

ДАНИ ЗАВОДА

2012.



24. стручна
конференција



Издавач

Градски завод за јавно здравље, Београд

За издавача

Прим. др Слободан Тошовић, Mr sc.

Уредник

Др. сц. мед. Душанка Матијевић,
научни сарадник

Организациони одбор

Mr сц. мед. др Љиљана Сокал Јовановић

Mr. сц. мед. др Јасна Ристић

Прим. др Вера Бабић

Др Светлана Тртица

Др Марија Марковић

Божидар Цветковић

Гордана Лазић, в.м.с.

Александра Вучковић, в.м.с

Драгана Симов

Мирјана Бојовић Клашња, PR

Стручно – научни одбор

Прим. др Слободан Тошовић, мр сц.

Др сц. мед. Душанка Матијевић,
научни сарадник

Др сц. мед. Зорица Димитријевић,
научни сарадник

Mr сц. мед. др Светлана Младеновић Јанковић

Mr сц. мед. др Анђелија Нешковић

Рецензентски одбор

Проф. др Весна Бјеговић Микановић

Медицински факултет Универзитета у Београду

Доц. др Владимир Петровић

Институт за јавно здравље Војводине

Мирјана Ђого, дипл. инж. технологије

Оперативни менаџер Сектора за сертификацију
система менаџмента

TÜV SÜD Serbia d.o.o.

Дизајн и припрема за штампу

Зоран Мирић

Штампа

„Дунав“ Земун

Тираж

500

Градски завод за јавно здравље, Београд

ДАНИ ЗАВОДА 2012.

24. стручна конференција

ЗДРАВЉЕ У СВИМ ПОЛИТИКАМА

Београд, 2012. године

ПРЕДГОВОР



Радови (штампани „*in extenso*) у овој публикацији – Зборнику радова, презентовани су на XXIV СТРУЧНОЈ КОНФЕРЕНЦИЈИ „ДАНИ ЗАВОДА 2012.“, са темом : „ЗДРАВЉЕ У СВИМ ПОЛИТИКАМА“. Здравље у свим политикама подразумева стратешки оријентисану јавно-здравствену политику са високим потенцијалом унапређења и заштите здравља. У фокус интервенција и практичног деловања ставља социјално-економске одреднице и неједнакости у здрављу. Базира се на сазнању да здравље популације није само исход деловања здравственог сектора, већ је у значајној мери детерминисано условима живота као и другим социјално економским и психосоцијалним факторима. На њега, се стога, ефикасније може утицати применом релевантних политика у оквиру неких других области, ван области система здравствене заштите. Поменути кон-

цепт, осим што се у основи бави здрављем популације и одредницама здравља, настоји да дефинише и различите нивое политике које ће допринети његовом очувању и унапређењу.

Конференција је имала за циљ да утврди достигнућа у раду нашег Завода, али и да антиципира неке будуће правце развоја у области јавног здравља. Указано је и на улогу института и завода за јавно здравље у процесу примене нове здравствене политике као и на изазове и препреке у раду са којима се ове установе суочавају већ дужи временски период.

Глобална економска криза има додатни негативни утицај на одреднице здравља. Смањење зарада, страх и неизвесност и пораст незапослености, доводи до дубоког психо - социјалног стреса, па се може очекивати пораст кардиоваскуларних и дигестивних обољења, дијабета, психијатријских поремећаја и злоупотребе психоактивних супстанци. Маргиналне популационе групе, сиромашни, имигранти посебно су угрожени економском кризом.

Имајући све ово у виду СЗО је организовала састанак министара здравља европских земаља 2009. у Ослу да би се понудила одређена решења и стратегије за ублажавања ефеката економске кризе на здравље становништва. Неке мере су у функцији непосредне афирмације концепта Здравља у свим политикама, као што су:

1. „Сваки министар је министар здравља“
2. Заштита активности јавног здравља и реафирмација примарне здравствене заштите

3. Пораст опорезивања супстанци, као што су дуван и алкохол, али и продуката који садрже високе нивое шећера и соли
4. Учешће јавности у развоју мера које ће ублажити ефекте економске кризе на здравље.

У уводном реферату ЗДРАВЉЕ 2020: ИЗАЗОВИ НОВЕ ЕВРОПСКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ СЗО управо се истиче да су све земље Европе и света суочене са процесима глобализације, демографским, социјалним променама и променама животне средине које имају значајан утицај на здравље и благостање људи што захтева нови друштвени одговор на ове изазове. У раду су истакнути основни аспекти Нове европске здравствене политике, њени циљеви, вредности и механизми примене, као и њене импликације на националне политике и свакодневну праксу јавноздравствених радника. Примена исте у пракси у европском региону и ван њега није ишла лако, између осталог због непостојања за то преко потребних, универзалних и опште примењивих механизма. Опште је прихваћено да је интерсекторски приступ неопходан за ефикасан рад за увођење здравља у све политике, али сама добра воља за сарадњу није (увек) довољна јер није обавезујућа. Стога се као модел избора, истиче заједничко управљање, од нивоа владе, министарстава, стручне и академске јавности, цивилног сектора, до структура у локалној заједници, у имплементацији и евалуацији Здравља у свим политикама.

Институти и заводи за јавно здравље, који су у складу са већим бројем закона одговорни за читав низ делатности у области јавног здравља, имају незаобилазну улогу и у имплементацији овога концепта на шта се указује у следећем раду: ЗДРАВЉЕ У СВИМ ПОЛИТИКАМА И ИНСТИТУТИ И ЗАВОДИ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ. То би заправо у будућем периоду требало да им буде основни задатак, за шта је неопходно испунити одређене предуслове. Један од првих корака је поправљање њиховог положаја у систему здравствене заштите кроз изналагање нових успешнијих модела функционисања и финансирања, где би се решења управо могла наћи у даљој реформи система јавног здравља.

Континуирано унапређење квалитета рада у здравственим установама од посебног је значаја за очување и унапређење ефикасности рада у смислу успешнијег задовољавања потреба корисника здравствене заштите. О искуствима Градског завода за јавно здравље Београд у овој области, имајући у виду специфичност појединих делатности у самој установи, говори рад: УПРАВЉАЊЕ СИСТЕМОМ КВАЛИТЕТА У ГРАДСКОМ ЗАВОДУ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ БЕОГРАД ПРИМЕНОМ СТАНДАРДА СРПС ИСО - 9001, 14001 И 17025.

Рад ИМУНИЗАЦИЈА - ТЕМЕЉИ ЈАВНОГ ЗДРАВЉА истиче значај, достигнућа и могуће последице неодговарајућег спровођења обавезне али и других видова имунизације по здравље становништва, имајући у виду нове, готово свакодневне и многе потпуно неочекиване, претње човековом здрављу.

Значај и резултати здравствено промотивних активности у породици, а посебно оних везаних за највулнерабилније популационе групације, као што су маме и бебе али и остали чланови породице изнети су у два рада: УНАПРЕЂЕЊЕ

ПРОГРАМА ПРЕВЕНТИВНИХ КУЋНИХ ПОСЕТА ЗАСНОВАНО НА СТРАТЕШКОЈ АНАЛИЗИ И ДЕКАДА ТЕЛЕФОНСКОГ САВЕТОВАЛИШТА „ХАЛО БЕБА“.

Здравствено промотивне навике здравствених радника, с посебним акцен- том на исхрану, приказане су кроз резултате истраживања: НАВИКЕ У ИСХРАНИ ЛЕКАРА ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ У БЕОГРАДУ.

Колико је важна и каква је БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНАТА У БОЛНИЦАМА У БЕОГРАДУ предмет је интересовања и свеобухватне анализе рађене у београдским болничким здравственим установама.

Да ли приватни здравствени сектор постаје све значајнија конкуренција јавном сектору, пре свега са аспекта задовољства корисника, без обзира на смањену платежну моћ становништва? На ово питање покушао је да одговори рад: ПРИВАТНИ ДОМОВИ ЗДРАВЉА У БЕОГРАДУ – ЗАДОВОЉСТВО КОРИСНИКА.

И коначно, али не и најмање важно, каква је ситуација са здравственом евиденцијом и документацијом у здравству и могући предлози и решења за постојеће проблеме представљени су у раду ЗДРАВСТВЕНА ЕВИДЕНЦИЈА И ДОКУМЕНТАЦИЈА – НОВЕ МОГУЋНОСТИ И ПРОБЛЕМИ.

У прилогу публикације у речи, а још више у слици, приказане су и АКТИВНОСТИ ГРАДСКОГ ЗАВОДА ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ БЕОГРАД У ОКВИРУ „ДЕКАДЕ АКЦИЈЕ ЗА БЕЗБЕДНОСТ САОБРАЋАЈА НА ПУТЕВИМА 2011 - 2020.“

Надамо се да ће овај Зборник радова XXIV Стручне конференције „Дани завода 2012.“ бити занимљив и користан не само запосленима у заводима/институтима за јавно здравље, већ и доносиоцима одлука и нашим партнерима, у заједничким напорима на имплементацији Здравља у свим политикама.

ДИРЕКТОР ЗАВОДА



Прим. др Слободан Тошовић, мр.сц.

САДРЖАЈ

Предговор.....	4
ЗДРАВЉЕ 2020: ИЗАЗОВИ НОВЕ ЕВРОПСКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ СЗО	9
Симић Снежана Институт за социјалну медицину Медицинског факултета Универзитета у Београду	
ЗДРАВЉЕ У СВИМ ПОЛИТИКАМА И ИНСТИТУТИ/ ЗАВОДИ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ	27
Матијевић Душанка, Тошовић С., Ач Николић Е., Милошевић З., Јанковић Младеновић С.	
УПРАВЉАЊЕ СИСТЕМОМ КВАЛИТЕТА У ГРАДСКОМ ЗАВОДУ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ БЕОГРАД ПРИМЕНОМ СТАНДАРДА <i>SRPS ISO 9001, 14001</i> И <i>17025</i>	55
Слепчевић Весна, Ађански Спасић Љ., Матић-Бесарабић С., Мандић-Миладиновић М.	
ИМУНИЗАЦИЈЕ - ТЕМЕЉ ЈАВНОГ ЗДРАВЉА.....	65
Кон Предраг, Гаротић Илић Л., Ђерковић В., Павловић Н.	
УНАПРЕЂЕЊЕ ПРОГРАМА ПРЕВЕНТИВНИХ КУЋНИХ ПОСЕТА ЗАСНОВАНО НА СТРАТЕШКОЈ АНАЛИЗИ.....	87
Младеновић Јанковић Светлана, Матијевић Д., Брковић А., Вучковић А., Глишовић В., Котевић А.	
ДЕКАДА ТЕЛЕФОНСКОГ САВЕТОВАЛИШТА „ХАЛОБЕБА“	111
Котевић Анђелка, Сокал-Јовановић Љ., Мијаиловић И.	
БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНАТА У БОЛНИЦАМА У БЕОГРАДУ	131
Нешковић Анђелија, Делибашић М.	
НАВИКЕ У ИСХРАНИ ЛЕКАРА ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ У БЕОГРАДУ.....	159
Војводић Катарина, Бабић М., Трајковић Г., Драгићевић В.	
ПРИВАТНИ ДОМОВИ ЗДРАВЉА У БЕОГРАДУ – ЗАДОВОЉСТВО КОРИСНИКА И РАЗЛОЗИ КОРИШЋЕЊА	171
Бабић Вера, Тртица С., Нешковић А., Делибашић М., Хладиш А.	
ЗДРАВСТВЕНА ЕВИДЕНЦИЈА И ДОКУМЕНТАЦИЈА НОВЕ МОГУЋНОСТИ И ПРОБЛЕМИ	195
Ристић Јасна, Тртица С., Марчетић Љ.	
АКТИВНОСТИ ГРАДСКОГ ЗАВОДА ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ БЕОГРАД У ОКВИРУ „ДЕКАДЕ АКЦИЈЕ ЗА БЕЗБЕДНОСТ САОБРАЋАЈА НА ПУТЕВИМА 2011- 2020.“	223
Пауновић Милена, Марковић М.	

ДАНИ ЗАВОДА

2  **12.**
24. стручна
конференција

ЗДРАВЉЕ 2020: ИЗАЗОВИ НОВЕ ЕВРОПСКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ СЗО

Симић Снежана

Институт за социјалну медицину Медицинског факултета
Универзитета у Београду

САЖЕТАК

Све земље Европе и света су суочене са процесима глобализације и великим демографским, социјалним и променама животне средине које имају значајан утицај на здравље и благостање људи. Оваква ситуација захтева нови друштвени одговор на ове изазове. Веома је важно применити иновативне начине управљања здрављем, начине који обухватају мере и активности усмерене према детермиантима здравља и истовремено укључују целокупно друштво и његове секторе, а нарочито саме појединце.

Циљ овог рада је да представи Нову европску здравствену политику „Здравље 2020“ која представља одговор Регионалне канцеларије СЗО за Европу и 53 земље чланице ове организације на промене и изазове здрављу становника широм европског региона. У раду су истакнути основни аспекти Нове европске здравствене политике, њени циљеви, вредности и механизми примене, као и њене импликације на националне политике и свакодневну праксу јавноздравствених радника. **Здравље 2020** обезбеђује јединствени политички оквир за развој здравља. Има реалистичне, али пуне изазова циљеве као и средства за њихово планирање, праћење, имплементацију и евалуацију. Обухвата и повезује нове доказе и јача кохерентност постојећег знања у области здравља и његових детерминанти. Нова политика је тако осмишљена да обезбеђује практичне начине за решавање постојећих проблема у здрављу европског региона, нуди решења за боље управљање здрављем и делотворније интервенције. **Здравље 2020** предлаже како и здравље и благостање грађана могу бити унапређени, праведно распоређени и процењивани путем акција које креирају социјалну кохезију, безбедност, баланс на послу, добро здравље и образовање. Регионална канцеларија СЗО је направила напредак овом новом и иновативном стратегијом усмереном ка регионалним здравственим проблемима што одговара реформи која је у току и новој улози коју ова организација жели да преузме у Европи.

Кључне речи: **Здравље 2020**, јавноздравствена политика, европски регион, здравље, благостање.

УВОД

На 60. састанку Регионалног комитета СЗО за Европу одржаном у септембру месецу 2010. године у Москви, постигнута је сагласност око развоја и имплементације Нове европске политике за здравље у наредној декади двадесет и првог века назване „**Здравље 2020**“ (1). Развојем овог документа током 2011. и 2012. године, земље чланице СЗО желе да усмере пажњу на здравље становника Европе у контексту драматичних социјално-економских промена. Све земље су суочене са процесом глобализације и великим демографским, друштвеним, економским, и променама у животној средини. У таквом окружењу, неоспорно је да се нови трендови који карактеришу здравље становника Европе и света данас највише односе на:

- Пораст неједнакости у здрављу, како између, тако и унутар земаља;
- смањивање јавноздравствених трошкова као последице финансијске кризе; и
- све већи терет масовних незаразних болести.

Ови трендови указују на потребу промоције и заштите здравља, посебно за најрањивије популационе групе. Све земље Европе сматрају да је дошло време да се у пракси, а не само декларативно, осигурају вредности као што су право на здравље и здравствену заштиту, солидарност, одрживост и право на учешће у процесу одлучивања о сопственом здрављу и развоју друштва у коме људи живе. Ове вредности би морале да буду укључене у активности државне политике на свим нивоима у јавном, приватном сектору и уз подршку цивилног друштва. Нова европска здравствена политика „**Здравље 2020**“ ће стога формулисати акциони оквир како би убрзала достизање бољег здравља за све који је усклађен са различитим околностима земаља европског региона.

Европа се брзо мења тако да је право време за нови политички програм који се односи на здравље становника. Иако је здравље Европљана побољшано, то је ипак недовољно ако се имају у виду постојећа знања и технолошки напредак. Расту неједнакости у здрављу што је друштвено неприхватљиво и скупо када се узме у обзир оптерећење болестима посебно међу групама са нижим социјално – економским статусом.

Промена социјално-културалне и демографске слике европског региона подразумева поновно промишљање о великом броју претпоставки које се односе на здравствену заштиту становника, социјалну подршку, учествовање у одлучивању, оснаживање људи да преузму одговорност за сопствено здравље, као и на праведност у здрављу и људска права повезана са здрављем. Све већи број доказа о важности детерминанти здравља омогућава разумевање фактора који су повезани, или утичу на здравље, па је потребно то разумевање сада превести у друштвене промене које пружају боље одговоре на здравствене, социјалне и друге потребе људи.

Европске земље су прихватиле овај изазов свесне да је здравље посебно осетљиво на социјално-економски развој и да су нова размишљања и нове

иницијативе потребне за суочавање са наведеним трендовима. Регионална канцеларија СЗО за Европу сматра да је време да се координира кохерентан одговор на садашњу ситуацију и да се направи план за наредних 10 година, свесна потребе за новом, иновативном политиком. Фокус ове политике биће на томе шта би могло да се уради са здравственим системом како би се обезбедило ново лидерство за здравље које би повезало све друштвене секторе. Антиципирање будућности углавном значи боље разумевање ризика и могућности и формулисање разумних предвиђања о томе шта се може десити. Већина јавноздравствених проблема, укључујући незаразне болести и неједнакости у здрављу не може бити успешно решена без интерсекторске акције на међународном, националном и локалном нивоу. Регионална канцеларија СЗО за Европу има обавезу и дугогодишње искуство у раду на очувању и унапређењу здравља људи и на развоју свеобухватних приступа који укључују друге секторе релевантне за здравље као што су животна средина, транспорт, образовање, пољопривреда и законодавство, као и различите државне нивое, као што су градови, региони и локалне заједнице.

Здравље би требало да буде одговорност целокупне владе па ће **„Здравље 2020“** имати нову визију, практичан приступ и средства, који ће помоћи да се обезбеди нови поглед на здравствену политику и начин како се она формулише. Стога је у Андори, марта 2011. године одржан први Форум европске здравствене политике са високим државним званичницима. Том приликом се објавио почетак двогодишњег процеса у коме ће бити формулисана Нова европска политика **„Здравље 2020“**(2).

Нова европска здравствена политика ће:

1. Интегрисати све области политика повезаних са здрављем и обновити посвећеност јавном здрављу регионалне канцеларије СЗО;
2. Бити развијана путем партиципаторног процеса са земљама чланицама, другим секторима и партнерима СЗО;
3. Бити утемељена на европском извештају о социјалним одредницама здравља и бројним доказима прикупљеним из истраживања у којима су разматране импликације најважнијих трендова који утичу на здравље у европском региону;
4. Обновити и ојачати нагласак на развој јавноздравственог система у будућности, његових капацитета и функција и промовисати јавно здравље као основну функцију друштва;
5. Разјаснити повезаност између јавног здравља и целокупног здравственог система, посебно примарне здравствене заштите у контексту Повеље из Талина усвојене 2008. године (3);
6. Позиционирати здравље као критичну област развоја и направити везу са другим секторима друштва у сврху промоције здравља;
7. Бити инспирација земљама чланицама за развој, обнављање и ажурирање њихових националних политика и стратегија намењених очувању и унапређењу здравља људи.

Нацрт Нове европске политике „Здравље 2020“ заједно са пратећим документима је представљен земљама чланицама СЗО на 61. састанку Регионалног комитета одржаном септембра 2011. године у Бакуу. Прва европска конференција о новој здравственој политици СЗО „Здравље 2020“ одржана је исте године новембра месеца у Израелу, где је на највишем нивоу расправљано о предложеним документима, а коначан текст ће бити усвојен после консултативног процеса на 62. састанку Регионалног комитета СЗО за Европу септембра 2012. године у Малти, када почиње процес његовог прилагођавања и превођења у националне политике и стратегије земаља европског региона (4,5,6).

ЦИЉ РАДА

Циљ овог рада је да опише основне карактеристике Нове европске здравствене политике „Здравље 2020“, њену визију, циљеве, вредности на којима почива, структуру и механизме за имплементацију како би јавноздравствени професионалци у Србији на време били упознати са свим изазовима које она намеће у развоју јавног здравља и система здравствене заштите Србије у овој декади.

МЕТОД РАДА

У овом раду је направљена компилација доступних докумената и радова који се односе на „Здравље 2020“ добијених електронским претраживањем литературе (*Google*) из ове области. Пронађено је десетак веб – сајтова који се непосредно односе на ову тему иако је сам мото „2020“ изазован и подстицајан за многе истраживаче и футуристе па се могу наћи и текстови о здравственој заштити 2020 (*Health Care 2020*), здравим људима 2020 (*Healthy People 2020*) и програм Европске уније „Европа 2020“, а сви они се директно или индиректно односе на здравље, здравствено стање становника и здравствену заштиту.

НОВА ЕВРОПСКА ПОЛИТИКА „ЗДРАВЉЕ 2020“

„Здравље 2020“ је заједнички пројекат регионалне канцеларије СЗО за Европу и 53 земље чланице. Нова здравствена политика Европе установљава акциони план који би требало да убрза достизање бољег здравља и благостања за све. У њој је наведено како здравље и благостање могу бити побољшани, очувани и мерени путем активности које креирају социјалну кохезију, сигурност људи и обезбеђују хармоничан однос са окружењем. Ова нова политика је заснована на Миленијумској Декларацији УН и Миленијумским циљевима развоја који промовишу визију света у коме земље раде партнерски на добробит својих грађана, нарочито рањивих и маргинализованих популационих група.

„Здравље 2020“ ће обезбедити јединствен, свеобухватан и на вредностима базиран политички оквир за развој здравља у европском региону. Овај политички

оквир ће обухватити реалистичне, али пуне изазова циљеве, као и механизме за њихово планирање, праћење и реализацију. Окупља и повезује нове доказе, и јача кохерентност постојећег знања из области здравља и његових одредница. Тако је креирана да обезбеди практичне смернице за постојеће и будуће изазове здрављу у региону и понуди одговарајућа решења за боље управљање и делотворне интервенције. Омогућиће да се утврди како се може побољшати здравље и благостање, одржати и мерити напредак путем акција које стварају социјалну кохезију, безбедност и оптималан однос здравља и рада. На тај начин ће бити обезбеђена важност и значај нове здравствене политике за све земље чланице европског региона СЗО .

„Здравље 2020“ ће покушати да пружи одговор на неколико основних питања као што су :

- Која врста интервенција ће стварно допринети побољшању здравља и благостања у европском региону;
- Како да земље чланице СЗО искористе ограничене ресурсе за постижање мерљивих и праведних добити у здрављу;
- Које могућности и иновације обећавају највећи напредак;
- Како да се припремимо за наредних 10 година,
- Како да убрзамо активности у смањивању неједнакости ;
- Шта је важно за земље чланице, и како да СЗО подржи доносиоце одлука у њиховим напорима да достигну боље здравље и благостање за своје грађане; и
- Како могу земље чланице и регионална канцеларија СЗО да удруже снаге у партнерству са ЕУ у постављању приоритета за акцију.

Сам документ је организован у три целине. Прва се односи на контекст нове здравствене политике, друга на стратегије које су делотворне и на кључне актере, а трећа на предуслове за њену успешну имплементацију.

Први део: Контекст нове здравствене политике „Здравље 2020“

Овај део документа разматра однос између здравља и благостања, односно померање фокуса у јавноздравственим политикама са економског развоја на унапређење здравља и благостања грађана, представља визију Нове здравствене политике европског региона, као и основне циљеве и вредности на којима почива.

Нова европска здравствена политика је развијена како би убрзала напредак према достизању пуног здравственог потенцијала у европском региону до 2020. године и усмерена је на основне јавноздравствене проблеме и изазове. Она ће потврдити досадашње основне вредности и принципе који су у основи концепта здравља и благостања и обезбедити интегрисан и конзистентан оквир за решавање неједнакости у здрављу и горућих здравствених проблема у Европи. Првих шест основних принципа у развоју активности Нове здравствене политике „Здравље 2020“ који се односе на њен контекст су наведени у боксу 1.

Бокс 1: Основни принципи у развоју активности (1-6):

1. Разматрање ризика и могућности и антиципирање промена;
2. Интегрисање јаких социјално-економских аргумената у залагању за здравље и благостање;
3. Развој, промоција и сагласност око јединственог политичког оквира у заједничком раду за здравље;
4. Ригорозно поштовање приступа заснованог на праву на здравље и на прихваћеним вредностима;
5. Посвећеност приступу у коме учествује целокупна влада (*whole-of-government approach*) за здравље и благостање становника;
6. Развој специфичних стратегија које се односе на разлике у здрављу унутар, и између земаља.

Свима, а не само здравственим радницима, је данас јасно да је здравље много више од одсуства болести, већ да подразумева и потпуно физичко, психичко и социјално благостање као што је наглашено у познатој дефиницији из Устава СЗО. Благостање укључује физичку, когнитивну, социјалну и емоционалну димензију и под утицајем је развоја током целокупног животног циклуса. И док је физичко и психичко благостање нешто лакше разумети и дефинисати, социјално благостање је још увек изазов за истраживаче и професионалце. Да би приближила разумевање социјалног благостања, СЗО га објашњава као стање мира и сигурности у коме сваки човек без разлике на расу, веру, политичко уверење и пол има право на школовање и рад, које му даје могућност да живи хармонично у здравој околини и пружа осигурање у случају болести, изнемоглости и старости.

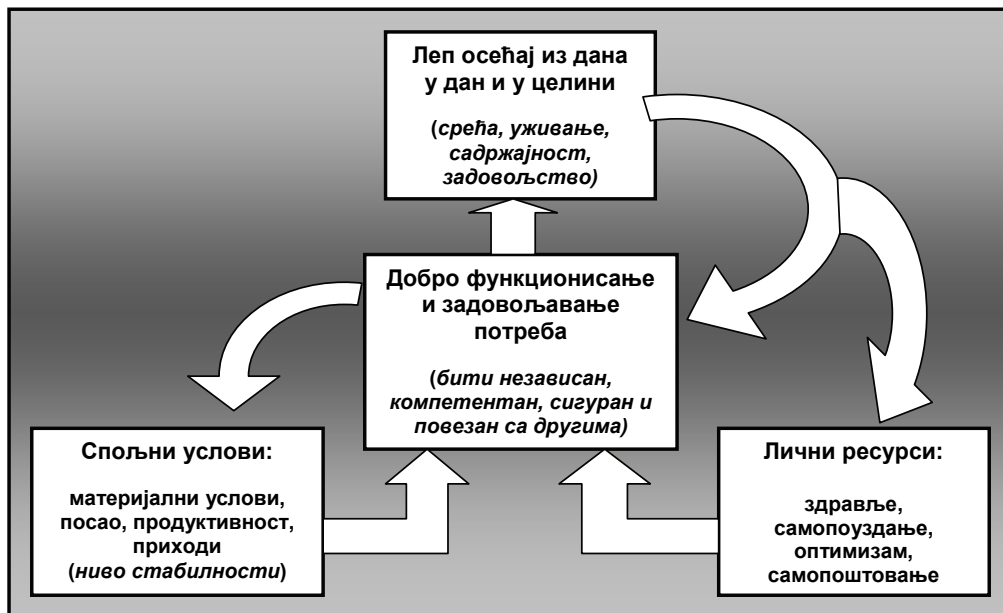
Тридесетак година касније, 1977. године, СЗО је овом концепту здравља додала, да је главни друштвени циљ држава до 2000. године достизање за све грађане нивоа здравља који ће им омогућити да воде социјално и економски продуктиван живот. Ови концепти здравља и благостања су у средишту и нове европске здравствене политике „**Здравље 2020**“. Овако дефинисани, и здравље и благостање захтевају посвећеност свих друштвених сектора да би се остварио друштвени развој. Такав приступ захтева идентификовање протективних фактора за здравље и благостање који промовишу оспособљавање и прилагодљивост. Такав приступ, истовремено наглашава и квалитет живота и дуговечност, мобилишући ресурсе који истичу важност самопоштовања и способности суочавања са потешкоћама, како појединачна, тако и заједница.

Један од важнијих изазова са којим се данас сусрећемо је мерење благостања са великим бројем развијених показатеља, као и покушајима да се разуме међусобна повезаност између благостања и економског раста и развоја мереног друштвеним производом по становнику. Још од 1990. године УН редовно процењују благостање земаља путем индекса људског развоја (*Human development index - HDI*) са намером да помере фокус од економског развоја мереног

националним дохотком ка политикама усмереним на благостање људи. Почев од извештаја о људском развоју из 2010. године, индекс људског развоја комбинује три димензије: дуг и здрав живот мерен очекиваним трајањем живота на рођењу; приступ знању мерен просечним бројем година школовања и пристојан стандард живота мерен националним дохотком *per capita* (усклађеним са паритетом куповне моћи – *purchasing power parity* – PPP).

Политике за достизање благостања се сматрају значајном променом која би требало да настане у јавним политикама 21. века. Зато подршка новој европској здравственој политици подразумева широку дискусију и преиспитивање националних политика ако земље желе да унапреде благостање својих грађана. Ове иницијативе наглашавају да прихватање благостања као циља јавних политика захтева могућност његовог мерења. Међутим, проблем у мерењу је мултидимензионална природа благостања (као и здравља уосталом) која обухвата комбинацију објективних и субјективних мера. Најпознатија европска база података „Еуростат“ истиче да је критично у доношењу одлука да се ради на унапређењу благостања то што би морали да буду обухваћени сви аспекти благостања, укључујући мере исхода, личне карактеристике, спољашњи фактори који утичу на благостање и мере онога што људи стварно раде са наведеним карактеристикама и друштвеним факторима (слика 1). Овакав приступ обезбеђује боље разумевање благостања као што је наведено у дефиницији здравља СЗО.

Слика 1. Нове економске основе – динамски модел благостања



Извор: Measuring our progress – the power of well-being. London, New economics Foundation, Centre for Well-being, 2011 (www.neweconomics.org/sites/files/Measuring_our_Progress.pdf).

Сви наведени концепти здравља и благостања су utkани у визију „**Здравља 2020**“ која гласи:

„Наша визија за европски регион СЗО је да сви људи добијају подршку и да им је омогућено достизање њихових пуних здравствених потенцијала и благостање, а земље, појединачно или заједно раде на смањивању неједнакости у здрављу унутар региона и у целом свету“ (7).

„**Здравље 2020**“ има шест основних циљева (наведених у боксу 2) који служе, не само као водичи за развој владиних политика, већ и као оријентација свим секторима друштва.

Бокс 2. Основни циљеве „Здравља 2020“

- 1. Радити заједно;**
- 2. Унапређивати здравље;**
- 3. Побољшати управљање за здравље;**
- 4. Поставити заједничке стратешке циљеве;**
- 5. Убрзати размену знања и иновације;**
- 6. Повећати партиципацију (учествовање).**

Први циљ – **радити заједно** наглашава потребу за удруженим напорима свих земаља чланица СЗО и регионалне канцеларије на промоцији здравља и благостања, увид у детерминанте здравља и неједнакости у здрављу и укључивање других сектора и партнера како би се ојачали ти напори. Други циљ – **креирати боље здравље** истиче активности на продужењу животног века, односно повећању година живота у којима су људи здрави, побољшању квалитета живота људи који живе са хроничним болестима, смањивање неједнакости у здрављу и суочавање са последицама демографских промена. Трећи циљ се односи на **побољшање управљања за здравље** и подразумева усмеравање социјалних промена у корист здравља у свим друштвеним политикама тако што ће сви званичници владе, посланици и други кључни актери и доносиоци одлука бити свесни своје одговорности за унапређење и очување здравља становника и њиховог благостања. **Успостављање заједничких стратешких циљева** је четврти циљ ове нове политике и укључује подршку развоју политика и стратегија које су усмерене здрављу и благостању као заједничком друштвеном циљу и обезбеђење механизма за укључивање свих кључних актера и партнера у процес њихове имплементације. Повећање базе знања за развој здравствених политика и усмерење ка социјалним детерминантама здравља је пети циљ - **убрзати размену знања и иновације**. Односи се на јачање капацитета здравствених и других професионалаца да се прилагоде овом новом приступу јавном здрављу и да омогуће пуно коришћење технолошких и менаџерских иновација у постизању резултата и побољшању здравствене заштите. Шести циљ – **повећати партиципацију**, истиче важност оснаживања становника европског региона да постану

активни учесници у усмеравању и креирању политика за здравље кроз организације цивилног друштва или индивидуалним напорима и да постигну да се чује њихов глас у креирању здравственог система усмереног ка пацијентима/корисницима.

Вредности једног друштва се обично рефлектују у здравственим политикама и системима, као и другим облицима друштвене организације. У основи „Здравља 2020“ су концептуалне вредности здравља као људског права. Ова нова политика за здравље је вођена вредностима које су земље чланице стално наглашавале у свим документима СЗО, а њихово достизање је основа вредносног система европског региона (бок 3).

Права људи на највећи могући стандард здравља се све више препознају као кључ за заштиту јавног здравља и интегрални део управљања ка развоју здравља и благостања. Важно је нагласити да право на здравље не значи право да будемо здрави, већ значи да државе и владе морају да створе услове у којима свако може да достигне своје здравствене потенцијале. Такви услови подразумевају спектар могућности од доступности здравствених услуга, преко здраве животне и радне средине, одговарајућег становања и правилне исхране. Грађани, за узврат, би требало да разумеју вредност свог здравља и да доприносе активно креирању бољег здравља у заједници у којој живе и раде. У основи људских права је препознавање чињенице да су она универзална – да би са сваким требало поступати једнако и са поштовањем – и да су сва људска права међусобно повезана, независна и недељива. Приступ здрављу заснован на људским правима подразумева остваривање права на здравље и других људских права повезаних са здрављем. Формулисање здравствених политика би требало да буде вођено стандардима људских права, укључујући елиминисање свих облика дискриминације и обезбеђивање родне равноправности.

Бок 3. Вредности „Здравља 2020“ које се односе на људска права на здравље и здравствену заштиту:

- Универзалност
- Једнакост
- Доступност здравствене заштите
- Солидарност
- Одрживост
- Право да се учествује у доношењу одлука (партиципација)
- Достојанство
- Не – дискриминација
- Јавност (транспарентност)
- Одговорност

Приступ заснован на људским правима на здравље наглашава не само циљеве и исходе, него и процесе у сваком друштвеном сегменту. Стандарди људских права и принципи – као што су учествовање у одлучивању (партиципација), једнакост, не-дискриминација, транспарентност и одговорност – би требало да буду интегрисани у све фазе здравствених програма и активности.

Фундаментални принципи нове здравствене политике СЗО за Европу су важност учешћа у одлучивању и одговорност државе према грађанима и требало би да буду уграђени у националне стратегије, политике и програме, и да буду евалуирани у процени учинка (перформанси) здравствених система, што захтева нове показатеље и нове приступе. Ови принципи подразумевају учешће цивилног друштва и захтевају инвестирање у информисање и образовање пацијентата/корисника здравствених услуга, као и у здравствену писменост.

У модерним друштвима, моћ и ауторитет нису концентрисани само у рукама саме државе. Одговорност за здравље и његове одреднице лежи на целокупном друштву, па се здравље унапређује на нове начине који обухватају различите агенције и удружења (приватне компаније, независне агенције, академску заједницу, експертска тела и информисане грађане). Они имају све важнију, може се рећи и критичну улогу у управљању здрављем становника једне територије. Нове комуникационе технологије омогућавају нове облике учествовања у одлучивању, унапређују јавност у раду и повећавају одговорност кључних актера. Мреже, партнерства и алијансе за здравље су такође врло успешне у скретању пажње или решавању здравствених проблема на различитим нивоима, од глобалног до локалног, на иновативан начин.

Пошто унапређење здравља и постизање благостања јесте фундаментална одговорност друштва у целини, онда и влада мора да има у виду цео спектар одредница здравља и да сви њени сектори раде заједно на препознавању ризика по здравље и идентификовању решења за њихово смањивање или уклањање. Здравље је све више исход комплексних и динамичких односа између широког спектра одредница, тако да успешно управљање за здравље има у виду сву сложеност ових односа и зато примењује приступ који укључује све чланове и секторе владе (*“whole-of-government” approach*). Имајући наведено у виду, СЗО је као подршку документу **„Здравље 2020“** обезбедила пратећи документ који се односи на Управљање за здравље у 21. веку (5).

Други пратећи документ Нове здравствене политике СЗО представља извештај о социјалним одредницама здравља у европском региону (6). У њему се наглашава да разлике условљене социјално-економским условима доводе до разлика у здравственом стању становника и да су кључни фактор неједнакости у здрављу. То је, како се наглашава, „токсична“ мешавина неодговарајућих социјалних политика и програма, ниског нивоа образовања, неправедних економских решења, полне неравноправности и неједнакости у расподели друштвене моћи и расположивих ресурса. Пад социјалног капитала (друштвене мреже и институције цивилног друштва) такође неповољно утиче на напредак у здрављу. Непосредно са социјално-економским детерминантама су повезане и одреднице животне средине и одреднице повезане са животним стиливима и понашањем појединаца.

Фактори животне средине такође имају веома важну улогу. Ови фактори обухватају квалитет воде и ваздуха, загађење животне средине емисијама штетних гасова и супстанци, урбанизацију, климатске промене, пораст просечне температуре ваздуха и нивоа мора и све већи број природних катастрофа и екстремних климатских услова. Ове промене почињу да утичу на дугорочну способност биосфере да одржи здравим људска бића тако да данас добијају приоритетно место у људском развоју и развоју друштва.

Животни стилови појединаца и њихово понашање завређују све више пажње, посебно када су у питању масовне незаразне болести. Суочавање са ризицима као што су пушење, неправилна исхрана, пијење и недовољна физичка активност у суштини значи суочавање са социјалним одредницама здравља и фокусирање на акције које се односе на узроке незаразних болести, али и узроке разлика у животним стиливима који леже у политичком, социјалном и економском окружењу. Норме и вредности карактеристичне за пол такође одређују изложеност овим факторима и вулнерабилност појединаца и група.

Други део: Делотворне стратегије и кључни актери

Други део документа Нове европске здравствене политике разматра јавноздравствене приоритете у европском региону, механизме како инвестирати у здравље људи и ојачати заједнице, посебно када је у питању здравље осетљивих популационих група као што су мајке и одојчад, деца и адолесценти, радноактивно становништво, стари, мигранти и Роми. У овом делу се наводе и расположиви докази о делотворности појединих интервенција, начини суочавања са системским ризицима узрокованим теретом незаразних болести, менталним здрављем, повредама и насиљем, најважнијим заразним болестима и стварање здраве и подржавајуће средине за борбу против ових болести. Важан део је посвећен јачању здравствених система усмерених ка кориснику, унапређењу јавноздравствених услуга и бољим одговором система на природне катастрофе и оне које узрокује људски фактор.

Основни принципи у развоју активности у овом делу документа „Здравље 2020“ наведени су у боксу 4.

Бокс 4. Основни принципи у развоју активности (7-9):

7. Идентификовање и примена усмерења у унапређењу здравља које је засновано на доказима;
8. Јачање здравствених система оријентисаних ка исходима (по здравље људи) и усмерених ка кориснику/пацијенту у средишту система при чему је важно обезбедити висок учинак (перформансе) система и јавност у раду;
9. Инвестирање у капацитете јавног здравља, промене, иновације и лидерство.

Јавноздравствени приоритети европског региона следе из анализе здравственог стања становника. Упркос релативно добром здрављу становника Европе, присутне су велике разлике међу земљама. Тако је разлика између земаља са најнижим и највећим очекиваним трајањем живота на рођењу 16 година, при чему за мушкарце она износи 20 година, а за жене 12. Највећи удео у структури морталитета припада незаразним болестима које су узроковале 80% свих смртних случајева у 2008. години (4). Ове болести су препознате као глобални приоритет, те је састанак Генералне скупштине УН на високом нивоу 2011. године, посвећен превенцији и контроли ових болести, резултирао усвајањем политичке Декларације која обавезује земље чланице за акцију у овој области (8).

Међу незаразним болестима доминира смртност од кардиоваскуларних болести која износи око 50% свих узрока умирања и креће се у распону од 35% у 15 земаља ЕУ до 65% у бившим комунистичким земљама.

Превремени морталитет који се односи на смртност пре 65 године живота је много информативнији показатељ од укупне смртности, те се препоручује његово коришћење за развој јавноздравствених политика, програма и интервенција у контроли обољења и неспособности.

Оптерећење овим обољењима и стањима је узроковано балансом између три фактора – демографских промена са старењем становништва и све већим миграцијама, географских промена повезаних са урбанизацијом и економском глобализацијом и релативним падом учесталости инфективних болести.

Старе и нове инфективне болести остају приоритетна област за интервенције у многим европским земљама. Те болести се односе на ХИВ инфекције, туберкулозу резистентну на терапију и све већу претњу антимикробне резистенције. Ту су и алармантне епидемије од глобалног значаја, као што су пандемија грипа у 2009. години изазвана вирусом *H1N1* и поновно јављање епидемије полиомијелитиса у Таџикистану 2010. године.

Повреде, како ненамерне (несрећни случајеви), тако и намерне (насиље) су водећи узроци умирања код особа старости од 5 до 44 године. Настају због саобраћајних несрећа, тровања, насиља и самоповређивања. Њихов удео у укупном морталитету је 9%, али оне носе 14% укупног оптерећења болестима мереног годинама живота усклађеним у односу на неспособност (DALYs). Иако њихова учесталост опада, стопе морталитета од повреда расту у условима социјално-економске и политичке транзиције.

Постојеће неприхватљиве разлике у здравственом стању између и унутар земаља Европе ће наставити да расту ако се не предузму хитне мере које су фокусиране на детерминанте здравља. Те мере би морале да буду систематске и одрживе. Разматрање политичког, социјалног, економског и институционалног окружења је витално за унапређење здравља становника, а то се постиже развојем интерсекторских политика. За њихов развој је одговорна целокупна влада јер би сви њени чланови и сектори требало да најодговорније размотре све могуће ефекте на здравље становника при развоју својих политика и легислативе.

За јавноздравствене раднике су посебно важне активности и усмерења која се односе на јачање јавног здравља и јавноздравствених услуга. У „Здрављу 2020“

је наглашено да би требало подржати и ојачати јавноздравствене капацитете, инфраструктуру и услуге. У документу Регионалног комитета СЗО за Европу „**Јачање јавноздравствених капацитета и услуга у Европи – оквир за акцију**“ усвојеном 2011. године, који ће бити један од пратећих докумената „**Здравља 2020**“, предложено је неколико специфичних приступа и иновација како би јавноздравствене услуге биле делотворније у овој декади (9). Тако је предложено 10 суштинских јавноздравствених операција са основним услугама за сваку од њих (наведене у боксу 5). Такође је истакнут значај рушења граница између јавног здравља и клиничке (индивидуалне) здравствене заштите путем коришћења информационих и комуникационих технологија у надзору над здрављем и у развоју системског приступа. Оно што је најважније напоменути је да јачање јавног здравља захтева од влада свих земаља већу посвећеност развоју јавноздравствене легислативе и сигурно финансирање.

Бокс 5. Десет основних јавноздравствених операција

1. Надзор и процена здравља и благостања становника;
2. Идентификација (процена, испитивање, предвиђање) здравствених проблема и хазарда по здравље у заједници;
3. Заштита здравља: процена потреба, развој и јачање закона и регулативе који штите здравље и обезбеђују сигурност људи;
4. Припремљеност за ургентне јавноздравствене ситуације и менаџмент њима;
5. Примарна и секундарна превенција болести;
6. Промоција здравља и здравствено васпитање;
7. Подршка истраживањима која се односе на здравље;
8. Евалуација квалитета и ефикасности здравствених услуга намењених појединцима и заједници;
9. Обезбеђивање компетентне радне снаге у јавноздравственом сектору и сектору услуга намењених појединцима;
10. Подстицање развоја и планирања јавноздравствених политика.

Посебно је наглашен концепт „**Здравље у свим политикама**“ као неопходан предуслов за повезивање друштвених циљева свих владиних сектора . „**Здравље у свим политикама**“ истиче комплексне изазове које намеће здравље целокупном друштву тако што захтева интегрисан политички одговор и укључивање свих аспеката друштва који имају утицај на очување и унапређење здравља људи.

У овом делу Нове европске здравствене политике СЗО наводи се и амбициозна идеја интегрисања обуке из јавног здравља широм Европе формирањем европске школе јавног здравља. Полазиште у овом подухвату може бити прихватање заједничких критеријума за потребне компетенце у овој области, и развој интегрисаног курикулума на основу постојећих програма мастера из јавног здравља.

Трећи део: Предуслови за успешну имплементацију или како учинити да се Нова европска здравствена политика примењује?

Трећи део Нове европске здравствене политике разматра механизме управљања, институционалне механизме, приступе у јачању здравствених система, начине како да се боље чује глас грађана и пацијената, као и развој партнерства за промене у европском региону и у свету. Три основна принципа у развоју активности наведених у овом делу наведена су у боксу 6.

Бокс 6. Основни принципи у развоју активности (10 – 12):

10. Промоција здравља у свим политикама на начин да сви сектори прихвате и делују у складу са својом одговорношћу према здрављу људи;
11. Обраћање посебне пажње на захтеве и очекивања грађана и стварање система у заједници који унапређују здравље људи;
12. Заједничке активности за здравље и благостање у Европском региону – земље чланице са међународним стратешким партнерима и јавноздравственим актерима;

Управљање за здравље захтева постојање синергистичног скупа политика од којих многе припадају секторима који су изван здравственог, па је потребно да буду подржане структурама и механизмима који омогућавају и јачају сарадњу. Управљање за здравље захтева од влада да обезбеде кохерентност политика, да инвестирају у здравље као и примену модела сарадње који омогућавају проток ресурса и смањују постојеће неједнакости у здрављу.

Многе детерминанте здравља и праведност у здрављу јесу заједнички приоритети различитих сектора. Они обухватају циљеве као што су боље образовне перформансе, промоција социјалне инклузије и кохезије, смањење сиромаштва и побољшање благостања заједница. То све обезбеђује заједничку тачку за анализу добити у здрављу и праведности међу наведеним секторима.

Посебно је важно увести нове начине мерења здравља и благостања који би омогућили владама да прате напредак у њиховом унапређењу. Ови начини обухватају како објективне, тако и субјективне податке као и примену принципа праведности и одрживости у развоју политика. Неки од практичних помака у том правцу могу бити нови начини јавноздравственог извештавања и коришћење нових показатеља за мерење благостања и социјалне инклузије, али и промоција политичке, професионалне и јавне одговорности за здравље и благостање људи.

Да би се унапредило здравље и благостање људи потребно је институционализовати како структуру, тако и процесе у оквиру владе који би подржали решавање међусекторских проблема и балансирали неравномерну друштвену моћ и утицај. Кључна област у том процесу је развој нових и јачање постојећих инструмената и механизма који ће омогућити да се чује глас и виђење грађана и да процес доношења одлука буде транспарентан. Укључивање грађана је основно за успех ових активности, посебно оних маргинализованих, осетљивих и под

повећаним ризиком за настанак болести. За то је потребно више од једног мандата владе.

Цео процес би убрзао развој партнерства и укључивање кључних актера у креирању одрживе политичке подршке за праведност у здрављу као важног заједничког друштвеног циља. Биће потребна и нова легислатива за јачање заједничке одговорности у свим секторима друштва. Такође ће бити важно да се обезбеди периодична евалуација напретка у достизању циљева, односно ефеката политика и интервенција.

Институционална платформа у виду заједничког тела прикљученог кабинету председника, или заједничког комитета, односно радне групе би помогла у развоју приступа **„Здравље у свим политикама“**. То су основни предуслови у изградњи капацитета за паметно управљање (*smart governance*) и од виталне су важности за унапређење здравља и благостања људи.

Посебно је важно нагласити, поред централног, и значај развоја локалних приступа у решавању социјалних неједнакости на нивоу заједнице укључивањем праведности у рурално и урбано управљање.

Критички тонови у разматрању Нове европске здравствене политике „Здравље 2020“

Нова европска политика **„Здравље 2020“** представља промену у приоритетима и визији јавног здравља европског региона. И, као што је Сузана Јакаб, нова регионална директорка СЗО за Европу нагласила „ако наставимо да се фокусирамо само на министарства здравља и њихове проблеме са кризама здравственог система из дана у дан, никада нећемо постићи побољшања здравственог стања становника коме тежимо“ (10)

Суочена са великом редукацијом свог буџета и знатним реформама којима земље чланице желе да сведу улогу ове организације на техничку, саветодавну и посматрачку, СЗО је осмислила иновативну стратегију **„Здравље 2020“** која представља радикалну реконцептуализацију здравља у европском региону.

При томе се поставља суштинско питање, у којој мери ће земље чланице моћи да је следе на том путу? (10).

Постоји велика вероватноћа да ће моћи! Када је Сузана Јакаб постала регионална директорка СЗО 2010. године, она је подстакла истраживања социјалних детерминанти здравља у региону (6), управљање за здравље (5) и економске аспекте јавног здравља (студија у току). То је све урађено како би земље чланице прихватиле њену визију унапређења здравственог стања становника Европе. Са све старијим становништвом, порастом разбољевања од хроничних болести и спиралним растом трошкова за лечење, све државе заједно са својим владама и министарствима здравља би требало да подрже нови покрет за јавно здравље, сматра Сузана Јакаб, а то им нуди Нова европска здравствена политика **„Здравље 2020“**.

„Здравље 2020“ ће изградити партнерства која би помогла у суочавању са комплексним детерминантама здравља и са концептом праведности у здрављу.

Нова здравствена политика представља један свеобухватан оквир изграђен на постојећим стратегијама – укључујући и највећим делом ону која се односи на јачање здравствених система.

Ипак, имајући у виду буџетске рестрикције, расте забринутост како ће се тај визионарски план реализовати. Према мишљењу регионалне директорке и њеног тима који је учествовао у изради овог политичког документа, тако што ће се СЗО уместо великог броја расутих и распарчаних активности, сада фокусирати на приоритете у здравственом стању, на смањивање неједнакости у здрављу и на социјално-економске одреднице здравља становника европског региона. Данас је свима јасно, истичу они, да без јачања јавног здравља нећемо далеко стићи на унапређењу здравља и благостања. Ако не инвестирамо у превенцију болести, промоцију и заштиту здравља, трошкови здравственог система ће наставити да расту, па ни једна земља неће моћи са тим проблемом да се избори.

