “ (WHO, 1981).

Ефективност представља способност (могућност) здравствене установе да прибави неопходне ресурсе и да их употреби што ефикасније за остварење планираних (уговорених) циљева на здравственој заштити становништва.

Ефикасност

Ефикасност представља однос резултата рада једне здравствене установе (output) и уложених средстава (input) који су били неопходни за остварење планиране (уговорене) здравствене заштите. Основни показатељи ефикасности су:

- продуктивност, односно корисност,
- рентабилност, односно делотворност и
- економичност у раду и располагању ресурсима.

Ефекат – effect

Ефекат једног програма представља мерљив резултат на побољшању здравствене заштите, као последица остварења циљева из здравственог програма. На пример: извођењем одређеног програма смањена је смртност одојчади, смањена је стопа морбидитета, морталитета и сл. „Ефекат неке активности, тј. крајњи резултат у односу на постављене циљеве унутар ограничених услова за њихову реализацију” (WHO, 1988).

Бенефит – добит

„Зарада, односно добит, материјалне или друге природе коју ствара појединац или заједница. У методама економске евалуације то је укупна добит одређеног програма, терапијског поступка, третмана или превентивне активности, пре него што су трошкови узети у обзир, изражена у новчаним јединицама или ако то није могуће, а врло често није, онда у физичким јединицама, односно у квалитетним годинама живота” (Drummond, Staddart, Torrance, 1990).

Стандарди, норме и нормативи

Стандарди, норме и нормативи, као инструменти планирања и мерења резултата рада, могу се користити тамо где је то применљиво у области здравствене заштите. На пример:

- Стандард здравствене заштите деце и омладине. То може да подразумева да сва деца и омладина буду обухваћени превентивном и куративном заштитом на одређеном подручју које покрива тачно задужена здравствена установа из прве линије заштите.
- Да би се обезбедио жељени (усвојени) стандард заштите, потребно је утврдити норму потребних кадрова за достизање предвиђеног стандарда заштите. То значи да треба утврдити неопходни број здравствених и других радника у односу на утврђени број деце и омладине. Норме кадрова треба утврђивати, на пример на 1.000 деце, односно корисника, у зависности од узраста. Том приликом треба имати податке о броју предшколске, школске деце и омладине, с обзиром на то да се и структура медицинског кадра планира (образује) у складу са обимом и врстом здравствене заштите ове популације, која је специфична.

Додатни елементи код утврђивања норме кадрова који могу да буду од значаја су саобраћајне, епидемиолошке и материјалне прилике становника, начин и квалитет исхране, здравствено стање, ниво опште и здравствене културе и сл.

• Норматив је мера о планираном учинку једног радника на одређено време. На пример: број прегледа лекара на сат, на дан и сл., број посета патронажне сестре на дан, број кућних прегледа лекара на дан, и сл. Наравно, утврђивање норме и норматива у здравственој делатности је веома осетљив проблем, због деликатности самог рада на пружају заштите.

И норме и нормативи рада су често узети као оријентација за планирање и поређење резултата рада појединих тимова, појединаца у једној здравственој установи, или између сродних здравствених установа. На основу тога могу се извлачити оријентациони закључци и оцене о ефикасности у раду и постизању предвиђеног стандарда здравствене заштите.

У току планског периода, односно у току реализације програма, може се констатовати да су норме превисоко одређене, или обратно, и да постоји могућност да се са истим (расположивим – планираним) кадром и средствима и у краћем року и ефикасније остварује предвиђени стандард заштите.

Планирани стандард здравствене заштите (планирани и остварени), норме кадрова и нормативи рада, у зависности од квалитета процене о реалности и изводљивости, као и нормативи утрошака рада, материјала и финансијских средстава, могу да буду добра основа за оцену нивоа организованости, обезбеђености становништва здравственом заштитом, као и о квалитету саме заштите.

Наведена помоћна средства планирања и мерења резултата рада − стандарди, норме и нормативи − не могу се обавезно примењивати у свим сегментима организовања и пружања здравствене заштите, због тога што не могу да се прецизно квантификују и што често нису мерљиви у оперативном процесу планирања и извођења програма.

ЕКСТЕРНЕ УПОРЕДНЕ АНАЛИЗЕ РАДА И РЕЗУЛТАТА РАДА И ПОДАЦИ НА КОЈИМА СЕ ОНЕ ЗАСНИВАЈУ

Улога и значај екстерних упоредних анализа

Поред примене метода економске евалуације рада и резултата здравствених установа, о којима је било речи, од велике користи могу да буду и такозване „екстерне упоредне анализе“, које се заснивају на поређењу једнообразних показатеља резултата рада по врстама установа на једном подручју или за Републику у целини.

Оцењивање услова у којима једна установа пружа заштиту, остварује резултате, са каквим средствима, начин коришћења расположивих ресурса и др. биће све актуелније, с обзиром на то да ће све шире бити заступљена примена економских принципа у организовању, пружању и финансирању здравствене заштите и здравственог осигурања. Оцена о резултатима једне здравствене установе, у оквиру групе установа исте врсте, треба да утиче на унапређење материјалне и организационе способности да са расположивим ресурсима постижу већу ефикасност и економичније располагање средствима. У том смислу, свака здравствена установа може да оцени квалитет свога рада у односу на остале установе, под условом да су сви показатељи екстерних анализа из историодних установа и исказани (израчунати) на бази јединствених података. На тај начин, екстерне упоредне анализе могу да пруже свакој здравственој установи најмање следеће информације:

• ниво и квалитет својих резултата у поређењу са резултатима појединих здравствених установа исте врсте;

- упоређивање сопствених са просечним резултатима историодних здравствених установа;
- упоређивање сопствених са максималним (најбољим) резултатима установа исте врсте;
- упоређивање сопствених са минималним (најслабијим) резултатима установа исте врсте.

На овакав начин, свака здравствена установа може да сагледа своје резултате на широј основи, као услов за њихово прецизније оцењивање.

Установе које утврде да имају негативне резултате у односу на друге установе, или у односу на просечне вредности групе, треба брижљиво и свестрано да анализирају узроке таквих резулатата и да утврде мере за отклањање недовољне ефикасности у раду на пружању заштите. Овим путем свака установа може да утврди прецизније у чему заостаје у односу на друге установе исте врсте и због чега, који су најважнији проблеми установе итд.

Улога и употреба јединствених показатеља у примени упоредних екстерних анализа

Битне карактеристике и садржај екстерних анализа захтевају да се подаци појединачних установа групишу по врстама установа којој припадају, да се упоређују на бази јединствено одређених и садржајно добро конципираних показатеља, како би се обезбедио високо стручни ниво исказивања, упоређивања и оцењивања постигнутих резултата.

Садржај показатеља може да буде веома широк и да обухвата здравствене, демографске, епидемиолошке, еколошке и сл., као и економске показатеље, који ће омогућити поређење ефикасности, економичности и рационалности сваке појединачне установе у односу на установе исте врсте. Наравно, показатеље треба садржински одабрати и прилагодити карактеру делатности установа на које ће се примењивати и на основу којих ће се доносити оцене.

На основу налаза из екстерних анализа свака здравствена установа појединачно може да утврди:

- у чему предњачи у односу на друге установе исте врсте и захваљујући чему;
- у чему заостаје у односу на друге установе исте врсте и због чега;
- који су најважнији проблеми установе у пружању заштите.

За упоредне екстерне анализе битно је да се здравствене установе, односно показатељи на основу којих ће се вршити поређење, групишу у складу са Законом о здравственој заштити и са прописима у складу са овим законом.

Применом метода економске евалуације резултата рада једне установе остварујемо услове за оцену квалитета економике пословања дотичне установе.

Применом екстерних упоредних анализа, пружа се могућност да се тако оцењени резултати појединачних установа,упоређују са више установа исте врсте, чиме се добија одређенија слика о квалитету рада и коришћења расположивих средстава здравствених установа.

О САВРЕМЕНОМ МЕНАЏМЕНТУ У ЗДРАВСТВЕНОЈ ДЕЛАТНОСТИ И О ПРОФИЛУ КАДРОВА ЗА ПОТРЕБЕ МЕНАЏМЕНТА

Децентрализација целокупног административног и економског система, која је у току, састоји се у постепеној транзицији са централизоване, или делимично централизоване економије, ка стварању услова за прелаз на тржишну економију. Тај процес дотиче и здравствене установе и фондове здравственог осигурања, с обзиром на то да су социјално-економски развој и здравствена заштита уско повезани и условљени.

То налаже промене у организацији, обезбеђивању и финансирању здравствене заштите, као и руковођењу здравственим установама и у реализацији здравствених програма.