Усмерење ка здрављу и благостању у европском региону захтева промишљање целокупног управљања за здравље у 21 веку. И као што је Илона Кицбух, ауторка студије о управљању за здравље (5) навела „Потребно нам је плуралистичко гледиште демократије у здрављу“ што обухвата ангажовање целокупне владе, индустрије и невладиних организација, а „**Здравље 2020**“ то пружа. Постоје докази из литературе да ако инвестирамо у превенцију, резултати ће се показати у краткорочном и средњерочном периоду. Дугорочне инвестиције ће показати резултате у будућности, а то је оно за шта су владе мање заинтересоване, оне желе резултате одмах. Али, докази постоје и то је посебно важно у периодима економске кризе са којом смо претходних неколико година суочени.

УМЕСТО ЗАКЉУЧКА

И на крају, следеће тврдње могу послужити као основа за увођење „**Здравља 2020**“:

- Политички посматрано, право је време за нови политички оквир за здравље у европском региону. Промене социјално-културални и демографски профил региона намеће поновно промишљање свих наших претпоставки о здрављу, здравственој заштити, подршци, учешћу у одлучивању, оснаживању појединаца и заједница, праведности и људским правима;
- За здравствене системе је карактеристична неизвесност и комплексност много више него јасно разграничене области и функционална одговорност. Антиципирање будућности зависи од разумевања ризика и могућности који су пред нама и доношења разумних предвиђања о томе шта би требало урадити;
- Све већи број доказа о детерминантама здравља су значајан, али недовољан услов да промене начин како друштва функционишу у задовољавању људских потреба. Здравље становника европског региона се побољшава, али не тако брзо колико знање и технолошки развој омогућавају.

Неједнакости у здрављу се повећавају, а и једно и друго је друштвено неприхватљиво и скупо;

- Већина јавноздравствених изазова, укључујући и хроничне болести, као и неједнакости у здрављу не могу бити решени успешно без интерсекторских активности и мера и активности на локалном, националном и глобалном нивоу;
- Регионална канцеларија СЗО за Европу има велико искуство у развоју здравља заједно са другим секторима (животна средина, транспорт, образовање, правда и пољопривреда) на свим нивоима власти (градови и региони), те развој Нове здравствене политике јесте резултат њене традиције у овој области и способности да окупи земље чланице око приоритетног задатка – унапређење здравља и благостања људи.

Здравље је посао свих и зато сви морају бити одговорни за његов развој. Успех или неуспех „Здравља 2020“ лежи у партнерству и алијансама, у рукама је државних чиновника и њиховој способности да мобилишу своје земље и грађане како би сви дали допринос заједничким напорима. Чињеница је да многи људи европског региона нису здрави колико би требало и колики су њихови потенцијали, те би са знањем и технологијама које су нам на располагању „Здравље 2020“ требало да промени ову неприхватљиву ситуацију у наступајућој декади.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO Regional Committee for Europe. Sixtieth session. Moscow, 13-16 September 2010. Better Health for Europe: Adapting the Regional Office for Europe to the changing European environment – the Regional Director's perspective. Resolution. Available from URL: www.euro.who.int/_data/assets/ (accessed August 2012).
2. Zsuzsana Jakab, Regional Director WHO Regional Office for Europe. Embarking on Development the New European Health Policy – Health 2020. *European Journal of Public Health* 2011;21(1):130-31.
3. WHO European Ministerial Conference on Health Systems “Health Systems, health and wealth”. Tallinn, Estonia, 25-27 June 2008. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Available from URL: www.euro.who.int/_data/assets/ (accessed August 2012).
4. WHO Regional Conference on the New European Policy for Health – Health 2020. The new European Policy for Health – Health 2020. Draft 1. Available from URL: www.euro.who.int/en/what-we-do/event/first-who-european-conference... (accessed August 2012).
5. WHO Regional Conference on the New European Policy for Health – Health 2020. Governance for Health in the 21st Century: a study conducted for the WHO Regional Conference for Europe. Available from URL: www.euro.who.int/en/what-we-do/event/first-who-european-conference... (accessed August 2012).
6. WHO Regional Conference on the New European Policy for Health – Health 2020. Interim Second report on social determinants of health and health divide in the WHO European Region. Available from URL: www.euro.who.int/en/what-we-do/event/first-who-european-conference... (accessed August 2012).
7. WHO Regional Office for Europe. The new European policy for health – Health 2020: Vision, values, main directions and approaches. Baku, Azerbaijan, 12/15 September 2011. Available from URL: www.euro.who.int/_data/assets/ (accessed August 2012).

8. UN. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (document A/66/L1). Available from URL: www.un.org/en/ga/ncdmeeting2011/ (accessed August 2012).
9. WHO Regional Office for Europe. Strengthening Public Health Capacities and Services in Europe: Framework for Action. First meeting of the European Health Policy Forum for High-Level Government Officials. Andorra, 9-11 March 2011. Available from URL: www.euro.who.int/ (accessed August 2011).
10. Walgate R. Health 2020: WHO's missing link? *www.thelancet.com* Vol 378, November 19, 2011.

HEALTH 2020: CHALLENGES OF THE NEW EUROPEAN HEALTH POLICY

Snezana Simic

Institute of Social medicine, Medical University of Belgrade

ABSTRACT

All countries are challenged by the processes of globalization and mayor demographic, social, economic and environmental changes which influenced health and well-being of the population. This poses request for new social response. It is important to apply innovative ways of governing for health, ways in which we can bring influence to bear on all determinants of health involving all of society and its sectors, in particular the people themselves.

The aim of this paper was to present New European Policy "Health 2020" as a response of WHO Regional Office for Europe and 53 member states to changes and challenges across the European Region population health. This paper outlines the key aspects of New European Policy and their main milestones as well as implications for national policies and public health workers every day practice.

Health 2020 provides a unifying value-based policy framework for health development. The framework includes realistic but challenging targets, as well as tools for planning, monitoring and implementation. It brings together and interconnects new evidence and strengthens the coherence of existing knowledge on health and its determinants. It is designed to offer practical pathways for addressing current and emerging health challenges in the Region, appropriate governance solutions and effective interventions. Health 2020 identifies how both health and well-being can be advanced, equitably sustained and measured through actions that create social cohesion, security, work-life balance, good health and good education. WHO's European Office is making progress with this innovative strategy to tackle the region's health problems, which is in line with its fundamental reform underway, and the new role of this agency in Europe.

Key words: Health 2020, public health policy, European Region, health, well-being.

ЗДРАВЉЕ У СВИМ ПОЛИТИКАМА И ИНСТИТУТИ/ ЗАВОДИ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ

Матијевић Душанка, Тошовић С., Ач Николић Е.¹, Милошевић З.²,
Јанковић Младеновић С.

¹ Институт за јавно здравље Војводине, *Institute of Public Health of Vojvodina*

² Институт за јавно здравље Ниш, *Institute of Public Health Nis*

САЖЕТАК

Увод: Здравље у свим политикама (ЗуСП) подразумева стратешки оријентисану практичну јавноздравствену политику са високим потенцијалом унапређења и заштите здравља тако што у фокус интервенција и практичног деловања ставља социјално економске одреднице и неједнакости у здрављу. Опште је прихваћено да је интерсекторски приступ неопходан за увођење здравља у све политике, а као модел избора, истиче интегрисано, институционализовано управљање у имплементацији и евалуацији поменутог концепта на свим нивоима. Институт и заводи за јавно здравље имају незаобилазну улогу и у имплементацији овога приступа. Један од првих корака је поправљање њиховог положаја у систему здравствене заштите кроз изналагање нових, успешнијих модела функционисања и финансирања, где би се решења управо могла наћи у даљој реформи система јавног здравља ка здрављу у свим политикама.

Циљ рада: 1. Утврђивање могућности и начина даљег наставка реформе јавног здравља у Републици Србији у смислу обезбеђења механизма за спровођење концепта здравља у свим политикама ; 2. Дефинисање места и улоге Института и завода за јавно здравље у овом процесу и идентификација постојећих проблема у раду; 3. Дефинисање предлога модела за успешну примену поменутог приступа.

Метод рада: Преглед литературе, везане за одреднице здравља и приступ здравља у свим политикама као и досадашњих искустава/модела у свету, у примерима добре праксе. Модел избора примене здравља у свим политикама је институционализовано интегрисано, интерсекторско управљање у спровођењу ЗуСП на свим нивоима кроз Национални савет за јавно здравље. Ефикасна примена ЗуСП подразумева јачање капацитета запослених у Институтима и заводима за јавно здравље као и других учесника у јавном здрављу за компетентно доношење одлука, интерсекторску сарадњу као и сарадњу владиног и цивилног, јавног и приватног сектора за дефинисање и имплементацију јавно здравствених политика.

Кључне речи: здравље у свим политикама, одреднице здравља, институти и заводи за јавно здравље, Национални савет за јавно здравље.

1. УВОД

Здравље у свим политикама (ЗуСП) подразумева стратешки оријентисану јавноздравствену политику са високим потенцијалом унапређења и заштите здравља тако што у фокус интервенција и практичног деловања ставља социјално економске одреднице (детерминанте) и неједнакости у здрављу (1). Приступ се базира на сазнању да здравље популације није само исход деловања здравственог сектора, већ је у значајној мери детерминисано условима живота као и другим социјално економским факторима, те се на њега ефикасније може утицати (у позитивном смислу) применом релевантних политика у оквиру неких других области, а не у области система здравствене заштите. Поменути концепт, осим што се у основи бави здрављем популације и одредницама здравља, настоји да дефинише и различите нивое политике (глобалне, локалне, и др.) које ће, на бази доказа, допринети његовом очувању и унапређењу. Примена ЗуСП у пракси у европском региону и ван њега није ишла лако, између осталог због непостојања за то преко потребних, универзалних и опште примењивих механизма. У трагању за оваквим механизмима стечена су одређена позитивна искуства која су представљала несумњиве помаке у овој области. Опште је прихваћено да је интерсекторски приступ неопходан за ефикасан рад за увођење здравља у све политике, али сама добра воља за сарадњу није (увек) довољна јер није обавезујућа. Стога се као модел избора, истиче интегрисано, институционализовано управљање у имплементацији и евалуацији концепта ЗуСП како на хоризонталном тако и на вертикалном нивоу.

Институти и заводи за јавно здравље (И/З), који су у складу са већим бројем закона одговорни за читав низ делатности у области јавног здравља имају незаобилазну улогу и у имплементацији овога концепта. То би заправо, у будућем периоду, требало да им буде основни задатак за шта, је међутим, неопходно испунити одређене предуслове. Они подразумевају даљи рад на реформи у области јавног здравља у складу са доказима о ефикасности нових модела у јавном здрављу, посебно у области управљања. У поменутом смислу неопходне су измене и допуне у постојећих законских прописа, пре свега Закона о јавном здрављу. Један од првих корака је поправљање положаја И/З у систему здравствене заштите нарочито са аспекта веће извесности и одговарајуће финансијске надокнаде и стабилности како би се уопште омогућио одговарајући рад ових установа. То подразумева измену постојећег начина финансирања, полазећи од основног постулата да је здравље јавно добро, уз изналагање нових успешнијих модела, где би се решења управо могла наћи у даљој реформи система јавног здравља ка ЗуСП. Стога је неопходан и паралелан процес у смислу редефинисања послова и задатака у складу са ЗуСП, укључујући утврђивање одговорности (и обавезности) за примену утврђених и усвојених јавно здравствених политика како за И/З тако и за остале учеснике у јавном здрављу. Посебан изазов представља глобална и национална економска криза, која ће захтевати значајну промену понашања, као и утврђивање нових приоритета не само у оквиру различитих секторских политика, па и здравствене, већ и друштва у целини. И/З у поменутом процесу требало би да имају

једну од лидерских улога али и одговорност имајући у виду, уз све проблеме и потешкоће, оно што свакако поседују. То су кадровски и инфраструктурни капацитети који никако нису занемарљиви, а још више мандат који су добили од друштва и државе за обављање делатности од општег интереса, па тиме и развој ЗусП и његове имплементације.

2. ЦИЉ РАДА

1. Утврђивање могућности и начина даљег наставка реформе јавног здравља у Републици Србији у смислу обезбеђења механизма за спровођење ЗусП
2. Дефинисање места и улоге И/З за јавно здравље у развоју поменутих механизма
3. Идентификација постојећих проблема у раду као и предуслова за ефикасније функционисање И/З, као и остваривање улоге у развоју и примени ЗусП
4. Дефинисање предуслова/ предлога модела за успешну примену ЗусП у нашим условима.

3. МЕТОД РАДА

1. Преглед литературе, везане за одреднице здравља и ЗусП као и досадашњих искустава/модела и примера добре праксе у свету.

4. ОДРЕДНИЦЕ (ДЕТЕРМИНАНТЕ) ЗДРАВЉА

Термин „одреднице или детерминанте здравља“ уведен је 70. тих година прошлог века и односио се на факторе за које је утврђено да имају најзначајнији (позитиван или негативан) утицај на здравље. Здравље је исход низа одредница укључујући оне везане за индивидуалне факторе (генетске, биолошке), стил живота, структуре у друштву, јавне политике и друге социјално економске факторе. Посматрање здравља, кроз утицај одређених одредница, је од посебног значаја управо са аспекта њихове подложности различитим политикама и околностима у којима се одлуке доносе и примењују, различитим интервенцијама, као и различитим окружењима где људи живе и раде. Наиме унапређење здравља деловањем на његове детерминанте може бити далеко ефикасније него примена традиционалног приступа базирана на лечењу болести или решавању здравствених проблема.

Растом сазнања о социјално економским предусловима за здравље и класична дефиниција здравља СЗО доживела је својеврсну еволуцију. Здравље као „стање потпуног физичког, психичког и социјалног благостања, а не само одсуство болести и онеспособљености“ посматра се сада и као ресурс свакодневног живота, а не „објекат живљења“, неопходност за оптимално функционисање у различитим окружењима и улогама које живот поставља пред појединца и заједницу (2).

СЗО је оформила посебну Комисију за социјалне одреднице здравље са циљем дефинисања препорука за примену оних политика и интервенција које ће унапредити здравље смањивањем неједнакости у здрављу кроз акције везане управо за социјалне одреднице здравља. Тако су у другом издању публикације СЗО о социјалним одредницама здравља сумирани резултати истраживања из европског региона и презентовани у виду јасних чињеница – доказа о 10 значајних области, а на начин разумљив доносиоцима одлука (3) Ове области подразумевају:

1. социјални положај
2. стрес
3. рано животно доба (здравље мајке и детета)
4. социјалну искљученост
5. посао
6. незапосленост
7. социјалну подршку
8. болести зависности
9. исхрану
10. транспорт

Сигурно је да је животни век знатно продужен у односу на период од пре двадесет година и да је позитивни социо - економски развој допринео знатном унапређењу здравља становништва у већини европских земаља. Дужи живот, с друге стране, подразумева старење становништва и ниже стопе наталитета што захтева изналажење стратегија за боље коришћење потенцијала старијих као значајног ресурса друштва и породице али и бољи одговор друштва на потребе ове популације.

Последица старења становништва је пораст хроничних незаразних болести али и неких фактора ризика за њихов настанак као што су проблеми менталног здравља и злоупотреба психоактивних супстанци, хипертензија, хиперхолестеролемија, гојазност.

Постоје докази да су веће социјалне неједнакости повезане са лошијим здравственим стањем становништва (4).

Многи изазови и проблеми на глобалном политичком и економском нивоу одразили су се на развијене земље, а још више на оне сиромашније. Нарочито се запажају неједнакости у здрављу везане за социјалне, односно психо-социјалне одреднице здравља, чак и у високо развијеним земљама где је посебно илустративан тзв. „Глазговски ефекат“. (5). Глобална економска криза има додатни негативни утицај на одреднице здравља. Смањење зарада, страх и неизвесност и пораст незапослености, доводи до дубоког психо - социјалног стреса, па се може очекивати пораст кардиоваскуларних и дигестивних обољења, дијабета, психијатријских поремећаја и даљи пораст злоупотребе психоактивних супстанци. Маргиналне популационе групације, сиромашни, имигранти посебно су угрожени економском кризом.

Имајући све ово у виду СЗО је организовала састанак министара здравља европских земаља 2009. у Ослу како би се понудила одређена решења и стратегије

за ублажавања ефеката економске кризе на здравље становништва (6). Посебно би требало истаћи оне које су у функцији афирмације ЗусП, као што су:

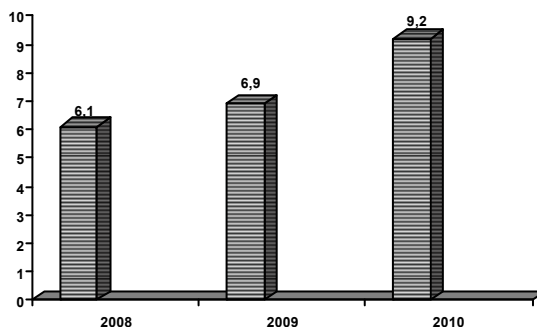
1. Дистрибуција постојећег националног богатства на бази солидарности и једнакости, а са аспекта очувања здравља становништва;
2. Заштита здравствених буџета, здравственог осигурања и запослености – инвестиција у здравље је инвестиција у друштвено благостање
3. „Сваки министар је министар здравља“ – потреба промоције ЗусП већа него икад
4. Заштита исплативих активности јавног здравља и реафирмација примарне здравствене заштите као основе сваког здравственог система:
 - заштита улагања у јавно здравствене програме
 - заштита улагања у примарну здравствену заштиту
 - редукација потрошње, укључујући скупе службе и технологије
5. Пораст опорезивања супстанци као што су дуван и алкохол али и продуката који садрже високе нивое шећера и соли (ове јавно здравствене мере су у функцији очувања и унапређења здравља становништва кроз непосредну примену ЗусП).
6. Подржати партиципацију јавности у развоју мера које ће ублажити ефекте економске кризе на здравље

4.1. Социјално економске детерминанте и здравље становника Србије

Демографску ситуацију у Србији карактерише старење становништва и негативан природни прираштај. Према постојећој демографској структури становништво Србије је међу најстаријима у Европи (17,1% је старије од 65 година), а пројекције говоре у прилог томе да ће до 2032. године проценат старих особа порастати на 22%. Постојећа депопулација (стопа природног прираштаја -4,6/1000 у 2009. год) доводи до смањења укупног броја становника Србије (7).

Према подацима истраживања о потрошњи домаћинства у Србији у 2010. години 9,2% становништва живи испод линије сиромаштва (Граф 1.). Сиромаштву је изложеније становништво које живи на ванградском подручју, затим вишечлана домаћинства и домаћинства чији је носилац нижег образовног нивоа. (8).

Графикон 1. Сиромашни у Републици Србији, 2008–2010.
Апсолутна линија сиромаштва

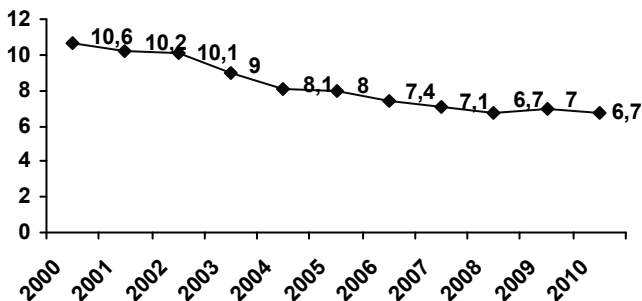


Током протекле деценије у Србији се бележи позитиван економски раст, све до појаве глобалне економске кризе, када долази прво до стагнације, а затим и пада економског развоја (негативна стопа раста бруто националног дохотка од 3% у 2009. години). У циљу ублажавања ефеката економске кризе, предузете су мере смањења јавне потрошње, док се у будућности очекују повећање продуктивности, као израз суштинских реформи (9).

Трошкови за здравствену заштиту учествују у релативно високом проценту у бруто домаћем производу (9,8% БДП у 2008. год). (10).

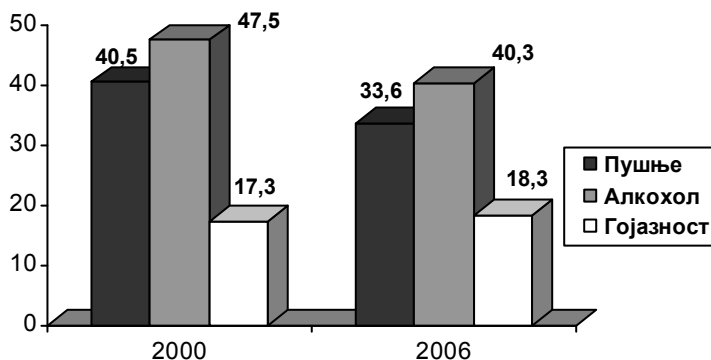
Показатељи здравственог стања становништва Србије су значајно унапређени током претходне деценије. Очекивано трајање живота на рођењу је у периоду од 2002 до 2009. године повећано за 1,4 годину (са 69,7 на 71,1 код мушкараца и са 75,0 на 76,4 код жена). Стопа смртности одојчади је смањена са 10,6 на 6,7. Међутим још увек постоје изразите разлике уколико се посматрају одређене рањиве популационе групе. На приме, у популацији Рома, овај показатељ два пута већи (Граф 2.). Водећи узроци умирања становништва у Србији су кардиоваскуларне (54,8%) и малигне болести (20,6%).

Графикон 2. Умрла одојчад на 1000 живорођених у Републици Србији, 2000-2010.



Највећем оптерећењу болестима доприносе хроничне незаразне болести и удружени фактори ризика. Пушење и даље представља водећи појединачни фактор ризика и поред значајног смањења учесталости у периоду од 2000. до 2006. године за 6,9% код одраслих и 7,4% код младих. Према подацима истраживања здравља становника Србије 40,3% конзумира алкохол, док се гојазност бележи код 18,3% одраслих (Граф 3.). Подаци о ухрањености деце се значајно разликују у општој и популацији Рома: учесталост потхрањености у Ромској популацији је 7,7%, а у општој 1,6%, док учесталост гојазности деце износи 15,3% у општој популацији, а 2,8% међу Ромском децом (11,12,13).

Графикон 3. Преваленција фактора ризика код становника Србије, 2000. и 2006. године



У складу са тенденцијама здравствене политике ЕУ осим смањења сиромаштва постоји тренд кретања ка социјалној инклузији као и унапређењу квалитета живота свих социјалних групација, а посебно оних рањивих.

5. РАЗВОЈ ПРИСТУПА ЗУСП

Основи ЗуСП налазе се још у Декларацији из Алма Ате из 1978. године, која је између осталог, утврдила неопходност укључивања других сектора у креирање јавно здравствене политике. Стратегија „Здравља за све...“ са акцентом на стил-овима живота који воде здрављу допринела је развоју докумената који су били основа системске припреме за промоцију здравља, што је такође представљало основу за ЗуСП. Декларација из Отаве 1986. идентификовала је фундаменталне услове за здравље неопходне за елиминацију неједнакости у здрављу (14). Проширујући фокус са здравих стилова живота на шире одреднице здравља, декларација је утврдила 5 основних стратегија за промоцију здравља:

1. здраве јавне политике
2. развој здравих окружења
3. јачање капацитета/активности у заједници
4. развој личних вештина
5. реоријентација здравствене службе

Нагласак на значај ширих политичких мера дат је на конференцији у Аделаиди 1988. (фокус на здравим јавним политикама) и Сандсвалу у Шведској 1991. – развој здравих окружења (са фокусом на њихове, социјалне, политичке и економске аспекте). Касније конференције у Џакарти, Мексико ситију и Бангкоку

разматрале су глобалне неједнакости у здрављу, пре свега са аспекта штетних последица тржишта, трке за профитом и пратећег маркетинга.

Глобалне конференције промоције здравља су директно или индиректно биле повезане са еволуцијом политика и приоритета из оквира ЗусП.

ЗусП је уско повезан са појмовима „Здрава јавна политика“ и „Интерсекторске акције за здравље“ што подразумева термине за претходне активности СЗО у оквиру европске стратегије „Здравља за све“. Иако ови термини имају различите корене суштина им је заједничка и подразумева потребу ка интегрисаном, широком приступу здрављу кроз политике ван сектора здравства. Здраву јавну политику карактерише експлицитна одређеност за здравље и једнакост у здрављу у свим политикама и креирање здравих окружења која омогућују људима да живе здравије. Мото овог приступа је да „здрав избор буде и најлакши избор“. (15)

„Интерсекторске акције за здравље“, за које се некад користи и термин „мултисекторске акције“, подразумевају координисане акције са експлицитним циљем унапређења здравља популације или утицаја на детерминанте здравља“. Главни циљ оваквих акција је достизање веће једнакости у здрављу, посебно уколико напредак зависи од одлука других сектора односно од сарадње различитих јавних сектора (16).

Разумевање концепта ЗусП-а такође је везано са развојем социоеколошког концепта здравља који између осталог истиче да животна средина и различите структуре и службе у једној заједници, као и односи људи са поменутиим структурама, под значајним су утицајем различитих јавних политика (17). Овај модел је врло примењив за ЗусП јер посебно посвећује пажњу одлукама и интервенцијама других сектора, које могу нарушити здравље популације. Према томе, иако развој јавно здравствених политика није нужно ишао под називом ЗусП већ као промоција здравља, здрава јавна политика, развој здравих окружења итд., сасвим је јасно да су све ове мере односно стратегије допринеле артикулацији приоритета и праксе ЗусП.

5.1. Контекст приступа

Утицај политика изван здравственог сектора на здравље сагледан је одавно, као што и чињеница о потреби сарадње међу секторима, у принципу, није нова. Тако је потреба итеракције са секторима едукације, социјалне заштите, пољопривреде, исхране, транспорта добро позната професионалцима у области јавног здравља. Традиционално је мање препознат утицај политика у области трговине и индустрије, а он све више добија на значају са европским интеграцијама и процесом глобализације.

Стога интеграција здравља у све политике постаје веома комплексна јер захтева промену структура и начина доношења одлука као и постојања различитих нивоа одлучивања у овоме процесу. Одлуке о здрављу, социјалној заштити и едукацији по традицији се лакше спуштају са општег на локални ниво, док је то далеко теже кад су у питању финансије, трговина, индустрија, па и пољопривреда. Другим речима, одговорност за исходе по здравље остаје на локалном нивоу док се

одређене одлуке, које утичу на детерминанте здравља, доносе на глобалном па и интернационалном нивоу (ЕУ).

Приоритети здравствене политике зависе од ширих приоритета и циљева сваке владе и стога је имплементација утврђене политике од великог значаја. Пракса већине европских земаља, укључујући и нашу, указује да министарства здравља, социјалне заштите, едукације нису нужно „најјачи играчи“ у влади и да тешко могу да издрже конкуренцију у утврђивању приоритета нарочито када су у питању министарства економије, трговине, индустрије.

Стога је здравствена политика, до скорог увек посматрана у светлу сопственог доприноса индустрији, економској политици, трговини. Концепт ЗуСП заступа обрнут приступ: како политике у поменутиим областима могу да допринесу, заштити, очувању и унапређењу здравља, благостању и квалитету живота грађана. Овакав обрт захтева консензус на највишем управљачком, владином нивоу сваке земље што је усаглашено на међународном састанку о ЗуСП 2010. године у Аделаиди.

По завршетку састанка у Аделаиди донета је „Декларација о ЗуСП – кретање ка **заједничком – интегрисаном управљању у влади** за достизање здравља и добробити (18).

Декларација истиче потребу за новим социјалним уговором између свих сектора у влади да би се унапредио хумани развој, одрживост и једнакост и унапредили исходи по здравље. Ово захтева посве нову форму управљања, где постоји заједничко управљање у оквиру владе између различитих сектора као и нивоа управљања. Уколико је здрава популација кључни предуслов свеколиког па и економског развоја сваког друштва, тада ће бити оправдана очекивања представника индустрије, трговине, послодаваца, локалних заједница за јаким координисаном владином акцијом усмереном ка детерминантама здравља, како би се избегла фрагментација и дуплирање појединих активности.

Интерсекторска, од стране владе координисана политика, заједнички циљеви и интегрисани одговори на постојеће проблеме и изазове, партнерство са невладиним и приватним сектором је основа заједничког/интегрисаног управљања односно ефикасног спровођења ЗуСП. Од здравственог сектора се очекује активно ангажовање у раду са другим секторима као и непосредна подршка влади у развоју релевантних политика и достизању њихових циљева. Експлицитно речено, успешна примена ЗуСП захтева **институционализовани процес интетрсекторског решавања проблема, утврђивање мандата и одговорности, иницијатива, финансирања односно буџета и одрживих механизма за рад владиних установа у области јавног здравља**. Доказ за ову тврдњу су дугогодишњи напори у поменутом смислу и искуства других земаља како у Европи тако и ван ње.

5.2. Међународна искуства – стечена сазнања (научене лекције)

ЗуСП је развијан и тестиран у великом броју европских земаља, а велики искорак у поменутом смислу учинила је Аустралија. Имајући у виду доста дугу историју европског региона везану за рад на социјалним детерминантама здравља, концепција ЗуСП посебан нагласак је дала успостављању механизма интегрисаног управљања од стране различитих сектора. Не очекује се само од министарства здравља да води интерсекторску политику већ да се здравље интегрише у политике других сектора. Зато се посебно инсистира на развоју механизма и оруђа за интерсекторску сарадњу и конкретне заједничке интервенције у пракси. Добри примери оваквог заједничког приступа на нивоу владе могу се видети у Финској (19), Енглеској (20), Холандији (21), Норвешкој (22, 23) и Шведској (24). Ове земље користе комбинације управљачког оруђа у смислу заједничке формулације политике и циљева, закона, закона о јавном здрављу, координације на нивоу кабинета председника владе, међусекторских комитета, протокола/ уговора о сарадњи и заједничком финансирању, хоризонталних и вертикалних координационих тела и механизма, заједничких јавних саопштења, континуиране интерсекторске размене информација. Активности се одвијају на нивоу владе, кабинета, између министарстава и у партнерству са регионалним и локалним управама. У поменутом смислу биће размотрени модели у Норвешкој, Енглеској и Финској*.

*

Норвешка

У Норвешкој је по доношењу Националне стратегије за редукацију неједнакости у здрављу 2007. год. успостављена функција **Директората за здравље на нивоу владе**. Он има централну координативну улогу у спровођењу ове стратегије, развоју нових релевантних индикатора, развоју капацитета јавно здравствених учесника на локалном нивоу, јачању међусекторске сарадње на нивоу министарстава као и између регионалних и локалних здравствених власти. Извештаји се достављају најмање једном годишње влади и миниистарствима уз процену потреба буџета за наредни период.

Енглеска

Енглеска је 2011. отпочела реформу система јавног здравља предочену у документу „Здрави животи, здрави људи“ истичући да се ради о новом јавноздравственом систему са јаким локалним и националним управљањем. Очекује се процес трансформације до 2015. године, а основа реформе и новог концепта је рад на решавању неједнакости у здрављу (16) применом ЗуСП. Вертикална организација система иде од **Субкомитета за ЗуСП** на нивоу владе преко Агенције јавног здравља Енглеске до **Директора за јавно здравље** на локалном нивоу који су део локалних власти са пуним мандатом за доношење одлука и њихову примену у пракси, уз одговарајући буџет.

Без обзира на несумњива достигнућа појединих земаља, Европи још увек недостаје јединствено методолошки утврђена паневропска студија о интегрисаном управљачком приступу и инструментима у спровођењу ЗуСП.

5.3. Стратегије, механизми и инструменти за примену концепта

Према Декларацији из Аделаиде (18) предуслов успешне имплементације ЗуСП подразумева:

*

Финска

Нарочито је успешан модел Финске која је своју интерсекторску политику посвећену социјалним одредницама здравља формулисала још 1986. године. Постојећа политика ове земље „Здравље 2015“ подразумева спровођење широког оквира једног кооперативног здравствено промотивног програма у различитим областима друштва који се спроводи кроз различите управљачке секторе. Финансирање овакве јавно здравствене политике утврђено је посебним буџетом, чија је спецификација дата кроз интерсекторске планове, обједињене у јединственом националном документу. Један од најзначајнијих координационих механизма је **Саветодавни одбор за јавно здравље**. Чини га 17 чланова из свих владиних сектора, али и представници НВО, релевантних истраживачких института и завода и представници регионалне власти. Перманентни експертски секретаријат представља подршку раду овог тела.

- заједничко управљање на нивоу владе са јасном поделом одговорности (подршка владе у целини ангажовањем председника владе, кабинета и/или парламента као и пратећег административног апарата)
- утврђивање одговорности у оквиру свеобухватних владиних стратегија
- да интерсекторска сарадња и партнерство представља континуирани процес – заједничко доношење одлука и утврђивање циљева
- креирање јаких савеза и партнерстава како би се препознали заједнички интереси и циљеви уз успостављање посредништва за могуће супростављене интересе („win-win“ situations).
- подршку заинтересованих ван владе
- транспарентност и партиципаторни приступи
- окупљање интелектуалних ресурса и интегрисање резултата истраживања и провера истих у пракси

Постоје и докази о ефикасности одређених инструмената/оруђа у појединим фазама политичког процеса. То су:

- међуминистарски и међуодељенски комитети
- интерсекторски тимови, заједнички радни тимови
- интегрисани буџети и финансирање
- заједничке процене утицаја на здравље
- утврђивање доказа о ефикасности појединих интервенција у пракси
- легислативни оквири.

Није реткост да овакви процеси изазову тензије услед различитих често супростављених интереса или конфликта интереса. Стога је неопходно континуирано и систематско ангажовање у политичким процесима са кључним доносиоцима одлука. Здравствени сектор има посебну улогу у овом процесу. Највећи изазов је

убедити остале секторе о утицају њихових одлука на здравље популације и заиста интегрисати здравље у све политике. (25)

Неопходно је стога да одговорност и задужења у имплементацији и мониторингу ЗусП буду јасно утврђена између свих представника власти и здравственог сектора на различитим управљачким нивоима (26).

Да то није нимало лак задатак указује пројекат започет у јануару 2011. за који је предвиђено да траје 18 месеци, а координира га Европска здравствена мрежа (*EuroHealth Net*). Символичан назив „Прелазак преко мостова“ (*Crossing bridges*) упућује да и поред широког прихватања ЗусП, имплементација у пракси није нимало лака. Она захтева јасан мандат од владе сваке земље, ефективно вођство, системске промене политике и нове методе и капацитете за „прелазак преко мостова“ (27).

Очекује се да пројекат допринесе развоју практичних алата неопходних за превођење теорије ЗусП у праксу као и да обезбеди прогрес у имплементацији у Европи.

Један од циљева пројекта је развој капацитета националних и регионалних института /завода за јавно здравље за имплементацију ЗусП.

У пројекат су укључени институти и завод за јавно здравље из европског региона и то 13 главних и 12 колаборативних партнера који раде на националном и регионалном нивоу.

Од земаља бивше Југославије у пројекат су укључене Словенија (Национални Институт за јавно здравље Словеније и Завод за јавно здравље Мурска Собота) и Хрватске (Завод за јавно здравство Карловачке жупаније). Пројекат финансира ЕУ.

6. ИНСТИТУТИ И ЗАВОДИ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ И ЗУСП

Новим Законом о здравственој заштити (28) трансформација 23 регионална завода за заштиту здравља (од којих су три института према чл. 116. овог закона) у заводе за јавно здравље (И/З) представљала је законску основу односно потврду претходно реализоване значајне трансформације, у складу са Стратегијом јавног здравља (у даљем тексту Стратегија) (29), а у оквиру Плана мреже здравствених установа у Републици Србији. Заводи су основани за територију више општина односно града, као и Институт за јавно здравље за територију Републике, односно Аутономне покрајине.

Делатност завода регулисана је већим бројем закона и подзаконских аката, од којих су најважнији: Закон о здравственој заштити, Закон о здравственом осигурању, Закон о заштити становништва од заразних болести, Закон о евиденцијама у области здравства и најновији Закон о јавном здрављу.

Најновијом Уредбом о изменама и допунама Уредбе о плану мреже (30) предвиђено је оснивање још два завода за јавно здравље (Смедерево и Нови Пазар) што може да представља израз (политичке) потврде значаја ових установа од стране Владе. Ово је сасвим прихватљиво објашњење с обзиром да је задатак завода (према Стратегији) да координирају целокупну област јавног здравља (домови здравља, невладин-цивилни сектор, инспекцијске службе здравствене

заштите, санитарног надзора, комуналне тржишне, ветеринарске заштите, установе у области образовања и социјалне заштите) непосредно учествују у промоцији здравља, превенцији болести и заштити животне средине. Стратегијом је дефинисано 10 општих циљева, од којих сваки има одређени број подциљева, а основни принципи за утврђивање ових циљева били су следећи:

- одговорност државе и друштва за здравље
- развој свих облика партнерстава за здравље
- усмеравање на популацију и популационе групе
- мултисекторски и мултидисциплинарни рад
- социјалано економске детерминанте (здравља) и фактори ризика

Поменути принципи су у целини основа за примену ЗуСП тим пре што је први специфични циљ утврђен Акционом планом за примену Стратегије (2009 - 2013): (1.1.) праћење здравственог стања, детерминанти и неједнакости у здрављу. Међутим, за наведене документе (Стратегију и закон о јавном здрављу) нису још увек развијени пратећи прописи као инструменти за њихову примену. Поред овога, непосредни приоритет је процес покретања развоја Стратегије јавног здравља до 2020. године као и развој локалних стратегија.

Уколико се даље размотри закон о здравственој заштити и чл. 121. Завод између осталог:

1. прати, процењује и проучава здравствено стање становништва и извештава надлежне органе и јавност;
3. предлаже елементе здравствене политике, планове и програме са мерама и активностима намењеним очувању и унапређењу здравља становништва;
9. сарађује и развија партнерство у друштвеној заједници на идентификацији и решавању здравствених проблема становништва.

Све су ово значајни елементи за непосредно ангажовање Завода у имплементацији и евалуацији ЗуСП. Примена теорије ЗуСП у праксу, развој механизма који то обезбеђују у фокусу је интересовања професионалца у области јавног здравља широм света.

У покушају да утврдимо улогу И/З у нашој земљи у примени овог концепта, што би у будућем периоду требало да буде њихов основни задатак па и разлог постојања, неопходно је размотрити постојеће услове односно окружење, као предуслове за промене. То се, пре свега, односи на најзначајније, претходно размотрене социјално економске детерминанте здравља и здравствено стање становништва, а потом на политичке предуслове за примену концепта, положај И/З у систему здравствене заштите након трансформације, могуће механизме и оруђа за примену ЗуСП и с тим у вези постојеће проблеме и изазове.

6.1. Политички предуслови за примену концепта

Влада републике Србије донела је велики број стратешких докумената после 2000. године.

**

- Национална стратегија економског развоја Србије 2006 – 2012.
- Национална стратегија спашавања у ванредним ситуацијама
- Национална стратегија за сузбијање насиља над женама, у породици и партнерским односима
- Национална стратегија за борбу против HIV/AIDS-а
- Национална стратегија за решавање питање избеглица и интерно расељених лица за период 2011 -2014.
- Стратегија за унапређење положаја Рома у Републици Србији са Акционим планом
- Стратегија развоја информационог друштва у Републици Србији до 2020.
- «Боље здравље у трећем миленијуму», Здравствена политика, Визија система здравствене заштите у Србији, Стратегија и акциони план реформе система здравствене заштите
- Предлог стратегије управљања отпадом за период 2010 -2020
- Стратегија безбедности и здравља на раду у Републици Србији за период 2009 -2012
- Стратегија јавног здравља Републике Србије
- Стратегија за палијативно збрињавање,
- Стратегија за борбу против дрога у Републици Србији за период од 2009 – 2013.
- Национална стратегија за побољшање положај жена и утврђивање родне равноправности
- Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената
- Национална стратегија за превенцију и заштиту деце од насиља
- Стратегија за развој спорта у Републици Србији од 2009 -2013.
- Национална стратегија одрживог развоја
- Стратегија научног и технолошког развоја 2010 -2015
- Национална стратегија за младе
- Стратегија за подстицање рађања
- Стратегија контроле дувана
- Стратегија унапређења положај особа са инвалидитетом у Републици Србији
- Национална стратегија за борбу против корупције
- Стратегија развоја социјалне заштите
- Стратегија развоја и очувања менталног здравља
- Стратегија развоја здравља младих
- Национална стратегија за старе
- Национални план акције за децу
- Национална стратегија запошљавања са акционим планом
- Акциони план за животну средину и здравље деце 2010 -2019

На интернет страници Владе Републике Србије (31) налази се 88 усвојених стратегија за разне области. У развоју и изради преко 20 стратегија којима су циљеви везани за очување и унапређење здравља и квалитета живота, директно су били укључени стручњаци из области јавног здравља, а међу њима и многи запослени у заводима за јавно здравље.

На првом месту, у контексту ЗуСП требало би споменути Стратегију за смањење сиромаштва донету 2003. године. Заменик председника Владе био је директно задужен за имплементацију, координацију и сарадњу министарстава из различитих ресора, укључујући и ресор за здравље, у циљу што успешнијег спровођења ове стратегије која се непосредно бави социјалним детерминантама здравља. На нивоу Владе формиран је посебан Тим за смањење сиромаштва односно за социјалну инклузију чији је задатак имплементација и праћење реализације стратегије. Стална конференција градова и општина укључена је у промоцију и развој локалних планова за смањење сиромаштва. И поред значајних напора у имплементацији и несумљивог достизања одређених циљева утврђених овом стратегијом, очекује се даље

заоштравање проблема сиромаштва у светлу нове економске кризе, жестоке рестрикције националних буџета, пораста незапослености и последичног угрожавања адекватног становања и доступности основних служби у локалној заједници. Иако се посебна пажња посвећује вулнерабилним и маргинализованим популацијама, као што су нпр, Роми, имигранти и сл. проблем социјалне инклузије и смањења сиромаштва остаје итекако присутан са тенденцијом даље ескалације (32, 33). Од стране Владе су усвојена и четири извештаја о реализацији Миленијумских циљева развоја која је припремила посебна Владина радна група која је радила и на припреми овог документа (34). Уз већ поменути Стратегију за смањење сиромаштва то су и друге релевантне стратегије**.

Многи од ових документа, у почетку нису били праћени акционим планом којим би се између осталог утврдили и извори финансирања. Иако су у поменутом смислу учињени позитивни помаци, рестрикција финансијских средства одложила је, у већој или мањој мери, њихову примену.

Најбоља сарадња у области здравља за сад је успостављена са представницима медија, сектором социјалне заштите, заштите животне средине, образовањем и сектором рада и запошљавања. Постоји и значајан потенцијал унапређења сарадње са сектором пољопривреде, становања и руралног развоја. Посебно постоји велика потреба за сарадњом са сектором за економски развој и финансије.(35)

6.2. Положај И/З у систему здравствене заштите у Србији након трансформације

Трансформација института/завода за заштиту здравља у Институте/заводе за јавно здравље уз трансформацију концепта, начина и организације рада подразумевала је и суштинске промене у начину финансирања. Промена начина финансирања била је предвиђена и за друге делове система здравствене заштите али је иста заустављена на самом почетку, на „здравственим установама које обављају здравствену делатност на више нивоа“. Ту се подразумева 22 постојећа регионална Института /Завода чији је оснивач Република и још 1 чији је оснивач Аутономна покрајина Војводина. Начин финансирања, посебно у условима жестоких рестрикција буџета значајно је погодио И/З.

У складу са Законом о буџетском финансирању један део програмских активности, тзв. „Програми од општег интереса“, финансирају се из буџета Републике Србије, а део послова – здравствених услуга из буџета Републичког фонда за здравствено осигурање (РФЗО) – финансира локална филијала за одређену територију.

За разлику од осталих здравствених установа, И/З не добијају средства из РФЗО према броју уговорених радника као остале здравствене установе већ према задацима/услугама које обављају.

„Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе“, између осталог, утврђује и минимални стандард кадрова за одређене врсте здравствених установа

како би оне уопште могле да отпочну са радом (36). Стандард кадрова, када су у питању И/З никог не обавезује јер се не узима у обзир приликом уговарања здравствених услуга, за разлику од осталих здравствених установа. Наиме „Правилник о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и утврђивање накнаде за њихов рад“ (37) који доноси сам РФЗО, регулише критеријуме за уговарање накнада за рад здравственим установама из плана мреже, између РФЗО и здравствених установа на следећи начин:

- За све здравствене установе први критеријум је - уговорени број радника, па потом важећа основица за обрачун и исплату плата запослених у здравственим установама, додатна средстава за прековремени, минули рад.... у складу са законом.

- За институте и заводе за јавно здравље, је број услуга с тим да уговорена накнада за услуге из члана 61. (здравствене услуге микробиологије, паразитологије и вирусологије, послове и здравствене услуге епидемиологије, послове у вези спровођења обавезне имунизације и послове и задатке из социјалне медицине) утврђује на основу трошкова за те намене пројектованих за претходну годину.

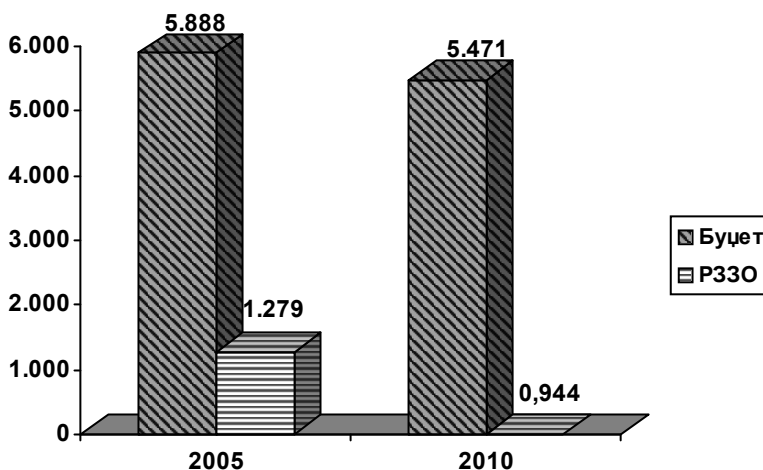
Осим тога, овим установама се не признају оперативни трошкови за струју, воду и сл., као ни отпремнине, јубиларне награде итд.

Исход свега поменутог, су озбиљни проблеми у финансирању И/З, на шта указују подаци везани за прву декаду 2000 године.

6.3. Проблеми у финансирању института/завода за јавно здравље

До 2001. године, највећи удео у финансирању делатности мреже И/З припадао је Републичком заводу за здравствено осигурање, односно данашњем Републичком фонду за здравствено осигурање. Око трећине средстава обезбеђивано је „пружањем услуга“ на тржишту, а веома мали део активности финансирало је Министарство здравља Републике Србије. Од 2002. године, начин финансирања мреже И/З значајно се изменио. Базни индекс раста укупних расхода РФЗО је за период од 2005. до 2010. године износио 181,07%, док је базни индекс раста средстава опредељених за финансирање услуга мреже И/З у истом периоду износио 168,24%. У посматраном, периоду удео за финансирање мреже И/З опао је са 5,888 промила на 5, 471 промила односно за 7,08%. Базни индекс раста буџета Републике Србије је за период од 2005. до 2010. године износио 191,43%, док је базни индекс раста средстава из буџета опредељених за финансирање услуга мреже И/З у истом периоду износио 141,34%.

Графикон 4. Удео финансирања И/З за јавно здравље у укупним расходима буџета Републике Србије у РЗЗО у 2005. и 2010. год. (у промилима)



У посматраном, периоду удео за финансирање мреже И/З опао је са 1,279 промила на 0,944 промила односно за 26,19 (Граф. 4.)

Све ове чињенице, након претходног писменог обраћања, предочене су Министру здравља, а са циљем редефинисање улоге/послова и задатака и начина финансирања И/З у Србији.

Припремљен је предлог краткорочних/хитних и дугорочних мера у поменутом смислу.

Краткорочне мере у суштини су подразумевале следеће:

1. Примену закључка Владе Републике Србије (април 2011.) ради усклађивања финансијских средстава која се издвајају за накнаде запослених (пораст средстава за накнаду за 5,5%), а као саставног дела здравствених услуга које реализују И/З. Пораст средстава „важио је“ за све здравствене установе осим за И/З.

2. Ревидирање Уговора и са Министарством здравља и са РФЗО за 2011. годину у делу који се односи на **одређена средства за материјалне трошкове, обзиром да су се од 2001. године расходи повећавали више десетина пута, а одређена материјална средства су се стално смањивала,**

3. Примену постојећих стандарда кадрова и на запослене у И/З који је утврђен „Правилником о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе“ тако што ће од укупног броја запослених у И/З установљених према Правилнику део да буде ангажован на реализацији програмских задатака од „општег интереса“, а део на реализацији здравствених услуга које финансира РФЗО. За остале запослене у И/З ван броја предвиђеног Правилником, предложено је финансирање кроз услуге које се остварују на тржишту.

4. Обезбеђење средства за спровођење Посебног колективног уговора запослених у здравству (отпремнине, осигурање радника, јубиларне награде, итд.), као и средства за оперативне трошкове и инвестиционе радове.

Од предложених краткорочних мера реализована је она под тачком 1. и делимично под тачком 2.

Дугорочне мере дате су у 7 тачака од којих издвајамо оне најбитније за реоријентацију кључних делатности И/З ка спровођењу концепта ЗуСП.

1. Редифинисање постојећих и дефинисање нових послове од јавног „општег значаја“ које финансира Министарство здравља, односно нових превентивних здравствених услуга које би реализовали И/З за потребе РФЗО чијом применом би се редуковали/елиминисали много већи трошкови здравствених услуга за осигуранике који су последице не примене превентивних услуга.

2. Редифинисати место и улогу И/З за јавно здравље у оквиру измене постојећих и доношења нових закона и нарочито подзаконских прописа који се односе на делатност института и завода за јавно здравље и то посебно:

- Закон о здравственој заштити
- Закон о јавном здрављу
- Закон о евиденцијама у области здравствене заштите

3. Дефинисање улоге и обавеза локалне самоуправе у спровођењу и финансирању јавно здравствених активности, сагласно Закону о локалној самоуправи (чл. 18), које за потребе локалне заједнице треба да реализују ове активности у сарадњи са регионалним И/З.

4. Проширење постојеће радне групе за послове од општег интереса са представницима РФЗО.

Од посебног значаја за даље развој концепта ЗуСП, а нарочито његове примене у пракси јесте утврђивање механизма и оруђа за то, што подразумева наставак деље реформе у области јавног здравља, пре свега управљачког процеса од нивоа владе, ресорних министарстава ка регионалној и локалној управи. Неопходне су и измене и допуне постојећих законских прописа и доношење релевантних подзаконских аката, као и релевантне трансформације И/З.

6.4. Механизми за унапређење примене ЗуСП и мандата И/З

Од посебног је значаја прецизно дефинисање улоге и мандата И/З у процесу даље реформе ка ЗуСП, што је постојећи закон о јавном здрављу у значајној мери и урадио (38). Исти би међутим требало допунити и донети релевантна подзаконска акта имајући посебно у виду механизмице за спровођење ЗуСП у пракси. То се односи на неопходност институционализовања интересекторске сарадње на свим управљачким нивоима.

Темељи Закона о јавном здрављу постављени су у оквиру пројекта „Подршка развоју јавног здравља у Републици Србији“ 2005. године, да би након консензуса запослених у И/З 2009. године добили савремен, кратак документ са 8 поглавља и 26 чланова у оквиру којих се 2/3 од њих односи на И/З.

У другом поглављу у оквиру начела јавног здравља, чл. 3 као прво начело истиче се управо Здравље у свим политикама - које се остварује применом принципа очувања и унапређења здравља приликом утврђивања свих секторских политика. Даља начела подразумевају подршку грађанским иницијативама у области јавног здравља, популациону усмереност, међусекторску сарадњу, мултидисциплинарни и интересекторски приступ у очувању и унапређењу здравља кроз сарадњу здравственог и осталих сектора. Економичност и ефикасност као и делатност заснована на доказима су следећа начела јавног здравља која дају даљу легислативну подршку здрављу у свим политикама.

Четврто поглавље разматра начин и поступак за спровођење делатности у области јавног здравља (прецизно разрађено кроз 7 области) где се у првом ставу у поменутом смислу наводе И/З. Потом, уз здравствену службу следи читав низ учесника ван сектора здравства, укључујући невладине организације као и органе власти на свим нивоима.

Пето поглавље закона разматра услове за спровођење делатности у области јавног здравља што би заправо подразумевало и механизме за спровођење концепта ЗусП. У овом делу требало би урадити најзначајније допуне и измене.

Под условима се подразумева јачање капацитета здравствених установа које обављају делатности у области јавног здравља – што се пре свега односи И/З, као и осталих учесника у том процесу. Јачање се односи на инфраструктуру и смислу кадрова, изградње, опреме као и финансијску стабилност. Постојећа ситуација је таква да ни један од поменутих услова није испуњен.

Стандард кадрова, и иначе врло рестриктиван, евидентно никада од финансијера не обавезује и немогуће га је у постојећим условима финансирања испоштовати са расположивим средствима.

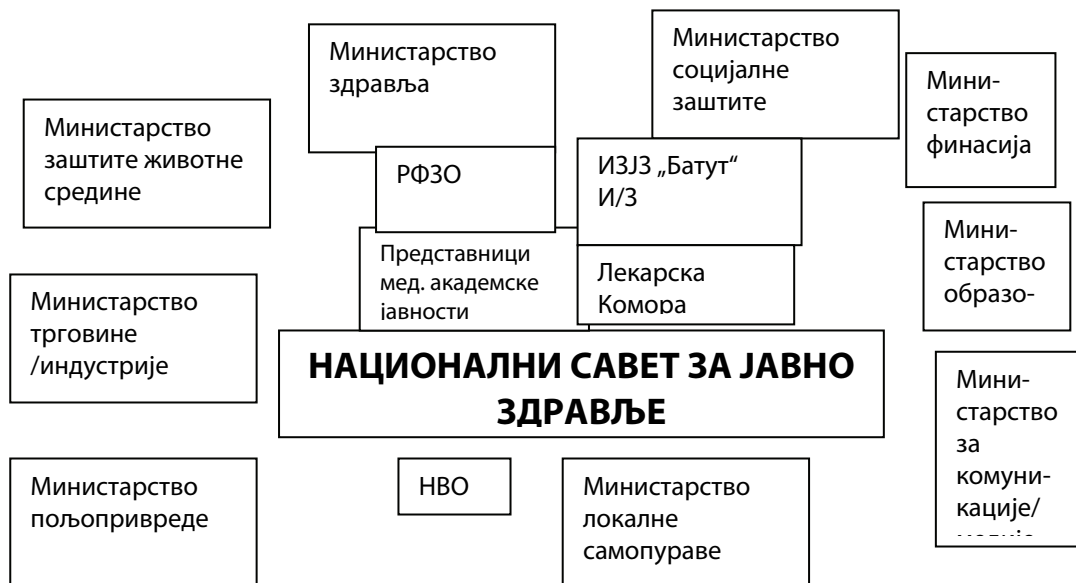
Изградња и опрема је посебан проблем јер постојећа средства нису довољна ни за покривање текућих материјалних трошкова, а камоли за евентуалне инвестиције. У делу о финансирању И/З јасно се уочава тренд опадања финансијских средстава намењених за рад ових установа у последњој декади.

Посебан значај у овом поглављу има тачка 2. која се односи на Сарадњу и координацију у систему јавног здравља. Она подразумева сарадању И/З са здравственим установама на својој територији, установама и организацијама од значаја за јавно здравље и посебно јединицама локалне самоуправе. Ову обавезу многе јединице локалне самоуправе не препознају или је бар не сматрају приоритетом што се односи и на заједничку израду локалних стратегија јавног здравља са акционим планом за одређену територију. Још је значајнији проблем, како је већ наведено, што закон не прате одговарајући подзаконски прописи те је у појединим сегментима потпуно немогуће остварити његову имплементацију.

Решење за ефикаснији интересекторски приступ у утврђивању приоритета и спровођењу јавно здравствених интервенција односно за примену ЗусП јесте даља реформа у области јавног здравља. Многе земље из европског региона и ван њега су схватиле да су неопходне конкретне системске промене да приступ не би остао само пука теорија.

Модел избора је **институционализовано заједничко/интегрисано интерсекторско управљање** у спровођењу концепта ЗуСП на свим нивоима: од Владе, кабинета, ресорних министарстава, нивоа региона - града и локалних управа општина. Стога би на нивоу владе неопходно било оформити тело – **Национални савет за јавно здравље** или сл. у чији састав би ушли представници ресорних министарстава, Републичког фонда за здравство осигурање, представници националног, покрајинског и регионалних завода за јавно здравље као и стручњаци из научно истраживачких релевантних института, представници НВО и локалних власти. (Шема 1.) Уз ресор здравства требало би укључити и следеће ресоре: заштита животне средине, социјална заштита, образовање, економија и финансије, пољопривреда, трговина и индустрија, саобраћај, медији и комуникације, производња и трговина хране.

Шема 1. НАЦИОНАЛНИ САВЕТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ – Структура



Поменути хоризонталну структуру требало би успоставити и вертикално од националног и покрајинског ка регионалној/градској и локалној управи с тим **да представници И/З буду чланови ових тела на националном, покрајинском и регионалном/градском нивоу**. Овакви савети требало би да имају сопствену буџетску линију за финансирање делатности у области јавног здравља на свим

нивоима са правом утврђивања мандата за одређене програме, акције и интервенције од јавно здравственог значаја.

Осим интегрисаног управљачког приступа на свим нивоима ЗусП подразумева прилагођавање осталих политика ка здрављу (*win win* – ситуације, где сви имају корист) као и доношње законских прописа у другим секторима које ће имати корист за здравље (нпр. закони у вези контроле дувана).

Поменуте реформе у области јавног здравља осим измена и допуна закона о јавном здрављу требало би регулисати и осталим ресорним законима, а пре свега закону о здравственој заштити.

ЗусП (тачка 5. у закону – извештавање у ситему јавног здравља) достављали би регионални заводи, регионалном /градском и Националном савету за јавно здравље и Националном Институту за јавно здравље.

Измене и допуне закона о јавном здрављу свакако би требало урадити и кад је у питању поглавље 5. које се односи на Надзор над спровођењем овог закона и прописа донетих на основу овог закона.

Надзор уз министарство здравља требало би да врши Национални савет за јавно здравље са својим огранцима на свим нивоима управљања, односно Регионални/градски савети за јавно здравље.

6.5. Нова улога И/З

Како би се подржао и унапредио приступ ЗусП неопходно је да здравствени сектор, а посебно И/З у већој мери раде на успостављању и развоју партнерстава са осталим секторима. Заједничка иновација политике, механизма и инструмената за њено спровођење, као и бољи регулаторни оквири представљаће императив. Ово захтева већу отвореност ка другим секторима, као и нова знања, вештине али и обавезе. Очекује се да И/З буду лидери у овом процесу, партнери који ће у сваком моменту обезбедити подршку или бранити неопходност примене одређених јавно здравствених програма, пројеката или интервенција како на националном, покрајинском, тако и на регионалном нивоу.

Стога је значајно да у развоју и примени концепта, И/З на својој територији:

- Разуме политичке интересе и административне захтеве других сектора
- Развије знања базирана на доказима о ефикасности појединих политичких опција односно стратегија
- Креира платформе за дијалог и решавање проблема са представницима других сектора као и компаративне процене здравствених последица појединих опција
- Непосредно учествује у изради локалних стратегија и имплементацији предвиђених јавно здравствених и здравствено промотивних интервенција на сопственој територији/региону кроз интерсекторску сарадњу различитих структура и организација у заједници са посебним акцентом на локалну управу

- Буде активан члан заједничког управљачког тела за спровођење ЗусП - Савета за јавно здравље на националном, покрајинском и регионалном/градском нивоу
- Евалуира ефективност интерсекторског рада и интегрисаних политика
- Јача сопствене капацитете кроз боље ресурсе и обучено и посвећено особље.
- Јача капацитете других учесника у јавном здрављу што подразумева и релевантна овлашћења и одговорности
- Ради са другим владиним и невладиним структурама у заједници како би се достигли циљеви унапређења здравља и опште добробити грађана

7. ИЗАЗОВИ/ПРОБЛЕМИ У РАЗВОЈУ И ПРИМЕНИ КОНЦЕПТА

У оквиру сопственог доприноса у развоју и примени ЗусП Заводи се ће суочити са одређеним проблемима односно изазовима. То су:

- Промена ставова и укупног начина размишљања представника различитих сектора па и сектора здравства и у оквиру њих доносилаца политичких одлука да и поред евентуално утврђених мандата примењују политку релевантну за ЗусП;
- (Не)довољни капацитети управљачких структура на свим нивоима за примену тзв. заједничког управљања у спровођењу ЗусП. С тим у вези потребно је завршити процес (суштинске) децентрализације у систему здравствене заштите односно преношење права и обавеза о доношењу одлука и на локални ниво, укључујући и за то намењене финансијске ресурсе .
- Недовољна (необавезујућа) сарадња И/З са органима управе на локалном нивоу што резултира изостанком оптималног коришћења ресурса (кадровских, опреме и сл.) И/З у очувању и унапређењу здравља

*** Примери добре праксе у нашој средини

1) Постоје значајни позитивни помачи везани за јачање капацитета – едукацију здравствених радника и сарадника у области јавног здравља и за примену ЗусП. То је пре свега **Школа за јавно здравље и манаџмент у здравству**, у оквиру Медицинског факултета у Београду, основана 2004. године уз подршку ЕУ и Европске агенције за реконструкцију (ЕАР), а у оквиру пројекта: „Подршка развоју јавног здравља у Републици Србији“. Школа омогућује стицање мастер звања у области јавног здравља (менаџер јавног здравља), ка и континуирану едукацију за област јавног здравља, здравствене политике и менаџмента у систему здравствене заштите. Могућност похађања имају не само они који су завршили медицински факултет већ и они коју су дипломирали на правном факултету, економији, социјалним, организационим и политичким наукама, што је непосредни допринос афирмацији интерсекторског приступа у области јавног здравља. Од будућих лидера у јавном здрављу се, између осталог очекује, да „компетентно учествују у процесу доношења одлука, формулисања и имплементације јавно здравствених политика“ (39)

2) Треба поменути и позитиван развој у оквиру невладиног сектора, као значајног партнера владиним организацијама у примени ЗусП, а посебно Удружење за јавно здравље Србије. Удружење је уз подршку Канадске асоцијације за јавно здравље (СРНА) и Канадске интернационалне агенције за развој (СИДА), између осталог, организовало и две летње школе од којих је друга (јуни 2009) управо била посвећена социјалним одредницама здравља. Уз чланове удружења школу су похађали и представници универзитетских центара али и запослени у И/З у Београду, Нишу и Новом саду, чланови Удружења за јавно здравље Босанске федерације, Републике Српске и стручњаци из области јавног здравља Бивше Југословенске Републике Македоније. У школи је промовисан и примењен у едукацији „Круг здравља“ - изванредна алатка (добијена од стране тима Острво принц Едвард из Канаде) за едукацију о одредницама здравља, њихово утврђивање као и одабир релевантних јавно здравствених стратегија (40) .

локалног становништва; Ова сарадња, између осталог, лимитирана је и објективним околностима - недовољним наменским финансијским средствима за подршку јавно здравствених и здравствено промотивних интервенција у локалној заједници, што је опет исход недовршене суштинске децентрализације.

- Недовољна флексибилност јавно здравствене праксе у складу са реалним и приоритетним потребама корисника
- Глобална економска криза која доводи до: заштравања постојећих проблема у друштву као што су продубљивање сиромаштва, негативан утицај на здравље посебно вулнерабилних група, нове претње здрављу, незапосленост, рестрикција средстава у државним буџетима за подмиривање низа потреба управо везаних за социјалне детерминанте здравља.

3) Постоји позитиван помак у друштвеном окружењу и спремност активне партиципације грађана у доношењу одлука које се њих директно тичу што је несумњив допринос цивилног сектора развоју концепта ЗусП. Пример за то је јавно здравствена кампања „Па Па ПДВ“ чији су организатори били портал Вебас. com, и Удружење за јавно здравље Србије. Кампања је подразумевала укидање пореза на дечију храну, обућу и одећу. У року од два дана прикупљено је преко 40 000 потписа што је имало за исход одлазак делегације две НВО на разговор у Владу код тадашњег министра финансија. Акцију је подржао и покојни патријарх Господин Павле. Исход акције је било доношење Стратегије за подстицање рађања што је добар јавно здравствени политички исход који је, међутим, због недостатка средстава, остао да чека боља времена. Акција је после две године поново покренута, овај пут од стране Фонда Б92, којој се су придружили оба партнера из претходне акције, „Удружење родитељ“ и телефонско саветовалиште „Хало Беба“. У току акције прикупљено је 182 736 потписа, који су предати председници Скупштине Србије, која је од првог дана подржала акцију дајући и свој потпис у поменутом смислу. Делегација је примљена и од стране Председника владе и министара из релевантних ресора. Решење се очекује од нове владе.

8. ПРЕДНОСТИ У РАЗВОЈУ И ПРИМЕНИ ПРИСТУПА

Свака трансформација великих система, и свака промена политике, и кад се испуне сви законски предуслови, институционални и кадровски капацитети, представља процес и захтева време. Оно што може представљати, и поред свих тешкоћа предност или бар позитивну околност у поменутом процесу, подразумева следеће:

- Тенденција ка наставку хармонизације прописа и стратешких докумената са земљама ЕУ, али и њихове практичне примене у складу са прихваћеном кандидатуром наше земље за приступ ЕУ;
- Усвојени стратешки документи од стране владе као и закони и прописи са јасним опредељењем ка реализацији читавог низа делатности у области јавног здравља са акцентом на мултисекторски приступ и сарадњу владиног и невладиног, државног и приватног сектора;
- Постојање мреже И/З завода за јавно здравље у Републици Србији, са законским мандатом и за спровођење делатности у области јавног здравља. Инфраструктурни (простор, опрема) и кадровски капацити (број и оспособљеност), иако неуједначени, представљају солидну основу за примену концепта ЗусП;

- У условима економске кризе, у оквиру великих, инертних па и скупих система какав је систем здравствене заштите биће неопходне значајне „промене понашања“ што ће подразумевати дужи, континуирани процес. Свакако ће бити неопходна одређеност ка примени мање скупих али исплативих технологија и услуга, (ре)афирмисање примарне здравствене заштите, примену јавно здравствених и посебно здравствено промотивних интервенција за које постоје претходни докази о ефикасности у пракси.
- Координација и надзор имплантације свега поменутог у пракси захтева капацитете које запослени у И/З углавном поседују или ће се додатно едуковати.
- Постоје бројни примери добре праксе*** и у нашим условима кад је у питању унапређење компетенција у области јавног здравља, пораст улога НВО у спровођењу ЗуСП као и непосредном ангажовању грађана у јавно здравственим акцијама које их се дијектно тичу. Грађани су се, наиме, показали као значајан савезник у креирању и примени релевантних јавно здравствених политика, за шта је био испуњен и важан предуслов: да су добро информисани и да су укључени од почетка у читав процес доношења одлука.

9. ЗАКЉУЧЦИ

1. Посматрање здравља кроз повезаност са социјалним одредницама (детерминантама) је од посебног значаја имајућу у виду деловање различитих политика и околности у којима се одлуке доносе што има за последицу да интервенције и акције изван система здравствене заштите често директније утичу на здравља него систем здравствене заштите. Неједнакости у здрављу захтевају фокусирање пажње на социјалне одреднице тим пре што постоје докази да веће социјалне неједнакости имају за исход лошије здравствено стање становништва.
2. ЗуСП подразумева хоризонталну комплементарну стратешки оријентисану јавноздравствену политику са високим потенцијалом унапређења и заштите здравља тако што у фокус интервенција и практичног деловања ставља социјално економске одреднице и неједнакости у здрављу. Приступ се базира на сазнању да се на здравље популације може утицати имплементацијом релевантних политика у свим друштвеним секторима. Примена ЗуСП у пракси у европском региону и ван њега није ишла лако, између осталог због не постојања за то преко потребних, опште примењивих, инструмената и механизма. Као модел избора истиче се институционализовани процес управљања и интерсекторског решавања проблема, утврђивање мандата и одговорности формирањем посебног тела - Савета за јавно здравље на свим нивоима: националном, покрајинском, регионалном/градском/општинском.
3. Постојање мреже И/З у Републици Србији, са законским мандатом и за спровођење делатности у области јавног здравља уз постојеће, иако неуједначене инфраструктурне и кадровске капацитете, ипак представља солидну

- основу за примену концепта ЗуСП. Потребна је, међутим промена ставова, унапређење компетенција и укупног начина размишљања и деловања представника различитих сектора ван и у области здравства као и запослених у И/З, посебно доносилаца одлука, да и поред евентуално утврђених мандата заиста примењују политику релевантну за ЗуСП.
4. И/З, као здравствене установе са законски утврђеном обавезом обављања делатности у области јавног здравља требало би да у поменутом процесу имају лидерску улогу. Предуслови за то су редефинисање улоге И/З уз допуне и измене пре свега Закона о јавном здрављу и Закона о здравственој заштити као и осталих прописа, а у циљу ефикаснијег спровођења ЗуСП, а нарочито подзаконских прописа који обезбеђују имплементацију законских решења. У почетку развоја примене ЗуСП, неопходно је да се обезбеди равноправни положај у односу на друге здравствене установе и већа финансијска стабилност за запослене у И/З како би могли да одговарајуће функционишу, а потом и да дају очекивани допринос у процесу даљих реформи о области јавног здравља.
 5. У циљу ефикасне примене ЗуСП у пракси представници мреже И/З требало би да буду чланови Савета за јавно здравље на националном, покрајинском и регионалном /градском нивоу, уз сопствену буџетску линију за финансирање делатности у области јавног здравља и са правом утврђивања мандата за одређене програме, акције и интервенције од јавно здравственог значаја. Институционализована координација и сарадња у области јавног здравља подразумевала би и обавезност, а не само добру вољу нпр. представника локалне самоуправе за израду локалних јавно здравствених стратегија и имплементацију релевантних интервенција у пракси.
 6. Ефикасна примена концепта ЗуСП подразумева унапређење јавноздравствених компетенција запослених у И/З као и едукацију и професионални развој других учесника у јавном здрављу на различитим нивоима управљања за компетентно доношење одлука, интерсекторску сарадњу, сарадњу владиног и цивилног (јавног и приватног) сектора и формулисање и имплементацију јавно здравствених политика.
 7. Важно је да И/З у већој мери развију сарадњу са цивилним сектором односно НВО. Партнерство владиног и невладиног сектора и активна партиципација грађана у доношењу и спровођењу одлука које се њих директно тичу све више се препознаје као предуслов успешности у примени ЗуСП односно ефикасне имплементације јавно здравствених и здравствено промотивних акција и интервенција како у локалној заједници, тако и у друштву у целини.

ЛИТЕРАТУРА

- 1) Health in all Policies, Prospects and Potentials, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, Finland, Chapter 1, 2006:3.
- 2) Health Promotion Glossary, List of Basic Terms, WHO,1998:1
- 3) Social Determinants of Health, „The Solid Facts“ second edition, edited by R. Wilkinson and m. Marmot,WHO/2003
- 4) Wilkinson R, Piickett K.: Income inequality and population health: a review and explanation of evidence, Socaila Science,&medicine,2006:62:1768-84
- 5) M. Reid: Behind the „Glasgow effect“, M. Reid reports on how the Scottish city is tackling the stark inequities in its people’s health, Bull World Health Organ 2011:706 -707
- 6) Health in times of global economic crisis: implications for WHO European Region, Oslo Norway 1-2 April 2009, Meeting Report
- 7) Републички завод за статистику Републике Србије. Статистички годишњак 2010. Београд, 2010
- 8) Републички завод за статистику Републике Србије. Сиromаштво у Републици Србији 2008-2010. Саопштење, Анкета о потрошњи домаћинства, број 117, год. LXI, Републички завод за статистику Републике Србије, 2011
- 9) World Bank Document. Serbia: Doing More with Less – Addressing the Fiscal Crisis by Increasing Public Sector Productivity. Report No 48620-YF. June 16, 2009.
- 10) Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић Батут”. Национални здравствени рачун Србије, 2009. Доступно на: www.batut.org.rs
- 11) Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић Батут”. Здравствено статистички годишњак Републике Србије 2009, Београд 2010
- 12) Statistical Office of the Republic of Serbia and Strategic Marketing Research Agency. Serbia Multiple Indicator Cluster Survey 2005. Final Report. Belgrade: UNICEF, 2006
- 13). Министарство здравља Републике Србије. Истраживање здравља становника Србије 2006. Београд, 2007
- 14) Ottawa Charter for Health Promotion, First Int. Conf. on Health Promotion, Ottawa, 21 Nov 1986-WHO / HPR/ HEP/ 95.1
- 15) Healthy Public Policy, Sec. Int. Conf. On Health Promotion, Adealida,1988, Extract available from http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adealide_recommendations.pdf
- 16) Intersectorial action for health.The role of intersectorial cooperation in national strategies for health for all, WHO, 1986
- 17) Milio N.: Making Healthy Public Policy; an Ecological Framework for Policy Studies, Health Promotion, 1988 2(3) – 236 -274
- 18) Adelaide Statement on Health in all Policies, mowing towards a shared governance for helath and well-being, Report from the INT meeting on Health in all policies, Adelaide, 2010
- 19) Stahl T. lathinene, E.: Towards closer intersectorial cooperation:the preparation of Finish national report.In Stahl T,Wismar M., Ollia E.:Health In all Policies: prospects and potentials, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, 2006: 169 -185
- 20) Healthy Lives, Healthy People July 2011, www.dh.gov.uk,(Paris V, Polton D, France:Targeting investment in HealthIn Wismar M, McKee M,;Health targets in Europe: learning from experience, WHO on behalf of the European Observatory on health Systems and Policies, Copenhagen, 2008, pp.203-238
- 21) Droomers M,Den Broedre L.,Burdorf L.:The Netherlands In: HogstedC, Moberg H, Lungren B:Health for all? A Critical Analysis of public health policies in eight European countries. Swedish National Institute of Public Health, 2008:203 - 238
- 22) St PierreL.: Governance tools and framework for Health For All Policieas. National Collaboration European Observatory on Health Systems and Policies, 2009,;
- 23) Fosse E. Norway in: HogstedC, Moberg H, Lungren B:Health for all? A Critical Analysis of public health policies in eight European countries. Swedish National Institute of Public Health, 2008:203 -208
- 24) Higsted C, Lundgren B, Moberg H, Petterson B: The Swedish Public Health Policy and the National Instituta of Public Health, Scand J Public Health, Suppl 2004:64:6-64
- 25) Marmot,M.: Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010, www.marmotreview.org

- 26) Ollila E., Sthal T., Wismar M., Lathinen E., Melkaps T., Ieppo K.: Health in All Policies in the European Union and its Member States, health in All Policies, Prospect and potentials, Helsinki 2006.
- 27) Euro Health Net: Crossing bridges; [http:// eurohealthnet.eu/print/453](http://eurohealthnet.eu/print/453)
- 28) Закон о здравственој заштити, Сл.Гл. 107/5
- 29) Стратегија јавног здравља Републике Србије Сл. Гл.РС бр.55/05, 71/05 - исправка, у 65/08
- 30) Уредба о изменама и допунама Уредбе о плану мреже Сл.Гл. бр 6. /12
- 31) Влада Републике Србије (www.srbija.gov.rs/vesti/dokumneti/)
- 32) Социјално укључивање и смањење сиромаштва, Влада РС, Тим за социјално укључивање, www.inkluzija.gov.rs.
- 33) (Nacionalni izveštaj o socijalnoj inkluziji i smanjenju siromaštva Republike Srbije 2008-2010. Socijalna inkluzija i smanjenje siromaštva: www.inkluzija.gov.rs, мај 2012.)
- 34) Национални миленијумски циљева развоја у Републици Србији, Влада Републике Србије, 2006
- 35) Снежана С., Тамбурковски Г., Јанковић Ј., Матијевић Д.: Здравље у свим политикама у Републици Србији, Извештај припремљен за III Форум Министара здравља: „Здравље у свим политикама у Југоисточној Европи: Подела циљева и одговорности, 13-14 октобар, 2011, Бања Лука, БиХ
- 36) Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе“ (Сл. Гл.РС бр. 43, мај 2006., Сл. Гл. бр. 112, 30. децембар 2009.
- 37) Правилник о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и утврђивање накнаде за њихов рад“ , Сл. Гл. бр 4/11; 14/11,33/11,52/11, 82/11
- 38) Закон о јавном здрављу, Сл.Гл.РС бр. 72/09
- 39) Школа јавног здравља и здравственог менаџмента, Медицински факултет у Београду, www.med.bg.ac.rs, фебруар 2012
- 40) Одреднице здравља, Извештај о реализацији Летње школе, Дивчибаре, 14-16 јун 2009., Удружење за јавно здравље Србије, Канадска међународна агенција за развој, (CIDA), Канадско удружење за јавно здравље (СРНА), dostupno na www.ujzs.org/publikacije/

HEALTH IN ALL POLICIES AND INSTITUTES OF PUBLIC HEALTH

Matijevic Dusanka, Tosovic S., Ac Nikolic E., Milosevic Z.,
Jankovic Mladenovic S.

ABSTRACT

Health in all policies (HiAP) is strategic- related public health policy with high potential on health promotion and improvement of the population health. The core of HiAP is to examine determinants of health to achieve greater equity in health. Intersectorial action for health has been seen as a key for HiAP including coordinated and shared institutionalized processes on all levels of governance, implementation and evaluation. It is a model of choice. Institutes of Public Health have the core function on HIAP implementation. The first step in this process is to improve their position in the system of health care. More effective models of performance and financing are precursors and possible solutions as well as their harmonization with the reform of public health towards HiAP.

Goals: 1. Defining the possible manners of harmonization with the reform of public health in Republic of Serbia with the aim of establishing tools for Hip implementation; 2. Defining the role of the Institutes of Public Health in Hip implementation and possible obstacles; 3. Model proposal for Hip implementation.

Method. Literature, experiences and good practice data overview related to determinants of health and HiAP. Model of choice is common institutionalized governance in HiAP implementation on all levels through National Council of Public Health. Effective HiAP performance includes strengthening of the capacities of the Institute of Public Health' staff as well as the other actors in public health for professional decision making, intersectorial collaboration, collaboration of government and NGO and design and implementation of public health policies.

Key words: Health in all policies, determinants of health, Institutes of Public Health, National Council of Public Health.

УПРАВЉАЊЕ СИСТЕМОМ КВАЛИТЕТА У ГРАДСКОМ ЗАВОДУ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ БЕОГРАД ПРИМЕНОМ СТАНДАРДА *SRPS ISO 9001, 14001 И 17025*

Слепчевић Весна, Ађански Спасић Љ., Матић-Бесарабић С.,
Мандић-Миладиновић М.

САЖЕТАК

Основни циљ Градског завода за јавно здравље Београд је да буде водећа институција јавног здравља, чија делатност је усмерена ка очувању и унапређењу здравља становника Београда. За реализацију овог циља, неопходно је континуирано унапређење квалитета рада, које се постиже:

- Применом система менаџмента квалитетом у складу са захтевима стандарда *SRPS ISO 9001*, у свим организационим целинама,
- Усаглашеношћу са захтевима стандарда *SRPS ISO/IEC 17025*, чиме се потврђује компетентност Лабораторије за хуману екологију и екотоксикологију за обављање послова испитивања који су специфицирани у обиму акредитације и
- Применом система управљања заштитом животне средине у складу са захтевима стандарда *SRPS ISO 14001*, у свим организационим целинама.

Циљ рада је да представи резултате анализе налаза из интерних и екстерних провера интегрисаног система менаџмента, преиспитивања интегрисаног система менаџмента, као и налазе из свакодневног рада у 2011. години.

С обзиром да је највећи број налаза идентификован приликом интерних провера, закључује се да су интерне провере спроводене квалитетно, у складу са важећом процедуром, са добро обученим, мотивисаним и добро припремљеним интерним проверивачима.

С обзиром да удео неусаглашености идентификованих у свакодневном раду износи 8,2%, о чему постоје записи, а пракса показује да их има више, закључује се да запослени не поштују процедуру о управљању неусаглашеностима, у делу који се односи на вођење записа о идентификованим неусаглашеностима у свакодневном раду.

Имајући у виду расподелу налаза по тачкама стандарда, закључује се да обуке особља, надзор над радом особља и интерне провере треба интензивирати у односу на оне захтеве стандарда где су неусаглашености најчешће.

Кључне речи: систем менаџмента квалитетом, систем управљања заштитом животне средине, компетентност лабораторије за испитивање

1. УВОД

Градски завод за јавно здравље Београд (ГЗЈЗ) је здравствена установа која обавља своју делатност у складу са Законом о здравственој заштити (1) и Законом о јавном здрављу (2).

Основни циљ Градског завода за јавно здравље Београд је да буде водећа институција јавног здравља, чија делатност је усмерена ка очувању и унапређењу здравља становника Београда (3).

За реализацију овог циља, неопходно је континуирано унапређење квалитета рада. Континуирано унапређење квалитета рада у ГЗЈЗ-у се постиже на следеће начине:

- Применом система менаџмента квалитетом у складу са захтевима стандарда *SRPS ISO 9001*, у свим организационим целинама,
- Усаглашеношћу са захтевима стандарда *SRPS ISO/IEC 17025*, чиме се потврђује компетентност Лабораторије за хуману екологију и екотоксикологију за обављање послова испитивања који су специфицирани у обиму акредитације и
- Применом система управљања заштитом животне средине у складу са захтевима стандарда *SRPS ISO 14001*, у свим организационим целинама.

ГЗЈЗ Београд обавља своју делатност у зони урбаног центра, окружен бројним вулнерабилним објектима-стамбеним зградама, школама, предшколским и здравственим установама. Неопходност увођења и примене система управљања заштитом животне средине у складу са захтевима стандарда *SRPS ISO 14001* је произашла из потребе да ова институција својом делатношћу, на постојећој локацији, не угрози квалитет животне средине и здравље становништва.

Примена система менаџмента квалитетом, система управљања заштитом животне средине и усаглашеност са захтевима стандарда *SRPS ISO/IEC 17025* је, у Градском заводу за јавно здравље, означено термином „**интегрисани систем менаџмента**“.

1.1 СТАНДАРДИ СИСТЕМА МЕНАЏМЕНТА КВАЛИТЕТОМ У ОКВИРУ ФАМИЛИЈЕ *ISO 9000*

Стандарди фамилије *ISO 9000* су израђени да би се помогло организацијама свих врста и величина да примењују и спроводе ефективне системе менаџмента квалитетом:

- *ISO 9000* описује основе система менаџмента квалитетом и утврђује терминологију за системе менаџмента квалитетом;
- *ISO 9001* специфицира захтеве који се односе на системе менаџмента квалитетом, који се користе тамо где је потребно да се прикаже способност организације да испоручује производе (услуге) који задовољавају корисника и испуњавају захтеве одговарајућих прописа и има за циљ да повећа задовољење корисника;

- *ISO 9004* даје упутство које се односи и на ефективност и на ефикасност система менаџмента квалитетом. Циљ овог стандарда је унапређивање перформанси организације и побољшавање задовољења корисника и осталих заинтересованих страна;
- *ISO 19011* даје упутство за проверу система менаџмента квалитетом и система менаџмента животном средином.

Да би се остварило успешно вођење организације и њен успешан рад, потребно је да се она води и да се њоме управља на систематичан и транспарентан начин. Успех може да резултира из примене и одржавања система менаџмента, који је пројектован да стално побољшава перформансе, обухватајући потребе свих заинтересованих страна.

Идентификовано је осам принципа менаџмента квалитетом које највише руководство може да користи при вођењу организације у циљу побољшавања перформанси:

1. Усмерење на кориснике

Организације зависе од својих корисника и, према томе, треба да разумеју актуелне и будуће потребе корисника, треба да испуне захтеве корисника и да настоје да пружи и више него што корисници очекују.

2. Лидерство

Лидери успостављају јединство циљева и вођења организације. Они треба да стварају и одржавају интерно окружење у којем особље може у потпуности да учествује у остваривању циљева организације.

3. Укључивање особља

Особље на свим нивоима чини суштински део једне организације и њиховим пуним укључивањем се омогућава да се искористе њихове способности за остваривање добробити организације.

4. Процесни приступ

Жељени резултат се може ефикасније остваривати ако се менаџмент одговарајућим активностима и ресурсима остварује као процес.

5. Системски приступ менаџменту

Идентификовање и разумевање неког система међусобно повезаних процеса и менаџмент тим системом доприноси ефективности и ефикасности организације у остваривању својих циљева.

6. Стална побољшавања

Стална побољшавања укупних перформанси организације треба да представљају њен стални циљ.

7. Одлучивање на основу чињеница

Ефективне одлуке заснивају се на анализи података и информација.

8. Узајамно корисни односи са испоручиоцима

Организација и њени испоручиоци су независни, па узајамно корисни односи повећавају способност и једних и других да стварају вредност.

Ових осам принципа менаџмента квалитетом чине основе за стандарде система менаџмента квалитетом у оквиру фамилије стандарда *ISO 9000* (4).

1.2 СТАНДАРД *SRPS ISO 14001*: СИСТЕМИ УПРАВЉАЊА ЗАШТИТОМ ЖИВОТНЕ СРЕДИНЕ – ЗАХТЕВИ СА УПУТСТВОМ ЗА ПРИМЕНУ

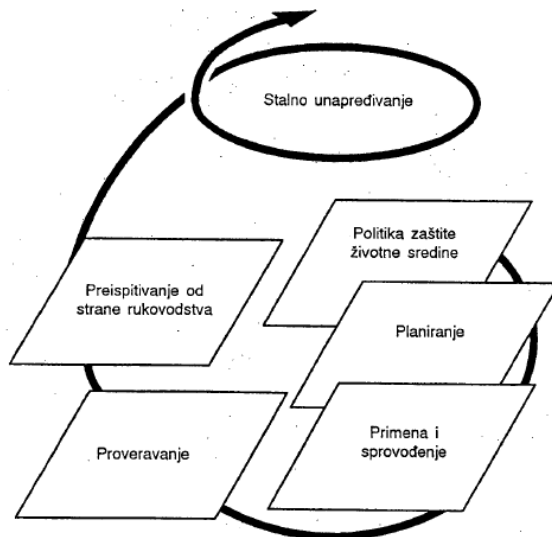
Овим стандардом се утврђују захтеви који се односе на систем управљања заштитом животне средине како би организација могла да развије и примени политику и циљеве заштите животне средине, водећи рачуна о свим законским и другим прописима са којима се организација сагласила, као и о информацијама о значајним утицајима на животну средину. Стандард се примењује на оне аспекте животне средине које организација може да контролише и на које може да утиче.

Овај стандард се може применити на сваку организацију која жели да:

- a) успостави, одржава и унапређује систем управљања заштитом животне средине;
- b) обезбеди усаглашеност система управљања заштитом животне средине са утврђеном политиком заштите животне средине;
- c) представи усаглашеност са овим стандардом, тако што ће да:
 - сама одреди и декларише усаглашеност, или
 - затражи потврду о усаглашености од стране заинтересованих страна за саму организацију, као што су корисници, или
 - затражи потврду о усаглашености од стране неке екстерне организације, или
 - затражи сертификацију/регистрацију свог система управљања заштитом животне средине од стране екстерне организације.

Овај стандард је заснован на методологији познатој као „Планирај- Изврши- Провери- Делуј“ (*PDCA- Plan, Do, Check, Act*) (Слика 1.).

Слика 1. Принцип „*PDCA*“



Принцип „PDCA“ се може објаснити на следећи начин:

- **Планирај:** утврди циљеве и процесе потребне за добијање резултата, у складу са политиком заштите животне средине организације
- **Изврши:** примени процесе
- **Провери:** прати и мери процесе у односу на политику, опште и посебне циљеве, законске и друге захтеве и извештавај о резултатима
- **Делуј:** предузимај мере за стално унапређивање учинка система управљања заштитом животне средине (5).

1.3 SRPS ISO/IEC 17025: ОПШТИ ЗАХТЕВИ ЗА КОМПЕТЕНТНОСТ ЛАБОРАТОРИЈА ЗА ИСПИТИВАЊЕ И ЛАБОРАТОРИЈА ЗА ЕТАЛОНИРАЊЕ

Овим стандардом се утврђују општи захтеви за компетентност за обављање испитивања и/или еталонирања, укључујући узорковање. Он обухвата испитивања и еталонирања коришћењем стандардних метода, нестандартних метода и метода развијених у лабораторији. Овај стандард је применљив на све лабораторије без обзира на број запослених или обим делатности испитивања и/или еталонирања. Овај стандард је намењен лабораторијама за развој њиховог система менаџмента квалитетом, административних и техничких операција. Такође, он служи корисницима услуга лабораторија, органима управе који доносе прописе и акредитационим телима за потврђивање или признавање компетентности лабораторије. Овај стандард није намењен да се користи као основа за сертификацију лабораторија (6).

2. ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да представи резултате анализе налаза из интерних и екстерних провера интегрисаног система менаџмента, преиспитивања интегрисаног система менаџмента, као и налазе из свакодневног рада у 2011. години. Налазе чине неусаглашености и запажања (потенцијалне неусаглашености/тачке могућег побољшања).

3. МЕТОД РАДА

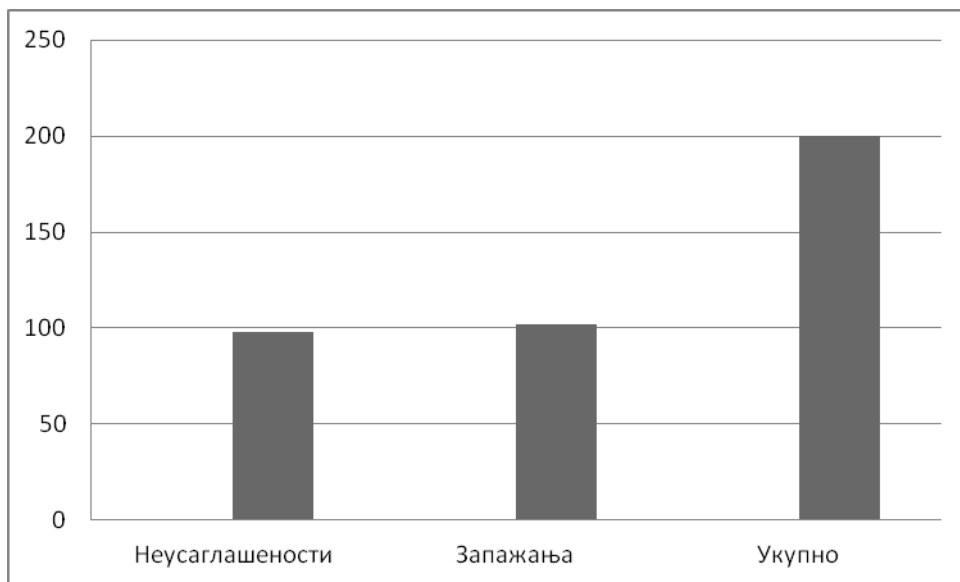
Улазни елементи за анализу налаза из интерних и екстерних провера интегрисаног система менаџмента, преиспитивања интегрисаног система менаџмента и налаза из свакодневног рада су били следећи записи:

1. Извештаји редовних и ванредних интерних провера усаглашености са захтевима стандарда *SRPS ISO 9001*, *SRPS ISO 14001* и *SRPS ISO/IEC 17025* спроведених у току 2011.године;
2. Извештај I фазе ресертификационе провере усаглашености са захтевима стандарда *SRPS ISO 9001* и *SRPS ISO 14001* од стране *TÜV SÜD* (19.06.2012);
3. Извештај II фазе ресертификационе провере усаглашености са захтевима стандарда *SRPS ISO 9001* и *SRPS ISO 14001* од стране *TÜV SÜD* (14.07.2012);
4. Извештај о надзорном оцењивању усаглашености са захтевима стандарда *SRPS ISO/IEC 17025* од стране Акредитационог тела Србије (10. - 11. 2. 2011.);
5. Извештај о накнадном оцењивању у циљу верификације отклоњености неусаглашености бр. 2 из надзорног оцењивања од стране Акредитационог тела Србије (18.04.2011.);
6. Извештај о поновном оцењивању усаглашености са захтевима стандарда *SRPS ISO/IEC 17025* од стране Акредитационог тела Србије (30.11.- 2.12.2011.);
7. Записи о неусаглашеностима/запажањима из свакодневног рада;
8. Регистар корективних и превентивних мера са планом реализације О 289 за 2011. год.;
9. Извештај о преиспитивању интегрисаног система менаџмента из 2011. године.

Наведени елементи су били обухваћени редовним преиспитивањем интегрисаног система менаџмента спроведеног у априлу 2012. год.

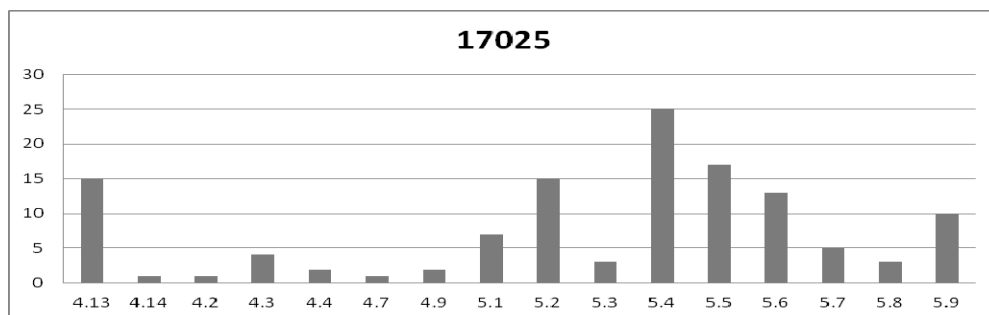
4. РЕЗУЛТАТИ

У 2011. год. је регистровано 98 неусаглашености, од којих је 18 (18,4%) регистровано током надзорног и поновног оцењивања по стандарду *SRPS ISO/IEC 17025*, 8 (8,2%) у свакодневном раду, а остале из интерних провера (73,4%). Од укупно 102 запажања регистрованих у 2011.год, 31 (30,4%) је регистровано током ресертификационе провере по стандарду *SRPS ISO 9001* и *SRPS ISO 14001*, а остале из интерних провера (69,6%). (Графикон 1.)

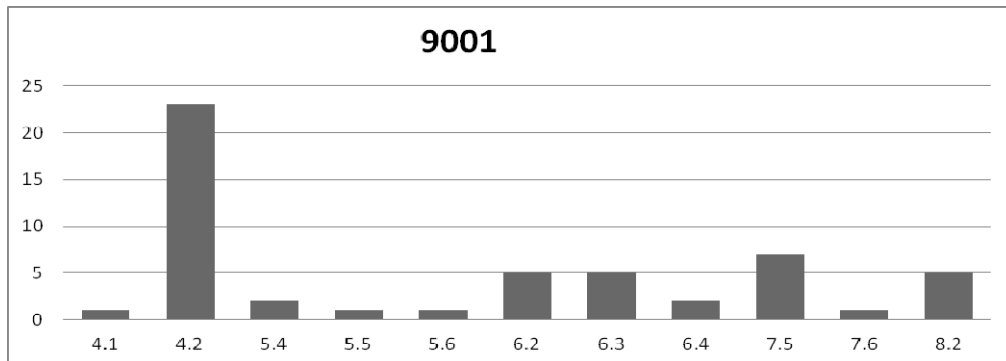
Графикон 1. Укупан број неусаглашености и запажања у 2011. год.

Графикони 2., 3., и 4. приказују расподелу налаза (и неусаглашености и запажања) по тачкама појединачних стандарда.

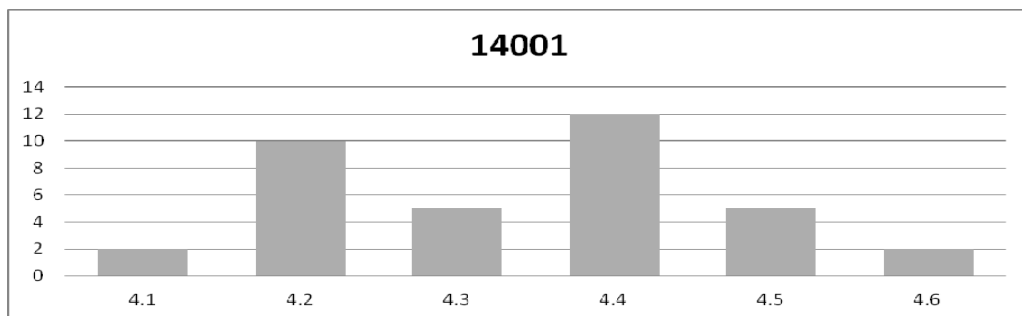
У односу на захтеве стандарда *SRPS ISO/IEC 17025*, највећи број налаза се односи на тачку 5.4 Методе испитивања и еталонирања и методе валидације (графикон 2).

Графикон 2. Расподела налаза по тачкама стандарда *SRPS ISO/IEC 17025*

У односу на захтеве стандарда *SRPS ISO 9001*, највећи број налаза се односи на тачку 4.2 Захтеви који се односе на документацију (графикон 3).

Графикон 3. Распдела налаза по тачкама стандарда *SRPS ISO 9001*

У односу на захтеве стандарда *SRPS ISO 14001*, највећи број налаза се односи на тачку 4.4 Примена и спровођење (графикон 4).

Графикон 4. Распдела налаза по тачкама стандарда *SRPS ISO 14001*

За све неусаглашености и запажања су утврђени узроци и дефинисане корективне, односно превентивне мере са роковима за реализацију и надлежностима. По истеку дефинисаних рокова, вршена је провера спроведености мера и преиспитивање ефективности предузетих мера.

5. ЗАКЉУЧАК

На основу добијених резултата анализе налаза из интерних и екстерних провера интегрисаног система менаџмента, преиспитивања интегрисаног система менаџмента и налаза из свакодневног рада закључује се следеће:

1. С обзиром да је највећи број налаза идентификован приликом интерних провера, закључује се да су интерне провере спроводене квалитетно, у складу са важећом процедуром, са добро обученим, мотивисаним и добро припремљеним интерним проверивачима,
2. С обзиром да удео неусаглашености идентификованих у свакодневном раду износи 8,2%, о чему постоје записи, а пракса показује да их има више, закључује се да запослени не поштују процедуру о управљању неусаглашеностима, у делу који се односи на вођење записа о идентификованим неусаглашеностима,
3. Имајући у виду расподелу налаза по тачкама стандарда, закључује се да обуке особља, надзор над радом особља и интерне провере треба интензивирати у односу на оне захтеве стандарда, где су неусаглашености најчешће.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон о здравственој заштити Републике Србије, Сл. Гласник РС, 107/2005.
2. Закон о јавном здрављу Републике Србије, Сл. Гласник РС, 72/2009.
3. Политика квалитета Градског завода за јавно здравље Београд. Пословник менаџмента, Поглавље 1, тачка 1.2.
4. *SRPS ISO 9000:2007*: Системи менаџмента квалитетом – Основе и речник, III издање, Институт за стандардизацију Србије.
5. *SRPS ISO 14001:2005*: Системи управљања заштитом животне средине- Захтеви са упутством за примену, II издање, Институт за стандардизацију Србије.
6. *SRPS ISO/IEC 17025:2006*: Општи захтеви за компетентност лабораторија за испитивање и лабораторија за еталонирање, II издање, Институт за стандардизацију Србије.

REQUIREMENTS AND IMPLEMENTATION OF SRPS ISO 9001, 14001 AND 17025 STANDARDS IN THE INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH OF BELGRADE

Slepčević Vesna, Ađanski Spasić Lj., Matić-Besarabić S.,
Mandić-Miladinović M.

ABSTRACT

The main goal of the IPH Belgrade is to remain the leading institution in the field of public health whose activity is focused on health protection and health improvement of the citizens of Belgrade. To achieve this goal, the absolute requirement is continuous quality improvement through:

- Conformance with the requirements of SRPS ISO 9001 for quality management system
- Conformance with the requirements of SRPS ISO 14001 for environmental management system
- Conformance with the requirements of SRPS ISO/IEC 17025 for the competence of Laboratory of Human Ecology and Ecotoxicology

The purpose of the paper is to present the results of findings derived from internal and external audits, management review as well as findings derived from routine activities, during the year 2011.

Due to the result that the highest number of findings derived from internal audits, it is concluded that the audits in IPH Belgrade were done in accordance with the valid procedure and performed by trained, motivated and well-prepared auditors.

Results have also shown that the share of nonconformities identified in routine activities is 8,2%. Since the experience from everyday practice indicates that the number is higher, it is concluded that nonconformities in routine activities are not regularly recorded as required in the valid procedure.

According to the distribution of findings related to the standards' requirements, it is concluded that the staff trainings, supervision of staff and internal audits should be intensified for the most critical requirements.

Key words: quality management system, environmental management system, competence of testing laboratories.