Деценијама је негован и примењиван административно-бирократски начин управљања здравственим установама. Место управника (директора) заузимали су људи без посебног образовања за руковођење, што се баш није ни захтевало од стране овлашћених органа и постојећих прописа. При томе постојало је скоро правило да се на челу здравствене установе, са безначајним изузецима, обавезно налази здравствени радник, по логици, ако је то здравствена установа, њом треба да руководи здравствени радник (лекар, стоматолог, фармацеут).

Унапређење система налаже и квалитетне промене у политици здравствене заштите. При томе је неопходно обезбедити:

- стално унапређивање организације рада здравствених установа и непрекидно побољшање квалитета здравствене заштите становништва,
- транспарентност свих нивоа организације, пружања и финансирања здравствених услуга и
- превенцију, очување и унапређење здравственог стања становништва.

Побољшање здравља мора бити основни циљ здравствене политике и кроз одређена документа и законска решења она ће у том смислу и бити дефинисана и прописана. Здравствена заштита и социјално-економски развој су међусобно зависни. Од економског развоја зависи и развој здравствене службе и унапређење здравствене заштите становништва. Квалитетним радом здравствена служба индиректно доприноси повећању производности рада и добити у целини. Успешно одвијање ове зависности треба да се одрази и на постепено (одговарајуће) повећање националног богатства, из којег ће се издвајати средства за заштиту здравља становништва.

Политика здравствене заштите мора да садржи и мере за њену реализацију. Једна од мера (услова) за доследно и рационално обезбеђивање и финансирање здравствене заштите јесте савремено управљање здравственим установама. У том циљу веома је важно утврђивање и примена одговарајућих управљачких вештина и мера у области планирања активности здравствених установа у успостављању савремене организације и поделе рада.

Савремена организација и управљање здравственим установама мора да уважава принципе микроекономске равнотеже, прилагођене специфичностима ове делатности. Деловање тржишта мора да буде контролисано и усмеравано са циљем да се обезбеди само позитивни утицај тржишта на рад и трошкове здравствене заштите. Односи здравствених установа и корисника њихових услуга, првенствено фондова здравственог осигурања, засновани на прецизним и стимулативним облицима плаћања, утицаће на економску заинтересованост и на економичност у располагању финансијским средствима, како од стране запослених у здравственим установама, тако и од стране представника фондова обавезног здравственог осигурања. Ови фондови нису прости дистрибутери средстава која уплаћују запослени за своју здравствену заштиту. Запослени (осигураници) ће бити много више заинтересовани за транспарентно понашање и располагање средствима, као и за квалитет заштите коју им пружају надлежне установе. Интерес корисника здравствених услуга све више се дефинише и изражава као захтев да се са што мање доприноса обезбеди здравствена заштита у оквиру осигураних права код фонда здравственог осигурања, или да се са истим (расположивим) средствима, мерама квалитетног менаџмента обезбеди могући максимум заштите и у обиму и у квалитету.

У том циљу, менаџмент у здравственим установама мора имати у виду и став (захтев) Светске банке за обнову и развој (EBRD) да се са мање трошкова постигну што већи резултати, што у оригиналној верзији гласи „са мање постићи што више“ (doing more with less).

Примењено на услове здравствене заштите значи следеће:

● са постојећим капацитетима и финансијским средствима обезбедити што већи и квалитетнији обим здравствене заштите у државном сектору, или

● са мањим средствима од расположивих обезбедити достигнути обим и квалитет здравствене заштите.

Улога менаџмента, када је у питању повећање ефикасности и рационалности у пружању и финансирању здравствене заштите, садржана је и у захтеву Међународног монетарног фонда (ММФ) да се обезбеди „вредност за уложена средства“ или (value for money).

Овај захтев, поред мера штедње и рационализације, може се ефикасније остваривати и кроз облике уговорних односа између здравствених установа и фондова здравственог осигурања као највећих корисника услуга здравствених установа.

Једна од обавеза менаџера у државној здравственој установи је да омогући уравнотежено финансијско стање и пословање установе којом руководи, да предузима мере економичности у раду и располагању финансијским средствима, да брине о искоришћености капацитета у целини, посебно скупе медицинске опреме, да прати ефикасност и продуктивност (делотворност) рада запослених, да обезбеди уредно функционисање набавне и финансијске службе, службе хигијене и одржавања итд.