ИМУНИЗАЦИЈЕ - ТЕМЕЉ ЈАВНОГ ЗДРАВЉА

Кон Предраг, Гаротић Илић Л., Ђерковић В.,
Павловић Н.

САЖЕТАК

Циљ рада је да прикаже успех имунизација у свету и резултате спровођења систематске имунизације деце и особа у ризику против грипа и инвазивне пнеумококне болести у Београду. У раду се указује не појаву и одржавање антивакциналног покрета и његов утицај на спровођење и обухват имунизације у Београду. Коришћен је дескриптивни епидемиолошки метод. Анализирани су подаци из годишњих извештаја домова здравља Београда, Центра за контролу и превенцију болести Градског завода за јавно здравље Београд, подаци из литературе и са претраживача штампаних медија у Србији www.naslovi.net.

Резултати. Највеће историјско достигнуће имунизација је ерадикација вариоле и приближавање следећем глобалном циљу, ерадикације дечије парализе. Уз елиминацију многих заразних болести имунизација заузима прво место у интервенцијама у области јавног здравља. Последњи случај обољевања од дечије парализе у Београду био је 1962. године, а ослобађање Србије од дечије парализе било је 2002. године. Последњи случај дифтерије регистрован је 1976. године, а последњи случај неонаталног тетануса 1982. године. Обољевање од пертусиса, паротитиса и рубеоле је са просечном инциденцијом испод 1 на 100.000 у последњих 5 година. У Београду је обухват имунизацијом деце против дечије парализе, дифтерије тетануса и пертусиса био изнад 95% у периоду од 2002 до 2011. године. У истом периоду је обухват имунизацијом против малих богиња, заушака и рубеоле у пет година био испод 95%, а најнижи је био 2006. године, 83,2%. Вакцинација против хепатитиса Б се спроводи од 2006. године, а обухват је био испод 95% у периоду од 2006. до 2008. године, а најнижи 2006. године 82,8%. Прва ревакцинација против дечије парализе је у наведеном периоду била испод 95% у 2008., 2010. и у 2011. години за разлику од обухвата против дифтерије, тетануса и пертусиса који је у читавом периоду изнад 95%. Друга и трећа ревакцинација проив дечије парализе, дифтерије тетануса и пертусиса спроведена је са обухватом изнад 95% у читавом периоду. Ревакцинација против малих богиња заушака и рубеоле у 12. години спроведена је са обухватом од минимума 60,2% 2002. године, до максимума 99,1% 2010. године. Обухват ревакцинацијом у 12. години са ММП вакцином је био врло низак и у годинама 2003., 88,8%, 2007. 79,3%, 2008. 87,3% и 2009. 75,2%. Од 2006. године ревакцинација са ММП се врши у 7. години и била је врло ниска 2006. године 83,2% и 2009. године 89,3%. Имунизација против грипа у Београду је много нижа од реалних годишњих потреба, а у сезони 2011/2012 је најнижа и износи 11,5% старијих од 65 година. Имунизација хроничних болесника против инвазивне пнеумококне болести била је са обухватом испод 1% у

периоду од 2009 до 2011. године, а раније се није примењивала. У периоду мај-август 2012. године на претраживачу *naslovi.net* објављено је 89 медијских наслова од којих 51% изазива неповерење у имунизацију, 40% је неутрално, а 9% изазива поверење. Појава антивакциналног покрета и његово одржавање током 2010, 2011. и 2012. године утицао је на смањену имунизацију одраслих и неповерење грађана. Најважнији задатак у наредном периоду је одржати обухват имунизацијом деце, достићи значајно веће обухвате у имунизацији одраслих, а имунизацију као темељну меру и активност јавног здравља приоритетно мултисекторски планирати у свим активностима промоције здравља и стратегије јавног здравља.

Кључне речи: имунизација, достигнућа и изазови, значај за јавно здравље.

0. УВОД

Имунизација, представља једно од највећих достигнућа у историји медицине и заузима прво место међу интервенцијама у области јавног здравља (1) Она је најбржа, најефикаснија и економски највише оправдана специфична мера превенције, под условом да се спроводи са високим обухватом (1,2). Спровођењем имунизације могуће је постићи ерадикацију и елиминацију болести или обезбедити значајно умањење оболевања, умирања или инвалидитета до којег могу довести компликације саме болести (3). Данас се у свету, са мање или више успеха, имунизацијом контролише око 20 заразних болести (4,5). Међутим, развој вакцина траје дуже од два века од Џенеровог открића и пун је препрека. (6).

1. ЦИЉ РАДА

Овај рад има за циљ да прикаже:

- успех постигнут спровођењем имунизације у свету,
- резултате спровођења ситематске имунизације деце, имунизације против грипа и инвазивне пнеумококне болести у Београду,
- појаву и одржавање антивакционалног покрета и утицај на спровођење и обухват имунизације.

2. МЕТОД

У раду је коришћен дескриптивни епидемиолошки метод. Анализирани су подаци из годишњих извештаја домова здравља Београда, Центра за контролу болести Градског завода за јавно здравље Београд, подаци из литературе и са претраживача штампаних медија у Србији *www.naslovi.net*. Резултати су приказани табеларно и графички.

3. РЕЗУЛТАТИ

3.1. ИСТОРИЈСКИ УСПЕХ СПРОВОЂЕЊА МАСОВНИХ ИМУНИЗАЦИЈА

Најзначајнији успех имунизација је искорењивање вариоле која је евидентно постојала најмање 3.000 година. Захваљујући имунизацији и посебном програму Светске здравствене организације (СЗО) амерички, аустралијски и европски континент су подручја ослобођена од дечије парализе (*Polio Free Regions*). Применом Проширеног програма имунизације (*EPI-Expanded Program of Immunization*) донетим 1974. године од стране (СЗО) и сталним порастом обухвата у периоду од 1980-2010. године, значајно је смањен број оболелих и умрлих од вакцином превентабилних болести (7). Годишње се, захваљујући имунизацијама, избегне смрт око 2 до 3 милиона деце у свету (8).

3.2. ЕРАДИКАЦИЈА ВАРИОЛЕ – остварен глобални циљ

Од вариоле је у Европи крајем XVIII века годишње умирало око 400.000 људи, а процењује се да је само у току XX века умрло 300-500 милиона људи широм света (9,10). У Србији је у епидемијама вариоле од 1896. до 1910. године умрло 38.953 особе. Само у 1886. години умрло је 5.567 особа, а у 1909. години 5.735, што је највећи број умрлих од вариоле у једној календарској години у том раздобљу.

На територији Београда последњи случајеви обољења забележени су 1923. године у болничкој епидемији великих богиња, када су заражена четири лица, која су изолована и лечена на заразном одељењу Војне болнице. Вариола је имала леталитет 30% и била је праћена значајним морталитетом у дечјем узрасту (11).

Кампање имунизације против вариоле спроводиле су се крајем XIX и почетком XX века на основу одлука државе (краљева, председника држава или парламената) и врло често су се, поготово у почетку, спроводиле и против воље народа (10). Тако је и у Србији имунизација одређена као обавезна још од 1839. године (11).

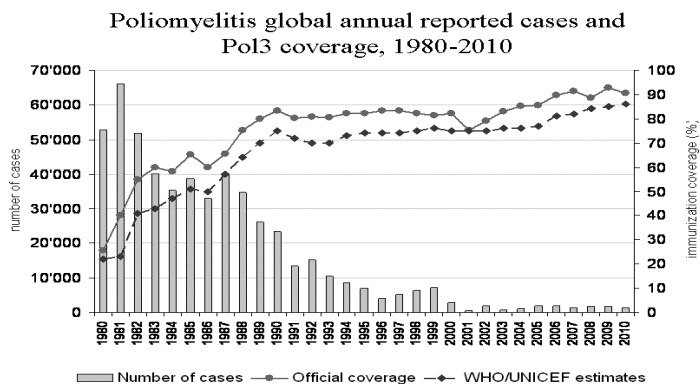
Професор Виктор Жданов, заменик министра здравља Совјетског Савеза, позвао је СЗО 1958. године да покрене глобалну иницијативу за ерадикацију вариоле. Скупштина СЗО је 1959. године прихватила резолуцију *WHA* 11.54 о глобалној ерадикацији вариоле, а прави програм ерадикације почео је 1967. године. Последња епидемија регистрована је у Југославији 1972. године када је оболело 175 особа, а умрло 35, а последњи случај оболевања регистрован је у Сомалији 1977. године (10).

На 33. Скупштини СЗО, 8. маја 1980. године, у присуству делегата 148 земаља, проглашена је ерадикација вариоле, чиме је она постала једина болест у историји човечанства које више нема.

3.3. ЕРАДИКАЦИЈА ДЕЧИЈЕ ПАРАЛИЗЕ – следећи глобални циљ

Од 1988. године, када је СЗО донела одлуку о елиминацији дечије парализе, више од 2,5 милијарде деце је имунизовано против ове болести. Од 2003. године регистровани број случајева дечије парализе креће се од 1000 до 2000 годишње (12). Оболевање од дечије парализе у свету је од 1980. године било са сталним трендом опадања до 2001. године.

Графикон 1. Оболевање од дечије парализе и обухват имунизацијом у свету у периоду од 1980-2010. године



Source: WHO/IVB database, 2011
193 WHO Member States. Data as of September 2011

Date of slide: 29 September 2011



Последњи аутохтони случај дечије парализе у Европи је забележен 1998. године у Турској.

Последњи случајеви дечије парализе у Европи, забележени су 2001. године у Бугарској када је троје деце ромске националности оболело од флакцидне парализе, узроковане дивљим полио вирусом – *WPV* пореклом из Индије. Европа је 2002. године проглашена подручјем ослобођеним дечије парализе.

У периоду после 2002. године у Европи је регистрована једна епидемија дечије парализе (460 регистрованих случајева) која је била последица импортовања дивљег полио вируса из Пакистана у Таџикистан, 2010. године.

У свету је дечија парализа од 2006. године ендемски присутна у само 4 земље. Током 2008. године Скупштина СЗО је донела нову стратегију за ерадикацију полиомијелитиса у преостале 4 земље и обавезала лидере и донаторе преко „Глобалне иницијативе за ерадикацију полио“ да је примене. У току 2009. године примењен је посебан једногодишњи програм са циљем да се обухвате деца код којих је имунизација пропуштена. Спроведене су додатне имунизационе активности у смислу здравственог васпитања у ендемским земљама што је било кључно у подручјима северне Нигерије и северне Индије. Након тога Стратешка саветодавна група експерата за имунизацију (*SAGE-Strategic Advisory Group of Experts on Immunization*) и Саветодавни комитет за ерадикацију полиомијелитиса (*ACPE* -

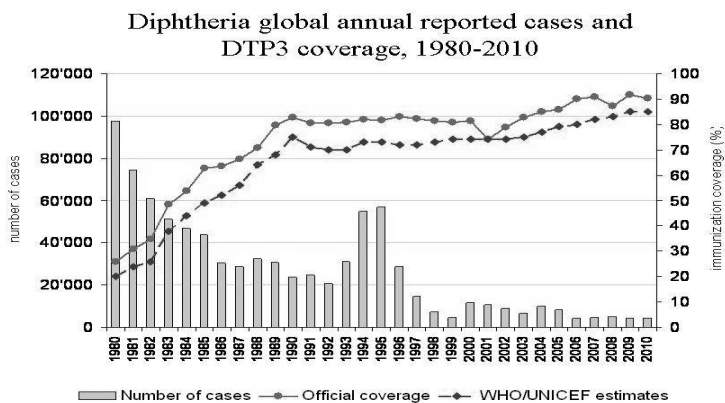
Advisory Committee on Poliomyelitis Eradication) предложили су трогодишњи план 2010-2012. године, са циљем да се заустави трансмисија у неколико преосталих подручја и тако обезбеди потпуни прекид трансмисије дивљег полио вируса у 2013. години. (13). Светска здравствена организација је 12. јануара 2012. године објавила да Индија нема забележене трансмисије дивљег полио вируса годину дана (14). До данас се такво стање одржава **тако да је дечија парализа присутна само у три земље света Нигерија, Пакистан и Авганистан**. Потпуна ерадикација вероватно ће ускоро постати стварност.

3.4. СМАЊЕЊЕ ОБОЉЕВАЊА ОД БОЛЕСТИ ПРОТИВ КОЈИХ СЕ ПРИМЕЊУЈЕ ИМУНИЗАЦИЈА У СВЕТУ

Дифтерија се током историје најчешће јављала у облику масовних епидемија праћених високим леталитетом. У току великих епидемија 80-их година XIX века, леталитет је достигао и 50% , да би касније током Првог светског рата леталитет био око 15%. У току Другог светског рата процењује се да је од дифтерије умрло око милион особа. (15).

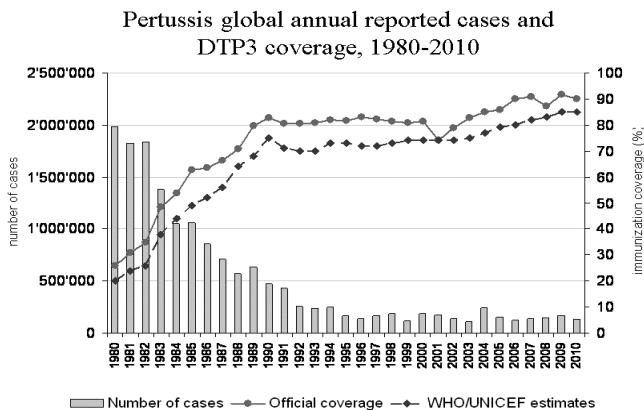
Након увођења проширеног програма имунизације СЗО (*EPI* програм) 1974. године дифтерични токсин постао је широко доступан и захваљујући систематској имунизацији оболевање је у свету било у сталном опадању до 1992. године. У периоду од 1992. до 1995. године дошло је до наглог пораста броја оболелих услед велике епидемије дифтерије у Русији. Након тога до 2010. године региструје се непрекидно опадање броја оболелих. У односу на 1980. годину регистровани број оболелих у 2010. години је 95,7% мањи (графикон 2).

Графикон 2. Обољевање од дифтерије и обухват имунизацијом у свету у периоду од 1980-2010. године



У периоду од 1980. године до 2010. године регистрован је десетострук пад броја регистрованих случајева тетануса праћен троструким падом регистрованих случајева тетануса новорођенчади (графикон 3).

Графикон 3. Обољевање од великог кашља и обухват имунизацијом у свету у периоду од 1980-2010. године



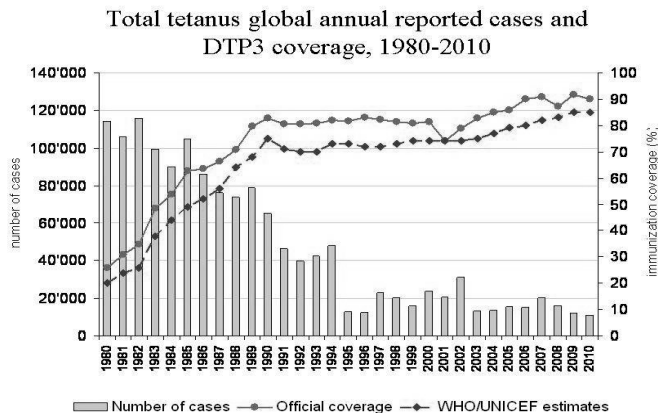
Source: WHO/WB database, 2011
193 WHO Member States. Data as of September 2011

Date of slide: 04 October 2011



Обољевање од великог кашља је било у сталном опадању од 1980 до 1995. године, али се након тога не учева јасно даљи тренд опадања у свету. Појава епидемија великог кашља у првој декади 21. века у САД и Европи резултат је слабљења вакцином индукованог имунитета као и одсуства дуготрајног имунитета након прележане болести. Од ове болести се може оболети три до пет пута у животу али је болест блажа у старијим добним групама, за разлику теже форме која се јавља код одојчади и мале деце када је праћена и високим морталитетом (графикон 4).

Графикон 4. Обољевање од тетануса и обухват имунизацијом у свету у периоду од 1980-2010. године



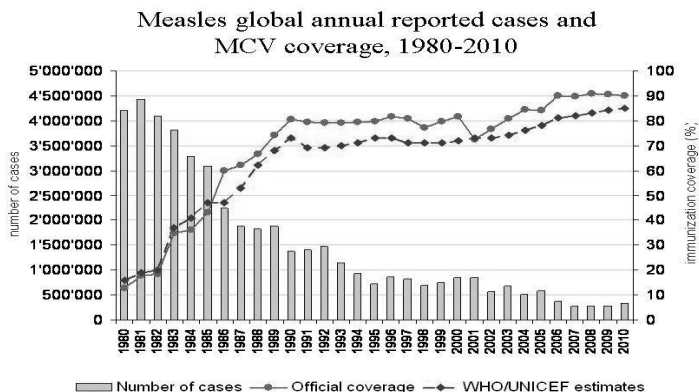
Source: WHO/WB database, 2011
193 WHO Member States. Data as of September 2011

Date of slide: 04 October 2011



Тренд смањења обољевања од морбила, у свету, траје од 1980. године. У периоду од 2010- 2011. године региструје се појава благог пораста броја оболелих, услед епидемија у земљама са недовољним обухватом имунизацијом (графикон 5).

Графикон 5. обољевање од малих богиња и обухват имунизацијом у свету у периоду од 1980-2010. године



Source: WHO/IVB database, 2011
193 WHO Member States. Data as of September 2011

Date of slide: 29 September 2011



Укупан број оболелих 2011. године у свету био је 344.276 што је и даље десет пута мање него 1980. године, када је регистровано 3.852.242 оболелих. Међутим у односу на 2009. годину дошло је до повећања оболевања од 20%. У периоду од 2009-2011 године епидемија морбила са највећом инциденцијом у Европи регистрована је у Бугарској са 24.253 оболелих, са 338 болничких инфекција и 24 смртна случаја, затим епидемија у Румунији 2011 са регистрованих 4189 оболела. У Европи је у првих 6 месеци 2011. године по извештају СЗО (*GAP – Global alert and response* у 40 земаља Европе) оболелих било 26.025, са 11 умрлих, посебно у Француској где је регистровано 14.025 оболелих са 6 умрлих, док је Румунији, Немачкој Киргистану, Македонији и Великој Британији био забележен по један смртни исход. Доминантан генотип је био *D4* ендемски генотип из Велике Британије.

Последњи аутохтони случајеви морбила регистровани су у Америчком региону 2002. године. Неколико епидемија повезаних са импортовањем морбила регистровано је у 2011. години у Квебеку - Канада са 742 оболела и 89 хоспитализована али без смртних случаја, док је у САД било 213 случаја, Еквадору 41, Бразилу 18, Колумбији 7, Мексику 3, Чилеу 6. Већина ових појава везано је за импортоване случајеве из Европе, осим у случају САД и Чилеа, где је регистровано импортовање из Малезије.

3.4. РЕЗУЛТАТИ СПРОВОЂЕЊА СИТЕМАТСКЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ ДЕЦЕ У БЕОГРАДУ

Дечија парализа је елиминисана 1962. године. Последњи случај дифтерије у Београду регистрован је 1976. године, а последњи регистровани тетанус код новорођенчади далеке 1982. године. Некада доминантне болести у структури обољевања, мале богиње, велики кашаљ, заушке и рубеле данас се региструју са ниском инциденцијом испод 1/100.000 становника (табела 1).

Табела 1. Обољевање од вакцином превентабилних болести пре и у току вакциналног периода у Београду

РЕЗУЛТАТИ СПРОВОЂЕЊА ПРОШИРЕНОГ ПРОГРАМА ИМУНИЗАЦИЈЕ У БЕОГРАДУ ДО 2011 године			
БОЛЕСТ	обавезна имунизација од	подаци за Београд	стопе инциденције у последњих 5 година
DIFTERIJA	1937	prosečna inc. 1951-1976 23,0/100.000	eliminacija последњи случај 1976.god.
TETANUS NEONATORUM	1946	u periodu od 1957-1981 obolelo je 125 dece, umro 85	eliminacija последњи случај 1982.god.
POLIOMIELITIS	1961	prosečna inc. 1951-1960 5,4/100.000	eradikacija 2002.god. последњи случај 1962
PERTUSIS	1960	prosečna inc. 1951-1960 245,6/100.000	2007-2011 ispod 1/100.000
MORBILI	1971	prosečna inc. 1964-1971 362,8/100,000	prosečna inc. 2007-2011 0.2/100.000 (ispod 1/100.000)
PAROTITIS	1981	prosečna inc. 1964-1971 215,1/100.000	prosečna inc. 2007-2011 0.8/100.000 (ispod 1/100.000)
RUBELA	1993	prosečna inc. 1981-1988 336,7/100.000	prosečna inc. 2007-2011 0.1/100.000 (ispod 1/100.000)

У периоду од 2002-2011 године обухват имунизацијом износио је преко 95% за већину вакцинација и ревакцинација, осим у првим годинама након увођења вакцине против хепатитиса Б и ХИБ вакцине. Ревакцинације против дифтерије, тетануса и дечје парализе изводе се са високим обухватом у узрасту школске деце. Нижи обухват регистрован је код ревакцинације ММР вакцином у 7. и 12. години живота током неколико година посматраног периода. Низак обухват вакцинацијом против хепатитиса Б у 12. години живота региструје се све време посматраног периода (табела 2).

Табела 2. Општи успех спроведених имунизација на територији Београда за период 2002-2011. године

Opšti uspeh izvršenih imunizacija na teritoriji Bеоgrada за период 2002.-2011.										
ВАКЦИНА	Uspeh u procentima %									
	02	03	04	05.	06.	07.	08.	09.	10	11
Polio vakcinacija	97.9	97.8	97.6	97.8	97,5	98.4	97,4	98.4	98.6	98.3
I polio revakcinacija	97.5	97.3	97.0	96.5	96,0	97.0	93,2	96.3	94.1	93.2
II polio revakcinacija	98.8	99.0	98.6	97.9	98,4	98.2	97,6	98.0	98.4	98.5
III polio revakcinacija	99.5	98.4	99.2	98.4	96,6	90.1	98,2	96.7	95.5	94.6
DTP vakcinacija	97.8	96.7	97.3	97.6	96,6	98.2	97,6	98.6	98.7	98.3
DTP revakcinacija	98.0	97.3	96.9	96.5	95,0	96.5	93,1	95.3	93.6	93.0
DT revakcinacija	98.5	98.3	98.7	97.9	98,6	96.8	97,3	96.9	98,7	98.5
dT revakcinacija	99.4	98.7	98.7	98.0	97,2	91.3	98,3	96.9	93.9	94.3
MMR vakcin.	90.2	95.0	95.9	95.1	94,9	95.7	94,6	93.9	94.1	94.2
MMR revakcinacija u 7. godini					83,2	98.6	96,6	89.3	98.7	98.0
MMR revakcinacija u 12. godini	60.8	88.8	99.5	98.0	97,5	79.3	87,3	75.2	99.1	91.5
HIB vakcinacija					77,3	94.0	98,6	98.8	99.4	96.2
Hepatitis B vakcinacija u 1. godini					82.8	94.6	89,7	95.3	95.3	97.7
Hepatitis B vakcinacija u 12. godini						73.0	80,8	50,0	61.5	82.1

Имунизација против грипа у Београду

Имунизација против грипа се у Србији спроводи по клиничким и епидемиолошким индикацијама у складу са Правилником о имунизацији и начину заштите лековима из 2006. године.

Анализом испорука и утрошка вакцина против грипа у периоду од 2006. до 2011. године уочљив је тренд раста утрошка вакцина против грипа у периоду 2006-2009., као и опадајући тренд утрошка доза у периоду 2010-2011 године (табела 4).

Табела 4. Потрошња вакцина против грипа у Београду у периоду од 2006 до 2011. године

СЕЗОНА	испоручено	хронични болесници		здрави >65	6 мес – 19 год	епидем. индикације	УТРОШЕНО
		20-65	>65				
2006/07	75990	13596	31413	5449	809	1393	52660 (69,3%)
2007/08	75990	15697	33900	6391	1177	1755	58920 (77,5%)
2008/09	74148	18834	36413	6826	1063	4481	67617 (91,9%)
2009/10	69771	18945	32596	7161	2152	7619	68473 (98,1%)
2010/11	87778	16008	28491	4234	912	3392	53037 (60,4%)
2011/12	79242	11601	24490	3993	693	3720	44497 (56,2%)
УКУПНО	462919	94681	187303	34054	6806	22360	345204 (74,6%)

Обухват имунизацијом против грипа у сезони 2009/2010. када је утрошен највећи број доза вакцине је низак у свим прописаним категоријама лица, за вакцинацију по клиничким и епидемиолошким индикацијама (табела 5).

Табела 5. Процењен обухват по групама становника у Београду у сезони 2009/2010

Категорија пацијената	Хронични болесници 6 мес -19год	Хронични болесници 20 - 64 год	> 65 година	здравств. радници и по епид.индикац.	УКУПНО
Врој пацијената	17584 ¹	82137 ²	247029 ³	32080 ³	378830
Врој вакц.	2152	18945	39757	7619	68473
Обухват	12,1%	23,1%	16,1%	23,8%	18,1%

1. Збирни подаци из примарне здравствене заштите, Статистички приказ здравствене делатности у Београду за 2008. годину, ГЗЈЗ (Тумори, болести крви и крвотворних органа, болести жлезда са унутрашњим лучењем, болести система крвотока, обструктивне болести плућа, астма, бронхиектазије, друге болести плућа, бубрежни синдром, друге болести гломерула, болести каналића бубрега)
2. 8,3% од броја становника у узрасту од 20-64 година (Процена хроничних болесника у Европи (16)
3. по попису од 31. марта 2002. године Статистички приказ здравствене делатности у Београду за 2008. годину, ГЗЈЗ Београд

Као најпоузданији индикатор успешности имунизације против грипа посматра се обухват имунизацијом лица старијих од 65 година. Обухват је низак и креће се од 11,5% у 2011. години, до 17,5% у 2009. години. Регистрован је тренд раста обухвата у овој категорији лица у периоду 2006-2009., као и опадајући тренд утрошка доза у периоду 2010-2011. године. (табела 6).

Табела 6. Имунизација против грипа лица старијих од 65 година у Београду

Година	хронични болесници >65 година	здрави >65 година	укупно >65 година	процена обухвата >65 година
2006/07	31413	5449	36682	14,9%
2007/08	33900	6391	40291	16,3%
2008/09	36413	6826	43239	17,5%
2009/10	32596	7161	39757	16,1%
2010/11	28491	4234	32725	13,3%
2011/12	24490	3993	28493	11,5%
укупно	187303	34054	221187	

Имунизација против инвазивних пнеумококних инфекција

У складу са Правилником о имунизацији и начину заштите лековима хронични болесници треба да се вакцинишу против инвазивних пнеумококних инфекција, али је и пре тога, на основу Програма имунизације из 2002. године, била обавезна имунизација против пнеумококних и менингококних инфекција за особе у ризику.

Анализом испорука и утрошка вакцина против пнеумококних инфекција очљиво је да је овај вид имунизације запостављен. Тек 2009. године су, преко

Републичког завода за здравствено осигурање, набављене прве дозе полисахаридне 23 компонентне вакцине. У периоду од 2009-2012. године набављено је свега 874 дозе од којих је утрошенио 759, односно вакцинисано је мање од 1% популације хроничних болесника. Годишње потребе за овом вакцинацијом је око 26000 доза јер се након 5 година врши ревакцинација (табела 7).

Табела 7. Набавка и утрошак полисахаридних вакцина против пнеумококних инфекција

година	набављено доза	утрошено доза
2009	50	19
2010	440	320
2011	364	201
до јула 2012.	20	219
укупно	874	759

4. ПОЈАВА И ОДРЖАВАЊЕ АНТИВАКЦИНАЛНОГ ПОКРЕТА И УТИЦАЈ НА СПРОВОЂЕЊЕ И ОВУХВАТ ИМУНИЗАЦИЈЕ

У трећој години после сезоне пандемијског грипа, у циљу сагледавања наслова новинских чланака, прегледани су сви наслови који су у вези са вакцинама објављени на сајту популарног претраживача новинских чланака објављених у Србији *naslovi.net* у периоду од маја до августа 2012. године. Регистровано је укупно 89 порука у насловима (табела 8).

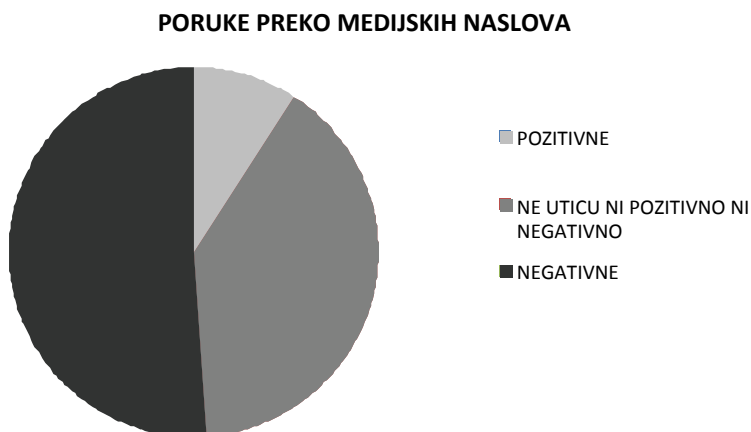
Табела 8. Наслови објављени преко претраживача *naslovi.net* у периоду мај-август 2012- године

<i>naslovi.net</i> о вакцинама у периоду мај-август 2012. године					
Врсте порука у насловима	мај	јун	јул	август	УКУПНО
ПОЗИТИВНА	5	1	1	1	8
информативна					
вакцина против гојазности			4		4
вакцина против пушења		1	4		5
вакцина против менингитиса В	1				1
Вакцина против карцинома плућа	15				15
Фластер вакцине		3			3
остало	3	5			8
АФЕРА "ВАКЦИНА"	12	9	10		31
НЕГАТИВНА	1	2	3	8	14
УКУПНО	37	21	22	9	89

Анализом порука који су приказане може се извршити подела порука на оне које позитивно утичу на поверење грађана у имунизацију, оне које не утичу ни

позитивно ни негативно (неутралне) као и оне које утичу негативно. Свега 9% медијских наслова је имало позитиван утицај на поверење становништва, 51% негативан утицај, док је 40% порука било неутрално (графикон 8).

Графикон 8. Поруке прослеђене преко медијских наслова у периоду мај-август 2012. године



5. ДИСКУСИЈА

Успеси масовног спровођења имунизације су научно и историјски приказани кроз нагли пад обољевања након увођења имунизација. У ситуацији када су болести против којих се спроводи имунизација сузбијене или је њихова појава у значајној мери смањена, нежељене реакције након имунизације се чешће региструју од тешких и смртних форми болести против којих се спроводи имунизација. Стога се све гласније поставља питање неопходности даљег спровођења имунизација. Прекид имунизације или значајан пад обухвата, може да доведе до поновне појаве болести у облику епидемија што је и регистровано у неким земљама (17,18,19,20).

Србија има традицију у спровођењу имунизације. У XIX веку је међу првима у Европи и свету прихватила имунизацију и донела за то доба напредну законску регулативу. Имунизација против вариоле била је обавезна по закону још од 1839. године. Знатно пре појаве *EPI* програма СЗО, у Србији је уведена обавезна имунизација не само против вариоле, већ и против беснила, туберкулозе, дифтерије тетануса, дечије парализе и малих богиња и вакцине против ових болести у Србији су почеле да се примењују само неколико година након њиховог открића (21). Данас се у Србији имунизација и послови везани за имунизацију спроводе на основу Закона о заштити становништва од заразних болести (22), Правилника о имунизацији и начину заштите лековима (23), Закона о лековима и

медицинским средствима (24) са пратећим правилницима, Закон о здравственом осигурању (25) са пратећим правилницима. Анализом резултата систематске имунизације деце у Веограду може се рећи да су они задовољавајући и да смо достигли постављене циљеве СЗО и када је у питању обухват и епидемиолошка ситуација вакцином превентабилних болести.

Подаци у вези вакцинације одраслих у Србији су незадовољавајући, што се посебно види у вакцинисаности против пнеумококних инфекција, али и грипа. Ови резултати су супротност у односу на резултате спровођења обавезне имунизације деце. Просечан број старијих од 65 година који су се вакцинисали против грипа пре појаве антивакциналних порука и губитка поверења јавности (4 сезоне - период од 2006 до 2010. године) износио је 39992, а у последње две године 30609 (смањење 23,5%). Последње сезоне број вакцинисаних старијих од 65 година био је 28493 (смањење 28,8 %). Обухват вакцинацијом против грипа како особа у ризику тако и старијих од 65 година су неприхватљиво ниски, а после деловања антивакциналног покрета у 2010. и 2011. години катастрофални. Годишње потребе за вакцинама планирају се у септембру текуће године за наредну годину и не утроше се и поред врло малог потраживања. Вакцинација против грипа треба да достигне обухват од 75% становништва старијег од 65 година. То је циљ који је поставила ЕУ и канцеларија СЗО за Европу. Последице невакцинисаности против грипа су врло озбиљне за здравље популације јер вакцинација против грипа смањује хоспитализацију старих 25-39% и смањује укупну смртност старих 39-75% током сезона грипа. Код корисника установа за негу старих смањује укупну хоспитализацију за 50%, ризик од пнеумоније 60% и укупни ризик од смрти за 68% (26).

Вакцинација против инвазивних пнеумококних инфекција и поред законске обавезе се није спроводила до 2009. године. После 2006. године имунизација против инвазивних пнеукокних инфекција се планира тако што домови здравља исказују своје годишње потребе за вакцинацију хроничних болесника као и за особе које су старије од 65 година, а смештене у социјалним установама

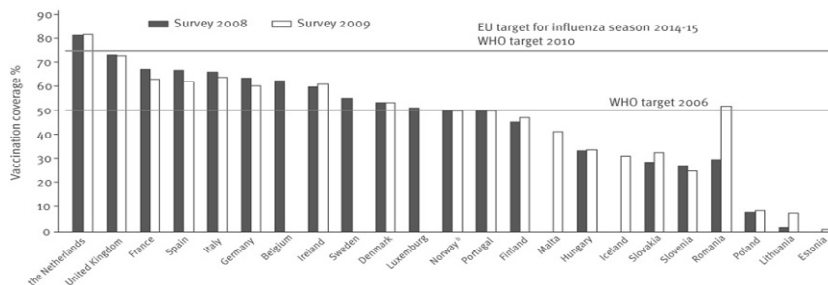
Поређењем успешности имунизације против грипа, са подацима у Европи и САД у 2008. и 2009. години (27) и Енглеској у периоду од 2001. до 2011 године (28) уочава се да је обухват имунизацијом старијих у односу на највећи број земаља најмање пет пута мањи и једино се може поредити са Пољском и Литванијом и Естонијом (графикони 9 и 10).

У сезони када смо имали најбољи обухват вакцином против сезонског грипа обухват млађих од 65 година је најмање 3 пута био нижи него у Енглеској. Посебно је забрињавајуће што се у последњој години посматрања обухвата у Веограду вакцинација хроничних болесника смањила скоро 40%.

Графикон 9. Обухват имунизацијом против грипа у 23 земље ЕУ у 2008 и 2009. години

FIGURE 1

Vaccination coverage for seasonal influenza among the elderly in EU/EEA* countries: national seasonal influenza vaccination surveys in Europe, January 2008 and July 2009



WHO: the World Health Organization.

* For 23 EU/EEA Member States.

† Vaccine coverage calculated for the over 65 age group and clinical risk groups together.

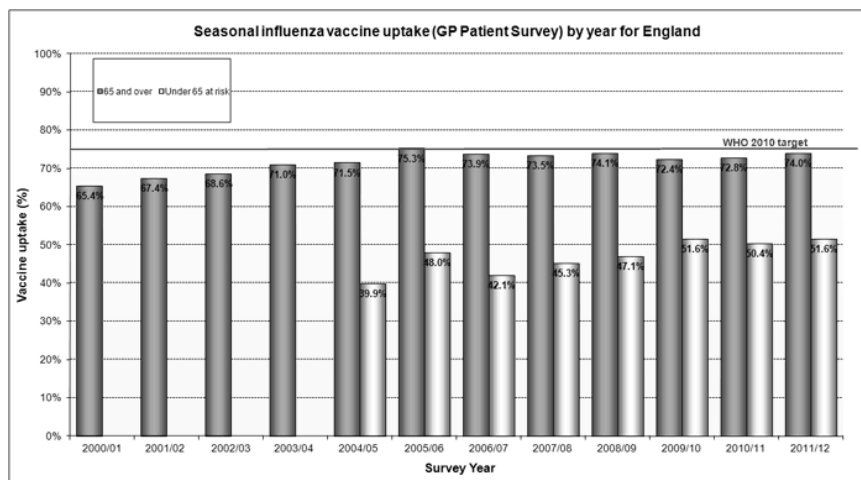
Vaccine coverage data for Survey 2008: Belgium – 2003-4 influenza season; Germany, Poland – 2005-6 influenza season; the remaining countries – 2006-7 influenza season.

For Survey 2009 all countries reported vaccination coverage data for the 2007-8 influenza season.

The age limit for elderly varies by country from between 50 and ≥65.

Извор података : Eurosurveillance, Volume 15, Issue 44, 04 November 2010 (27)

Графикон 10. Годишњи обухват вакцинацијом против грипа старијих од 65 година и особа у ризику испод 65 година у Енглеској



Извор података: Health Protection Agency UK 2012:

www.hpa.org.uk/web/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb_C/1195733756886 (28)

У испитивању које је обухватило 11 европских земаља обухват имунизацијом против грипа старијих био је највећи у Великој Британији 70,2%, а најмањи у Пољској 13,9%. Обухват вакцинацијом против грипа особа са хроничним болестима била је највећа у Великој Британији 56%, а најмања у Пољској 11,1%. Обухват вакцинацијом деце највећи је у Немачкој 19,3% (29). У САД испитивањем обухвата кардиоваскуларних болесника млађих од 60 година додатном снабдевеносту вакцином против грипа обезбеђен је обухват од 38,3% и констатовано је да се једино у условима лаке доступности вакцине може достићи циљ од 60% вакцинисаности млађих од 65 година (30). Сви ови подаци указују на велико заостајање у области заштите вакцинацијом против грипа у Београду.

Обухват имунизацијом против инвазивних пнеумококних болести старијих од 65 година у Енглеској у периоду од 2006 до 2012. године износио је од 64,4% до 70,5% (31). Када се то упореди са обухватом у Београду који износи 0,61% - јасно је да нисмо почели да штитимо нашу старију популацију, као ни хроничне болеснике.

Након декларације Савета Европе о потреби испитивања понашања СЗО у време пандемије грипа *A/H1N1v*, пред крај 2009. године, почели су да се појављују наслови медијских чланака у Србији који су упућивали читаоце против вакцинације против пандемијског грипа и од тада се све чешће појављују антивакциналне поруке у медијима. Покретање истраге крајем 2010. године о набавци вакцина против пандемијског грипа и подизање оптужнице против четири особе у 2011. години је додатно утицало на губитак поверења грађана у имунизацију против грипа. У једној телевизијској емисији, врло широко гледаној и цитираној у штампи, грађанима је јасно сугерисано да је вакцинација против пандемијског грипа била непотребна и да вакцина није била безбедна (32). Ово је умногоме допринело најнижем обухвату имунизацијом против грипа у посматраном периоду (сезони 2011/12). Анализом наслова објављених у периоду од 4 месеца (мај-август) 2012. године пре кампање за сезонску вакцинацију против грипа може се очекивати даљи пад обухвата имунизацијом против грипа у следећој сезони (2012/13), осим уколико се врло озбиљно не приступи едукацији лекара и опште популације о великом значају вакцинације против грипа и инвазивне пнеумококне болести и поред тога што се налазимо у условима активног антивакциналног покрета.

Од појаве вакцина било је противника имунизације, а научна критика појединих вакцина је понекад била и врло корисна. Противници имунизације су се у научним редовима у историјском контексту понашали као рационалисти покушавајући да одмере предности и недостатке имунизације. Данас би вакцинације које су се спроводиле у 19. веку вероватно биле неприхватљиве по питању безбедности. Управо историјски контекст, масовно обољевање и умирање од заразних болести их је чинило научно и етички оправданим у том времену. Након што су прве генерације вакцинисане против великих богиња и када је почело нагло смањивање обољевања у току 30-их година XIX века појавио се све организованији и све гласнији антивакцинални покрет (2,33). После увођења обавезне имунизације у Великој Британији 1821. године, многи припадници радничких покрета су је сматрали увредом за радничку класу. (2). Припадници антивакциналних покрета критиковали су имунизацију због нарушавања телесног интегритета. Нагли пораст

надрилекарства у 18. веку и развој ненаучне медицине погодовали су оснивању Лиге против имунизације која је деловала удружено са противницима биолошких огледа (34) и вакцинацију називала погрдно „Херојском медицином“. Државе су одговарале да имају право на имунизацију ради општег добра. Амерички врховни суд је у поступку *Jacobson* против државе *Massachusetts* пресудио да је потреба за заштитом јавног здравља има већу тежину од права на приватност (35) осим у случајевима верских разлога. И тада је било јасно да је због концепта колективног имунитета неопходно вакцинисати 85% до 95% популације. Антивакцинални покрети су имали врло мали утицај у Србији у току XIX и XX века.

Крајем XX века појавио се псеудонаучни чланак аутора *Andrew Wakefield* -а који је упркос озбиљним пропустима доспео у познати научни часопис *Lancet* 1998. године. Чланак је поставио хипотезу о повезаности примене ММР вакцине и појаве аутизма. Четири године по постављању ове хипотезе повезаност се кроз научне студије није могла доказати. Вритански општи медицински савет (*British General Medical Council*) спровео је истрагу и донео пресуду о „Нечасном и неодговорном објављивању истраживања“. *Lancet* је јавно повукао објављени чланак уз напомену да су подаци и елементи манускрипта били фалсификовани. Чланак је из Медицинског регистра у мају 2010. године са квалификацијом нечасног фалсификованог истраживања, а *Andrew Wakefield*-у је забрањен рад у Великој Вританији (36). Утицај ове лажне и фалсификоване студије довео је до озбиљног пада обухвата имунизацијом са последичним порастом обољевања. У Великој Вританији су мале богиње ендемска болест са врло озбиљним формама болести и фаталним исходима. У првој декади 21. века родитељи су били и посебно забринути због повезивања пораста аутизма са тиомерсалом (растворљивим једињењем живе) који се користи у траговима као конзерванс у вакцинама против дифтерије, тетануса, пертусиса, хемофилуса инфлуенце B и хепатитис B вакцинама. Иако је серија научних истраживања искључила ту повезаност, *FDA* је у сарадњи са Јавним здрављем (*Public Health Service*) и Америчком академијом за педијатрију престала да лиценцира вакцине које садрже тиомерсал и на тај начин је једна поштована институција индиректно допринела да се ставови о штетности тиомерсала прошире у јавности, иако на основу спроведених истраживања научно нису потврђени. Међу противницима имунизације се ова одлука узима као крунски доказ да је тиомерсал који се налази у траговима у вишедозним вакцинама штетан и поред постојања бројних проспективних научних истраживања која су то оспорила. Некоришћење тиомерсала у вакцинама у периоду преко 5 година није довело до смањења обољевања од аутизма што је још један доказ да се тиомерсал као конзерванс у вакцинама не може повезивати са појавом аутизма. (37) Борба са предрасудама против имунизације је врло тешка кроз историју, али и данас. Убиство локалног активисте у Пакистану, господина *Muhammad Ishaq-a* који се борио за ерадикацију дечије парализе је још једна опомена. И поред овог тужног догађаја Пакистан је данас ближи ерадикацији полиомијелитиса него икад раније (38).

Многи критичари вакцинације у научним редовима не одбацују имунизацију, али стално преиспитују питања безбедности и ефикасности и супротстављају се неким, а не обавезно свим вакцинама (2). Могућност да приликом припреме

вакцине буду „загађене“, затим забринутост да тиомерсал као конзерванс вакцина или адјуванси као појачивачи, могу потенцијално угрозити безбедност корисника вакцина, историјски су захтевали детаљну научну проверу која је извршена за сваку ситуацију посебно. Међутим, у редовима лекара налазе се и они који промовишу псеудонауку (39) и изузетно привлаче пажњу лаика и лаковерних људи. Псеудо-научна литература о имунизацији је посебно доживела експанзију са појавом интернета и обавезно је против научно утврђених ставова. Карактеристично је да ова литература не успева да добије подршку у научној јавности, па је зато и намењена општој и лаичкој, а не стручној јавности. Међутим, посебна забринутост коју емитују антивакционалисти односи се на наводно смањење колективног имунитета и замене природног имунитета са вакциналном заштитом коју разликују од природног имунитета. Постављају питање да ли је таква вакцинална заштита довољно добра за заштиту опште популације. Непостојање заразне болести због вакциналне заштите и недостатак трансмисије узрочника у дечијој популацији сматрају потенцијалном претњом за човечанство, а не успехом имунизације. Објашњавају да би због оваквог смањења колективног имунитета уколико дође до епидемија оболевала далеко старија популација него природно и није сигурно каква ће бити клиничка слика (40). Питања безбедности имунизације захтева врло детаљну етичку расправу. Потпуно некритичко прихватање неких од ставова антивакционалиста у својој суштини је прихватање природне селекције као једино исправног принципа који треба да нас руководи при доношењу даљих одлука везаних за имунизацију, што је на данашњем степену развоја вакцинологије неприхватљиво. Неопходно је разјаснити колико је велика штета од деловања антивакционалиста у лаичкој општој јавности јер се покреће читав један ирационалан антивакционални покрет. С друге стране, већина научника антивакционалиста и није против масовне имунизације, тако да није јасно које конкретне предлоге дају, осим што нуде своју забринутост.

Последице појаве јасних антивакционалних порука у медијима срећом до сада нису имале озбиљан утицај на обавезни програм имунизације јер правог антивакционалног лобија, бар у Србији вероватно нема. Ипак утицај је остварен у области имунизације одраслих и било би врло несмотрено и даље га игнорисати. Антивакционалне поруке се у Веограду и Србији, већ годинама преносе преко појединих лекара родитељима деце, посебно везане за ММР вакцинацију и за вакцинацију против грипа. Објављени су и текстови који негативно говоре о свим вакцинама (41), као и посебно објављивани позиви естрадних личности против имунизације уз помпезне наслове (42). Ово је добро познато како у педијатријским тако и епидемиолошким стручним круговима, али и међу новинарима. Оваква догађања указују са великом вероватноћом да имунизација није схваћена као темељна активност и темељна мера јавног здравља. Последично може доћи до смањења обухвата вакцинацијом и негативног утицаја на здравље становништва. Никад није било институционалног реаговања.

Глобална визија и стратегија СЗО и УНИЦЕФ-а за период од 2005. до 2015. године требала је да усмери друштво да се на досадашњим достигнућима, знањима и искуствима гради будућност у којој ће се имунизовати што више људи против што

више болести, у којој ће се ефикасније уводити нове доступне вакцине и технологије, али примењивати и друге превентивне мере (које чувају живот – хемио-профилактика, додавање витамина А у исхрани и сл) (43). Имунизације су уско повезане са јавним здрављем, у суштини су произишле из потребе за стварањем колективног имунитета и очувања здравља популације. Најчешћа дефиниција јавног здравља (Ачесонов извештај) је да је то „Наука и вештина спречавања болести, продужења живота и унапређења здравља организованим напором друштвене заједнице“. Читава ова дефиниција може се директно пресликати на имунизације. Спречавање појаве и ширења болести које се превенирају имунизацијом је темељ јавног здравља.

6. ЗАКЉУЧАК

Најважнији задатак тренутно и у будућности је одржавање достигнутог нивоа обухвата имунизацијом деце. Уколико се ово не обезбеди може доћи до погоршања епидемиолошке ситуације и поновног јављања епидемија вакцином превентабилних заразних болести са могућим смртним исходима, што је ситуација коју смо до сада врло успешно сузбили и готово заборавили.

Потребно је достићи значајно веће обухвате у имунизацији одраслих против грипа и инвазивних пнеумококних болести, приближити се циљевима СЗО и Европе и на тај начин знатно смањити трошкове лечења хоспитализованих пацијената у време сезоне грипа и смањити укупну смртност у том периоду.

Имунизацију као темељну меру и активност јавног здравља приоритетно мултисекторски планирати у свим активностима промоције здравља и стратегије јавног здравља, а посебно у случајевима када је медијски и под утицајем антивакциналног покрета нападнута и када је потребно и институционално па и мултисекторски реаговати.

ЛИТЕРАТУРА

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ten great public health achievements -- United States, 1900-1999. MMWR. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 1999;48 (12):241-243. Accessed April 25, 2010.
2. The History of Vaccination <http://www.childredivaccine.org/files/WHO-Vaccine-History.pdf>
3. Milenijumski ciljevi razvoja u republici Srbiji www.prsp.gov.rs/mcr/index.jsp
4. Kon Predrag, Veljko Đerković: Razvoj vakcina i promene u programima sistematske imunizacije u svetu; Zdravstvena zaštita 2009, vol. 38, br. 1, str. 1-16
5. Achievements in Public Health, 1900-1999 Impact of Vaccines Universally Recommended for Children -- United States, 1990-1998, MMWR April 02, 1999 / 48(12);243-248
6. Alexandra Minna Stern and Howard Markel: The History Of Vaccines And Immunization: Familiar Patterns, New Challenges; Health Affairs, 24, no.3 (2005):611-621
7. Immunization surveillance, assessment and monitoring. Vaccine preventable diseases www.who.int/entity/immunization_monitoring/diseases/en/
8. WHO: World immunization week 2012. www.who.int/entity/mediacentre/events/annual/immunization_week/en/ - 26k
9. Smallpox Wikipedia, free encyclopedia; en.wikipedia.org/wiki/Smallpox
10. Stanley A Plotkin, Walter A Orenstein, Donald A. Henderson, Bernard Moss Vaccines 3rd edition "Smallpox and Vaccinia". www.ncbi.nlm.nih.gov > NCBI > Literature

11. Nada Kuljić Kapulica: Variola prošlost ili ne ; Srpski arhiv za celokupno lekarstvo, BIBLID 0370-8179, 132 (2004) 7-8 p 272-276
12. Polio Global Eradication Initiative History -www.polioeradication.org/Aboutus/History.aspx
13. Global Polio Eradication Initiative Strategic Plan 2010–2012 WHO
14. WHO : India records one year without polio cases
www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/polio_20120113/en/
15. Diphtheria vaccine-WHO position paper; Weekly epidemiological report, N° 3, 2006, 81, 21-32
16. ECDC Guidance: Priority risk groups for influenza vaccination, Second revised edition, Appendix 4; www.ecdc.europa.eu
17. MMR vaccination and autism 1998 - Déjà vu—pertussis and brain damage 1974?; BMJ. 1998 March 7; 316(7133): 715–716. PMID: PMC1112717
18. Annette Mankertz et al. Spread of Measles Virus D4-Hamburg, Europe, 2008–2011; Emerg Infect Dis. 2011 August; 17(8): 1396–1401. doi: 10.3201/eid1708.101994
19. Vladimir M. Mikhailovich et al : Application of PCR for Detection of Toxigenic Corynebacterium diphtheriae Strains Isolated during the Russian Diphtheria Epidemic, 1990 through 1994; JOURNAL OF CLINICAL MICROBIOLOGY, Nov. 1995, p. 3061–3063 Vol. 33, No. 11, 0095-1137/95/\$04.0010 Copyright q 1995, American Society for Microbiology
20. Centers for Disease Control and Prevention. 1995. Diphtheria epidemic— new independent states of the former Soviet Union, 1990–1994. Morbid.Mortal. Weekly Rep. 44:177–181.
21. Živa Vuković : Imunizacija, Seminar o imunizacijama, Kotor, 1999. godine, Zbornik radova
22. Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti; Sl. glasnik RS broj 125/22 novembar 2004. godine
23. Pravilnik o imunizaciji i načinu zaštite lekovima; Sl. glasnik RS broj 11/ 7. februar 2006. godine
24. Zakon o lekovima i medicinskim sredstvima; Sl. glasnik RS, broj 30/2010. godine
25. Zakon o zdravstvenom osiguranju; "Sl. glasnik RS", br. 107/2005, 109/2005 - ispr. i 57/2011
26. Influenza vaccines WHO position paper; WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD, NO. 33, 19 AUGUST 2005
27. Mereckiene^{1,2}, S Cotter^{1,2}, F D'Ancona^{3,2}, C Giambi^{3,2}, A Nicoll⁴, D Lévy-Bruhl^{5,2}, P L Lopalco⁴, J T Weber⁴, K Johansen⁴, L Dematte^{6,2}, S Salmaso^{3,2}, P Stefanoff^{7,2}, D Greco^{3,2}, F Dorleans^{5,2}, A Polkowska^{7,2}, D O'Flanagan^{1,2}, on behalf of the VENICE project gatekeepers group : Differences in national influenza vaccination policies across the European Union, Norway and Iceland 2008-2009; Eurosurveillance, Volume 15, Issue 44, 04 November 2010
28. Health Protection Agency UK 2012: Influenza vaccination uptake monitoring on behalf of the Department of Health www.hpa.org.uk/web/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb_C/1195733756886
29. Blank PR, Schwenkglenks M, Szucs TD: Vaccination coverage rates in eleven European countries during two consecutive influenza seasons. J Infect. 2009 Jun;58(6):446-58. Epub 2009 Apr 17.
30. Satish Gopal, Matthew M. Davis: Delivery of Influenza Vaccine to Non-Elderly Persons with Cardiovascular Disease, with Varying National Supply of Vaccine; [Human Vaccines 1:6, 217-223, November/December 2005]; ©2005 Landes Bioscience
31. Pneumococcal Polysaccharide Vaccine Uptake Summary report – survey year ; http://www.immunisation.nhs.uk/Vaccines/Pneumococcal/The_disease/What_is_pneumococcal_disease
32. B92 Insajder kupoprodaja zdravlja; www.b92.net/video/videos.php?..
33. Robert M Wolfe, Lisa K Sharp: Anti-vaccinationists past and present, BMJ 2002 August 24; 325(7361): 430–432.
34. J. P. Baker Immunization and the American way: 4 childhood vaccines; Am J Public Health. 2000 February; 90(2): 199–207.
35. R. Goodman et al.,eds, Law in public Health Practice; Anthony D Moulton, Richard A Goodman, Wendy E Parmet: Perspective: Law and great Public Health achievements Oxford:Oxford University Press, copyright 2007
36. Andrew Wakefield wikipedia the free encyclopedia en.wikipedia.org/wiki/Andrew_Wakefield
37. The History of Vaccines: History of antivaccination movements www.historyofvaccines.org/.../history-anti-vaccination-movements
38. Polio eradication worker shot and killed in Karachi, Pakistan; www.who.int/.../mediacentre/news/statements/2012/security_pakistan..
39. Pseudonauka bs.wikipedia.org/wiki/Pseudonauka
40. International Medical Council on Vaccination: Interview with PhD Immunologist, Dr Tetyana Obukhanych www.vaccinationcouncil.org/.../interview-with-phd-immunologist-dr

41. Vakcine nam ubijaju decu – Kurir; www.kurir-info.rs/vakcine-nam-ubijaju-decu-clan...
42. Neću vakcinisati decu – Alo ; www.alo.rs/ljudi/.../Karleusa_Necu_vakcinisati_de... -
43. Global Vaccination and Immunization Strategy 2006-2015, www.who.int/vaccines-documents/

IMMUNIZATION: THE CORNERSTONE OF PUBLIC HEALTH

Kon Predrag, Garotic Ilic L., Djerković V., Pavlovic N.

ABSTRACT

The aim of our paper is to present the success of immunization in the world. It also presents the results of achieved through systematic immunization in Belgrade, in the population of children and persons under risk of acquiring seasonal flu and non-invasive pneumococcal disease. The paper also deals with the occurrence and maintenance of anti- vaccination movement and its impact on performance and scope of immunization in Belgrade. We used descriptive epidemiological method. We analyzed data acquired from community health centers of the city; Center for the control and prevention of disease (Institute of Public Health of Belgrade), relevant data from literature and websites that publish data from press media in Serbia (www.naslov.net).

Results: The major civilization attainment of immunization is eradication of smallpox, and approaching the global goal of eradication of polio. Besides elimination of numerous communicable diseases, immunization has been first in interventions related to public health. The last case of polio in Belgrade was recorded in 1962. Eradication of polio occurred in 2002. The last case of diphtheria was registered in 1976, the last case of neonatal tetanus- in 1982. The cases of pertussis, parotitis and rubella have been recording average incidence (below 1/ 100 000 populations) in the last 5 years in Belgrade, We attained the >95% of immunization scope for polio and DTP in children (2002- 2011). In the same period, immunization scope for MMR in five years was below 95%, with the lowest scope in 2006 (82.3%). Vaccination against hepatitis B has been carried out since 2006, with scope below 95% (2006 - 2008). The lowest scope was recorded in 2006 (82.8%). In the above period, first revaccination against polio was below 95% in 2008, 2010 and 2011, contrary to the scope obtained for DTP. The latter was above 95% in the entire period. Second and third revaccination against polio and DTP was carried out with the scope of above 95% in the entire period. MMR revaccination (12- year old children) was carried out in 2010, with the minimum scope of 60.2% (2002), against the maximum of 99.1% (2010). Revaccination scope in 12-year old children with MMR vaccine was very low in 2003 (88.8%), 2007 (79.3%), 2008 (87.3%) and 2009 (75.2%). Since 2006, MMR revaccination has been performed in the child's seventh year. The scope was very low in 2006 (83.2%) and 2009 (89.3%). Immunization against the flu is much lower in Belgrade than the anticipated annual needs. In the 2001/ 2012 season, it was lowest- 11.5% (in the population of >65). Immunization of chronic patients against invasive pneumococcal disease registered scope of <1% (2009 - 2011). It was not

performed in earlier years. Between May and August 2012, the website www.naslovi.net has published 89 articles. Out of these, 51% show mistrust in immunization, 40% are neutral and 9% show trust. Anti- vaccination movement and its maintenance during 2010, 2011 and 2012 has had an impact on decrease in immunization of adults. It has also created mistrust of the general population. Our major assignment in the future is to maintain the scope of immunization of the children and attain significantly greater scopes in immunization of adults. Therefore, in public health, immunization should be given priority in multisector planning. It should be crucial activity; well- planned in all health- related promotional activities within public health and its strategies.

Key words: Immunisation, achievements and challenges, importance for public health

ДАНИ ЗАВОДА
2012.
24. стручна
конференција



УНАПРЕЂЕЊЕ ПРОГРАМА ПРЕВЕНТИВНИХ КУЋНИХ ПОСЕТА ЗАСНОВАНО НА СТРАТЕШКОЈ АНАЛИЗИ

Младеновић Јанковић Светлана, Матијевић Д., Брковић А.,
Вучковић А., Глишовић В, Котевић А.

САЖЕТАК

Циљ: Рад је имао за циљ анализу функционисања здравственог система на примеру превентивних кућних посета породицама са децом, као и одређивање стратегија и стратешког плана за унапређење менаџмента превентивним кућним посетама.

Метод: Истраживање представља квалитативно-квантитативну студију којом су обухваћени домови здравља у Београду. Квалитативни подаци су прикупљени кроз интервјуе представника менаџмента домовна здравља и главних сестара служби поливалентне патронаже и фокус групе медицинских сестара у истој служби. Квантитативни подаци су добијени из доступних електронских база података здравствене статистике о кадру и реализованим активностима службе поливалентне патронаже. *SWOT* анализа је представљала основу за тумачење добијених података и одређивање стратегије развоја превентивних кућних посета.

Резултати: Улога и рад службе поливалентне патронаже су регулисани различитим прописима. Здравствена заштита која се пружа у оквиру превентивних кућних посета које обавља ова служба обезбеђује се из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу. Према постојећим кадровским нормативима у Београду је потребно 335 медицинских сестара у служби поливалентне патронаже, што указује на дефицит од 31,0% потребног кадра, односно недовољну обезбеђеност становништва. Мањак патронажних сестара доводи и до мањег обухвата циљних група превентивним кућним посетама. И поред изазова у раду службе изражених и кроз неадекватне услове рада и слабију сарадњу са другим службама, значајне су постојеће снаге (добро едукован кадар и начин рада), што даје јединствену улогу поливалентној патронажи у систему здравствене заштите. Дефинисана су четири стратешка приступа за превазилажење препознатих слабости, искоришћавање снага, коришћење могућности и избегавање претњи, који су приказани кроз 4 стратегије: коришћење компаративне предности, инвестирање/заобилажење, мобилизација унутрашњих ресурса и контрола штете.

Закључак: Постојећи прописи и начин финансирања система здравствене заштите омогућавају високу доступност превентивних кућних посета. Највећа снага поливалентне патронажне службе у домовима здравља у Београду је добро едукован кадар. Недовољно препозната улога ове службе у дому здравља, уз присутан дефицит кадра и опреме, уз преоптерећеност административним пословима доводи до професионалног незадовољства патронажних сестара. Стратешки приступи у менаџменту кућним посетама које реализује поливалентна патронажа

подразумевају пре свега одговор на присутне снаге и слабости у условима расположивих могућности окружења у којима функционише ова служба, кроз примену стратегије компаративне предности и стратегије улагања.

Кључне речи: менаџмент, превентивне кућне посете, примарна здравствена заштита, стратешко планирање, SWOT анализа.

УВОД

Стратешко планирање представља континуирани процес унапређења перформанси службе, организације или система кроз развој, имплементацију и евалуацију стратегија и планова. Усмерено на достизање дугорочних циљева, базирајући се на заједничким вредностима и визији, стратешко планирање постаје средство за креирање системских промена. Стратешки приступ планирању подразумева орјентисаност ка будућности, уз разматрање деловања различитих фактора, попут политичких, економских, технолошких итд, као и очекивања популације. Развој унутрашњих капацитета у циљу антиципације и адекватног одговора на утицаје препознатих фактора је важан аспект стратешког приступа. У основи приступа је процес, а не једнократна активност, у коме менаџери креирају оквир за континуирано деловање и достизање очекиваних резултата. У области рада служби од јавног значаја овакав приступ је императив у делокругу одговорности креатора политика и доносилаца одлука на свим нивоима (1).

1.1 Здравствени систем и стратешко планирање

Здравствени систем је облик друштвених система који су по својој природи сложене структуре, са хијерархијском организацијом и динамичког карактера. Сврха здравственог система је, пре свега, очување и унапређење здравља популације, али и одговорност за легитимна очекивања становништва, финансијска праведност и смањење неједнакости у здрављу (2). Ови циљеви су међусобно повезани и достигнућа у једној области свакако доприносе напретку у другим аспектима. Један од највећих изазова данас за већину здравствених система је достизање очекиваних резултата у условима лимитираних ресурса и финансијске кризе (3,4,5).

Праћење функционисања здравствених система подразумева праћење исхода, али и начина на који су остварени, односно испитивање њихових основних функција (2). Функције могу бити класификоване на различите начине, имајући у виду циљеве система, а једно од најчешћих разматрања се односи на функције управљања, креирања ресурса, пружања здравствених услуга и финансирања. Функција управљања подразумева успостављање политичког и регулаторног оквира целокупног система, координацију и доношење одлука заснованих на доказима генерисаним на правовременим и поузданим подацима (6). У овој улози се најчешће препознаје одговорност државе за здравље својих грађана, где држава делује као заступник њихових права и интереса у циљу достизања највишег нивоа

здравља и благостања (2,7). Креирање ресурса је усмерено на обезбеђење услова за пружање услуга здравствене заштите, пре свега кроз улагања у људске ресурсе, али и обезбеђење медицинских средстава, опреме и простора у коме се обавља здравствена делатност. Ова функција која треба да успостави и одржи правичну алокацију ресурса често није у потпуности у надлежности доносилаца одлука одговорних за систем здравствене заштите, стварајући изазове у одговору здравствене службе на потребе популације (6). Финансирање система здравствене заштите у великој мери делује на финансијску праведност, смањење неједнакости у здрављу и квалитет пружене здравствене заштите, како кроз методе прикупљања средстава за здравствену заштиту, тако и начинима плаћања давалаца услуга у здравству. Услуге здравствене заштите представљају основни део онога што здравствени систем пружа грађанима и могу се сагледати као резултат постојања осталих функција.

Исходи у здравственом систему не представљају директан производ постојећих ресурса, организационих процеса и управљачких одлука. Као адаптабилни систем, увек је у процесу промена и прилагођавања на формалан или неформалан начин у коме различите компоненте утичу међусобно како на процесе тако и на исходе (7). Овакав приступ у сагледавању здравствених система има снажне импликације у процесу стратешког планирања и испитивања перформанси у циљу достизања бољих исхода по здравље популације, унапређења доступности и једнакости и ефикаснијег пружања здравствене заштите.

1.2. Улога програма превентивних кућних посета у здравственом систему

Превентивни програми усмерени на очување и унапређење здравља свих чланова породице често подразумевају кућне посете као значајну програмску компоненту. Реализација различитих врста активности у кућним условима уз увид у непосредно породично окружење и факторе који могу деловати протективно, али и као извор ризика по здравље чланова породице указује на значај оваквог приступа. Кућне посете представљају распрострањену праксу ране интервенције са дугом традицијом у здравственим системима великог броја земаља. Оно што је заједничко за ову врсту програма је спровођење активности у кућном окружењу од стране обучених појединаца, а са општим циљем унапређења знања, ставова и понашања чланова породице у различитим аспектима (8). Кућне посете су намењене различитим популационим групама, али најчешће породицама са децом. Усмереност превентивних активности на породице са највећим потребама у односу на социјално демографске и здравствене карактеристике омогућава достизање најбољих резултата у унапређењу и очувању здравља деце превасходно јачањем капацитета и креирањем позитивних образаца понашања родитеља (9).

Истраживања која су се спроводила у циљу евалуације оваквих програма, указала су на карактеристике оних који су показали боље резултате. Широка доступност програма уз усмереност на све чланове породице, комбинујући различите врсте активности и садржаја, континуитет у имплементацији, културолошка прилагођеност, као и флексибилност у циљу задовољења специфичних

потреба породица свакако су фактори који доприносе ефикасном достизању дефинисаних циљева (9).

Евалуација кућних посета показала је достигнућа у области већег коришћења служби за здравствену заштиту деце, већој стопи имунизације, унапређењу матерналне сатисфакције родитељством, као и унапређењу понашања мајки кроз различите облике здравих стилова живота (10, 11,12). Кућне посете реализоване у оквиру „Сестринског програма посета“ који је трајао 15 година у Елмири у држави Њујорк показале су конзистентне резултате у унапређењу знања родитеља, смањењу учесталости повређивања деце, ређој појави злостављања и занемаривања деце, смањењу учесталости пушења код мајки, као и унапређењу начина исхране породица (13). Овакви резултати, настали као резултат експерименталне евалуације су били више изражени у групама оних са највећом потребом за оваквом врстом програма, као што су биле младе неудате мајке из сиромашних породица код којих је регистрован значајан напредак у пружању развојно стимулативних активности попут читања прича деци или обезбеђења одговарајућих играчака. Резултати трогодишњег праћења сличног програма, који је спроведен у Мемфису и Денверу од стране лиценцираних медицинских сестара, указали су на значај интензитета програма на његов успех (14). Имплементација врло интензивних програма који почињу током периода трудноће и настављају се током првих година живота деце у великој мери доприноси унапређењу знања и понашања родитеља, као и здравља деце. Истраживања која су се бавила евалуацијом сличних програма у Данској и Великој Британији, указала су на значајно повећање коришћења превентивне педијатријске здравствене заштите, стопе имунизације, смањење учесталости повређивања деце у кући, као и смањење учесталости постпарталне депресије (15, 16).

У нашем систему здравствене заштите важан актер оваквих програма је служба поливалентне патронаже у домовима здравља. Као превентивна сестринска служба, која свој рад реализује путем кућних посета различитим популационим групама и учесник је скоро свих превентивних програма здравствене заштите, представља непосредну везу становништва са различитим службама у локалној заједници. Од посебног значаја су посете и активности које поливалентне патронажне сестре остварују у раду са породицама са децом. Евалуација рада ове службе на територији Београда показала је да у популацији породиља и новорођене деце патронажне сестре најчешће реализују активности контроле здравственог стања, док су у популацији родитеља одојчади најзаступљеније здравствено васпитне активности. Утврђена је статистички значајна разлика у укупном броју реализованих активности у породицама без регистрованог ризика и породицама са присутним једним или више здравствених или социјалних ризика (17).

Досадашње студије су указале на позитивне резултате програма кућних посета, наглашавајући аспект универзалног приступа, али и значај већег интензитета програмских активности у породицама са већим потребама, односно присутним ризицима. Међутим, приступ пружања превентивних услуга у кућним условима није до сада анализиран са аспекта стратешког планирања, што

представља један од истраживачких изазова, а и практичних изазова за успешне менаџере здравствене заштите.

Анализа функционисања здравственог система сагледана на примеру превентивних кућних посета може допринети идентификовању постојећих капацитета и могућности, али и унапређењу менаџерских ресурса за достизање оптималне здравствене заштите намењене популацији мајки и деце у Србији.

2. ЦИЉЕВИ

Циљеви овог рада су усмерени на:

- Анализу функционисања здравственог система на примеру превентивних кућних посета породицама са децом;
- Идентификовање постојећих снага и могућности, као и слабости и претњи у спровођењу превентивних кућних посета;
- Одређивање стратегија за унапређење менаџмента превентивним кућним посетама.

3. МЕТОД

Истраживање представља квалитативно-квантитативну студију којом су обухваћени домови здравља у Београду (укупно 16).

Теренски део истраживања путем структурираног интервјуа са представницима менаџмента домових здравља и главним сестрама поливалентне патронаже спроведен је током 2009. године у свих 16 општина. За спровођење интервјуа коришћени су посебно креирани упитници који су се односили на организацију службе, расположиву опрему, вођење медицинске документације и евиденције, обуку кадра и актуелне изазове у раду службе.

Истраживање путем фокус група реализовано је са медицинским сестрама из службе поливалентне патронаже из домових здравља у Београду у децембру 2010. године у Градском заводу за јавно здравље у Београду. Формиране су 3 фокус групе, према територији коју дом здравља обухвата, а учествовало је укупно 58 медицинских сестара. Фокус групе су изведене уз помоћ модератора који је био обучен за вођење групне дискусије по методу SWOT анализе (*Strengths* – Снаге, *Weaknesses* – Слабости, *Opportunities* – Могућности, *Threats* – Претње). Током рада у групама примењене су методе вртлога идеја и технике номиналне групе.

У истраживању су коришћени подаци из електронских база података рутинске здравствене статистике прикупљени ретроспективно за период 2003 – 2011. године. На тај начин добијени су следећи подаци/показатељи: актуелан/потребан број сестара, обим остварених кућних посета, обухват циљних популација кућним посетама, просечан број кућних посета по кориснику, просечно дневно оптерећење патронажних сестара.

У истраживању је коришћено и претраживање веб страница и доступних докумената здравствене политике, стратегија, закона, програма и водича уз анализу њиховог садржаја, употребом кључних речи: поливалентна патронажна

служба, закон, стратегија, здравље деце, финансирање, здравствена заштита, здравствено осигурање, водич.

За коначну анализу добијених квалитативних и квантитативних података коришћена је *SWOT* анализа.

4. РЕЗУЛТАТИ

4.1 Превентивне кућне посете породицама са децом

Подаци о превентивним кућним посетама породицама са децом, односно службама поливалентне патронаже анализирани су кроз сегменте управљања, финансирања, развоја ресурса и пружања услуга.

4.1.1 Управљање

Здравље деце је један од водећих приоритета здравствене политике у Републици Србији. У складу са тим, развијена су и усвојена различита стратешка документа са циљем очувања и унапређења здравља ове популације која обухватају и област пружања превентивних кућних посета.

Националним планом акције за децу дефинисани су циљеви генералне политике у свим секторима, као и приоритетне мере, активности и програми које је неопходно предузети како би се креирали најбољи могући услови за развој деце и њихову социјалну интеграцију. Овај документ представља и механизам за праћење поштовања дечјих права и њиховог општег благостања током периода економске, социјалне и политичке транзиције у Републици Србији. Служба поливалентне патронаже је препозната као један од носилаца активности у делу унапређења капацитета родитеља за бригу о здрављу и развоју деце (18).

Усвајање декларације о националним миленијумским циљевима представљало је важан корак у повезивању глобалних циљева са националним приоритетима, стварању јавног консензуса и изградњи партнерства владе, грађанског друштва, приватног сектора, међународних институција и других партнера. У оквиру миленијумског циља који се односи на здравље деце, дефинисани су и специфични циљеви усмерени на повећање обухвата популације кућним посетама поливалентних патронажних сестара (19).

Националним програмом о заштити здравља жена, деце и омладине наглашена је сарадња различитих сектора ради достизања највишег нивоа здравља и благостања ове популације, уз поштовање основних принципа попут доступности и једнакости и учешћа циљне популације у доношењу одлука у вези са здрављем (20). Служба поливалентне патронаже је овим документом истакнута као један од водећих носилаца активности на нивоу примарне здравствене заштите, преваходно кроз пружање превентивних кућних посета породицама са децом и сарадњу са осталим службама у циљу обезбеђења континуитета заштите.

Улога и рад службе поливалентне патронаже су регулисани различитим законским прописима. Законом о здравственој заштити, у дому здравља као

установи у којој се обавља здравствена делатност на примарном нивоу, патронажна служба је дефинисана као једна од основних служби (21). Правилником о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе (22) прописани су услови у погледу кадра, опреме и простора, а такође су дефинисани и врста и обим стручних послова (тзв. мере извршења) за службе на различитим нивоима здравствене заштите. Услуге поливалентне патронаже прописане су и Правилником о номенклатури здравствених услуга на примарном нивоу здравствене заштите (23). Правилником о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања који се усваја сваке године прецизно су дефинисане циљне групе код којих су предвиђене кућне посете патронажних сестара (24).

Праћење рада службе поливалентне патронаже обављају заводи и институти за јавно здравље, установе одговорне за процену ефикасности, доступности и квалитета пружене здравствене заштите (21). Провера квалитета стручног рада у здравственим установама обавља се кроз спољни и унутрашњи надзор (21). Унутрашњи надзор организују и изводе руководиоци организационих јединица према годишњем плану, док спољни надзор једанпут годишње обављају надзорници из других здравствених установа који су одређени од стране Министарства здравља.

4.1.2 Финансирање

Најважнији извор финансирања здравствене заштите у Републици Србији је институција обавезног здравственог осигурања коју представља Републички фонд за здравствено осигурање (РФЗО). Поред средстава Републичког фонда за здравствено осигурање, која се обезбеђују путем доприноса запослених појединаца и послодаваца, додатни извори финансирања су пре свега буџет Републике Србије и лично учешће осигураника у трошковима здравствене заштите. Из фонда РФЗО обезбеђују се средства за здравствену заштиту осигураних лица, док се из буџета Републике обезбеђују средства за здравствену заштиту неосигураних грађана, промоцију здравља и посебне програме од значаја за здравствену заштиту целокупног становништва (25).

Највећи део средстава намењених обезбеђењу здравствене заштите становништву се троши кроз надокнаде здравственој служби за услуге које обавља (26). У употреби је уговарање према усаглашеном плану рада између РФЗО и здравствених установа. План рада се утврђује на основу кадровских и техничких капацитета (кадрови, простор и опрема) и броја осигураних лица која гравитирају даваоцу здравствених услуга (27).

Критеријуми за утврђивање накнаде домовима здравља за плате, још увек, подразумевају број запослених и висину личних примања запослених. Висина плате запослених у здравственим установама је одређена законом и дефинисана према платним разредима. У одређивању платних разреда утврђују се основице плата које дефинише Влада, коефицијенти којима се изражава сложеност послова, одговорност, услови рада и стручна спрема, као и додаци који обухватају минули

рад, прековремени рад, и рад у посебним условима попут теренског рада или ноћног рада (28). Премда је крајем 2011. године усвојена Уредба о новом начину плаћања изабраних лекара и осталих запослених у примарној здравственој заштити, њена примена је одложена за октобар 2012. године. Ефекти по запослене у служби поливалентне патронаже ће се тек сагледавати (29).

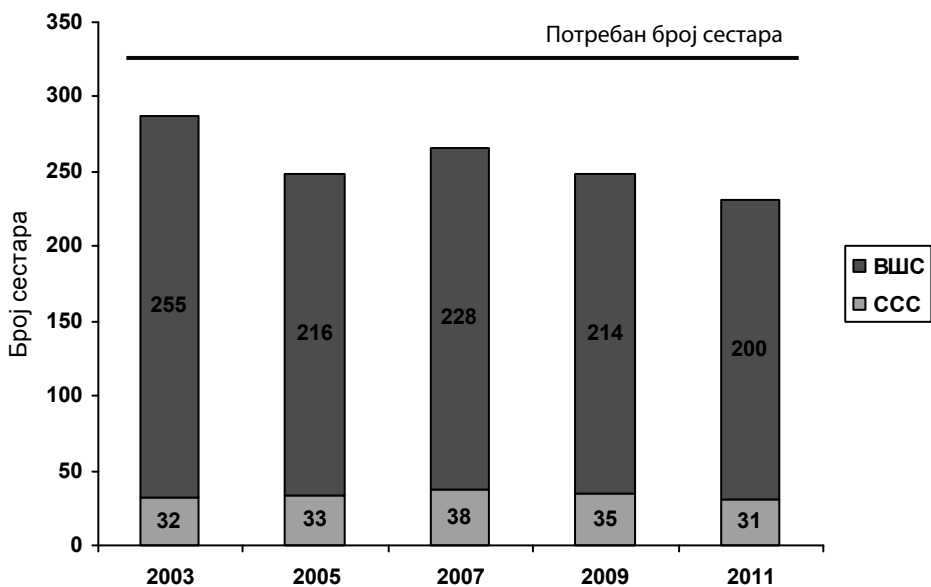
Права осигураника на здравствену заштиту, као део права из обавезног здравственог осигурања подразумевају између осталог и здравствену заштиту у погледу превенције и раног откривања болести, здравствену заштиту у вези са планирањем породице и у току трудноће, порођаја и материнства, као и здравствену заштиту у случају повреда која се обезбеђује на примарном, секундарном и терцијарном нивоу (30). Здравствена заштита која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу, односно комплетне цене здравствене услуге обухвата, пре свега мере превенције и раног откривања болести, међу којима и кућне посете патронажних сестара намењене популацијама трудница, бабињара и новорођенчади, одојчади, деци у 2. и 4. години и лицима старим 65 и више година (24).

4.1.3 Развој ресурса

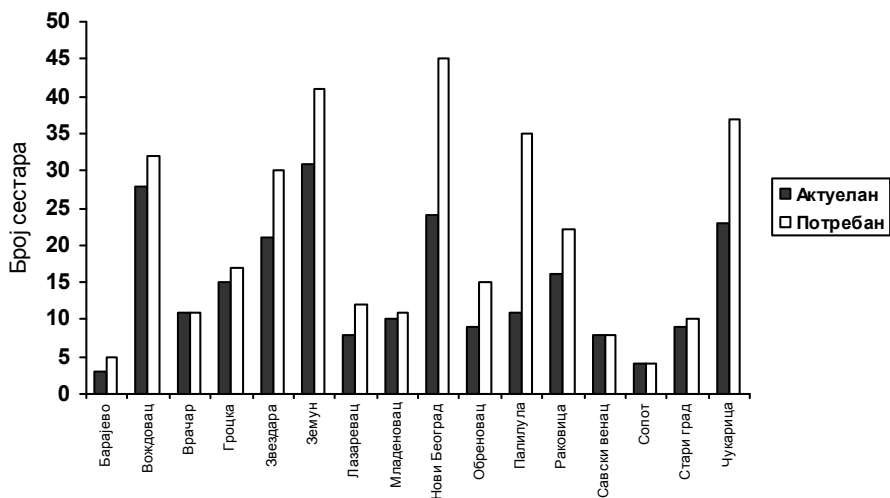
Служба поливалентне патронаже је организационо смештена у укупно 51 пунктова у 16 домова здравља у Београду. У 6 домова здравља (Врачар, Савски венац, Стари град, Обреновац, Лазаревац и Младеновац) просторије поливалентне патронаже се налазе само у главној згради дома здравља, док је у осталим домовима здравља служба смештена и у другим објектима. Највећи број пунктова у којима је распоређена ова служба је у домовима здравља Земун и Чукарица (8 пунктова).

У служби поливалентне патронаже у 16 домова здравља у Београду у 2011. години било је запослено укупно 231 медицинских сестара, од којих је 86,6% са вишом и 13,4% са средњом стручном спремом. Број кадра у овој служби је смањен за 19,5% у односу на 2003. годину (Графикон 1). Према постојећим кадровским нормативима (1 медицинска сестра са ВШС на 5000 становника) у Београду је потребно 335 медицинских сестара у служби поливалентне патронаже (22), што указује на дефицит од 31,0% потребног кадра, са варијацијама међу домовима здравља (Графикон 2).

Графикон 1. Број медицинских сестара у служби ППС у домовима здравља у Београду



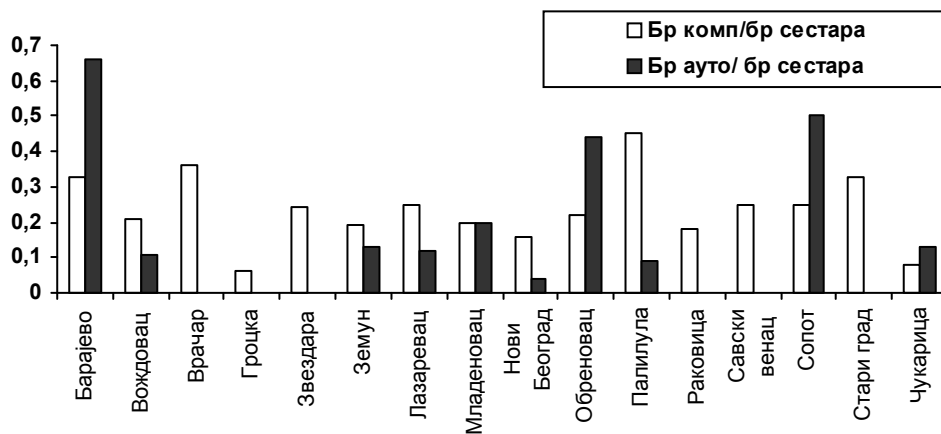
Графикон 2. Актуелан и потребан број патронажних сестара у домовима здравља у Београду у 2011. години



Према постојећој законској регулативи поливалентне патронажне сестре су у обавези обнављања професионалне лиценце код Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије, ради утврђивања стручне оспособљености здравствених радника за самостални рад (31). Услов за обнову лиценце подразумева да здравствени радник током седам година стекне 168 бодова у поступку континуиране медицинске едукације акредитоване од стране Здравственог савета Србије (32). Током 2009. године различите облике континуиране медицинске едукације је похађало 76,3% патронажних сестара у домовима здравља у Београду, у оквиру којих је остварено укупно 423 дана едукације, односно 2,22 дана по медицинској сестри. У наредном периоду обухват едукацијом је повећан услед постојеће обавезе свих здравствених радника за прикупљањем бодова током сваке календарске године.

У свим домовима здравља службе поливалентне патронаже располажу опремом у складу са листом опреме прописане релевантним подзаконским актом (22). Осим тога, обезбеђеност компјутерима се креће од 0,06 (Гроцка) до 0,45 (Палилула) по сестри. Поливалентна патронажа не располаже аутомобилима у 6 домова здравља, а највећа обезбеђеност је у домовима здравља Барајево, Сопот и Обреновац (Графикон 3).

Графикон 3. Обезбеђеност поливалентне патронажне службе компјутерима и аутомобилима



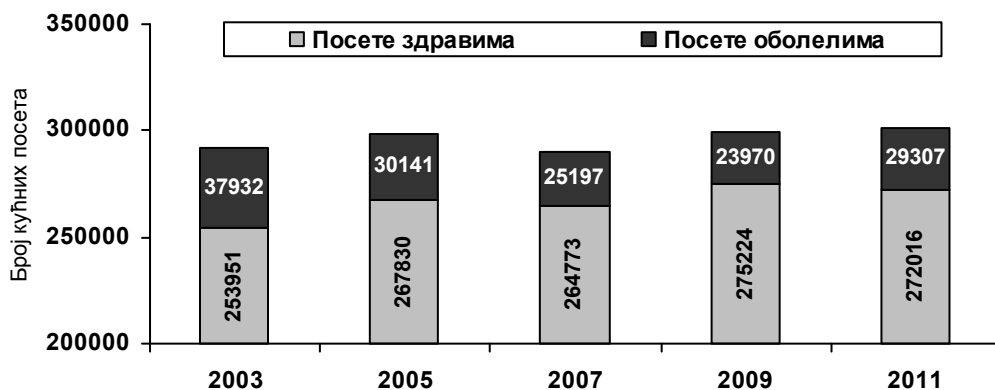
4.1.4 Пружање услуга

Поливалентна патронажна служба пружа кућне посете законски дефинисаним циљним популацијама (посете здравом становништву): трудницама (1 или више посета у случају присутних ризика), породиљама и новорођенчади (5 посета), одојчади (2 или 4 посете у случају присутних ризика), деци у 2. и 4. години (по 1 посета), лицима старим 65 и више година (1 посета) (24). У одређеним случајевима,

по налогу ординирајућег лекара, патронажна сестра је у обавези да обави превентивну кућну посету и лицима оболелим од одређених болести (заразне, хроничне незаразне, инвалидитет) (30).

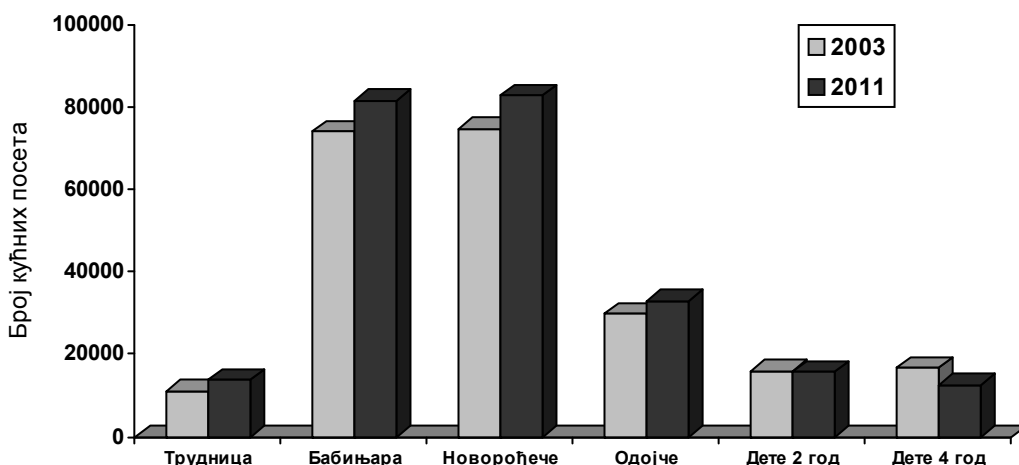
Укупан број кућних посета у протеклом периоду је повећан, услед реализованог већег броја посета здравој популацији (Графикон 4).

Графикон 4. Број остварених кућних посета поливалентне патронажне службе у Београду



Посматрајући посете појединим циљним групама, уочава се повећање обима рада у популацији трудница, бабињара, новорођенчади и одојчади (Графикон 5.)

Графикон 5. Број остварених кућних посета поливалентне патронажне службе у Београду према циљној популацији



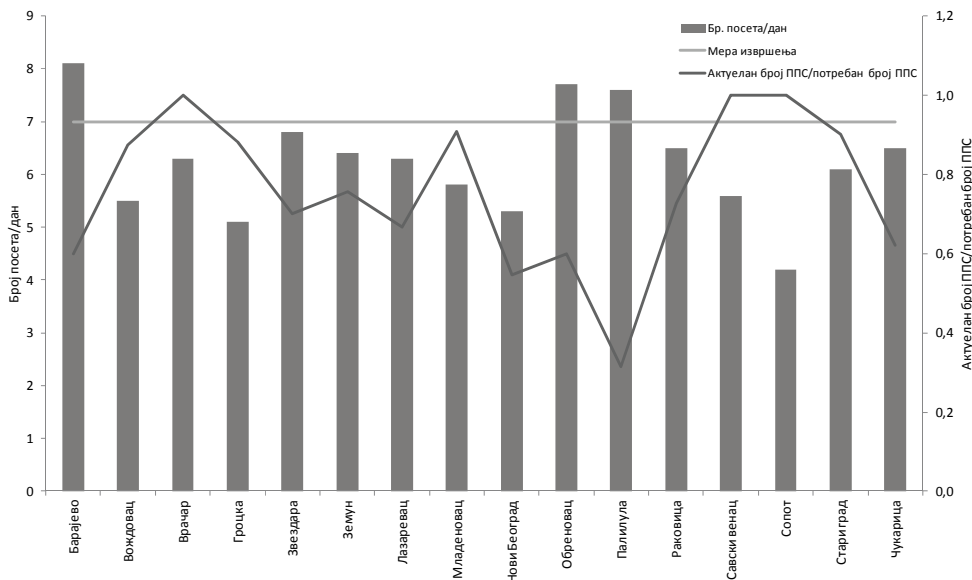
И поред растућег тренда обима рада патронажне службе, потпуни обухват популације је достигнут само код одојчади, са просечним бројем посета испод очекиваног у свим посматраним категоријама (Табела 1).

Табела 1. Обухват циљних група кућним посетама патронажне службе у Београду у 2011. години

Циљна група	Обухват популације	Просечан број посета по кориснику	Очекиван број посета по кориснику
Трудница	69,5%	0,8	1,2
Бабињара	95,3%	4,7	5,0
Новорођенче	94,5%	4,6	5,0
Одојче	100%	1,8	2,5
Дете у 2. години	94,1%	0,9	1,0
Дете у 4. години	73,7%	0,7	1,0

Према законски дефинисаним мерама извршења, које су недавно повећане, очекивано дневно оптерећење износи 7 кућних посета дневно по патронажној сестри, односно 1435 посета годишње. Просечно оптерећење патронажних сестара у домовима здравља у Београду је у посматраном периоду повећано за 25,5%, а у 2011. години је 6,4 посете дневно, уз присутне варијације између домова здравља, које не прате увек стање кадра у овој служби (Графикон б).

Графикон б. Просечно дневно оптерећење и кадар у служби поливалентне патронаже у Београду у 2011. години



Врста и садржај активности током кућних посета дефинисани су Водичем добре праксе за рад поливалентне патронажне сестре у породици (33). Према водичу, рад сестре са члановима породице, односно активности које она предузима, стандардизовани су кроз четири основне групе: здравствено васпитне активности, контрола здравственог стања, стицање вештина и помоћ породици у сарадњи, односно успостављању контакта са службама у заједници. Према постојећем Водичу, приликом кућних посета патронажна сестра треба да идентификује присутне здравствене и психосоцијалне ризике присутне код чланова породице, региструје их у личној карти породице и у складу са уоченим ризицима реализује посете у обиму који је довољан да би чланови породице усвојили неопходна знања и вештине. Осим кућних посета, поливалентне патронажне сестре реализују и здравствено васпитне активности у дому здравља и заједници, али ова врста ангажовања није препозната у мерама извршења дефинисаним за ову службу. Просечно оптерећење патронажних сестара у Београду износи 1,2 здравствено васпитних активности дневно.

4.2 Унутрашње и спољно окружење службе поливалентна патронаже

Унутрашње окружење службе поливалентне патронаже у домовима здравља у Београду анализирано је са аспекта препознатих снага и слабости које су присутне у служби, док је спољно окружење посматрано кроз могућности и претње које могу утицати на њен развој. Укрштањем фактора који су идентификовани као најзначајнији како за унутрашње тако и спољно окружење, добија се мапа снага, слабости, могућности и претњи које су међусобно повезане (Табела 2).

4.3 Стратегије за унапређење менаџмента превентивним кућним посетама

Дефинисана су четири стратешка приступа за превазилажење препознатих слабости, искоришћавање снага, коришћење могућности и избегавање претњи, који су приказани кроз 4 стратегије: коришћење компаративне предности, инвестирање/заобилажење, мобилизација унутрашњих ресурса и контрола штете.

У условима расположивих снага и доступних могућности може се применити стратегија коришћења компаративне предности, која подразумева:

- улагање у кадар кроз континуирану едукацију;
- унапређење мотивације запослених побољшањем услова рада;
- стално унапређење квалитета рада уз увођење финансијских подстицаја и стимулација;
- лиценцирање здравствених радника и акредитацију здравствених установа;
- увођење нових активности и садржаја током кућних посета;
- увођење електронског здравственог картона породице.

Табела 2. Мапирање фактора унутрашњег и спољног окружења – SWOT анализа

<p style="text-align: center;">УНУТРАШЊИ ФАКТОРИ</p> <p style="text-align: center;">СПОЉАШЊИ ФАКТОРИ</p>	<p>Листа унутрашњих снага:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Едукован и искусан кадар 2. Самосталност и флексибилност у раду 3. Ексклузивно превентивна служба 4. Начин рада – кућне посете 5. Доступност кућних посета корисницима 6. Организација према микрореонима 	<p>Листа унутрашњих слабости:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Недовољно препозната улога службе у дому здравља 2. Неусаглашеност стручних ставова 3. Недостатак опреме и средстава за рад 4. Недостатак кадра 5. Преоптерећеност администрацијом 6. Немогућност фактурисања свих услуга
<p>Листа спољашњих могућности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Примена постојеће регулативе и увођење теренског додатка 2. Плаћање давалаца услуга према популацији и врсти услуга 3. Континуирана медицинска едукација 4. Примена постојећих кадровских норматива 5. Акредитација здравствених установа 6. Усвајање новог закона о евиденцијама у здравству 	<p>Реформски процеси у систему здравствене заштите који за циљ имају унапређење ефикасности и квалитета пружених услуга, дају могућности за унапређење рада службе поливалентне патронаже, која је препозната као једна од кључних служби у области очувања и унапређења здравља и развоја деце. Јединствена улога ове службе као искључиво превентивне која пружа кућне посете, доприноси њеној препознатљивости и даљој афирмацији.</p>	<p>Постојећи недостаци у служби попут недостатка кадра или лоших услова за рад, могу довести до ниске мотивације запослених и пада квалитета рада. Оваква позиција може довести до слабљења улоге службе, и недовољног коришћења могућности за стручно усавршавање, као и лоше сарадње са другим даваоцима услуга. Постојећа законска регулатива даје могућности за унапређење капацитета службе.</p>
<p>Листа спољашњих претњи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Занемаривање улоге службе у систему здравствене заштите 2. Плаћање давалаца услуга искључиво према броју популације 3. Рестриктивна политика Министарства здравља у области пријема новог кадра 4. Неадекватне мере извршења 5. Нереална очекивања корисника 	<p>Увођење неадекватних законских решења у области финансирања система здравствене заштите могу угрозити рад поливалентне патронаже. Праћење рада ове службе искључиво на основу броја посета, уз коришћење нереалних мера извршења може довести до пада квалитета пружених услуга. Унапређењем ефикасности у раду, сарадње у дому здравља и улагањем у едукацију кадра се могу ојачати добри аспекти службе.</p>	<p>Постојећи недостаци у служби могу у великој мери угрозити рад службе у условима рестриктивне политике људских ресурса у систему здравствене заштите и ситуацији занемаривања улоге и значаја поливалентне патронаже.</p>

Стратегија мобилизације унутрашњих ресурса се може применити у циљу коришћења постојећих снага и капацитета ради превазилажења претњи из спољног окружења. Овај приступ подразумева следеће активности:

- континуирану едукацију медицинских сестара у служби поливалентне патронаже;
- пружање услуга приоритетним циљним групама;
- унапређење ефикасности у раду;
- промоцију улоге патронажне службе;
- развој партнерстава.

У условима унутрашњих слабости и могућности из окружења могуће је применити стратешке опције инвестирања у постојеће недостатке како би се трансформисали у снаге, односно позитивне аспекте службе. Примена ове стратегије се заснива на:

- унапређењу вештина менаџмента запослених и тимског рада у дому здравља;
- пријему кадра и набавци потребне опреме и средстава за рад;
- примени водича и изради протокола за рад;
- унапређењу система фактурисања услуга које пружају медицинске сестре у служби поливалентне патронаже;
- сарадњи са представницима локалне заједнице.

У најмање повољној ситуацији, односно присутним унутрашњим слабостима у окружењу спољних претњи потребно је применити стратегију смањења штете која је усмерена на:

- очување постојећег кадра и опреме;
- успостављање баланса броја запослених између различитих служби у дому здравља;
- смањење обима кућних посета појединим циљним групама;
- смањење обима здравствено васпитних активности службе поливалентне патронаже;
- ревизију процедура и протокола ради очувања квалитета рада.

5. ДИСКУСИЈА

Приказани резултати у овом раду разматрани су кроз дискусију управљања, финансирања, развоја ресурса и пружања услуга, као и стратегија за унапређење менаџмента превентивним кућним посетама.

5.1 Управљање

Кућне посете представљају облик пружања услуга са јединственим потенцијалом у обухвату вулнерабилних популација, сагледавању услова у којима живе, оснаживању чланова породице и развоју њихових пуних потенцијала у циљу очувања и унапређења здравља (34).

У већини европских земаља кућне посете су већ дуго прихваћен начин пружања услуга, пре свега превентивне здравствене заштите. Представљају услуге које су широко доступне популацији, покривене обавезним здравственим осигурањем и имплементирају се кроз постојећу добро развијену инфраструктуру система здравствене заштите (35). Кућне посете се не пружају изоловано, јер такав приступ не представља делотворан начин достизања циљева, већ су конципиране као компонента свеобухватних програма који се баве здрављем најмлађе популације, омогућавајући на тај начин бољу координацију и сарадњу између различитих служби у функцији бриге о деци (36). Улога државе, односно министарства одговорног за здравствени сектор, као и државне управе на локал-

ном нивоу у управљању и координацији програма кућних посета су препознати као један од важних фактора који доринноси њиховој успешности. Позиционирање концепта превентивних кућних посета као дугорочног стратешког циља здравствене политике је један основних предуслова за одрживост оваквих програма (37).

У нашој земљи приступ превентивних кућних посета је операционализован кроз рад поливалентне патронажне службе и као такав је препознат као интегрални део различитих стратешких и програмских докумената. Кућне посете патронажних сестара представљају облик делотворне ране интервенције, који се имплементира у оквиру програма здравствене заштите жена и деце. На овај начин је омогућена примена принципа континуитета заштите, као врло значајног у достизању дефинисаних циљева, који се огледа како у континуитету заштите пружене током животног циклуса, тако и континуитету заштите пружене не само у здравственим установама на различитим нивоима система здравствене заштите, већ и у кућном окружењу (38). Постојећи стратешки и законски оквири омогућавају имплементацију патронажних кућних посета кроз систем примарне здравствене заштите, уз широку доступност услуга свим породицама са децом. Уочени изазови у спровођењу кућних посета указују на значај мера које могу допринети њиховом превазилажењу, а које се огледају пре свега у доследној примени постојећих стандарда и норматива и континуираном унапређењу квалитета рада и уравнотежавању радног оптерећења које се разликује међу београдским домовима здравља, пратећи показатеље процеса и исхода, али не занемарујући значај елемената структуре као основних предуслова за обезбеђење доступне и ефикасне здравствене заштите.

5.2 Финансирање

Финансирање у систему здравствене заштите, под којим се подразумева како прикупљање средстава, тако и начини расподеле, представља значајан контролни механизам који има утицаја на перформансе система (39).

Један од модела финансирања, односно прикупљања средстава за систем здравствене заштите подразумева обавезно здравствено осигурање, које се заснива на наменским доприносима и начелима узајамности и солидарности и које омогућава висок проценат покривености популације одређеним пакетом услуга. Овакви системи често добијају и део средстава из државног буџета преваходно за финансирање здравствене заштите незапослених и социјално вулнерабилних лица, као и финансирање јавно здравствених услуга (39). У већини европских земаља кућне посете су део пакета услуга здравствене заштите финансираних кроз систем пореза или обавезног социјалног осигурања, омогућавајући високу доступност здравствених услуга општој популацији.

Постојећи систем финансирања код нас омогућава потпун обухват становништва здравственом заштитом и формално слободан приступ здравственим услугама. Посете патронажних сестара породицама представљају услугу која је доступна дефинисаним циљним популацијама кроз права која су потпуно покривена из средстава здравственог осигурања. Уочени мањи обухват популације

овом врстом услуга је последица недостатка кадра, услед чега се кућне посете реализују у приоритетним групама, пре свега код породиља и новорођене деце, доводећи у питање остваривање права грађана на доступност здравствене заштите.