Када је у питању профил (врста образовања) менаџера једне здравствене установе у државном сектору, треба да буде образован специфично за овај део управљачких способности, који ће бити у стању да одговори савременим захтевима руковођења, са циљем да испуни предвиђене циљеве и приоритете здравствене политике. Такве кадрове ми немамо, или их има врло мало. Због тога се и предвиђа посебно оспособљавање кроз редовно или додатно образовање стручњака одређених професија, који могу успешно руководити једном здравственом установом у измењеним околностима и захтевима.

Ако је на челу једне установе менаџер са економским или правним образовањем, или стручњак организације рада, или специфично школовани менаџер, медицинским делом активности треба да руководи лице одговарајуће гране медицине, односно стоматолог, или фармацеут, самостално са својим тимом у складу са правилима и обавезама у лечењу пацијената. Та лица су потпуно растерећена свих проблема уско менаџерских.

Менаџер (управник) здравствене установе са својим тимом, а у сарадњи са медицинским и другим професионалним кадровима, и у складу са обимом и квалитетом заштите, која је предмет уговарања, треба да предвиди све потребе здравствене установе и да сачини буџет прихода и расхода за годину за коју се договор закључује. Тај буџет треба да буде прецизан, реалан и транспарентан, с обзиром на то да ће се евалуација његове примене вршити у току целе године. То је предуслов за обезбеђење одрживих финансијских и других потреба за успешно испуњење обавеза у обезбеђивању уговорене здравствене заштите становништва. Само ефикасна и ефективна здравствена заштита омогућује унапређење здравља становништва, што је и најбољи начин доприноса здравствене службе унапређењу социјалноекономског развоја у целини.

Менаџер приватне здравствене установе настојаће првенствено да обезбеди максимално могући профит за установу којом руководи. Он такође мора да се бори за квалитет заштите, без обзира што у при-

ватном сектору здравствених установа закони тржишта делују у пуној мери.

Менаџмент, као посебна грана економије, захтева посебно образовање кадрова, које је код нас врло актуелно и потребно.

ЗДРАВСТВЕНА ДЕЛАТНОСТ ИЗМЕЂУ ЕТИКЕ И ДОБИТИ

Здравствена заштита народа је неопходна и трајна потреба и право свих категорија становништва. Због тога је Уставом Републике Србије означена као „заштита од посебног друштвеног интереса".

Промене у патологији становништва и у погоршању здравственог стања догађају се постепено и на први поглед неприметно. Међутим, опоравак и унапређење здравља становништва је врло дуг и скуп процес. Пораст броја оболелих од туберколозе, пораст малигних обољења, неурозе, цревних и паразитарних болести, масовне незаразне болести и др. наговештавају лоше прогнозе и перспективу здравственог стања читаве популације Србије.

У Србији постоје здравствени капацитети у државном сектору, и све више у приватној пракси, довољни да обезбеде загарантовану заштиту становништва, а и знатно више од тога. Већ низ година за такав обим заштите нема довољно финансијских средстава. Међутим, минимум заштите прокламован у виду „обавезног здравственог осигурања" и „друштвене бриге за здравље" на нивоу Републике, покрајине, града и општине мора се обезбедити.

Решавање нагомиланих проблема, у овом веома важном сегменту људских права и потреба, мора се уврстити у политичке, социјалне и економске приоритете. У том циљу, неопходно је стално унапређивати систем организације и рада здравствене службе државног сектора и здравственог осигурања у циљу очувања и унапређења биолошке равнотеже становништва, у чему пресудну улогу има добро организована, ефикасна и економична здравстена заштита.

У циљу стварања предуслова за пружање ефикасније и квалитетније заштите, потребно је капацитете државног сектора службе унапређивати у складу са потребама и нивоима заштите коју те установе обезбеђују.

Када не постоји макроекономска равнотежа између потреба и могућности у здравственој заштити и када се дебаланс одражава као недостатак средстава за финансирање потребног обима заштите, тада се запослени у здравственим установама, у обезбеђењу средстава за рад и егзистенцију, налазе у раскораку између етике и зарада. С обзиром на то да се људи најчешће понашају у складу са сопственим интересима, у овом случају често попушта етика са свим њеним последицама.

У том смислу Закон о здравственој заштити је предвидео да се оснује: Етички одбор (чл. 147.) као: „Стручно тело које прати пружање и спровођење здравствене заштите на начелима професионалне етике. Директор здравствене установе именује Етички одбор на предлог стручног савета. Чланови Етичког одбора именују се из реда запослених здравствених радника у здравственој установи и грађана са завршеним правним факултетом који живе или раде на територији за коју је здравствена установа основана. Број чланова Етичког одбора уређује се Статутом здравствене установе".