Систем плаћања давалаца услуга има значајан утицај на доступност, квалитет рада и укупне трошкове здравствене заштите. Различити механизми плаћања се користе за унапређење ефикасности и смањење трошкова (40). Проспективно утврђивање висине износа који се плаћа даваоцима услуга, доводи до њихове мотивације за смањење трошкова и ефикаснијег рада, за разлику од ретроспективног метода плаћања у коме хиперпродукција услуга у претходном периоду значи и више планираних прихода при новом уговарању (41). Плаћање здравствених радника путем плата не подстиче продуктивност, јер се заснива на времену проведеном на послу, без обзира на обим пружених услуга и број корисника. У овим условима се у циљу унапређења ефикасности уводе одређене расположиве стимулативне мере усмерене на достизање дефинисаних циљева, попут обухвата популације или пружања одређене врсте услуга. Више се усмерава пажња на извршење (учинак током радног времена).

Поливалентне патронажне сестре су плаћене, још увек, као сви здравствени радници путем плата односно платних разреда. Ниска мотивисаност овог кадра узрокована је делом и незадовољством личним примањима, у које нису укључени расположиви механизми накнада попут теренског додатка. Истовремено, имајући у виду реформске процесе у области финансирања примарне здравствене заштите, уочава се потенцијална могућност за увођењем механизма који ће унапредити ефикасност у раду али и стимулисати квалитет пружених услуга. Примена модела плаћања заснованог на броју корисника и обиму и врсти пружених услуга може бити стратегија која доприноси уштедама у систему здравствене заштите уз очување квалитета пружених услуга. Увођење сличног модела плаћања изабраних лекара сигурно ће имати ефекте и на плаћање медицинских сестара у служби поливалентне патронаже. Ово је међутим, тек потребно сагледати (29).

5.3 Развој ресурса

Неопходан предуслов за успешну имплементацију кућних посета је обезбеђење ресурса, пре свега људских, а потом и опреме и средстава за рад. Носиоци активности, односно особе које обављају кућне посете су кључни фактор у реализацији оваквих програма, који значајно утиче на квалитет односа са корисницима услуга. Одлука о потребном образовном нивоу лица која обављају кућне посете, њиховим професионалним и личним карактеристикама зависи у значајној мери од циљева програма и популације којој је намењен (34). Поред формалног образовања потребно је да кадар поседује и добре вештине комуникације уз присутне особине емпатије, поштовања и љубазности како би се успоставио однос поверења са члановима породице. Често су пожељне и добре организационе и вештине решавања проблема, у циљу пружања адекватног

одговора на потребе корисника које могу превазилазити или се разликовати од захтева протокола којим су дефинисани садржаји оваквих програма (42, 43).

Носиоци превентивних кућних посета у домовима здравља у Београду су поливалентне патронажне сестре, најчешће са вишим степеном образовања, које имају могућности за континуирану едукацију и које располажу значајним особинама и вештинама попут добре комуникације, флексибилности и самосталности у раду које су неопходне за успешну реализацију активности. Истовремено, лоши услови рада у појединим домовима здравља који се огледају у недовољном броју кадра, недостатку опреме и едукативних материјала, уз непостојање адекватне финансијске стимулације за рад на терену доводе до смањења мотивације медицинских сестара и потенцијалног изазова у одржању или повећању броја запослених, доприносећи постојећем дефициту кадра.

Квалитет односа између особа које обављају кућне посете и корисника је кључан у достизању очекиваних промена у циљној популацији. Честе измене особља узроковане ниском професионалном сатисфакцијом негативно утичу на исходе кућних посета. Као најчешћи узроци незадовољства кадра у оваквим програмима се помињу немогућност едукације и ниске плате (44). Само добро обучен и припремљен кадар може да се успешно суочи са стресом који носи ова врста ангажовања и избегне сагоревање на послу („burn out“) (45).

5.4 Пружање услуга

Досадашња искуства са имплементацијом програма кућних посета указују на њихове разноликости које се огледају у обухвату популације, интензитету, садржају и трајању посета (34).

Обухват популације је често разматран аспект при дизајнирању програма намењених унапређењу здравља деце. И поред аргумената појединих истраживача да универзални приступ не представља економски исплативу стратегију, јер већини породица које нису под ризиком кућне посете не представљају услугу за коју би се определили, већи број истраживања указује на негативне аспекте приступа оријентисаног само на ризике по здравље (46, 47). Пружање кућних посета искључиво вулнерабилним породицама може довести до њихове стигматизације, при чему неадекватност алата за процену ризика или њихова недоследна употреба може довести до непрепознавања породица са израженим потребама за овом врстом услуга (48, 49). Компромисни приступ који се наводи као најделотворнији се заснива на пружању мањег броја посета целој популацији и посетама већег интензитета за породице које су при томе препознате као вулнерабилне / рањиве / осетљиве (34). Кућне посете поливалентних патронажних сестара у нашој земљи представљају услугу законски доступну унапред дефинисаној циљној популацији. И поред права на одређен број посета, део популације не остварује ово право на здравствену заштиту, услед недостатка ресурса у патронажним службама домовна здравља, пре свега кадровских.

Кућне посете се реализују према посебно развијеним водичима који дефинишу садржаје, активности и њихово трајање, како би се обезбедио дело-

творан рад. У већини европских земаља подразумевају здравствено васпитне активности, одређене превентивне мере, праћење развоја деце, унапређење одговорног родитељства и социјалну подршку породицама са децом узраста до три године, са холистичким приступом у препознавању и решавању проблема (15). Праћење ових аспеката указало је да се обрађени садржаји разликују међу корисницима, као и да је време проведено у породици често краће од препорученог протоколима, а које најчешће подразумева 45 до 60 минута (50). Варијације су често последица прилагођавања потребама породица, али и преоптерећености давалаца услуга, што може имати импликације на квалитет рада. Процена ризика у породицама и њихово повезивање са сервисима у заједници може бити захтеван задатак за особље које реализује кућне посете, поготову у условима лимитираних ресурса (51). Водич добре праксе за рад патронажне сестре у породици у нашој земљи дефинише између осталог потребу за пружањем већег броја посета и услуга породицама са идентификованим здравственим и социјалним ризицима (33). Међутим, имплементација оваквих препорука је изазов, јер постојећи начин фактурисања услуга ограничава број посета на законски прописани обим, чиме се онемогућава примена делотворног приступа у складу са већим потребама породица под ризиком.

Значајан број програма кућних посета је фокусиран на дисеминацију информација члановима породице у циљу унапређења знања и неопходних вештина, обезбеђујући вођење корисника кроз процес учења. У оваквим примерима, активности подразумевају моделовање, демонстрацију вештина, давање задатака и праћење наученог и примењеног од стране чланова породице. Овакви делотворни методи учења омогућавају праћење достигнутог напретка у породици, стално дефинисање и усвајање нових задатака и вештина, као и оснаживање корисника (52). Улога корисника као активних партнера у дефинисању приоритета и планирању активности је кључна. Она омогућава проактивни приступ и оснаживање породице у позитивном сагледавању породичних односа и потенцијала за здравље и развој деце (53). Постојећи Водич за рад поливалентне патронажне сестре у породици препознаје принцип активне партиципације корисника и прилагођавање садржаја њиховим потребама (33). На тај начин, сестра планира садржај рада у складу са обавезним програмом, при чему има могућност договора са члановима породице о додатним активностима према приоритетима које су они дефинисали. Још једна од специфичности рада ове службе у нашем систему здравствене заштите је њена улога у повезивању и пружању помоћи породицама у остварењу контакта са службама у заједници, било да се ради о установама здравствене или социјалне заштите, образовним институцијама, или невладиним организацијама. Праћење активности које се остварују у оквиру кућних посета представља значајан изазов, јер се подаци о уоченим ризицима у породици и пруженим услугама евидентирају у мање од половине домова здравља, пошто овакав начин извештавања не представља законску обавезу, која предвиђа вођење броја обављених посета.

5.5 Стратегије за унапређење менаџмента превентивним кућним посетама

Развој стратешких оквира и одабир адекватне стратегије представља кључну компоненту менаџмента програма кућних посета. Овакав приступ омогућава преузимање иницијативе и сагледавање свих стратешких опција, заснованих на анализи постојећих снага и слабости установа које су препознате као носиоци активности, као и могућности и претњи насталих услед деловања различитих спољних фактора (демографских, економских, политичких, технолошких).

У веома неповољним условима који подразумевају постојање служби са израженим недостацима и проблемима у раду које спроводе кућне посете у неподржавајућем окружењу, може се применити стратегија тзв. смањења или контроле штете која представља само привремену меру, јер подразумева одговор на екстремне услове. На овај начин се сви ресурси усмеравају на одржавање постојећих капацитета и квалитета рада у циљу превазилажења постојећих изазова и потенцијалног гашења службе (54, 55). У сличном спољном окружењу које не пружа могућности, али уз службе које располажу снагама и капацитетима може се применити стратегија мобилизације којом ће се развити опције за коришћење постојећих позитивних аспеката у циљу превазилажења претњи (54,55). **Стратегије инвестирања** подразумевају превазилажење слабости постојећих служби и примењују се у условима позитивних тенденција у спољном окружењу, уз максимизирање њихових ефеката (56). Имплементација **приступа компаративне предности** се користи у условима постојећих унутрашњих капацитета и подразумева њихово даље унапређење у окружењу које пружа различите позитивне прилике (57).

Препоруке у области успешне имплементације програма кућних посета намењених породицама са децом подразумевају пре свега креирање услова за деловање у складу са потребама корисника, како кроз легислативни оквир, тако и развојем одговарајућих протокола чијом се применом обезбеђује квалитет услуга, али и омогућава флексибилност у раду (34). Концепт кућних посета у оквиру компрехензивних програма намењених унапређењу и очувању здравља деце значи повезивање ове службе са осталим службама у систему здравствене заштите, али и другим секторима, омогућавајући ефикасност у раду, достизање бољих исхода по здравље корисника и смањење социјалне изолације породица. Развој механизма за одрживо финансирање оваквих програма који омогућавају широку доступност услуга и подстичу деловање у складу са ризицима идентификованим у породици је круцијалан фактор у смањењу неједнакости. Улагање у кадар, односно обезбеђење потребног броја добро едукованог особља, уз примену делотворних мера за унапређење професионалне сатисфакције доприноси успешности програма кућних посета, односно достизању дефинисаних циљева (58). Осим тога, континуирано праћење и координација рада служби које реализују кућне посете, уколико је засновано на квалитетним и поузданим информацијама доприноси унапређењу квалитета рада и бољем коришћењу ресурса (47).

Стратешки приступи у менаџменту кућним посетама, које реализују службе поливалентне патронаже у домовима здравља у Београду, дају одговоре на услове

у спољашњем окружењу који пружају различите могућности за унапређење рада, пре свега кроз постојећи законски и стратешки оквир, као и начин финансирања система здравствене заштите. Истовремено, уз присутне снаге, али и различите слабости у поливалентним патронажним службама, будуће активности треба да буду усмерене на оснаживање кадровских потенцијала и унапређење услова рада, уз доследну имплементацију Водича за рад са породицама (33).

6. ЗАКЉУЧАК

И поред развијеног законског и стратешког оквира којим су дефинисани улога и начин рада поливалентне патронажне службе, као и постојећег начина финансирања система здравствене заштите који омогућава високу доступност превентивних кућних посета, обухват циљних популација је испод очекиваног. Изражен је дефицит кадра и недостатак средстава за рад што одређује изазов у функцији развоја ресурса.

Поливалентна патронажна служба има јединствену улогу у систему здравствене заштите као ексклузивно превентивна служба. Начин рада, односно кућне посете представљају и степен социјалне подршке који је тешко остварити у клиничком окружењу, надзор и подршку у коришћењу превентивне здравствене заштите уз директан увид у факторе окружења који делују на здравље и благостање свих чланова породице. Потенцијалну претњу за развој службе представља несагледавање специфичности рада и занемаривање значаја поливалентне патронаже током реформских процеса у систему здравствене заштите.

Стратешки приступи у менаџменту кућним посетама које реализује поливалентна патронажа у домовима здравља у Београду подразумевају пре свега одговор на присутне снаге и слабости у условима расположивих могућности окружења у којима функционише ова служба, кроз примену **стратегије компаративне предности и стратегије улагања**. Будуће менаџерске активности треба, пре свега, да буду усмерене на јачање кадровских капацитета, унапређење услова рада и доследну примену Водича добре праксе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Crosby B. "Strategic Planning and Strategic Management: What Are They and How Are They Different?" Technical Note No. 1. Implementing Policy Change Project. Washington: Management Systems International, Inc., for the US Agency for International Development; 1991.
2. WHO. The world health report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
3. Hsiao W. What Is A Health System? Why Should We Care? <http://www.hsph.harvard.edu/health-care-financing/publications/> (accessed 14 July 2012)
4. Stuckler et al. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ* 2010; 340:c3311
5. Basu S, McKee M. Public Health in Europe: Power, Politics, and Where Next? *Public Health Reviews* 2010; 23(1):
6. Baeza C, Packard T. Beyond Survival: Protecting Households Against the Impoverishing Effects of Health Shocks. Stanford: World Bank, Stanford University Press; 2006.

7. Shafriz JM, ed. International encyclopedia of public policy and administration. Boulder: Westview Press; 1998.
8. Zercher C, Spiker D. Home Visiting Programs and Their Impact on Young Children. In: Encyclopedia on Early Childhood Development. Montreal, Quebec: SRI International Center for Education and Human Services; 2004
9. McCain MN, Mustard JF. From Early Child Development to Human Development: Enabling Communities. Toronto: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2002
10. Chapman J, Siegel E, Cross A. Home visitors and child health: analysis of selected programs. *Pediatrics* 1990; 85:1059–1068
11. Olds DL et al. Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986; 77:16–28
12. Olds DL et al. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986; 78:65–78
13. Karoly LA et al. Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions. Santa Monica, Calif: RAND; 1998.
14. Olds DL et al. Prenatal and Infancy Home visitation by Nurses: Recent Findings. *The Future of Children* 1999; 9: 44-65.
15. Barker W, Anderson R. The child development programme: An evaluation of process and outcomes. Evaluation Document 9. Bristol: Early Childhood Development Unit, University of Bristol; 1998
16. Carpenter RG, Jepson M, Taylor EM et al. Sheffield health visitors. Prevention of unexpected infant death: Evaluation of first seven years of the Sheffield intervention programme. *Lancet* 1983; 1:723-27
17. Градски завод за заштиту здравља. Иновација и унапређење рада поливалентне патронажне сестре у промоцији здравља породице и локалне заједнице у Београду. Завршни извештај. Београд: Градски завод за заштиту здравља; 2004
18. Влада Републике Србије. Национални план акције за децу. Београд: Влада Републике Србије; 2004
19. Влада Републике Србије. Национални миленијумски циљеви развоја у Републици Србији. Београд: Влада Републике Србије; 2009
20. Програм здравствене заштите жена, деце и омладине. Сл гласник РС 05/09.
21. Закон о здравственој заштити. Сл гласник РС 107/05.
22. Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе. Сл гласник РС 43/06, 112/09
23. Правилник о номенклатури здравствених услуга на примарном нивоу здравствене заштите. Сл. гласник РС 24/09.
24. Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2012. годину. Сл гласник РС 12/12
25. Закон о здравственом осигурању. Сл гласник РС 107/05.
26. Министарство здравља Републике Србије. Боље здравље за све у трећем миленијуму. Београд: Министарство здравља Републике Србије. Боље здравље за све у трећем миленијуму. Београд: Министарство здравља Републике Србије; 2003
27. Правилник о условима критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад. Сл. гласник РС 17/10, 14/11
28. Закон о платама у државним органима и јавним службама. Сл. гласник РС 34/01
29. Уредба о корективном коефицијенту, највишем процентуалном увећању основне плате, критеријумима и мерилима за део плате који се остварује по основу радног учинка, као и начину обрачуна плате запослених у здравственим установама. Сл. гласник РС 100/11
30. План здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији за 2012. годину. Сл гласник РС 15/12
31. Закон о коморама здравствених радника. Сл гласник РС 107/05
32. Правилник о ближим условима за издавање, обнављање или одузимање лиценце члановима комора здравствених радника. Сл гласник РС 119/07, 23/09, 40/10
33. Министарство здравља Републике Србије (2004). Водич добре праксе за рад поливалентне патронажне сестре у породици. Београд: Министарство здравља Републике Србије
34. Thompson L, Kropenske V, Heinicke C, Gomby D, Halfon N. Home Visiting: A Service Strategy to Deliver Proposition 10 Results, in N Halfon, E Shulman and M Hochstein, eds., *Building Community Systems for Young Children*. Los Angeles: UCLA Center for Healthier Children, Families and Communities; 2001.

35. Wasik, B.H., Roberts R.N. Survey of home visiting programs for abused and neglected children and their families. *Child Abuse Negl* 1994; 18(3): p. 271-83.
36. Carrilio, T.E. Considerations in developing a comprehensive, integrated system of support for families and children. San Diego: San Diego State University, Social Policy Institute; 2000.
37. Johnson, K.A. No place like home: State home visiting policies and programs. New York: The Commonwealth Fund; 2001
38. WHO. Denmark: Improving maternal and perinatal health: European strategic approach for making pregnancy safer. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008
39. Roberts et al. Payment systems and their incentives. Getting health reform right. Flagship course Washington: WB Publication Office. 187-209; 2001.
40. Robinson J. Theory and practice in design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*, *Journal of Public Health and Health Care Policy* 2001; 79 (2)
41. Maynard A, Bloor K. Payment and regulation of providers. Flagship course on health sector reform and sustainable financing. World Bank Institute; 2001
42. Olds DL, Kitzman H. Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The future of children* 1993; 3:53-92.
43. Wasik, H.B., Roberts, R.N. Home visitor characteristics, training, and supervision: Results of a national survey. *Family Relations* 1993, 43, 336-341.
44. Helburn, S.W., and Howes, C. Child care cost and quality. *The Future of Children* 1996; 6(2): 62-82;
45. Ramey, C.T., Bryant, D.M., Wasik, B.H., et al. The Infant Health and Development Program for low birth weight, premature infants: Program elements, family participation, and child intelligence. *Pediatrics* 1992; 3:454-65.
46. Ramey, C.T., Ramey, S.L. Home visiting programs and the health and development of young children. *The Future of Children* 1993; 3(3).
47. Gomby, D.S., P.L. Culross, R.E. Behrman. Home visiting: recent program evaluations, analysis and recommendations. *The Future of Children* 1999; 9(1): 4-26, 195-223.
48. Krugman, R.D. Universal home visiting: A recommendation from the U.S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect. *The Future of Children* 1993; 3(3).
49. Guterman, N.B. Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the "universal versus targeted" debate: a meta-analysis of population-based and screening-based programs. *Child Abuse Negl* 1999; 23(9): 863-90.
50. Berlin, L.J., O'Neal, C.R., Brooks-Gunn, J. What makes early intervention programs work? The program, its participants, and their interaction. *Zero to Three* 1998; 18: 4-15.
51. Smith, L.M., Wells W.M. "Difficult to reach, maintain and help" urban families in PAT: Issues, dilemmas, strategies and resolutions in parent education. Final report to the Smith- Richardson Foundation. Chicago: Smith- Richardson Foundation, p. 21.; 1990
52. Vartuli, S., Winter, M. Parents as first teachers. In *Second handbook on parent education*. M. Fine, ed. New York: Academic Press. p. 101.; 1989
53. Halpern, R. Issues of program design and implementation. In *Fair start for children: Lessons learned from seven demonstration projects*. M. Lerner, R. Halpern, and O. Harkavy, eds. New Haven, CT: Yale University Press. 179-97; 1992.
54. Kearns KP. From Comparative Advantage to Damage Control: Clarifying Strategic Issues Using SWOT Analysis. *Nonprofit Management & Leadership* 1992; 3 (1): 3-22
55. Casebeer A. Application of SWOT Analysis. *British Journal of Hospital Medicine* 1993; 49 (6): 430-431
56. Weihrich H. The TOWS Matrix – A Tool for Situational Analysis. *Long Range Planning* 1982; 15 (15): 54-66
57. Huerta M, Balicer R, Leventhal A. SWOT analysis: strengths, weaknesses, opportunities and threats of the Israeli smallpox revaccination program. *Isr Med Assoc J.* 2003; 52:77-82.
58. Brunner W, Pies C. Intensive Home Visiting Programs: Implications for California Counties. <http://www.ccpublichealth.org> (accessed 25 June 2012)

PROMOTION OF PROGRAM ON PREVENTIVE HOME VISITATION BASED ON STRATEGIC ANALISYS

Mladenović Jankovic Svetlana, Matijevic D., Brkovic A.,
Vučkovic A., Glisovic V., Kotevic A.

ABSTRACT

Aim. Aim of the research was to analyze health system functions using example of the preventive home visiting program targeting families with small children as well as development of strategies and strategic plans for management improvement of preventive home visiting program.

Method. This qualitative-quantitative study was implemented among primary health care centers in Belgrade. Qualitative data were collected using interviews with representatives of dom zdravlja's management and patronage service head nurses and focus groups with patronage nurses. Quantitative data were collected using electronic health statistics data bases on staff and workload of patronage nurse service. SWOT analysis was used to determine developmental strategy for preventive home visiting.

Results. Role and scope of work of polyvalent patronage nursing service is regulated by numerous regulations. Preventive health visits are fully covered by obligatory health insurance. According to staff standards there is shortage of 31.0% patronage nurses in Belgrade as needed number is 335. The insufficient coverage of target populations by preventive home visits is due to staff shortage. Besides facing challenges such as inadequate working conditions and insufficient cooperation with other services there are significant strengths (well educated staff providing preventive home visits) as unique role of patronage nurse service. Several strategic approaches were defined in order to overcome challenges and threats by using strengths and opportunities: Comparative advantage strategy, Investment-divestment strategy, Mobilization strategy, and Damage control strategy.

Conclusion. Actual regulations and model of health care financing enabling high accessibility level of preventive home visits to the population. Well educated staff was identified as the strongest strength of patronage service in primary health care centers in Belgrade. Staff and equipment shortage as well as overloaded by administrative duties are linked with lower professional satisfaction of patronage nurses. Strategic management approach in preventive home visiting is developed as an answer to existing strengths and weaknesses in environment of actual and future opportunities through implementation of comparative advantage strategy and investment strategy.

Key words: management, preventive home visits, primary health care, strategic planning, SWOT analysis

ДЕКАДА ТЕЛЕФОНСКОГ САВЕТОВАЛИШТА „ХАЛОБЕБА“

Котевић Анђелка, Сокал-Јовановић Љ., Мијаиловић И.

САЖЕТАК

“Халобеба” је телефонско саветовалиште за помоћ и подршку породицама са трудницама, породиљама, новорођеним бебама и малом децом. Рад саветовалишта је започео децембра 2001. године, захваљујући пуној техничкој и логистичкој подршци УНИЦЕФ-а у Београду и сагласности тадашњег Министарства здравља и заштите животне средине Републике Србије. Радом руководи тим из Градског завода за јавно здравље у Београду, где је саветовалиште и смештено.

Општи циљ телефонског саветовалишта јесте стално унапређивање квалитета здравствене заштите мајке и детета у Београду и Србији, кроз већу отвореност и доступност здравствене службе ка породици и заједници и уједначавање примене савремених стручних ставова, као и јачање капацитета породице са малом децом.

У саветовалишту раде искусне, добро едуковане, више медицинске сестре из београдских здравствених установа, првенствено домова здравља.

За десет година рада, у три смене - 24 сата свакога дана у години (суботом, недељом и празником), остварено је 942.797 телефонских комуникација. Од тога је 154.916 позива упућених породици, захваљујући којима је постигнут обухват од 97% мајки и новорођене деце кућним посетама патронажне сестре. Из породица је упућено 787.881 позива са питањима, на које је дат одговор, савет или препорука.

Најчешћи савети се односе на подршку мајкама да искључиво доје своју децу, рану стимулацију развоја своје деце, унапређење знања и вештина родитеља везано за негу болесне деце.

Ради информисања јавности и обезбеђења брзе, потпуне и тачне информације у вези важних садржаја из области свеобухватне заштите здравља мајке и детета, спроводи се континуирана медијска промоција (презентација на радио и телевизијским каналима, као и написи, информације, упутства у штампи).

Родитељи се опширније могу информисати на интернет странама саветовалиште: www.halobeba.rs, али и упутити питање електронском поштом на адресу: halobeba@beotel.rs

Започето увођење иновираног начина рада у 2012. години, добра сарадња између установа и служби које се баве бригом о деци, одличан тимски рад, постигнути резултати у раду и нарочито задовољни родитељи кораци су којима идемо у сусрет потребама родитеља како би им родитељство било задовољство и радост.

Кључне речи: мама и беба, телефонска комуникација, повезивање, савети, подршка

Здраво и продуктивно друштво темељи се на здравом развоју детета. Здравље детета започиње пре рођења, у великој мери зависи од здравља будуће мајке, а посебно од правилне неге, раста и развоја у првим данима и месецима живота (1). Родитељи први успостављају односе блискости са својом бебом, сталним одговорима на њене потребе и то не само потребе за храњењем и пресвлачењем, већ и за љубављу, пажњом, нежношћу. Омогућавање родитељима усвајање знања и вештина којима ће развијати потенцијал свога детета како би оно било успешно и задовољно, од посебног је значаја (2). Подстицање раног раста и развоја деце је сигурно најисплативија инвестиција за друштвени развој, представља улагање у будуће потенцијале земље и у њене способности напредовања. Данас, можда више него икада, савремена породица је суочена са бројним изазовима и често са великим очекивањима. Зато је потреба за додатном стручном подршком и оснаживањем родитеља, као и јачање њихових родитељских компетенција у првим годинама живота неопходна.

У прилог све веће потребе за стручним радом који се односи на будуће генерације говори и стопа наталитета у Београду која показује тенденцију пораста, са 9,4/1000 становника у 1998. години, на 11,6/1000 у 2010. години. Према претходним подацима, 2011. године рођено је 17.450 деце, што је за 12% више него 1998. године (14.987 деце). (3) Здравствена заштита мајке и новорођеног детета у граду Београду остварује се на примарном нивоу у 16 домова здравља, у оквиру служби за здравствену заштиту жена, здравствену заштиту предшколске деце и поливалентне патронаже, а на секундарном и терцијерном у оквиру 5 породилишта и 3 дечје болничке здравствене установе (3).

Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, почев од последње декаде 20. века, па до данас (4), предвиђа да свака породилца и новорођено дете имају право на кућну посету патронажне сестре из дома здравља, одмах по изласку из породилишта. Све до почетка 2001. године, у Београду се пренос информација из породилишта до домова здравља о мајкама које се са својим бебама отпуштају кући није одвијао на адекватан начин, због чега првом посетом патронажне сестре није био обухваћен довољан број породица са новорођеном децом, свега 60-65% (5). Стога се дошло на идеју да се формира Телефонско саветовалиште „Халобеба“, у коме се рад одвија путем телефонске комуникације међу одговарајућим институцијама и породица.

Првобитни основни задатак Телефонског саветовалишта био је да се у њега сливају све информације из београдских породилишта и да се, затим, из њега усмеравају информације ка подручном дому здравља из кога патронажна сестра треба да обави прву кућну посету мајци и новорођеној беби. Пратећи савремене токове у домену рационализације здравствене службе, сагледано је, такође, да има низ питања родитеља на које одговоре – бесплатне савете, препоруке, могу дати - путем телефона - едуковане медицинске сестре и тиме одложити/спречити непотребан одлазак са дететом у дом здравља. Ова стручна визија активности разрађена је кроз Пројекат „Телефоном до савета за здраво одојче“ (5).

Дана, 3. децембра 2001. године, отворено је Телефонско саветовалиште, нешто касније названо „Халобeba“. Отпочело је са радом захваљујући пуној техничкој и логистичкој подршци Канцеларије УНИЦЕФ-а у Београду и сагласности тадашњег Министарства здравља и заштите животне околине Републике Србије. Почетком 2003. године, новоформирано Министарство здравља Републике Србије, наведени Пројекат проглашава стратешким (6). Од тада ради у континуитету, 24 сата свакога дана у години (суботом, недељом и празником). Радом руководи тим из Градског завода за јавно здравље у Београду, где је ово Саветовалиште и смештено. Сваке ноћи ова установа утоне у мрак, светле само прозори једне канцеларије на петом спрату у којој је смештено Телефонско саветовалиште „Халобeba“. Ту се „усијавају“ телефони, брижни родитељи зову, траже савет, утеху, информацију, траже охрабрење, најчешће зову када је дете болесно, али зову и да се консултују, одагнају страх, да разјасне нејасно, буду сигурни у свој поступак, да не погреше.

Општи циљ Телефонског саветовалишта „Халобeba“ јесте стално унапређивање квалитета здравствене заштите мајке и детета у Београду, кроз већу отвореност здравствене службе ка породици и заједници и уједначавање примене савремених стручних ставова, посебно у домену промоције здравља (1, 5, 7). Међу подциљевима се истичу:

- побољшање координације у раду здравствених установа у Београду, посебно између породилишта и домова здравља и јачање интеграције здравственог са социјалним и другим секторима и организацијама;
- едукација родитеља за адекватну бригу о деци, а посебно у првим данима по отпусту из породилишта, везано за, праћење раста и развоја деце, рану стимулацију развоја, негу болесне деце;
- правовремена идентификација, регистрација и праћење деце рођене са неким од фактора ризика, уз примену адекватних интервентних мера;
- подршка рационалном планирању породице и безбедном материнству;
- смањење непотребних одлазака у дом здравља;
- едукација о вештинама смањивања и елиминисања фактора ризика и о здравим стиливима живота;
- подршка мајкама да искључиво доје своју децу.

Носиоци активности у Телефонском саветовалишту су: искусне више медицинске сестре, а уз њих стручни консултант-експерти. Неопходни сарадници су: неонатолошка одељења при породилиштима, служба хитне медицинске помоћи, дечја болничка одељења, средства информисања и др. Циљну групу чине: породица-труднице, породиле, новорођена деца, одојчад, мала и предшколска деца.

За десет година рада Телефонског саветовалишта „Халобeba“ остварено је укупно 942.797 телефонских разговора са породицом, рачунајући позивање породице и пријем позива из породице. Ово чини годишњи просек од преко 9.000 контаката са породицама.

Поштујући принцип „деца пре свега“, у Саветовалишту се развијају нови правци деловања и пружања свеобухватне заштите деци, њиховим породицама, будућим родитељима (2,8). На сваки позив дају се тачне, потпуне, јасне, благовремене информације, а кроз интердисциплинарну и мултисекторску сарадњу, обезбеђује се непосредна веза између здравственог система, породице и заједнице, што све подразумева развијање следећих стратегија у складу са домаћим и међународним искуствима (9,10,11):

- развој партнерства за здравље најмлађих на локалном нивоу, кроз интегрално деловање здравственог (гинекологија, педијатрија, поливалентна патронажа) и социјалног сектора, органа власти, медија, подстицање развоја група / удружења за подршку “родитељи – родитељима” и сл.;
- развој холистичког приступа, посматрањем свих фаза у процесу раног развоја детета до поласка у школу, уз целовит приступ заштити здравља, како физичког, тако и психосоцијалног;
- активан приступ свим породицама са мајкама и бебама тек отпуштеним из породилишта кући – становника Београда, ради остваривања прве посете патронажне сестре сутрадан по доласку кући;
- за децу рођену са неким од фактора ризика по развој поновљени – циљани телефонски позиви ради задовољавања специфичних потреба;
- решавање дилема и давање савета родитељима, будућим мајкама, заинтересованим члановима породице путем телефона, како би се смањио непотребан одлазак у домове здравља, али и родитељство учинило сигурнијим;
- убрзање кретања болесног детета кроз систем здравствене заштите у случају када је то неопходно (заказивање прегледа, кућне посете, обезбеђење хитног пријема у болницу и сл.).

Почетак рада Телефонског саветовалишта „Халобеба“ био је пропраћен неверицом и сумњом многих, али и безрезервном решеношћу оних који су га формирали да својим радом остваре постављене циљеве, а пре свега изађу у сусрет потребама родитеља. Растући са новим нараштајима, одговарајући на потребе родитеља, десет година од оснивања, ово Саветовалиште има на десетине хиљада задовољних корисника и надаље се развија увођењем нових технолошких решења, која су надоградња утемељеном стручном тиму из Градског завода за јавно здравље, Београд, консултаната – експерата и искусним, у раду доказаним, вишим и високо образованим медицинским сестрама.

ЦИЉ

Циљ овог рада је да прикаже организацију, садржај рада и остварене резултате Телефонског саветовалишта „Халобеба“, број, време, разлоге позива и друга постигнућа у периоду од 2001. до 2011. године.

МЕТОД

Спроведена је ретроспективна анализа рада Телефонског саветовалишта „Халобеба“. Подаци о обиму и садржају рада добијени су из месечних и годишњих извештаја о раду за период 2001-2011. године. Извештавање се спроводи према сачињеном Упутству за рад и вођење евиденције рада у овом саветовалишту. На основу дневне евиденције, добијају се подаци о броју отпуста мајки према породилиштима и броју позива упућених ка тим мајкама/породицама. Што се тиче броја позива који се из породице примају у Телефонском саветовалишту, евидентирају се подаци о времену позива у току дана, месту пребивалишта (Београд, Србија изван Београда, иностранство), полу и узрасту детета на које се позив односи, разлогу позива и поступку дежурне сестре (одговор, дат савет, предложен одлазак код лекара – дом здравља, дежурна здравствена установа, најаву кућне посете патронажне сестре). На основу наведених података, могуће је добити следеће показатеље: просечан број долазећих и одлазећих позива у току дана, просечан број ноћних позива, учешће упућених позива изван Београда и из иностранства у укупном броју позива, полна структура деце за које је позив упућен, заступљеност позива за децу у првој недељи живота, у првом месецу, у првих шест месеци, са годину дана и за сву децу преко годину дана, процентуална структура сваке групе од могућих 15 група разлога позива, заступљеност сваког појединог поступка дежурне сестре.

РЕЗУЛТАТИ

У резултатима се приказује организација Телефонског саветовалиштва, медијска промоција, пријем информација о отпусту мајки са бебама из породилишта, позивање мајки које су отпуштене из породилишта, позивање патронажне службе из дома здравља ради преноса информација о отпусту мајки из породилишта, повезивање трудница са патронажном службом из дома здравља, пријем позива из породице и давање одговора, позивање породице ради провере ефеката датих савета, сатисфакција корисника, достигнућа у развоју партнерства за здравље најмлађих на локалном нивоу.

1. Организација

Телефонско саветовалиште „Халобеба“ смештено је у Градском заводу за јавно здравље у Београду. У десетогодишњем периоду коришћене су две директне телефонске линије и једна факс комуникација. Ради усклађивања рада и давања једнообразних савета, у почетку је инсталиран регистрофон који је бележио све позиве и одговоре. Првобитно је помогао у едукацији и уједначавању рада, али је касније укинут, као превазиђена потреба. На располагању је био и компјутер, за унос података из недељних извештајних образаца у базу података и сачињавање месечних и годишњих извештаја о раду.

У Саветовалишту дежуре 36 искусних виших медицинских сестара из београдских здравствених установа, првенствено домова здравља, а рад је организован у три смене (од 07 до 13; од 13 до 19 и од 19 до 07 часова). Ради се непрекидно 24 часа свакога дана у месецу.

2. Медијска промоција

Спроводи се континуирана медијска промоција - презентација на радио и телевизијским каналима, написи, информације, упутства у штампи, припрема обавештења и друго према потреби. До сада је остварено око 150 радио укључења, близу 100 ТВ наступа и око 80 новинских чланака, стална рубрика у часописима „Мама“, „Трудноћа“, „Беби планета“, „Бебин избор“, а повремена у дневном листу „Блиц“ и недељном „Блиц жена“. Објављено је преко 100 стручних текстова на тему раног раста и развоја детета.

3. Пријем информација о отпусту мајки са бебама из породилишта

Из 5 београдских породилишта свакога дана (и у дане викенда и празника) у Телефонско саветовалиште „Халобеба“ стижу информације о отпустима мајки са бебама кући (односи се само на мајке из Београда). Списак мајки, са адресама на које одлазе и контакт телефонима, доставља се путем факса или телефоном из Института за гинекологију и акушерство Клиничког центра Србије, Гинеколошко-акушерске клинике „Народни фронт“, КБЦ „Звездара“ и КБЦ „Земун“ и КБЦ „Др Драгиша Мишовић“. (Шема 1)

Такође се и из 3 дечје болничке установе: Института за неонатологију, Универзитетске дечје клинике и Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“, примају информације о отпусту оних беба и мајки које су из породилишта директно премештене на неонатолошко одељење ових установа и тек одатле, после спроведеног болничког лечења, отпуштене кући.

За десет година рада регистровано је готово 160.000 отпуста мајки са бебама, у просеку дневно око 42.

4. Позивање мајки које су отпуштене из породилишта

У време када се очекује да је мајка са бебом стигла кући, медицинска сестра из Телефонског саветовалишта започиње позивање мајки, према бројевима телефона који су наведени из породилишта (Шема 1). Она проверава да ли је мајка стигла кући, како се осећају она и њена беба, интересује се за развој лактације и даје основне, кратке савете и одговоре на евентуална питања.

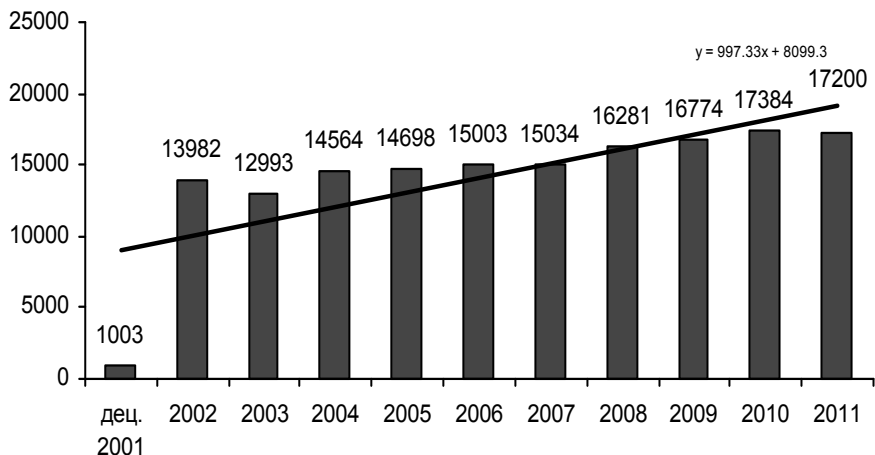
Шема 1

ТОК ИНФОРМАЦИЈА О ОТПУСТУ ПОРОДИЉА И НОВОРОЂЕНЧАДИ ИЗ ПОРОДИЛИШТА И НАЈАВА КУЋНИХ ПОСЕТА ПАТРОНАЖНИХ СЕСТАРА ИЗ ДОМОВА ЗДРАВЉА


Посебну пажњу дежурна сестра посвећује тачности и потпуности адресе на којој се мајка налази (улица, број, улаз, спрат, интерфон и слично) и најављује мајци да ће следећег дана имати посету патронажне сестре из припадајућег дома здравља. Сестра из Телефонског саветовалишта такође проверава да ли мајка зна за ово саветовалиште и истиче могућност упућивања питања на одређени број телефона. За десет година успостављен је контакт са 154.916 породица. (Графикон 1)

Графикон 1. Позиви из Телефонског саветовалишта упућени мајкама по изласку из породишта, 2001-2011.

Број позива



Уколико не постоји могућност телефонског контакта са мајком, односно породицом, тј. нема пријављеног броја телефона у кући, на послу или мобилног телефона, информација о отпусту мајке са бебом, њено име, презиме и адреса (онако како су достављени из породициштва) преносе се патронажној служби у припадајућем дому здравља.

5. Позивање патронажне службе из дома здравља ради преноса информација о отпусту мајки из породициштва

После разговора са мајком и провере адресе, позива се патронажна служба из дома здравља. Њој се преносе сви подаци о отпусту мајки (датум отпуста, име и презиме мајке, адреса, контакт телефон и други подаци добијени у разговору). (Шема 1). На тај начин је могуће да патронажне сестре из дома здравља изврше посету мајци и новорођеном детету, односно остваре увид у њихово здравствено стање, услове становања, могуће здравствене и психосоцијалне факторе ризика у породици и слично. Обухват породиља, остварен захваљујући овом виду повезивања, са почетних 62% повећан је на 97%.

6. Повезивање трудница са патронажном службом из дома здравља

Труднице у деветом месецу трудноће обављају контролни преглед крви на ХБС антиген у пријемној амбуланти Градског завода за јавно здравље у Београду и том приликом се узимају њихови основни подаци. Преко Телефонског саветовалишта „Халобеба“ они се преносе патронажној служби подручног дома здравља. Дежурна сестра позива трудницу и најављује посету патронажне сестре из дома здравља. Приликом ове посете, патронажна сестра промовише дојење као најбољи избор за здравље бебе и мајке, охрабрује трудницу за порођај, даје савете о припреми за одлазак у породициште и касније за долазак са бебом кући.

Са овим видом повезивања започело се тек средином 2011. године. У просеку је остварен контакт са око 700 трудница на месечном нивоу.

7. Пријем позива из породице и давање одговора

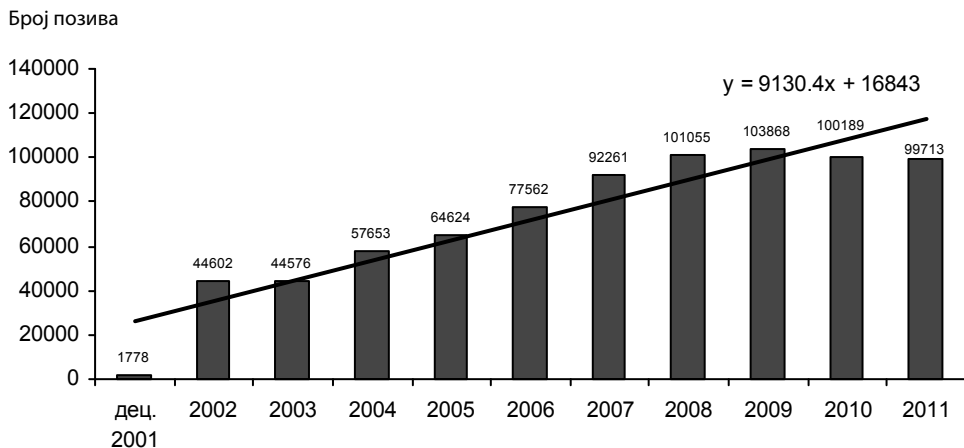
У оквиру рада на пријему позива, медицинске сестре у Телефонском саветовалишту одговарају на позиве упућене из породице. Оне дају одговоре на питања, препоруке за негу и подршку, савете, уче вештинама, упућују у одговарајућу здравствену и/или социјалну установу.

Шема 2

ТОК ИНФОРМАЦИЈА У ОДГОВАРАЊУ НА ПИТАЊА РОДИТЕЉА И ДАВАЊУ САВЕТА ПУТЕМ ТЕЛЕФОНА

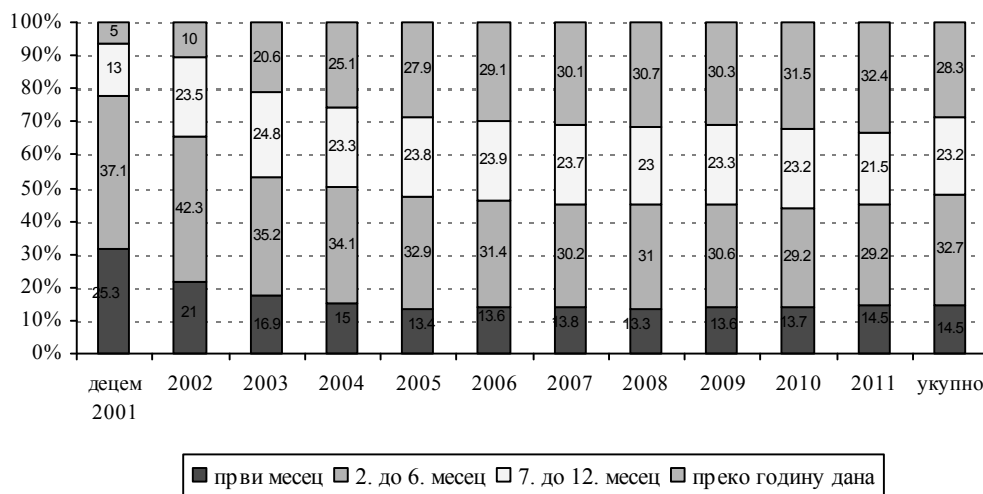

Приликом одговарања на питања родитеља, дежурне сестре су понекад у прилици да, ради комплетног одговора и сасвим поузданог савета, консултују експерте, центре за социјални рад, сараднике у здравственим установама. Комуникацију остварују са неонатолошким одељењима при породилиштима, дечјим болничким одељењима, Градским заводом за хитну медицинску помоћ, домовима здравља. Број ових разговора се не може приказати, јер се не евидентира. Због ручног вођења евиденције, уколико би били бележени и ови позиви, драгоцено време би било изгубљено. (Шема 2).

Графикон 2. Позиви родитеља упућени Телефонском саветовалишту и одговори на питања, 2001-2011.



Од почетних у просеку дневно 45 позива из породице, из године у годину, број позива се повећавао. Дошло се до максимума од 320-340 позива, колико дежурне медицинске сестре могу примити и дати одговоре на два телефона. За десет година остварено је 787.881 одговора на телефонске позиве. (Графикон 2).

Графикон 3. Структура позива родитеља према узрасту деце на које се позиви односе, 2001-2011.



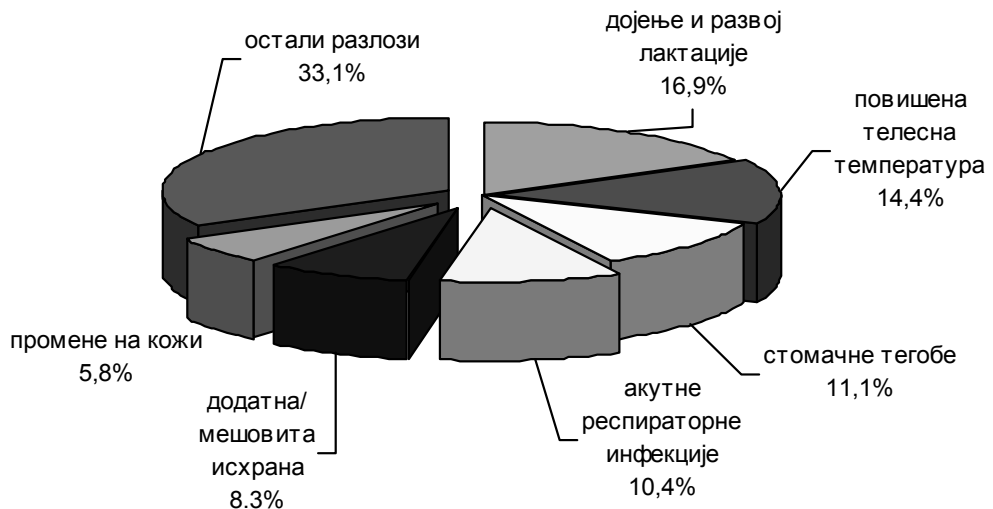
Позиви изван Београда се остварују са око 15% од укупног броја позива, а они из целог света чине око 1,5%. Број ноћних позива, у времену од 19 до 07 часова, одржава се на 1/3. Највећи број позива односи се на децу узраста до шестог месеца, али расте учешће позива за узраст преко годину дана. (Графикон 3).

Укупно је било 1-2 разлога по сваком позиву, па је број од 1.200.000 разлога одавно премашен. Најчешће постављена питања односе се на: значај дојења и развој лактације (16,9%); стања са повишеном телесном температуром (14,4%); функцију пражњења црева – стомачне тегобе (11,1%); акутне респираторне инфекције горњих дисајних путева (10,4%), додатну/мешовиту исхрану (8,3%) и промене на кожи (5,8%). (Графикон 4).

Међу осталим питањима, која се јављају са мањом учесталашћу, наводе се: позиви везани за штучање, и подригивање, вакцинацију, психомоторни развој детета, дохрану, заразне болести, повреде. Поред уобичајених има и питања која захтевају консултације, али и оних веома, веома необичних.

Напомиње се да се Телефонском саветовалишту јављају и будуће мајке, током трудноће и да се њихово учешће одржава на 2 до 2,5%.

Графикон 4. Најчешћи разлози позива родитеља упућени Телефонском саветовалишту и одговори на питања, 2001-2011.



Од 2002. године постављен је на интернет сајт са адресом: www.halobeba.rs, на коме је било преко 200.000 посета. Родитељи се служе и електронском поштом, шаљући упите на адресу: halobeba@beotel.rs. До сада је одговорено на преко 2.000 питања.

8. Позивање породице ради провере ефеката датих савета

Ради праћења и провере стања, односно ефеката примене предложених савета, а са циљем охрабрења родитеља и потврде пријатељског, хуманог и стручног приступа, позиване су, по потреби, оне породице (мајка, отац) којима је на њихово питање већ дат одговор, савет или су упућене са дететом у одговарајућу здравствену установу (дом здравља, ноћу у дежурну болницу); препоручено им да позову екипу хитне медицинске помоћи или је најављена посета патронажне сестре ради директног увида и обиласка болесног детета или мајке. Иако се ове активности остварују свакодневно, оне до сада нису биле евидентирание на адекватан начин, те се не располаже поузданим податком о броју ових позива.

9. Сатисфакција корисника

На основу телефонског интервјуа 0,5% узорка корисника Телефонског саветовалишта на месечном нивоу (450), уз коришћење за то осмишљеног упитника, добијени су следећи одговори: 99% испитаника је потврдило да је патронажна сестра сутрадан по доласку кући мајке и бебе обавила кућну посету;

обављеним разговором са дежурном сестром, добијеним саветом, одговором и информацијом, било је задовољно 20%, јако задовољно 79% и незадовољно 1%. Просечна добијена оцена је била 4,84, од максимално 5.

10. Достигнућа у развоју партнерства за здравље најмлађих на локалном нивоу

Поред активности уз дежурне телефоне, у оквиру Телефонског саветовалишта „Халобеба“, остварен је и развој партнерства за здравље најмлађих. Приказано према годинама, истичу се бројни резултати.

Значајни резултати Телефонског саветовалишта „Халобеба“, 2009.–2011.

2005. година:

- дизајниран је и са „Киком“, познатим произвођачем дечије опреме, одштампан лифлет и рол-ап о „Халобеби“.

2006. година:

- Министарство здравља Републике Србије, дало је сагласност да се у Градском заводу за јавно здравље, Београд отвори Канцеларија „Телефонско саветовалиште за здравље породице“, уз објашњење да је ова установа направила значајне помаке на унапређењу здравља мајке и детета на нивоу локалне заједнице, на мобилизацији сестара поливалентне патронажне службе у унапређењу здравља породице и саветовања телефоном родитеља са новорођеном бебом, чији је модел раширен по целој Србији;
- исте године Министарство здравља Републике Србије поверило је тиму из саветовалишта, да заједно са фирмом Миофарм спроведе студију „Употреба *Octenisept* – спреја у третману пупчаног патрљака и пупчане ране новорођенчади“. Резултати су достављени Министарству здравља;
- близанцима рођеним у 2006. години „Кико“, дневне новине „Блиц“ и „Халобеба“, поделили су поклоне, гардеробу за најмлађе, помоћ за прве дане.

2007. година:

- у партнерству са Нивеом написан је и одштампан „Приручник за родитеље“, који се, на територији целе Србије, дели свакој породици приликом прве посете патронажне сестре; на Приручнику је, уз Нивеин знак, стављен и лого „Халобеба“;
- такође, у партнерству са Нивеом свим патронажним сестрама у Србији подељене су радне кецеље;

- преведен је синхронизован Нивеин DVD „Први дани“, који садржи савете о првом купању, пресвлачењу, ношењу и масажи бебе и штампан у 10.000 примерака и подељен трудницама.

2008. година:

- са УНИЦЕФ-ом је одржана аукција луткица које су направили познати – зарађени новац утрошен је за потребе школа за родитељство, писање и штампање „Приручника за рад тима у школи за труднице и родитеље на нивоу примарне здравствене заштите“ ;
- у десетак продавница дечије опреме одржана је едукација мама о масажи беба са циљем да додир маме и бебе као први говор, буде саставни део њихове интеракције и позитивног родитељства;
- заједно са Удружењем „Родитељ“, у оквиру недеље дојења, од 2008. године, промовише се дојење и едукују маме о значају природне исхране, техници подоја и др., а од 2010. године, едукују се маме дојиље волонтерке, како би се оспособиле као будуће саветнице за дојење.

Значајни резултати Телефонског саветовалишта „Халобеба“, 2009.–2011.

2009. година:

- са Секретаријатом за социјалну заштиту Управе града Београда, припремљен је и дистрибуиран лифлет – обавештење о правима породиља;
- са *Philips* „Авентом“ штампан је лифлет „Шта понети у породилиште“, који се дели трудницама у деветом месецу трудноће, када дођу у амбуланту Градског завода за јавно здравље, Београд, ради контроле крви на ХБС антиген;
- од ове године, лист за новорођенче са *Philips* „Авентом“ штампа се сваке године за београдска породилишта, по 20.000 примерака, а направљен је и програм у електронској форми за потребе породилишта;
- на два дечија сајма, од ове године, „Халобеба“ учествује са својим штандом;
- са часописом „Мама“, започиње „Халобеба“ да, једном годишње, учествује у „Мамапарку“ на Ади Циганлији.

2010. година:

- у дечијој робној кући „Лето“, једном месечно – суботом од 10 до 14 сати од 2010. године, медицинске сестре из „Халобебе“ дају савете родитељима, а у организацији *Philips* „Авента“;

- Телефонско саветовалиште „Халобеба“ је постало наставна база за студенте Високе школе за струковне студије и специјализанте из области јавног здравља;
- од ове године, Нивеа штампа влажне марамнице, на којима стоји и лого „Халобеба“;
- на „Сајму здравља“, од ове године, два пута годишње, „Халобеба“ учествује са предавањем из области раног раста и развоја.

2011 година:

- уз подршку Министарства здравља Републике Србије са фирмом Миофарм урађено је ново истраживање о „Ефективности примене лека Octenisept спреј/гел на узорку здравствених установа/београдских породица“. Резултати су достављени Министарству здравља;
- делегацији из Републике Хрватске представљено је Телефонско саветовалиште и дата су сва потребна упутства, како би и они отворили своје саветовалиште.

ДИСКУСИЈА

Начин организације и метод рада Телефонског саветовалишта „Халобеба“, чине га јединственим по томе што дежурне медицинске сестре остварују проактивни приступ, кроз позивање породице и координацију са здравственим установама у систему здравствене заштите Града Београда. Телефонска саветовалишта која постоје и развијена су, раде по типу „СОС“ телефона, односно отворена су за позиве – чекају позиве - заинтересованих појединаца, који се налазе у специфичној здравственој и/или социјалној потреби (12). Ова јединственост је и била разлог што је на предлог УНИЦЕФ-а, Светска здравствена организација Телефонско саветовалиште „Халобеба“ прогласила најбољим примером добре праксе за Балкан у 2009. години (13). Такође је, следећи добар пример и остварене резултате, крајем 2011. године, делегација из Хрватске са представником Уницеф-а у Хрватској, посетила Телефонско саветовалиште „Халобеба“ и после едукације, приступила припремама за отворање сличног телефонског саветовалишта у Хрватској („Телефончић“).

Рад Телефонског саветовалишта „Халобеба“ започео је по типу Пилот Пројекта. Добра медијска промоција у припремној фази и остварена комуникација са свим здравственим установама које су укључене у пружање здравствене заштите мајкама и новорођеним бебама, допринели су постизању видљивих резултата у много краћем временском периоду. Већ у првом месецу рада, децембру 2001. године, било је преко хиљаду (1.003) позива упућених породици према добијеним информацијама о отпусту мајки са бебама из београдских породилишта (тада је било 4, јер је у КБЦ „Др Д. Мишовић“, због последица бомбардовања, породилиште било затворено), што је чинило готово 80% отпуста мајки и беба, становника Београда. Иако су мајке, приликом отпуста из породилишта, са резервом, уз адресу,

давале и бројеве кућних телефона, убрзо су се увериле да није дошло ни до какве злоупотребе. Напротив, оне и њихове бебе су захваљујући телефонском позиву дежурне сестре из Саветовалишта добиле толико потребну подршку, а одмах сутрадан је уследила и посета патронажне сестре из подручног дома здравља. Тако је обухват породиља и новорођене деце кућним посетама патронажне сестре почео постепено да се повећава. Убрзо је препозната потреба да се списак отпуста мајки и беба, са адресом и бројем телефона за контакт, мора добити не само из породилишта, већ и из дечјих болница у којима се збрињавају оболела новорођена деца. Вишегодишњи проблем у остваривању адекватне комуникације између породилишта и неонатолошких болничких одељења, с једне и подручних домова здравља, с друге стране, ради преноса информација о мајци која са бебом одлази кући и којој одмах треба обезбедити кућну посету патронажне сестре, коначно је био решен. Посебно треба истаћи да се обезбеђује кућна посета патронажне сестре из дома здравља на општини где мајка одлази са бебом из породилишта, независно од тога да ли је њено место пребивалишта званично на тој општини или није.

За разлику од броја позива које медицинске сестре из Телефонског саветовалишта упуте мајкама, ради обезбеђења кућне посете патронажне сестре, који кроз десет година показује изванредан пораст условљен бројем живорођене деце – становника Београда, број позива из породице ради постављања питања и тражења одговора вишеструко се повећава. Од просечно дневно око 50 позива у децембру 2001. на преко 320, на ком броју се одржава последње четири године, као максимуму у односу на могућности условљене кадровским капацитетима и досадашњом технологијом рада.

Разлози позива из породице, по својој структури, мењали су се у десетогодишњем периоду. На самом почетку највише питања је било везано за негу пупчаног патрљка, а затим за дојење и технику подоја. У каснијем периоду, интересовање за негу пупчаног патрљка опада, уз објашњење да су због значајно већег обухвата кућним посетама одмах по изласку из породилишта, патронажне сестре оспособиле мајке вештинама неге и купања бебе. Последњих година, међу најчешћим разлозима позива, јављају се мешовита исхрана и промене на кожи. Повишена телесна температура, акутне респираторне инфекције и стомачне тегобе показују сезонске варијације.

Средином 2011. године започело се са позивањем (преко саветовалишта Халобеба) трудница у деветом месецу трудноће које обављају контролни преглед крви у пријемној амбуланти Градског завода за јавно здравље у Београду. У просеку је остварен контакт са око 700 трудница на месечном нивоу, што се може сматрати задовољавајућим резултатом.

У Телефонском саветовалишту раде изабране више и високо образоване патронажне и педијатријске медицинске сестре које су, уз до сада показано добро знање, вишеструко потврђено на свом радном месту, оспособљене за врло висок ниво неопходних вештина комуникације значајних за овај посао (брзо, јасно, прецизно и стручно - коректно пружање информација, односно давање одговора на постављена питања или пак саветовање везано за постављено питање). Ангажоване медицинске сестре имају успешно завршене следеће едукативне

семинаре: "Животне поруке – здравље породице", "Психосоцијална подршка породици", "Заштита деце од злостављања и занемаривања", "Репродуктивно здравље" и "Вештине успешне телефонске комуникације". Такође, њихова едукација се остварује у континуитету, организују се едукативни семинари, ради стицања нових знања и вештина, а у складу са потребама саветовалишта. Кроз месечне координативне састанке, медицинске сестре се континуирано едукују како би савети били уједначени, у складу са најновијим стручним и научним достигнућима, али и задовољили потребе породица. Телефонска комуникација, као метод рада Саветовалишта, подразумева да се одговори на питања постављају само слушањем описа стања детета, односно ситуације, без могућности визуелне провере. То је и разлог што се од дежурних сестара тражи и очекује да имају изузетно стручно знање и развијене вештине комуникације, способности одлучивања и високе хумане карактеристике.

На основу досадашњег искуства, у Телефонском саветовалишту „Халобеба“ ангажовано је укупно 36 виших медицинских сестара, с тим да свака медицинска сестра ради недељно по 1-2 смене уз дежурни телефон. При томе, у дому здравља, где су у сталном радном односу, дежурне медицинске сестре остварују пуно радно време, односно њихово ангажовање у Телефонском саветовалишту остваривало се ван редовног радног времена. Искуство учи да је рад у Телефонском саветовалишту вишеструко користан за њихов свакодневни посао (кућне посете породиљи и новорођенчету – за патронажне сестре, рад у предшколском диспанзеру – за педијатријске сестре и сл.), затим за остваривање непосредније везе домова здравља и Телефонског саветовалишта, као и уједначавање квалитета рада здравствених радника истог профила, односно међу различитим домовима здравља. Од размишљања да у Телефонском саветовалишту буду ангажоване медицинске сестре, које свакога дана искључиво раде само уз дежурне телефоне, брзо се одустало. Основни разлог одбацивања ове идеје је у томе што би те сестре за кратко време постале заморене, одговарале техницистички, попут аутомата, чиме би њихов рад постао незадовољавајући. Експерти – консултанти (педијатар, гинеколог, психолог, дечији неуропсихијатар, социјални радник) ангажовани су за питања и ситуације које дежурна медицинска сестра не може самостално да реши.

Рад Телефонског саветовалишта се одвија у комуникацији са неонатолошким одељењима при породилиштима, дечјим болничким одељењима, Градским заводом за хитну медицинску помоћ, београдским домовима здравља, општинским центрима за социјални рад. Остварени разговори нису били евидентирани. Због ручног вођења евиденције, уколико би били бележени и ови позиви, драгоцено време би било изгубљено.

Имајући у виду да ангажоване сестре у здравственој установи углавном раде по сменама свакога радног дана, укључујући и суботу, као и да имају и планирана недељна дежурства, распоред њиховог рада у Телефонском саветовалишту припрема се непосредно за сваки месец. Свакодневно се прати и контролише поштовање дневног распореда, редовност и тачност доласка медицинских сестара у Телефонско саветовалиште. Уколико има потребе, праве се и измене распореда у току дана или недеље. „Покривеност“ у раду Телефонског саветова-

лишта мора бити континуирана, без обзира на годишње одморе, боловања, одсуства било које врсте.

У десетогодишњој пракси Телефонског саветовалишта „Халобеба“, стално је унапређиван стручно методолошки рад дежурних медицинских сестара, али се мали напредак остварио у технологији рада. У Телефонском саветовалишту је, све до краја 2011. године, вођена папирната евиденција и документација. Поред дневне евиденције отпуста мајки разврстане према породилиштима са именом мајке, адресом и бројем контакт телефона, водила се и дневна евиденција отпуста према домовима здравља, где се уноси и податак о датуму порођаја, позиву упућеном мајци и позиву упућеном патронажној служби одговарајућег дома здравља. Као основна документација за евидентирање позива из породице, користи се прилагођен протокол болесника, тзв. „Протокол позива из породице“. При завршетку смене, према сачињеним обрасцима припрема се извештај о обиму и садржају рада (број примљених отпуста из породилишта, број позваних мајки, број примљених позива из породице и разврстано према месту из кога је упућен позив, времену позива, полу и узрасту детета, разлогу позива и датом савету, односно предузетим мерама).

Описани начин праћења и извештавања успорава рад, а обезбеђује само основне податке, док не омогућава финије показатеље рада (број позива од стране исте породице, разлоге позива из исте породице, поновни позиви истог дана по истом питању, односно после примене предложеног савета и сл.). Значајан је број позива на које се не одазове дежурна сестра, јер их и не прими, односно позив родитеља остаје без одговора и савета, јер се због заузетости телефонских линија питање и не упути дежурној сестри.

Систем за евиденцију рада Телефонског саветовалишта „Халобеба“ путем коришћења савремене технологије и електронског евидентирања, инсталирањем мини телефонске централе и апликацијом софтверског пакета, чије је увођење започело у 2012. години, треба да омогући:

- краће време за вођење евиденције о раду, уз уношење свих активности;
- аутоматско уношење података који се понављају;
- ефикаснији рад и већу проходност (бољу доступност);
- добијање информација од значаја за здравље у време док је телефонска линија заузета због саветовања које је у току;
- свеобухватније извештавање, прилагођено захтевима;
- комплетнији увид у здравствене потребе породице (труднице, породиље, деца);
- праћење и повезивање деце са сметњама у развоју са службама које су породици потребне;
- задовољење специфичних здравствених потреба деце кроз активан приступ и савремену комуникацију (упућивање стандардизованих - у односу на узраст детета - здравствених порука, упутстава везаних за рани раст и развој и сл.);
- одржавање и унапређење достигнутог нивоа задовољства корисника и запослених;

- унапређење у уједначеном приступу приликом саветовања (имплементација „Подсетника за сестре“ – Базе знања).

ЗАКЉУЧАК

Почетак рада Телефонског саветовалишта „Халобеба“ био је пропраћен неверицом и сумњом многих, али и безрезервном решеношћу оних који су га формирали да својим радом остваре постављене циљеве, а пре свега изађу у сусрет потребама родитеља.

Растући са новим нараштајима, одговарајући на потребе родитеља, десет година од оснивања, ово Саветовалиште има на десетине хиљада задовољних корисника и надаље се развија увођењем нових технолошких решења, која су надоградња утемељеном стручном тиму из Градског завода за јавно здравље, Београд, консултаната - експерата и искусним, у раду доказаним, вишим и високо образованим медицинским сестрама.

Увођењем иновираниг - технички опремљенијег начина рада постићи ће се вишеструке користи за родитеље: брже добијање одговора на телефонски позив, унапређење могућности добијања правовремених здравствених порука, као и едукације и усмеравања ка приоритетима, а за тим који ради у Телефонском саветовалишту веће задовољство постигнутим резултатима рада.

Безрезервна подршка менаџмента Градског завода за јавно здравље, Београд и помоћ, кад год је била потребна, учинили су да ово Саветовалиште ради непрекидно и да иде напред, без обзира на потешкоће у раду и препреке на које се наилазило.

Добра сарадња између установа и служби које се баве бригом о деци, одличан тимски рад, постигнути резултати у раду и нарочито задовољни родитељи кораци су којима се истрајно иде у сусрет потребама родитеља, како би им родитељство било задовољство и радост.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стручно методолошко упутство о спровођењу Уредбе о здравственој заштити жена, деце, школске деце и студента. Београд: Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“; 1997.
2. Прве године живота трају вечно. Приручник за родитеље, Београд: Градски завод за заштиту здравља; 2005
3. Анализа одабраних показатеља здравственог стања становништва Београда за 2011. годину. Београд: Градски завод за јавно здравље; 2012.
4. Правилник о обиму и садржају права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2012. Сл. гласник РС 12/2012.
5. Пројекат „Телефоном до савета за здраво одојче“. Београд: Градски завод за јавно здравље; 2001
6. Стратегија и акциони план реформе система здравствене заштите Републике Србије, Министарство здравља Републике Србије, Београд, фебруар 2003

7. Стручно методолошко упутство о спровођењу Уредбе о националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине. Београд: Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“; 2011.
8. Family Health in Program standards, Mandatory Health Programs and Services Guidelines, Ministry of Health of Canada/Public Health Branch;1997.
9. Матијевић Д. и сарадници: Водич добре праксе за поливалентне патронажне сестре за рад у породици. Београд: Градски завод за јавно здравље; 2003.
10. Candian Community Health Nursing Standards of Practice, Final Draft, Community Health Nurses Association of Canada; 2003.
11. McNaughton DB. A Synthesis of Qualitative Home Visiting Research. Public Health Nursing 2000; 17(6): 405-414.
12. Матијевић Д, Котевић А, Пантелић-Влајковић М, Вучковић А. Унапређење рада са родитељима кроз координацију рада поливалентне патронажне службе и других служби у дому здравља и сарадња са структурама у локалној заједници. Здравствена заштита 2006; 35(4): 21-9.
13. Handbook of ECD Experience, Innovations and Lessons from CEE/CIS, International STEP by STEP Assotiation, www.issa.nl, 2009

TELEPHONE- OPERATING GUIDANCE CENTER "HEALTHY BABY": A DECADE

Kotevic Andjelka, Sokal-Jovanovic Lj., Mijailovic I.

ABSTRACT

Telephone - operating guidance center "Healthy Baby" is aimed at assisting and supporting families and pregnant mothers who have issues related to pregnancy, parenthood, the newborns and small children. We started to work in December 2001, due to the complete technical support and logistics from UNICEF Belgrade and approval by the then Serbian Ministry of Health and the Environment. The Center is located in Institute of Public Health of Belgrade, from where a team of experts has been managing its performance.

General aim of the Guidance Center is to promote continuously the quality of mother and child health care in Belgrade and Serbia, through better outreach and availability of health care service toward the family, community and greater harmonization of the application of current professional views. Another aim of this service is to strengthen the capacities of families with small children.

Highly qualified and experienced senior nurses work in the Guidance Center. They have been primarily engaged in health care facilities of the city, mainly community health centers. They work in three shifts, 24/7. In ten years, there were 942, 797 call-communications in the Guidance center. Out of these, 154, 916 were the calls from the Center's staff to families. As a result, 97% of the mothers and their newborns had been covered by visiting nurses. Approximately 787, 881 calls came from the families, which had a question or raised an issue. The Guidance Center responded in the form of an answer, advice (guidance) or recommendation.

Most frequently, the Center staff provides guidance to support mothers to exclusively breastfeed; early stimulate the child's development; and promote the parental knowledge/ skills related to the care of sick children.

Guidance Center has been permanently working on media promotion (in the form of radio and TV presentations, texts, information, press materials and releases) in order to maintain good informing of the public. This helps the audiences obtain quick, complete and accurate information related to crucial issues of comprehensive mother and childcare.

The Center has a web site: www.halobeba.rs and an e-mail: helobeba@beotel.rs.

In 2012, the Guidance Center introduced several innovations. It has good cooperation with the services and facilities dedicated to child health and welfare. Excellent teamwork and parent satisfaction are the steps we have been undertaking to fulfill the needs of our clients and enable them to perceive parenthood as the source of content and joy.

Key words: Mother and Child, Telephone - Operating Communication- Links-Guidance- Support



БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНАТА У БОЛНИЦАМА У БЕОГРАДУ

Нешковић Анђелија, Делибашић М.

САЖЕТАК

Увод: Нежељени догађај се дефинише као ненамеравани исход здравствене заштите који негативно утиче на здравље пацијента, и увек је изазван примењеним медицинским третманом, а не здравственим стањем пацијента. У нежељене догађаје спадају болничке инфекције, грешке у медикаментозној терапији, операције на погрешном пацијенту или органу, повреде породиље и новорођенчета током порођаја, декубитуси и др. Они изазивају патњу пацијента, продужавају болнички боравак, повећавају трошкове лечења, а могу да доведу и до смрти пацијента.

Светска здравствена организација процењује да сваки десети пацијент доживи нежељени догађај током болничког лечења, од којих половина може бити избегнута применом постојећих стандарда здравствене заштите.

Циљ: рада је да одреди учесталост и врсте нежељених догађаја у болницама у Београду, од 2007. до 2011. године.

Метод: Спроведена је ретроспективна студија показатеља безбедности пацијената за све државне болнице у Београду. Подаци су добијени из извештаја о показатељима квалитета 26 болница, од 2007 до 2011. године. Статистичка анализа је укључила методе дескриптивне статистике и линеарни тренд.

Резултати: У болницама у Београду су регистрована 8062 нежељена догађаја (без инфекција и повреда приликом порођаја) током посматраног периода од 2007. до 2011. године. Највише је било декубитуса (3180), поновљених операција у истој регији и падова пацијента (по око 2000). У посматраном периоду, стопа пацијената са декубитусима је повећана са 1,9 на 3,3/1000 хоспитализованих болесника ($y=0,416x+1,638$), стопа падова са 0,19 на 0,24/1000 дана хоспитализације ($y=0,008x+0,164$), стопа поновљених операција у истој регији са 3,6 на 8,1/1000 оперисаних пацијената ($y=1,21x+1,81$), а стопа тромбоемболијских компликација са 0,35 на 0,94/1000 болесника.

Током порођаја настало је 7713 повреда породиља и 2449 повреда новорођенчади у периоду од 2007. до 2011. године. Процент породиља које су имале повреду је повећан са 3,9% на 16,4%, а проценат новорођенчади са 2,54% на 2,89%. У периоду од 2007. до 2011. године, болничке инфекције на интензивној нези су биле заступљене код 7631 пацијента, а стопа инциденције је повећана са 1,74% на 2,66% ($y=0,19x+1,902$). Стопа инциденције инфекција оперативног места је смањена са 1,65% на 1,05%.

Закључак: Од 2007. године, у Београду се повећава број болница које извештавају и број регистрованих нежељених догађаја. Комисије за унапређење

квалитета рада су формиране у свим болницама са циљем унапређења квалитета рада, а један од задатака је дефинисање и примена превентивних мера и активности за унапређење безбедности пацијената.

Кључне речи: нежељени догађаји, безбедност пацијената, болница.

УВОД

Болнице су места где се пацијент лечи и где се уклања или смањује његова телесна и психичка патња. Међутим, здравствена заштита у болници има и потенцијал да проузрокује, а не само да олакша, ублажи и отклони, неспособност и болест. Кад год се пружа здравствена заштита пацијент је под ризиком да доживи оштећење здравља као ненамеравану последицу здравствене заштите. Судски спорови, медијске приче, истраживања и научни радови осветљавају значај и последице нежељених догађаја.

Светска здравствена организација дефинише безбедност пацијената као смањење ризика од доношења непотребног оштећења здравља, повезаног са здравственом заштитом, на прихватљиви минимум (1). Нежељени догађај је ненамеравани исход здравствене заштите проузрокован пропустом у пружању здравствене заштите пацијенту (1). Пропуст настаје када је урађена непотребна активност, пропуштено је да се уради потребна активност или је потребна активност урађена погрешно. Пропуст да се спроведе планирана активност као што је намеравано и планирано спада у грешке извршења, а коришћење неодговарајуће активности да се постигне циљ спада у грешке планирања.

Нежељени догађај може бити без штетних последица по здравље пацијента (дата је трансфузија погрешном пацијенту, али је дата крв била компатибилна), али и са штетним последицама, доводећи до патње пацијента, погоршања физичког и психичког здравља, продуженог болничког боравка, повећаних трошкова лечења, а може изазвати и привремену или трајну неспособност за рад, па и смрт пацијента. Нежељени догађаји утичу и на губитак поверења у здравствену службу. Оштећење здравља увек је изазвано примењеним третманом, а не здравственим стањем пацијента.

У нежељене догађаје спадају болничке инфекције, оштећења здравља због примењених медицинских процедура, погрешне дозе лекова и др. (2).

Учесталост нежељених догађаја постаје важан показатељ квалитета здравствене заштите и све је више истраживања са циљем да квантификују ову учесталост и да класификују врсте нежељених догађаја који се дешавају (3).

Mills је 1970- тих анализирао више од 20.000 историја болести и закључио да је 1 од 20 пацијената имао погоршање здравља због медицинског третмана (4). Амерички Институт за медицину је публикувао 1999. године да у САД годишње умире између 44000 и 98000 пацијената због медицинских грешака, 2 од 100 пацијената примљених на болничко лечење доживе грешку у медикаментозној терапији, а укупни трошкови превентивних медицинских грешака су процењени на вредност између 17 и 29 милијарди долара годишње (5). Овај извештај је

значајно повећао свест о медицинским грешкама и указао на потребу добијања поузданих података о њиховој учесталости. Институт је навео да недостатак поузданих података о броју медицинских грешака ограничава могућност да се открију узроци и развију иницијативе за решавање проблема, да су грешке чешће резултат системских пропуста, а не резултат активности појединца и да је потребно увести систем извештавања о нежељеним догађајима. Од тада је значајно порастао број истраживања, као и број публикованих радова у области безбедности пацијената (6). Добијени резултати су показали да се нежељени догађаји дешавају током болничког лечења и то у већем степену него што је очекивано.

У два истраживања заснована на истом методу и узорку сличне величине откривено је да је 16,6% хоспитализованих пацијената у Аустралији, а 2,9% у САД доживело нежељени догађај (4). *Leape* и сарадници су показали да је 3,7% хоспитализованих пацијената имало нежељени догађај у САД (7), док су *Nuckols* и сарадници добили веће вредности, 9%, односно 17 нежељених догађаја на 1000 дана хоспитализације (8). У проспективној студији у Француској је показано да се 6,6 нежељених догађаја дешава на 1000 дана хоспитализације, од којих је 35% превентабилно, а да се годишње у болницама у Француској деси између 350000 и 460000 нежељених догађаја (9).

У канадском истраживању, 7,5% болничких пацијената је имало нежељени догађај, од којих су 37% превентабилни (10), а у Великој Британији 10,8%, од којих је једна трећина пацијената имала озбиљно оштећење здравља. Половина нежељених догађаја је била из групе превентабилних, а сваки нежељени догађај је продужио болничко лечење за просечно 8,5 дана (11). Сличне резултате добили су и *Ali Baba-Akbari* и сарадници у великој болници у Лондону. Нежељени догађаји су регистровани код 8,7% болничких пацијената, утицали су на повећање дужине болничког лечења за 8 дана, а 31% су били превентабилни нежељени догађаји (12).

У истраживању типа студије преваленције, које је обухватило 58 болница у 5 држава Јужне Америке (Аргентина, Колумбија, Костарика, Мексико и Перу), 10,5% болничких пацијената је имало нежељени догађај, а 7% пацијената са нежељеним догађајем је умрло, док је код 17% наступила тотална неспособност за рад. За приближно 60% нежељених догађаја је оцењено да су превентабилни (13).

Истраживања из Новог Зеланда су показала да је 12,9% болничких пацијената имало нежељени догађај, од којих је 40% превентабилних, а да је болничко лечење код пацијената са нежељеним догађајем дуже за 9,3 дана (14, 15, 16).

Светска здравствена организација процењује да сваки десети пацијент доживи нежељени догађај током болничког борава. Сваког дана 1,4 милиона људи пати од болнички стечене инфекције. Оно што је веома важно, половина нежељених догађаја може бити избегнута, ако се примене постојећи стандарди здравствене заштите (2).

Данас је познато да фактори ризика за настанак нежељених догађаја обухватају: хумане факторе (варијације у знању и искуству здравствених радника, премор, стрес и сагоревање на послу, недовољно знања о безбедности пацијената); сложеност процеса рада (примена компликованих технологија, јаких лекова, боравак у јединици интензивне неге, продужено време болничког лечења) и

системске пропусте (неадекватна комуникација између лекара, медицинских сестара и осталих здравствених радника и сарадника, недостатак кадра, лоша инфраструктура и сл.) (17). Опште је прихваћен став да су за настанак нежељених догађаја одговорни системски пропусти, а не активности појединца. Такође је, оцењено да је боље користити термин „нежељени догађај“, а не термин „медицинска грешка“, који упућује на нечију кривицу (4).

У Србији је 2007. године донет Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, којим се први пут уводи праћење показатеља безбедности пацијента (18). Безбедност пацијента је дефинисана као идентификација, анализа и корекција ризичних догађаја, са циљем да се здравствена заштита учини безбеднијом и да се ризик по пацијента сведе на најмањи могући ниво. Правилник је дефинисао показатеље безбедности пацијента и обавезу свих здравствених установа у Србији да евидентирају и извештавају о овим показатељима. Сврха извештавања је да се добију подаци који ће користити да се смањи учесталост нежељених догађаја, да се подигне свест о безбедности пацијента и да се предузимају активности за унапређење безбедности засновани на доказима.

Иако је 2011. године одржана Национална конференција о увођењу културе безбедности пацијента у систем здравствене заштите у Србији, мало се зна о учесталости нежељених догађаја у болницама у Београду.

ЦИЉ

Циљ овог рада је да одреди учесталост и врсте нежељених догађаја у државним болницама у Београду у периоду од 2007. до 2011. године.

МЕТОД

Спроведена је ретроспективна студија показатеља безбедности пацијента за све државне болнице у Београду. Подаци о показатељима безбедности пацијента су добијени из извештаја о показатељима квалитета 26 болница у периоду 2007-2011. године, с тим да се подаци за 2007. годину односе на шестомесечни период (од 1. јула до 31. децембра), јер је извештавање о овим показатељима уведено 1. јула 2007. године. Такође, подаци за 2011. годину се односе на шестомесечни период (од 1. јула до 31. децембра) због промене Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите (18). Све стационарне здравствене установе имају обавезу, према Правилнику, да евидентирају нежељене догађаје који се десе у календарској години и да годишњи извештај доставе заводу за јавно здравље. Евиденција се врши према дефинисаном упутству за праћење и извештавање здравствених установа о показатељима квалитета здравствене заштите (19).

У овом раду су анализирани следећи показатељи безбедности болничких пацијената:

1. Стопа падова пацијената;
2. Стопа пацијената са декубитусима;

3. Стопа компликација насталих услед давања анестезије у здравственој установи;
4. Стопа поновљених операција у истој регији;
5. Стопа механичких јатрогених оштећења насталих приликом хируршке интервенције;
6. Стопа тромбоемболијских компликација;
7. Број хируршких интервенција које су урађене на погрешном пацијенту, погрешној страни тела и погрешном органу;
8. Стопа инциденције болничких инфекција на јединици интензивне неге здравствене установе;
9. Стопа инциденције инфекција оперативног места;
10. Процент повреда породиља насталих приликом порођаја и
11. Процент повреда новорођенчади насталих при рађању.

Дефиниције свих наведених показатеља су засноване на Правилнику (18). Стопа падова пацијената је рачуната на 1000 дана хоспитализације, а стопе пацијената са декубитусима и стопе тромбоемболијских компликација на 1000 хоспитализованих пацијената. Стопа компликација насталих услед давања анестезије и стопа поновљених операција у истој регији су рачунате на 1000 оперисаних пацијената. Под поновљеном операцијом у истој регији се сматра операција која је урађена пацијенту, по истој дијагнози у истој регији, у року од 30 дана од обављене прве операције. Стопа механичких јатрогених оштећења насталих приликом хируршке интервенције је рачуната на 1000 хируршких интервенција.

Болнички стечене инфекције су инфекције које су се десиле у болници, при чему инфекција није била присутна, ни у стадијуму инкубације, у време пријема пацијента на болничко лечење (20). Стопа инциденције болничких инфекција на јединици интензивне неге је рачуната на 100 хоспитализованих пацијената на јединици интензивне неге, а стопа инциденције инфекција оперативног места на 100 оперисаних пацијената.

Повреде породиља по МКБ-10 (шифре: O70.0-O71.9) обухватају све повреде међице у току порођаја, као и друге акушерске озледе у току порођаја (прскање материце пре, током или после порођаја, акушерско кидање грлића материце, зида усмине, друге акушерске повреде органа карлице, акушерско оштећење зглобова и веза карлице, накупљање крви у карлици, друга означена акушерска озледа и акушерска озледа, неозначена). Процент повреда породиља насталих приликом порођаја је рачунат на 100 порођаја.

Под повредом новорођенчета насталом при рађању, према МКБ-10 сматрају се: унутарлобањска крварења, друге повреде централног нервног система, повреде поглавине, повреде костију новорођенчета, повреде периферног нервног система и друге повреде новорођенчета у току порођаја (шифре: P10.0 –P15.9). Процент повреда новорођенчади је рачунат на 100 порођаја у периоду 2007-2010. године, а од 2011. године на 100 новорођенчади.

Статистичка анализа прикупљених података је укључила методе дескриптивне статистике и линеарни тренд.

РЕЗУЛТАТИ

У 2007. години, када је уведена обавеза да болнице евидентирају и извештавају о нежељеним догађајима који су се десили током болничког лечења, 5 болница није доставило податке. У 2008. години 7 болница није известило, а од 2009. године све болнице у Београду достављају податке о регистрованим нежељеним догађајима.

У болницама у Београду годишње се хоспитализује око 270000 болесника (без геријатријских и психијатријских пацијената у клиничко-болничким центрима и пацијената на неонатолошким одељењима). Они остваре око 2,7 милиона болничких дана годишње, а просечна дужина њиховог болничког лечења је близу 10 дана. Оперативно се лечи око 100000 пацијената, а у болницама се обави око 120000 хируршких интервенција и око 20000 порођаја.

У периоду од 1. јула 2007. до 31. децембра 2011. године је регистровано укупно 8062 нежељена догађаја, не укључујући болнички стечене инфекције и повреде настале приликом порођаја (Табела 1.).

Табела 1. Нежељени догађаји у болницама у Београду, 2007. - 2011. год.

Врста нежељеног догађаја	1.7.-31.12. 2007	2008	2009	2010	1.7.-31.12. 2011	СВЕГА
Број падова пацијента	250	487	468	438	338	1981
Број лежећих пацијената са декубитусом	252	609	884	963	472	3180
Број компликација услед давања анестезије	5	21	39	49	27	141
Број поновљених операција у истој регији	191	437	337	688	375	2028
Број механичких јатрогених оштећења услед хируршких интервенција	19	40	28	69	22	178
Број тромбоемболијских компликација	46	98	70	207	133	554
УКУПНО	763	1692	1826	2414	1367	8062

Најчешћи нежељени догађаји из ове групе су декубитуси настали током болничког лечења, који су у свим посматраним годинама били на првом месту, а регистровани су код укупно 3180 пацијената. Затим следе поновљене операције у истој регији и падови пацијента са по око 2000 регистрованих случајева. Знатно ређе су биле заступљене тромбоемболијске компликације, механичка јатрогена оштећења услед хируршких интервенција и компликације анестезије.

У посматраном периоду укупно је евидентирано 10979 инфекција насталих у болничким условима, од којих, две трећине чине инфекције настале у јединици интензивне неге, а једна трећина су инфекције оперативног места (табела 2).

Табела 2. Болнички стечене инфекције у болницама у Београду, 2007. - 2011. год.

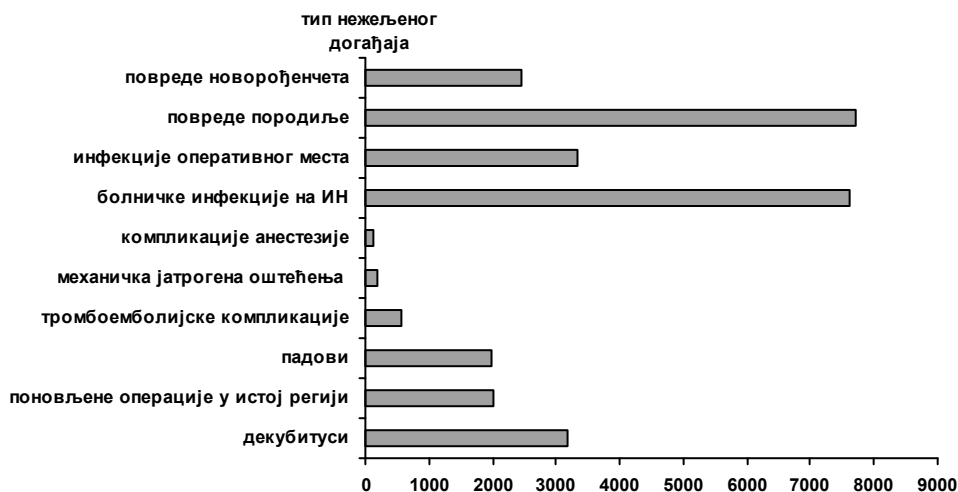
Врста нежељеног догађаја	1.7.-31.12. 2007	2008	2009	2010	1.7.-31.12. 2011	СВЕГА
Број болничких инфекција у јединици интензивне неге	575	1975	2082	1992	1007	7631
Број инфекција оперативног места	367	670	802	1072	437	3348
УКУПНО	942	4653	4893	5074	1444	10979

На акушерским одељењима су регистроване 10162 повреде настале приликом порођаја. Повреде породиља су три пута чешће у односу на повреде новорођенчади (табела 3).

Табела 3. Повреде настале на акушерским одељењима у болницама у Београду, 2007. - 2011. год.

Врста нежељеног догађаја	1.7.-31.12. 2007	2008	2009	2010	1.7.-31.12. 2011	СВЕГА
Број повреда породиље насталих током порођаја	316	405	3310	2028	1654	7713
Број повреда новорођенчета насталих при рађању	208	551	693	698	299	2449
УКУПНО	524	956	4003	2726	1953	10162

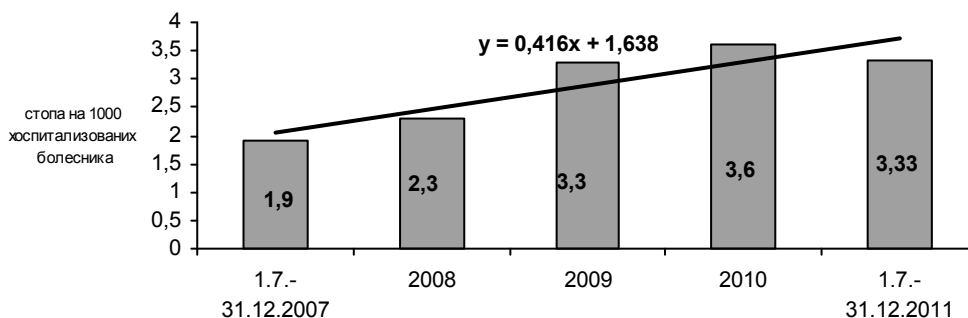
Од анализираних нежељених догађаја, у посматраном периоду, највише су биле заступљене повреде породиље, затим болничке инфекције у јединици интензивне неге, инфекције оперативног места, декубитуси и повреде новорођенчета настале при рађању (графикон 1).

Графикон 1. Нежељени догађаји у болницама у Београду, 2007-2011.

Примена линеарног тренда је показала да у периоду од 2007. до 2011. године све стопе нежељених догађаја имају тренд раста, изузев стопе инциденције инфекција оперативног места.

Стопа декубитуса насталих током хоспитализације је повећана са 1,9 на 3,33 на 1000 хоспитализованих болесника (графикон 2). Стопа декубитуса има растући тренд ($y=0.416x + 1.638$). Овде треба нагласити да су први пут у 2009. години, све болнице доставиле податке о појави декубитуса код хоспитализованих пацијената, због чега је и стопа декубитуса у овој години већа у односу на претходне године.

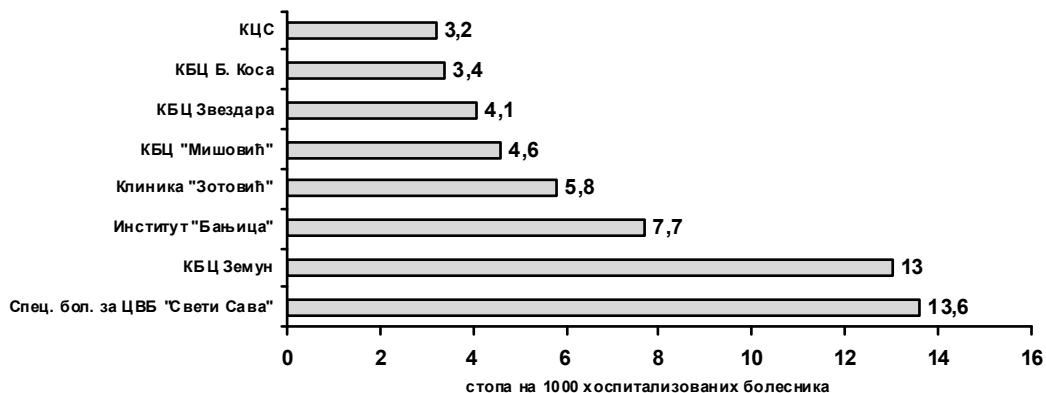
Графикон 2. Учесталост декубитуса у болницама у Београду, 2007-2011. год.



У последњој посматраној години, стопа декубитуса је имала вредност од 0 до 13,6 у различитим болницама, а 7 болница је имало већу учесталост декубитуса од просечне стопе за све београдске болнице (Графикон 3). Према очекивању, највећа учесталост декубитуса је регистрована у болницама које имају највише непокретних болесника и где хоспитализација дуго траје: у Специјалној болници за цереброваскуларне болести „Свети Сава“, КБЦ „Земун“ (болница са великим геријатријским одељењем и неуролошким одељењем), Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ и Клиници за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“.

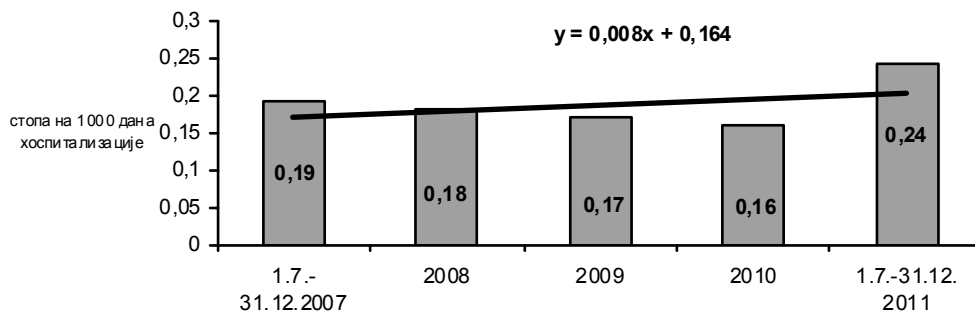
Може се констатовати да је у овој години до појаве декубитуса долазило у просеку на сваких 297 хоспитализованих болесника.

Графикон 3. Болнице у Београду са највећом стопом декубитуса у периоду 1.7.-31.12. 2011. год.



Стопа падова пацијената насталих током хоспитализације у болницама у Београду је повећана у посматраном периоду са 0,19 на 0,24 на 1000 дана хоспитализације (графикон 4). Ова стопа има растући тренд ($y = 0,008x + 0,164$).

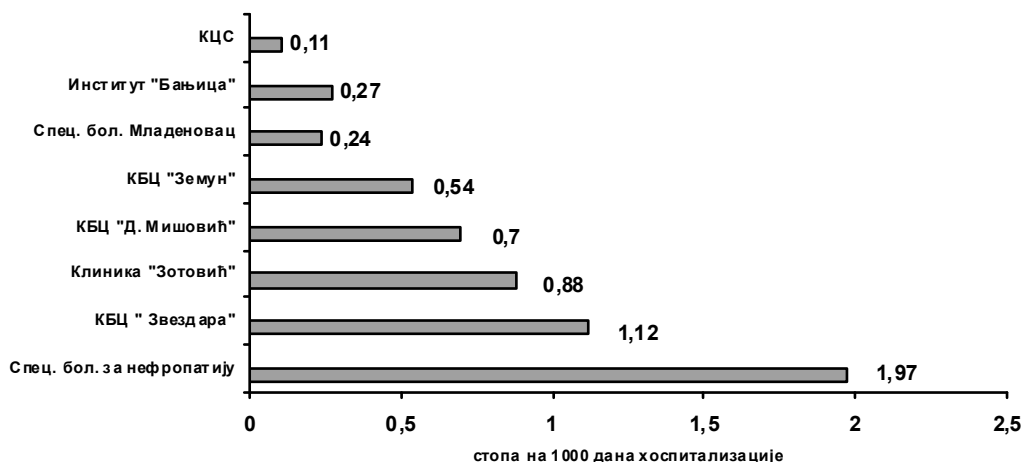
Графикон 4. Стопа падова пацијената насталих током хоспитализације у болницама у Београду, 2007. - 2011. год.



У периоду од 1. јула до 31. децембра 2011. године, стопа падова пацијената је имала вредности од 0 до 2 у различитим болницама, а седам болница је имало већу стопу падова од просека за све београдске болнице (графикон 5). Највећа вредност је забележена у Специјалној болници за ендемску нефропатију, уз изузетно велике разлике у вредности овог показатеља између болница.

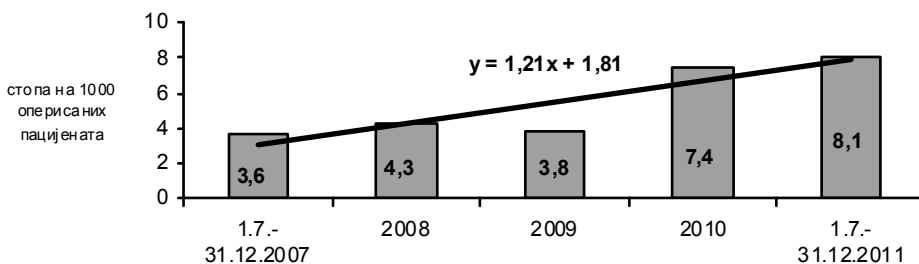
У овом периоду забележен је 1 пад на око 415 хоспитализованих пацијената или на 4094 дана хоспитализације.

Графикон 5. Болнице у Београду са највећом стопом падова у периоду 1.7.-31.12.2011. год.



Стопа поновљених операција у истој регији на 1000 оперисаних пацијената је удвостручена у посматраном периоду, са 3,6 на 8,08 (графикон 6) и има растући тренд ($y = 1.21x + 1.81$). Међутим, овде треба истаћи да је у 2007. години податке о овом показатељу доставило 7 болница, у 2008. и 2009. години по 8 болница, а од 2010. године, по 10 болница.

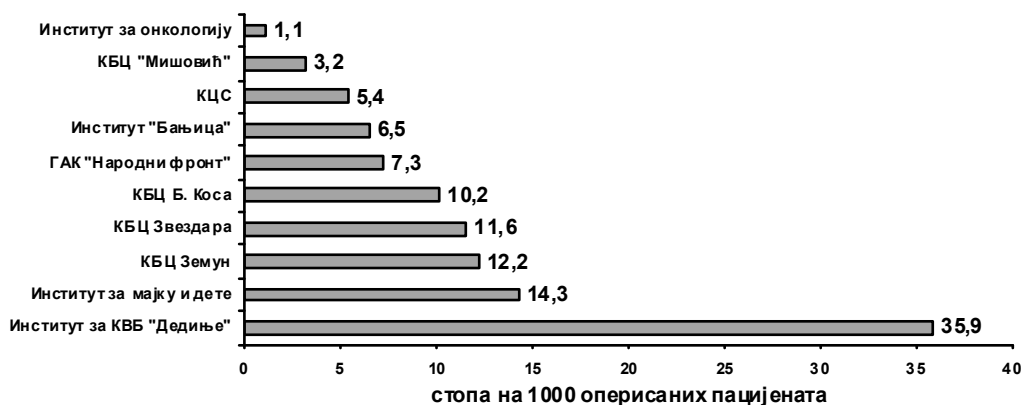
Графикон 6. Учесталост поновљених операција у истој регији у болницама у Београду, 2007-2011.



У последњој посматраној години, стопа поновљених операција у истој регији је имала вредности од 0 до 36 у различитим болницама, а пет болница је имало веће вредности од просека за све београдске болнице (графикон 7). Највеће вредности су у Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“, где се обављају најсложеније кардиохируршке операције.

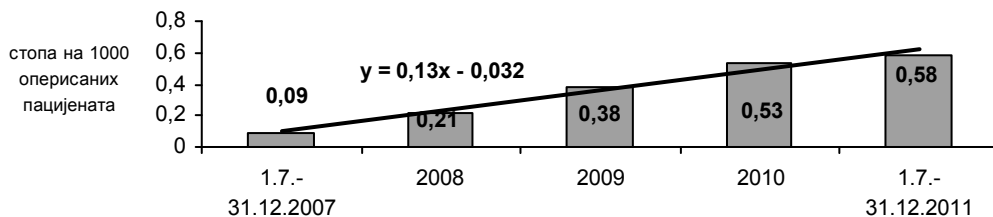
У просеку је на сваких 124 операције извршена по 1 поновљена операција у истој регији.

Графикон 7. Стопа поновљених операција у истој регији по болницама у Београду у периоду јул - децембар 2011. године



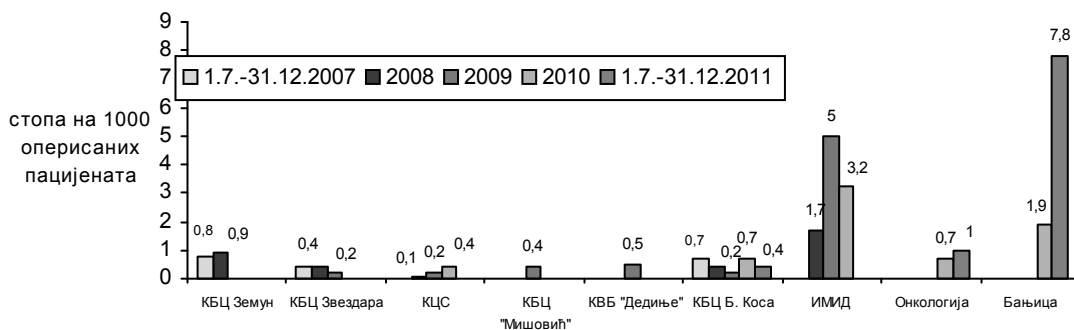
Стопа компликација услед давања анестезије исказана на 1000 оперисаних пацијената је увећана чак шест пута у посматраном периоду, са 0,09 на 0,58 (графикон 8). Једначина тренда за овај показатељ је: $y=0,13x - 0,032$.