Етички одбор Србије (чл. 156) као: „Стручно тело које се стара о пружању и спровођењу здравствене заштите на нивоу републике, на начелима професионалне етике. Влада именује и разрешава председника и чланове Етичког одбора Србије, на предлог министра. Мандат чланова Етичког одбора Србије траје 5 година. Етички одбор Србије има 9 чланова који се бирају из реда истакнутих стручњака који имају значајне резулатате у раду, као и доприносе у области здравствене заштите, професионалне етике здравствених радника и хуманитарних наука".

ЛИТЕРАТУРА

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Контакт: Драган Младеновић, dipl.ecc.

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

Општа правила

Рукопис доставити ћирилицом, у фонту Times New Roman, величине 12. Литературни подаци означавају се арапским бројевима у заградама, редоследом којим се појављују у тексту. На посебној страници рада навести пуна имена и презимена аутора, године рођења, њихове стручне титуле и називе установа и места у којима раде. Имена аутора повезати са називима установа индексираним арапским бројевима. Такође откуцати име и презиме аутора за контакт, његову адресу, број телефона и интернет адресу. Текст писати кратко и јасно на српском језику. Скраћенице користити изузетно и то само за веома дугачке називе хемијских супстанција, али и за називе који су познати као скраћенице (нпр. сида, РИА итд).

Обим рукописа

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

Кратак садржај

Уз оригинални научни рад, саопштење, прегледни и стручни рад дати и кратак садржај до 200 речи на српском и енглеском језику (Сажетак и Summary). У њему се наводе битне чињенице, односно кратак приказ проблема, циљеви и метод рада, главни резултати и основни закључци рада, и 3–4 кључне речи на српском и енглеском.

Табеле

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

Списак литературе

Списак литературе дати с арапским бројевима према редоследу навођења у тексту. Број референци у списку не треба да прелази 20, осим за прегледни рад. Стил навођења референци је по угледу на „Index Medicus“.

ДРУГО ОБАВЕШТЕЊЕ

IV Међународни конгрес

БИОМЕДИЦИНА И ГЕОНАУКЕ - УТИЦАЈ ЖИВОТНЕ СРЕДИНЕ НА ЉУДСКО ЗДРАВЉЕ

19-21 мај 2014, Хотел Војводина, Зрењанин

Поштоване колеге и пријатељи,
са задовољством Вас обавештавамо да је Конгрес Биомедицина и геонауке - утицај животне средине на људско здравље акредитован код Здравственог савета Србије под бројем А-1-773/14. Бодови се додељују на основу Правилника о лиценцирању Лекарске коморе Србије (ЛКС) и сви учесници добијају сертификат организатора, који носи одређени број бодова: 13-уводно предавање, 11-усмено излагање, 9-постер и 7-пасивно учешће. Подсећамо Вас да је рок за слање радова 27.04.2014. и да их можете слати директно на **komsne@yahoo.com** или преко сајта Асоцијације геофизичара и еколога Србије (АГЕС) **www.ageserbia.com/slanje-apstrakata**, на ком можете добити и више информација Такође нас можете контактирати путем телефона 064 911 98 23.

ГЛАВНЕ ТЕМЕ КОНГРЕСА:

- Животна средина и здравље
  - Медицинска геологија
  - Екогеофизика
  - Излагање радону – последице по здравље
  - Радон и торијум у ваздуху, земљишту и води – геолошка основа
  - Природна и вештачка радиоактивност
  - Пестициди и лекови у храни
  - Лечење природним факторима
- Природне ризнице - воде србије
- Животне намирнице и здравље
- Истине и заблуде о храни и води
- Унутрашња средина и здравље
- Болести савремене цивилизације
- Нови приступ здрављу у 21. Веку

ПОКРОВИТЕЉИ КОНГРЕСА:

- Министарство здравља
- Министарство просвете, науке и технолошког развоја
- Министарство пољопривреде, шумарства и водопривреде
- Институт за водопривреду "Јарослав Черни"
- СО Зрењанин
- "Млекопродукт" ДОО Зрењанин
- "Дијамант" АД Зрењанин

Пуна котизација за три дана износи 12 000 Дин (са укљученим штампаним материјалом, коктелом добродошлице и свечаном вечером), док једнодневне котизације износе 5 000 Дин, за учеснике са радом, односно 2 500 Дин, за слушаоце. За медицинске сестре и техничаре је одобрена посебна једнодневна котизација - 1 000 Дин.

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