Графикон 8. Учесталост компликација услед давања анестезије у болницама у Београду, 2007-2011.



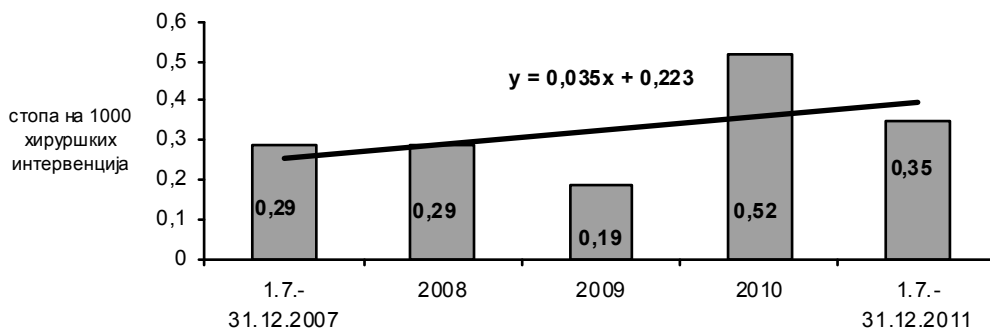
Од 11 болница у којима се обавља хируршко лечење, компликације анестезије се региструју у 5 до 6 болница годишње, а у 2011. години само у 3 болнице са највећом вредношћу у Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“, 7,8 на 1000 оперисаних пацијената (графикон 9). Према добијеним подацима из последње године компликације анестезије се дешавају на сваких 1718 оперисаних пацијената.

Графикон 9. Стопа компликација услед давања анестезије по болницама у Београду, 2007-2011.



Стопа механичких јатрогених оштећења исказана на 1000 хируршких интервенција је повећана у посматраном периоду са 0,29 на 0,35, показујући растућу линију тренда ($y=0,035x + 0,227$). Међутим, по посматраним годинама су присутне варијације у вредности овог показатеља (графикон 10).

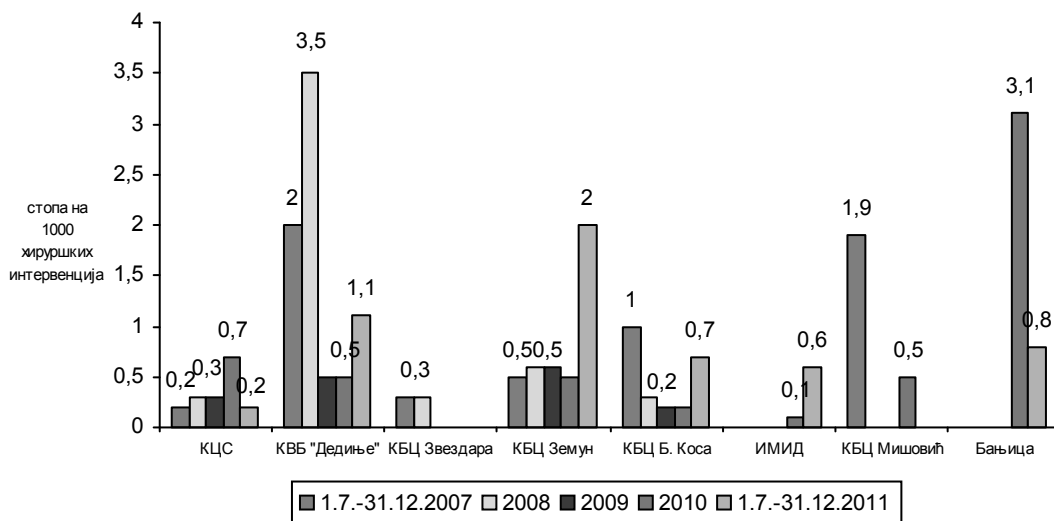
Графикон 10. Учесталост механичких јатрогених оштећења у болницама у Београду, 2007-2011.



Механичка јатрогена оштећења се региструју у 5 до 7 болница годишње. У 2011. години стопа механичких јатрогених оштећења код хируршких интервенција је највећа у КБЦ „Земун“ 2,01 затим у Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ 1,12, а најмања у КЦС, 0,19. Постоје велике разлике у вредности овог показатеља између болница, али и у истој болници у различитим годинама (графикон 11).

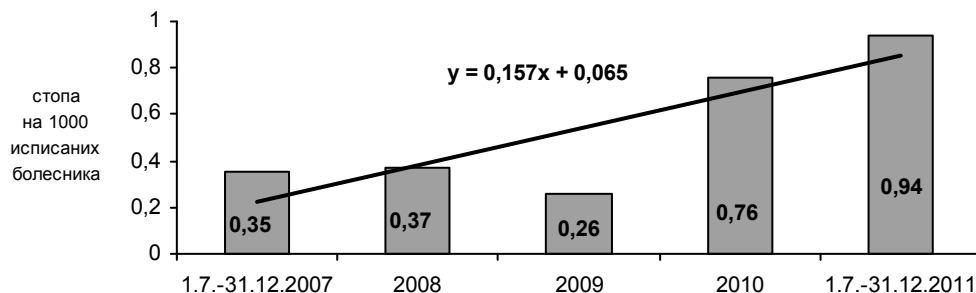
На сваких 2829 хируршких интервенција у болницама у Београду деси се по једно механичко јатрогено оштећење.

Графикон 11. Стопа механичких јатрогених оштећења насталих приликом хируршке интервенције у болницама у Београду



Стопа тромбоемболијских компликација исказана на 1000 исписаних болесника је повећана скоро три пута у посматраном периоду, са 0,35 на 0,94 (графикон 12). Податке о тромбоемболијским компликацијама у 2007. години није доставило 5 болница, у 2008. години 7 болница, а од 2009. године податке достављају све болнице.

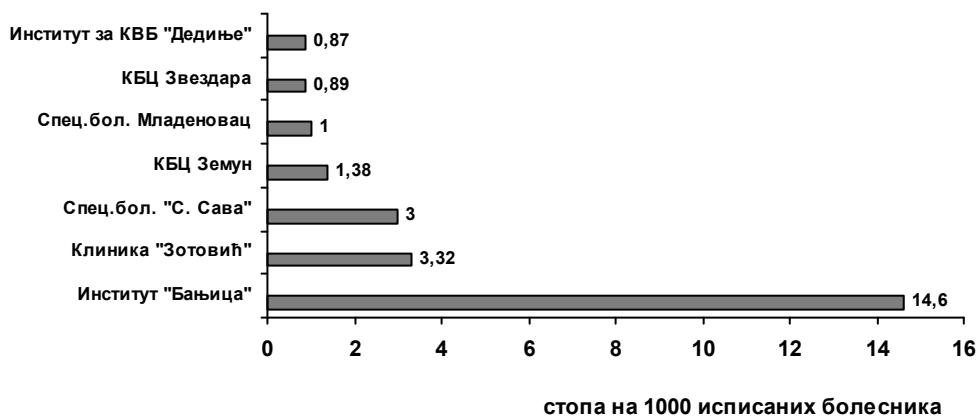
Графикон 12. Стопа тромбоемболијских компликација у болницама у Београду, 2007.-2011.



У периоду јул - децембар 2011. године, стопа тромбоемболијских компликација је имала вредности од 0 до скоро 15 у различитим болницама, а шест болница је имало веће вредности ове стопе од просечне вредности за све болнице (графикон 13). Највише тромбоемболијских компликација је било у болницама са великим бројем непокретних болесника и са дугом хоспитализацијом: Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица, а затим у Клиници за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ и Специјалној болници за цереброваскуларне болести „Свети Сава“.

Приближно се на сваких 1055 исписаних пацијената дешавала једна тромбоемболијска компликација.

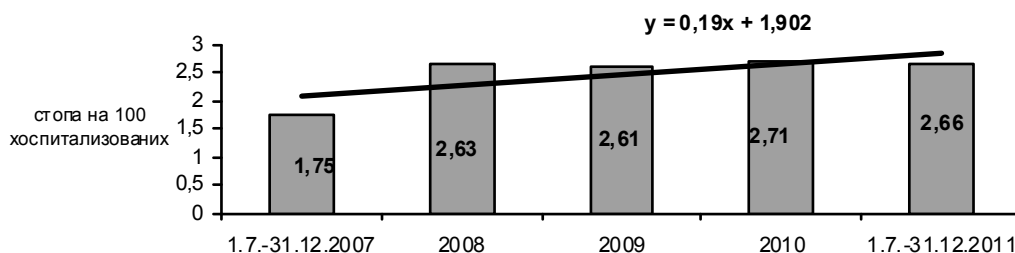
Графикон 13. Болнице у Београду са највећом стопом тромбоемболијских компликација у периоду јул-децембар 2011. године



Према добијеним извештајима, у периоду од 1. јула до 31. децембра 2011. године у 12 болница у Београду је обављено 62236 хируршких интервенција. Није било хируршких интервенција које су урађене на погрешном пацијенту, погрешној страни тела и погрешном органу.

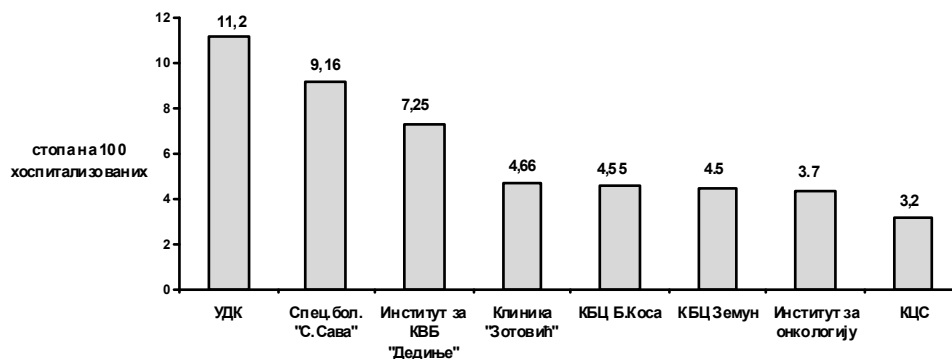
Јединице интензивне неге су организоване у 19 болница у Београду, а у њима се годишње хоспитализује око 80000 витално угрожених пацијената. Стопа инциденције болничких инфекција насталих у јединици интензивне неге је повећана са 1,75% на 2,66% у посматраном периоду (графикон 14). Иако ова стопа има растући тренд ($y = 0.19x + 1.902$), у последње 4 године су вредности уједначене, између 2,6% и 2,7%.

Графикон 14. Стопа инциденције болничких инфекција у јединици интензивне неге у болницама у Београду, 2007.-2011.



У периоду јул - децембар 2011. године, стопа инциденције болничких инфекција у јединици интензивне неге је имала вредности од 0 до 11% у различитим болницама, а 8 болница је имало већу стопу од просечне вредности свих болница (графикон 15). Највећа стопа инциденције болничких инфекција у јединици интензивне неге је регистрована у Универзитетској дечјој клиници и Специјалној болници за цереброваскуларне болести „Свети Сава“.

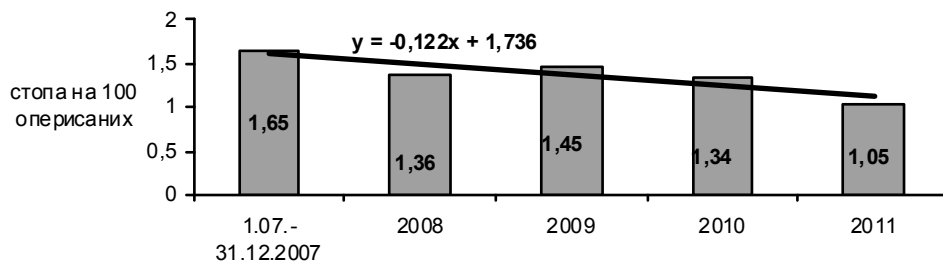
Графикон 15. Болнице у Београду са највећом стопом инциденције болничких инфекција у јединици интензивне неге у периоду 1.7.-31.12.2011. године



У просеку је на сваких 38 пацијената хоспитализованих у јединици интензивне неге долазило до појаве једне болничке инфекције.

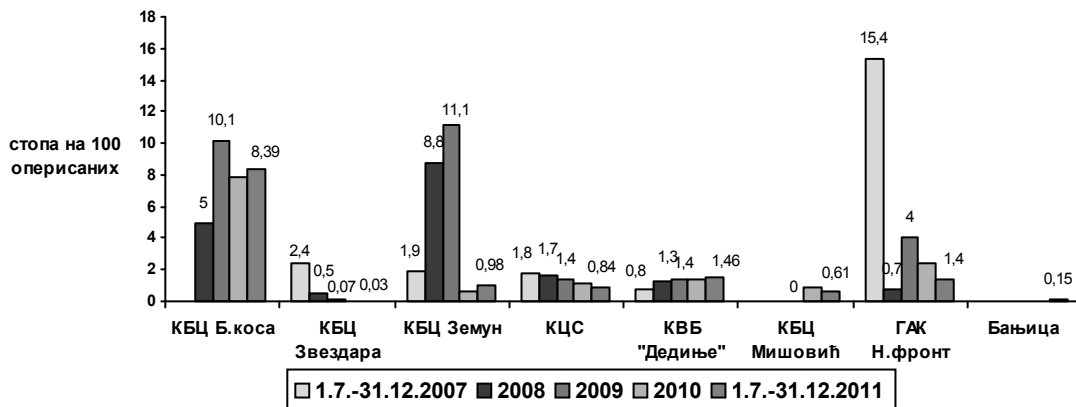
Стопа инциденције инфекција оперативног места у болницама у Београду је смањена са 1,65% на 1,05% у посматраном периоду (графикон 16), уз опадајући линију тренда.

Графикон 16. Стопа инциденције инфекција оперативног места у болницама у Београду, 2008.- 2011. год.



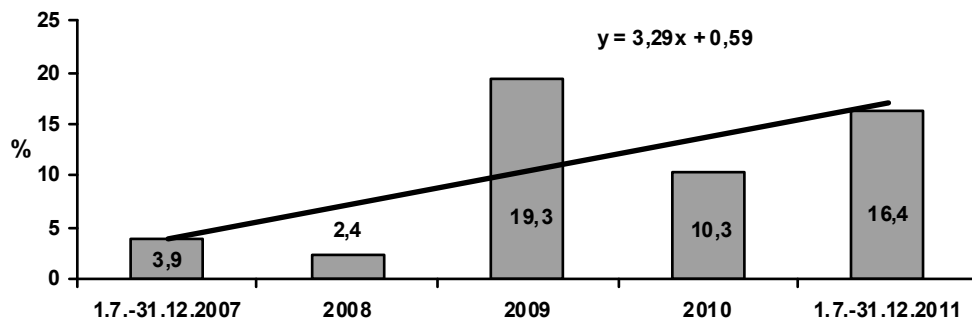
У периоду јул - децембар 2011. године, инфекције оперативног места су регистроване у 7 болница, уз велике варијације по болницама. Стопа инциденције инфекција оперативног места била је највећа у КБЦ „Бежанијска коса“ - 8,39%, а затим у Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ - 1,46% и ГАК „Народни фронт“ - 1,38% (графикон 17). Стопа инциденције инфекција оперативног места има опадајући тренд у КЦС ($y = -0,242x + 2,114$), КБЦ „Звездара“ ($y = -0,521x + 2,169$) и ГАК „Народни фронт“ ($y = -2,63x + 12,67$), а растући тренд у КБЦ „Бежанијска коса“ ($y = 0,797x + 5,058$) и Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ ($y = 0,124x + 0,846$). На сваких 95 оперисаних пацијената дешавала се по 1 инфекција оперативног места.

Графикон 17. Стопа инциденције инфекција оперативног места по болницама у Београду, 2007.-2011.



У болницама у Београду ради 5 породилишта (у Клиничком центру Србије, ГАК „Народни фронт“ и 3 породилишта у клиничко-болничким центрима). У њима се годишње обави око 20000 порођаја. У посматраном периоду, укупно је регистровано 7713 повреда породиља које су настале приликом порођаја. Процент породиља које су имале повреду при порођају је повећан четири пута, са 3,9% на 16,4% у периоду 2007. -2011. године. То је условљено и бољим извештавањем здравствених установа. Тако је у 2007. години само КБЦ „Земун“ доставио податке о броју повреда породиља, у 2008. години су 2 болнице доставиле податке, а у 2009. години је, после вишегодишњег реновирања, почело са радом породилиште у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“, тако да су од 2009. године свих 5 породилишта достављали податке о повредама породиља (графикон 18).

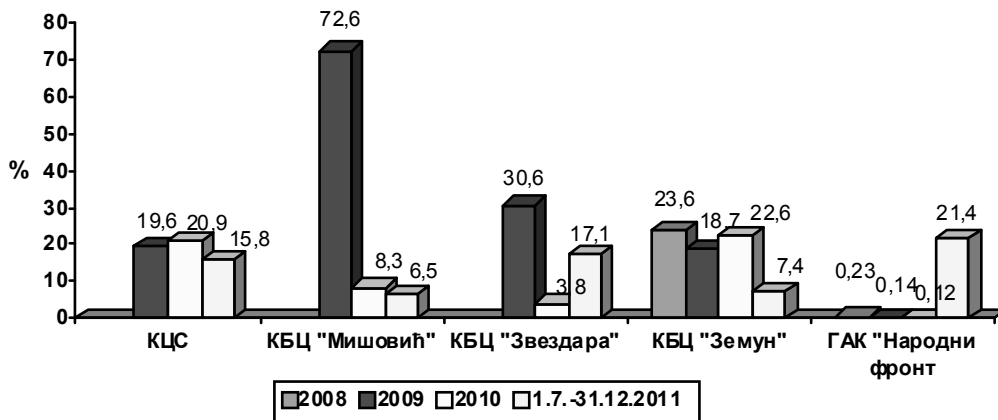
Графикон 18. Процент породиља које су имале повреду при порођају у болницама у Београду, 2007-2011.



Највећи проценат повреда породиља насталих при порођају у периоду јул - децембар 2011. године је у ГАК „Народни фронт“ и КБЦ „Звездара (графикон 19). У КБЦ „Земун“ ($y = -4,47x + 24,467$), КБЦ „Др Д. Мишовић“ ($y = -33,05x + 128,28$) и Клиничком центру Србије ($y = -1,9x + 29,25$), постоји тенденција смањења процента повреда породиља. Велике вредности у ГАК „Народни фронт“ у 2011. години су највероватније због тачнијег извештавања. Високе вредности у 2009. години у КБЦ „Мишовић“ су проузроковане начином извештавања, где су биле обухваћене и епизиотомије као повреде, што није у складу са Методолошким упутством за праћење овог показатеља.

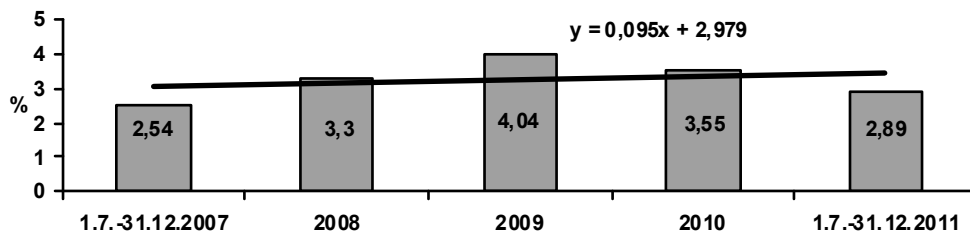
У овој години, сваки шести порођај је био праћен повредом породиље.

Графикон 19. Процент повреда породиља при порођају по болницама у Београду, 2008.-2011.



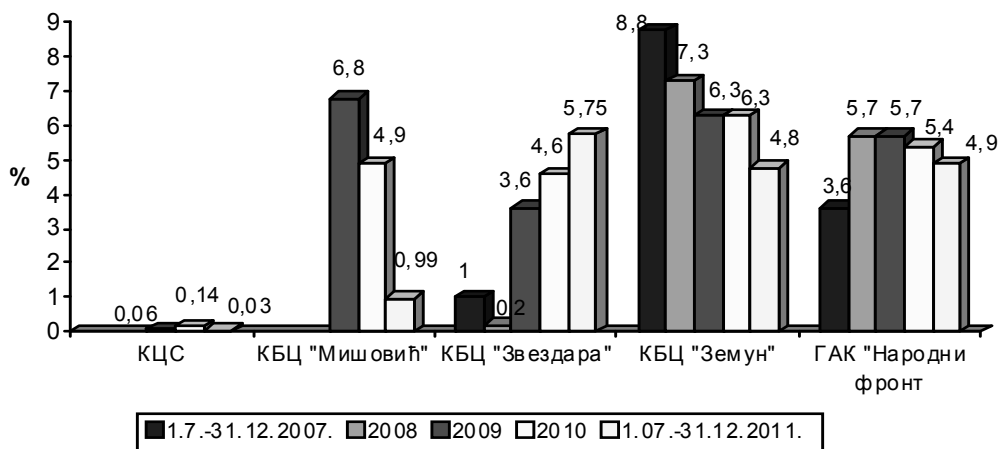
Податке о повредама новорођенчади насталим приликом порођаја доставила су 3 породилишта у 2007. и 2008. години, а од 2009. године свих 5 породилишта. Процент новорођенчади која су имала повреду при рађању, од 2009. године када су сва породилишта почела да достављају овај податак, је смањен са 4% на 2,89% (графикон 20). Приликом тумачења ових резултата треба имати у виду да је од 2007. до 2010. године, проценат повреда рачунат у односу на број порођаја, а од 2011. године се рачуна на број живорођене деце. Како је број живорођене деце мало већи од броја порођаја (10088 порођаја, а 10259 живорођене деце у периоду јул –децембар 2011. године), то је и проценат повреда незнатно промењен (2,91% рачунат на број порођаја, а 2,89% рачунат на број живорођене деце).

Графикон 20. Процент новорођенчади која су имала повреду при рађању у болницама у Београду, 2007.-2011.



Број повреда новорођенчади насталих при рађању се знатно разликује у различитим болницама у Београду, са најмањим вредностима у Клиничком центру Србије у свим посматраним годинама (графикон 21). Процент повреда новорођенчади има тенденцију опадања у КБЦ „Земун“ ($y = -0,9x + 9,4$) и КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ ($y = -2,905x + 15,85$), а тенденцију пораста у КБЦ „Звездара“ ($y = 1,39x - 1,14$). У ГАК „Народни фронт“ и Клиничком центру Србије, стопа је уједначена у свим посматраним годинама.

Графикон 21. Процент новорођенчади која су имала повреде при рађању по болницама у Београду, 2007-2011.



ДИСКУСИЈА

Нежељени догађаји традиционално доводе до осећаја кривице и срама код здравствених радника, а извештавање о њиховој врсти и учесталости изазива страх да резултати могу довести до губитка угледа у очима јавности и до судских процеса. Истовремено, извештавање о нежељеним догађајима који настају током болничког лечења се сматра кључним фактором у разумевању и унапређењу безбедности пацијената (4, 21). У многим државама систем извештавања је успостављен на принципу добровољности, а обавезно извештавање је међу првима уведено у америчкој држави Минесоти 2003. године, а скоро у исто време и у Данској и Јапану (4, 22).

У болницама у Београду се прате нежељени догађаји од 2007. године. Систем извештавања је обавезан за све болнице за дефинисане показатеље безбедности и омогућава поверљивост информација о пацијенту и о лекару (не извештавају се подаци о пацијенту, нити о лекару/лекарима који су лечили пацијента, већ само о врсти нежељеног догађаја). Изабрани су показатељи безбедности из групе превентабилних нежељених догађаја, за које постоје доказане стратегије за превенцију, као и показатељи за које је оцењено да су, вероватно повезани са

мањим осећајем кривице, и да ће здравствени радници лакше прихватити њихово евидентирање и извештавање. Познато је да ови нежељени догађаји значајно повећавају дужину болничког лечења, mortalитет, стопу поновних пријема на болничко лечење, као и трошкове болничке заштите (2).

Као и у другим државама, систем извештавања није намењен кажњавању, ни здравствене установе, ни појединаца који у њој раде због пријављених нежељених догађаја, већ унапређењу безбедности. Подаци су доступни на интернету и јавности. Сваке године Градски завод за јавно здравље Београд публикује извештај који укључује податке из свих болница на свом сајту. Подаци се достављају и Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ и улазе у састав националне анализе о показатељима квалитета и безбедности пацијената.

Наш систем извештавања не омогућава да се разликују нежељени догађаји који су довели до смрти пацијента, од догађаја који су довели до озбиљног или лакшег оштећења здравља. Такође се не извештавају догађаји који су откривени пре него што се нежељен догађај десио (пр. погрешан пацијент је поведен на операцију, али је грешка откривена пре операције). Извештавање не обухвата ни специфичне информације о догађају, односно опис догађаја, као ни карактеристике пацијента. Међутим, сваки нежељени догађај који се деси у болници мора да анализира Комисија за унапређење квалитета рада установе (19). Комисија истражује узроке и предлаже и спроводи превентивне мере да се нежељени догађаји не понове.

У болницама у Београду, из године у годину, је повећаван број болница које достављају податке о регистрованим нежељеним догађајима, као и број регистрованих нежељених догађаја. Најчешћи нежељени догађаји су инфекције настале у болничким условима, затим повреде породиље настале током порођаја и декубитуси.

Инфекције у јединици интензивне неге су регистроване, у просеку, једном на 38 болесника. Стопа инциденције болничких инфекција у јединици интензивне неге је повећана у посматраном периоду са 1,75% на 2,66%. Подаци из развијених земаља показују да се болничке инфекције дешавају код око 10% пацијената на интензивној нези, са стопом од 21-25 на 1000 болничких дана на интензивној нези (23). Сматра се да су апарати и опрема који се користе у јединици интензивне неге главни узрок инфекција. Истраживања су показала да су најчешће уринарне инфекције, које чине једну трећину свих инфекција у јединици интензивне неге, а 95% ових инфекција је настало код пацијената са уринарним катетером. Затим следе пнеумоније и инфекције крви, које су у 85% случајева настале код пацијената на респиратору, односно код пацијената са централним венским катетером (23). Наш систем извештавања о показатељима безбедности не обухвата податке о врсти и локализацији инфекција на интензивној нези.

У Београду се инфекције оперативног места региструју једном на 95 оперисаних пацијената. Стопа инциденције ових инфекција је смањена са 1,65% на 1,05%, и то је једини анализирани показатељ безбедности пацијената који има опадајући тренд. У земљама у развоју ова стопа има вредности преко 10%, док је преваленца у САД већа од 2% (17). У студији са Харварда, сваки седми нежељени

догађај су чиниле инфекције оперативног места (7). Могуће је да су мање вредности стопе инциденције инфекција оперативног места у болницама у Београду проузроковане неадекватним извештавањем, с обзиром на компликовани систем извештавања, који захтева разврставање инфекција по класама контаминације.

За смањење учесталости болничких инфекција потребна је доследна примена превентивних мера, које укључују адекватну антибиотску профилаксу, ригорозну примену мера антисепсе, примену оптималних хируршких техника, пажљиву процену потребе уринарног катетера за сваког пацијента и сл.

Од показатеља безбедности акушерских пацијената анализирали смо повреде породиље и новорођенчета које су настале приликом порођаја. Повреда породиље дешавала се на сваком шестом порођају (16%), а повреда новорођенчета на сваких 34 порођаја (2,9%). За разлику од наших резултата, у Канади је стопа повреда породиља 47,3 на 1000 вагиналних порођаја (21). С обзиром да су повреде породиље знатно чешће код порођаја потпомогнутих инструментима (форцепс, вакум), у многим државама се одвојено евидентирају повреде настале код вагиналног порођаја са и без употребе инструмената. У 102 болнице у америчкој држави Висконсин, у периоду од 2007. до 2009. године, проценат повреда породиља код вагиналног порођаја без употребе инструмената био је 2,3% (са вредностима од 0% до 10,7% у различитим болницама), а 16,9% код вагиналног порођаја са употребом инструмената, са вредностима од 3,8% до 29% у различитим болницама (24). У државама чланицама ОЕЦД, у 2009. години, проценат повреда породиља код вагиналног порођаја са употребом инструмената износи 5,5%, са вредностима од 1,5% у Израелу и Словенији до око 13% у САД и Канади (25). Процент повреда породиља код вагиналног порођаја без употребе инструмената износи 1,6%, са вредностима од 0,4% у Француској и Словенији до преко 3% у Данској, Шведској и Швајцарској (38). У Енглеској је учесталост повреда 6% код вагиналног порођаја уз помоћ инструмената, а 3% за вагинални порођај без употребе инструмената (26).

Повреде новорођенчета настале приликом рађања су знатно ређе у болницама у Београду, у односу на повреде породиља (стопа између 2,5% и 2,9%). Ипак, то су веће вредности у односу на развијене државе. У Канади се дешава 7 повреда новорођенчета на 1000 живорођења, с тим да су повреде шест пута чешће код порођаја са употребом инструмената (форцепс, вакум) (21). У 102 болнице у држави Висконсин проценат повреда новорођенчади на порођају износи 0,2% на 100 порођаја, са вредностима од 0% до 1,8% у различитим болницама (24).

И поред различитих методолошких приступа у израчунавању стопе повреда и породиља и новорођенчади (код нас се стопа рачуна на укупан број порођаја, односно укупан број новорођенчади, а у другим државама на број вагиналних порођаја са и без употребе инструмената, односно на број живорођене новорођенчади), може се констатовати да је у болницама у Београду већа учесталост повређивања и породиља и новорођенчади приликом порођаја. Потребна су додатна истраживања узрока повређивања и дефинисање превентивних мера.

Из групе осталих нежељених догађаја, у свим посматраним годинама су највише били заступљени декубитуси који су настали током хоспитализације, а њихова стопа у 2011. години износи 3,3/1000 хоспитализованих пацијената.

И подаци из других развијених земаља показују да су декубитуси најчешћи нежељени догађаји (4, 27). Преваленца декубиталних рана у болницама за акутна стања у САД је око 10%, док је у немачким болницама инциденца 11%, у Шведској 12%, у Израелу 13%, а 17% у Јапану (17). У америчкој држави Индијани декубитуси трећег и четвртог степена настају на сваких 30.000 хоспитализованих болесника (4). Могуће је да су мање вредности стопе декубитуса у болницама у Београду проузроковане различитим методолошким приступом за израчунавање овог показатеља (стопа је рачуната на укупан број хоспитализованих пацијената, а не на ризичну популацију), као и чињеницом да се слабије региструју декубитуси првог степена.

У нашој земљи нису познати трошкови лечења декубитуса, за разлику од Холандије где се више од 1% укупног буџета за здравствену заштиту троши на превенцију и лечење декубитуса и пролонгирану хоспитализацију услед декубитуса (28). У Великој Британији је чак 4% трошкова Националне здравствене службе изазвано третманом декубиталних рана (17). Истраживање из Аустралије је показало да је код пацијената са декубитусима просечна дужина хоспитализације повећана за 4,3 дана (29).

Стратегије за смањење учесталости декубитуса подразумевају, пре свега, процену ризика за настанак декубитуса код сваког хоспитализованог пацијената. Познато је да су фактори ризика за настанак декубитуса: непокретност пацијента, инконтиненција, неухрањеност, малокрвност и др. У литератури је описано више од 40 скала за процену ризика (28). Употреба антидекубиталних душека, кревета, јастука приликом седења, промена положаја тела пацијента на свака 2 сата, а по потреби и чешће, свакодневни преглед коже пацијента, адекватна исхрана, смањују ризик појаве декубитуса. Једна од мера превенције је и већи број медицинских сестара у болницама, као и њихова боља едукација у области идентификације и неге високоризичних пацијената, имајући у виду да је превенција декубитуса превасходно област сестринства и здравствене неге.

Учесталост падова пацијената у болницама у Београду је повећана са 0,19 на 0,24 на 1000 дана хоспитализације у посматраном периоду. Међутим, стопа падова је још увек знатно мања у односу на друге државе. Истраживања су показала да се стопа падова креће између 2,3 и 7 на 1000 дана хоспитализације (30). У Великој Британији су падови најчешћи нежељени догађај у болницама, а стопа износи од 4,8 до 8,4 на 1000 дана хоспитализације (31). У САД је стопа падова 6,6 на 1000 хоспитализованих пацијената, при чему су 0,4 пада на 1000 пацијената повезана са повредама (32). Према процени Америчког геријатријског удружења, Британског геријатријског удружења и Панела за падове Америчке академије ортопеда, стопа падова старијих пацијената у болничким условима и у установама за дуготрајну негу је неколико пута већа од стопе падова у ванболничким условима (17).

Могуће је да су ниже вредности стопе падова у болницама у Београду због неадекватног извештавања, односно чињенице да се многи падови, нарочито ако

нису праћени повредом пацијента сматрају мање битним нежељеним догађајем. И различити методолошки приступи за израчунавање овог показатеља могу утицати на добијене резултате.

Подаци из америчке државе Минесоте показују да око 30% падова доводи до повреда пацијента (33). Од озбиљних повреда, најчешће су фрактуре, од којих половину чини прелом бутне кости, и повреде главе. Већина падова дешава се у интернистичким и хируршким одељењима за одрасле пацијенте (око 70%), а знатно мање у психијатријским одељењима и јединицама интензивне неге. Падови се углавном дешавају у болничкој соби, и то су најчешће падови са кревета, а затим на путу између кревета и купатила, а знатно ређе у купатилу и ван болесничке собе. Старији пацијенти имају више фактора ризика за падове: мишићну слабост, ослабљен вид, поремећаје равнотеже, инконтиненцију, користе пуно лекова, крећу се уз помагала, и склонији су фрактурама и озбиљним повредама када падну. Нешто већи ризик за падове је у вечерњим и ноћним сатима с обзиром да многи пацијенти добијају лекове за спавање. Такође, у току ноћи је и слабије осветљење, а и мање је особља, па је теже да одговоре на позиве пацијената.

Болнице не могу да утичу на ризико факторе које пацијент има на пријему, али морају да врше процену ризика за падове код сваког пацијента и да стварају и одржавају окружење које минимизира ризик од падова. Особље мора да буде обучено да изврши процену, а затим и да предузима активности у складу са ризиком. Информације о високом ризику за пад треба да прате пацијента кроз болницу, када се пацијент упућује на друга одељења ради дијагностике и терапије. Адекватно окружење подразумева кревете који се могу спустити на нижу позицију, одговарајући положај рукохвата, држача за пешкире, површину плочица и боју купатилских завеса; увођење правила да се високо ризични пацијенти обилазе на сваких сат или 2 сата, праћење примене лекова за спавање, бензодиазепина и других ризичних лекова, који могу утицати на падове.

Хируршко лечење пацијената има посебне ризике за настанак нежељених догађаја, од којих су многи превентивни. Операционе сале спадају у најкомплекснија радна окружења у систему здравствене заштите (17). У раду операционе сале учествују здравствени радници различитих специјалности и степена стручне спреме (хирурзи, анестезиолози, медицинске сестре инструментарке, анестетичари и др.), а примењује се софистицирана технологија. Честе су високо ризичне ситуације непланираних операција хитних пацијената, које захтевају брзо доношење одлука и сналажење у непредвидивим променама здравственог стања пацијента (17).

Истраживање са Харварда је показало да је хируршко лечење повезано са 48% свих нежељених догађаја, односно да се нежељени догађаји дешавају код 2% хоспитализованих пацијената и да су превентабилни у 74% случајева (7). У нашим болницама највише су заступљене поновљене операције у истој регији са стопом од 8,1 на 1000 оперисаних пацијената. Знатно ређе су регистрована механичка јатрогена оштећења приликом хируршке интервенције (стопа 0,35 на 1000 хируршких интервенција). Такође су и компликације услед давања анестезије ретке, 0,58 на 1000 оперисаних пацијената. То је и очекивано, јер се анестезиологија, уз

трансфузиологију, сврстава у најбезбедније области медицине, са ризиком од фаталних нежељених догађаја мањим од 10^{-5} (34).

За разлику од америчке државе Индијане, где је за годину дана било 11 операција урађених на погрешној страни тела, односно 1 на 154000 операција (4), у болницама у Београду у току шест месеци 2011. године је оперисано око 48000 пацијената, а није било операција на погрешном пацијенту, погрешној страни тела или погрешном органу. Иако су овакви нежељени догађаји ретки и дешавају се једном у 5 до 10 година у великој болници (35), због тешких последица које проузрокују и велике медијске пажње, у већини развијених земаља је уведено извештавање овог показатеља.

Тромбоемболијске компликације данас постају већи изазов него у прошлости, због глобалног старења становништва, развоја све комплекснијих хируршких интервенција, повећања броја оболелих од малигних болести, односно пацијената са интензивном хемиотерапијом, продуженог боравка у јединици интензивне неге. Постоперативне тромбоемболијске компликације су најчешћи узрок морбидитета и морталитета оперисаних пацијената (17). Фактори ризика за настанак тромбоемболијских компликација обухватају: екстензивне операције, дуготрајно лежање, односно ограничену покретљивост пацијента, старост пацијента, претходни инфаркт миокарда или мождани удар, коришћење оралних контрацептива или естрогене терапије, претходну историју плућне емболије.

У болницама у Београду су забележене укупно 554 тромбоемболијске компликације, а стопа је повећана са 0,34 на 0,94 на 1000 исписаних пацијената. То је знатно мање у односу на Канаду, где је 3,6 тромбоемболијских компликација на 1000 болничких пацијената, уз изразит пораст у старијим добним групама (код пацијената старих 80 и више година стопа је 6,2 на 1000 хоспитализованих) (21). Процењује се да је око 10% свих болничких леталних исхода проузроковано плућном емболијом (36). Зато су изузетно важне мере превенције, које обухватају профилактичку примену антикоагуланата, рану мобилизацију пацијената, употребу еластичних чарапа и др.

Постоје велике разлике у броју регистрованих нежељених догађаја између болница у Београду. То је и очекивано, јер се болнице разликују по многим карактеристикама, односно неке збрињавају већи број ризичних пацијената.

У раду су приказане болнице које имају највише регистрованих нежељених догађаја, али није испитивана статистичка значајност разлике у учесталости нежељених догађаја између болница, с обзиром да се болнице у Београду разликују према: намени (опште, специјалне); величини (од 30 постеља у Специјалној болници за ендемску нефропатију до 3.062 постеље у Клиничком центру Србије); врсти (специјалне болнице, клинике, институти, клиничко-болнички центри, клинички центар); дужини хоспитализације (дуготрајна и краткотрајна хоспитализација); нивоу заштите (секундарни, терцијарни); наставном статусу; опремљености, сложености и броју урађених процедура, што може утицати на вредности показатеља безбедности пацијената. Веће вредности нежељених догађаја могу указивати на боље регистровање нежељених догађаја у односу на друге болнице, а не само на лошији квалитет и безбедност. Због тога, показатељи безбедности треба,

превасходно да користе самим болницама за праћење квалитета сопственог рада током различитих временских периода и за евалуацију примењених мера за унапређење безбедности.

У раду нису анализирани карактеристике пацијената који су доживели нежељени догађај током болничког лечења, као ни околности које су утицале на појаву нежељених догађаја, јер систем извештавања не садржи ове податке. Међутим, наведени подаци су доступни Комисији за унапређење квалитета рада, која постоји у свакој болници у Београду. Комисија има обавезу да анализира показатеље безбедности у болници, истражује узроке и предлаже и спроводи мере да се нежељени догађаји не понове (18, 19).

ЗАКЉУЧАК

Здравствена заштита у болничким условима укључује велики број здравствених радника, са различитих болничких одељења, а често и различите установе. Са развојем здравствених технологија и све већим и децентрализованим системом здравствене заштите повећава се могућност настанка нежељеног догађаја. Одржати и унапредити безбедност пацијената у таквим условима, постаје сложен и дуготрајан процес.

Број болница које региструју нежељене догађаје и број нежељених догађаја у болницама у Београду је повећан од 2007. године, што указује на подизање свести међу здравственим радницима о значају нежељених догађаја, њиховом евидентирању и унапређењу безбедности пацијената.

Најчешћи нежељени догађаји су болничке инфекције у јединици интензивне неге, повреде породиље настале при порођају и декубитуси. И поред методолошких разлика у начину израчунавања неких показатеља безбедности код нас и у другим државама, може се констатовати да учесталост повреда породиља и новорођенчади насталих приликом порођаја у болницама у Београду има веће вредности у односу на развијене земље. Стопа инциденције болничких инфекција насталих у јединици интензивне неге и стопа инфекција оперативног места, декубитуси, падови пацијената и тромбоемболијске компликације су мање заступљени.

Болнице треба да анализирају врсту и учесталост регистрованих нежељених догађаја, узроке који до њих доводе и предузимају мере за спречавање њиховог настанка. Комисије за унапређење квалитета рада су формиране у свим болницама, са обавезом израде интегрисаног плана за унапређење квалитета рада болнице, а један од задатака је анализа показатеља безбедности, дефинисање и примена превентивних мера и активности. Од 2012. године Комисије имају обавезу извештавања о примењеним мерама и активностима за унапређење безбедности, као и о броју унапређених показатеља безбедности пацијената. То ће омогућити промовисање и дисеминацију активности које су дале најбоље резултате у превенцији понављања нежељених догађаја и унапређењу безбедности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*, 2009 (21), 1:18-26.
2. WHO, World Alliance for safer health care. Research better knowledge for safer care. IBEAS: a pioneer study on patient safety in Latin America. Towards safer hospital care. Geneva: WHO Press; 2001. http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_en.pdf (accessed 02.august 2012).
3. Thomas EJ, Studdert DM, Runciman WB, Webb RK, Sexton EJ, McL Wilson R, Gibberd RW, Harrison Bt, Brennan TA. A comparasion of iatrogenic injury studies in Australia and the USA I: context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics. *Int j Qual Health Care* 2000, 12 (5): 371-378.
4. Whitson T, Garten B, Azbill M: Indiana medical error reporting system. Final report for 2006. Indiana state department of health, 2007. www.in.gov/isdh. (accessed 14.10.2011.)
5. Institute of Medicine (Kohn LT, Carrigan JM, Donaldson MS) *To Err is human: building a safer health system*. Washington, DC, National Academy Press, 1999.
6. Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C, EJ Orav, Bates DW. The "To Err is Human" report and the patient safety literature. *Qual Saf Health Care* 2006; 15: 174-178
7. Leape L, Brennan T, Laird N, Lawthers A, Localio R, Barnes B, Hebert L, Newhouse J, Weiler P, Hiatt H. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice study II. *N Eng J Med*, 1991; 324 (6): 377-384
8. Nuckols TK, Bell DS, Liu H, Paddock SM, Hilborne LH. Rates and types of events reported to established incident reporting system in two US hospitals. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 164-168.
9. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud S, Sarasqueta AM. French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. *Qual Saf Health Care*, 2007 16 (5): 369-377.
10. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, et al. The Canadian Adverse event study: the incidence of adverse events among hospital patient in Canada. *CMAJ*, 2004, vol 170, no 11.
11. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*, 2001; 322: 517- 519.
12. Ali Baba- Akbari Sari, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A, Dobson Y, Grant C, Gray W, Richardson A. Extent, nature and consequences of adverse events: results of a retrospective casenote review in a large NHS hospital. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 434-439.
13. Aranaz - Andres JM, Aibar - Remon C, Limon- Ramirez R, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the "Iberoamerican study of adverse events" (IBEAS). *BMJ Quality and Safety*, 2011.
14. Morton J, Mac Millan S. Adverse events in New Zealand. *N Z Med J*. 2003; (116), 1183: 623 - 625.
15. Davis P, Lay -Yee R, Briant R, et al. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *N Z Med J*, 2002; (115), 1167.
16. Davis P, Lay -Yee R, Briant R, Ali W, Scot A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals II: preventability and clinical context. *The New Zealand Medical Journal*, 2003; (116), 1183: 624 -635.
17. WHO, World Alliance for safer health care. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Edited by Jha A. 2008. www.who.int/patientsafety/research (accessed: 4.06.2012).
18. Министарство здравља Републике Србије. Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите. Службени гласник РС бр. 57/2007, 49/10.
19. Институт за јавно здравље Србије. Методолошко упутство за праћење и извештавање о показатељима квалитета здравствене заштите. 2011.
20. WHO. *Prevention of hospital - acquired infections: a practical guide*. 2nd ed. Geneva 2002.
21. Canadian Institute for Health Information. Patient safety in Canada: an update. 2007. www.cihi.ca (accessed 1.05.2012.)
22. Hirose M, Regenbogen SE, Lipsitz S, Imanaka Y, Ishizaki T, Sekimoto M, Oh EH, Gawande AA. Lag time in an incident reporting system at a university hospital in Japan. *Qual Saf Health Care*, 2007; 16: 101-104.
23. Jain M, Miller L, Belt D, King D, Berwick DM. Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change. *Qual Saf Health Care*, 2006; 15: 235-239.

24. Wisconsin Inpatient Hospital Quality Indicators Report 2009. WHA Information Center, December 2010. http://www.whainfocenter.com/data_resources/2009wiinpatientqirealise.pdf. (accessed 30.04.2012.)
25. OECD (2011), Health at a glance 2011: OECD indicators, OECD publishing. DOI:10.1787/health_glance-2011-en
26. Raleigh VS. Patient safety indicators for England from hospital administrative data: case-control analysis and comparison with US data. *BMJ*, 2008;337
27. Minnesota Department of Health. Adverse health events in Minnesota. Eight Annual Public Report. January 2012. www.health.state.mn.us/patientsafety (accessed 1.05.2012.)
28. Schoonhoven L, Grobbee DE, Donders ART, Algra A, Grypdonck MH, Bousema MT, Schrijvers AJP, Buskens E, on behalf of the prePURSE Study Group. Prediction of pressure ulcer development in hospitalized patients: a tool for risk assessment. *Qual Saf Health Care*, 2006; 15: 67-70.
29. Graves N, Birrell FA, Whitby M. Effect of pressure ulcers on length of hospital stay. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2005; 26: 293-297.
30. Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, Dunagan WC et al. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting. *J Gen Intern Med*, 2004; 19: 732-739.
31. Vassallo M et al. The relationship of falls to injury among hospital inpatients. *Int J ClinPrac*, 2005; 59: 17-20.
32. Bates DW et al. Serious falls in hospitalized patients: correlates and resource utilization. *Am J Med*, 1995; 99 (2): 137-143.
33. Falls in Minnesota Hospitals – Spotlight on a patient safety – data, trends and learning from the Minnesota Adverse health reporting system, 2008. www.health.state.mn.us/patientsafety (accessed 1.05.2012.)
34. Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Ann Intern med*, 2005; 142: 756-764.
35. Kwaan MR et al. Incidence, patterns and prevention of wrong - site surgery. *Arch Surg*, 2006; 141 (4): 353-358.
36. Lindblad B, Eriksson A, Bergqvist D. Autopsy - verified pulmonary embolism in a surgical department: analysis of the period 1951 to 1988. *Br J Surg*, 1991; 78 (7): 849-852.

PATIENT SAFETY IN THE HOSPITALS OF BELGRADE

Nešković Anđelija, Delibašić M.

ABSTRACT

Introduction. An adverse event is defined as unintended outcome of health care which negatively affects a patient's health. It is always caused by the applied medical treatment, not by the condition of patient's health. Adverse events are hospital-acquired infections, errors in prescribed medications, surgeries on the wrong patient or organ, obstetrical traumas and birth traumas during childbirth, decubitus ulcers, etc. They result in the patient suffering, lengthen hospitalization, increase treatment expenses and may lead to patient death.

According to the World Health Organization assessment, one in ten patient experiences an adverse event during her/ his hospitalization. One half of all adverse events may have been avoided if only the existing standards of health care had been applied.

Aim. To determine the frequency and types of adverse events in hospitals in Belgrade, from 2007 to 2011.

Method. We conducted a retrospective study of indicators of patient safety in all public hospitals in Belgrade. The source of data were reports on indicators of quality, submitted by 26 facilities. Statistical analysis included methods of descriptive statistics and linear trend.

Results. There were 8, 062 adverse events registered in the hospitals of Belgrade (excluding infections and injuries during childbirth) between 2007 and 2011. Decubitus ulcers were most numerous (3, 180); repeated surgeries (2,000) in the same region and patient falls (2,000). The rate of patients with decubitus sores was increased from 1.9 to 3.3/ 1000 hospitalized patients ($y= 0.416x + 1.638$). Fall rate was increased from 0.19 to 0.24/ 1000 days of hospitalization ($y= 0.008x+0, 164$). The rate of repeated surgeries in the same region was increased from 3.6 to 8.1/1000 patients ($y= 1.21x+1.81$). The rate of thromboembolism complications was increased from 0.35 to 0.94/1000 patients. In the observed period, there were 7, 713 injuries of the mother registered during childbirth and 2, 449 injuries of the newborn. The percentage of women with obstetrical traumas during childbirth increased from 3.9% to 16.4%. The percentage of birth traumas was increased from 2.54% to 2.89%. Hospital - acquired infections in intensive care were registered in 7, 631 patients, with incidence rate being increased from 1.74% to 2.66% ($y= 0.19x+1.902$). Incidence rate for infections in surgical site decreased from 1.65% to 1.05%.

Conclusions. Ever since 2007, the number of hospitals reporting adverse events and the number of these events have been increasing. Commissions for the Promotion of Quality of Hospital Care were formed in each facility in order to improve the quality of hospital performance. One of the assignments of the promotion is to define and apply preventive measures and activities that would promote patient safety.

Key words: Adverse Events- Patient Safety- Hospitals.

ДАНИ ЗАВОДА
2012.
24. стручна
конференција

The logo consists of a large circle containing a stylized monogram of the Cyrillic letters 'З' and 'В'. The 'З' is positioned above the 'В', and they are intertwined. The top of the 'З' has radiating lines, and the 'В' has a small figure on top. The entire logo is rendered in a dark gray color.

НАВИКЕ У ИСХРАНИ ЛЕКАРА ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ У БЕОГРАДУ

Војводић Катарина, Бабић М¹, Трајковић Г² Драгићевић В

¹ Универзитет у Београду, Медицински факултет, Институт за социјалну медицину

² Универзитет у Београду, Медицински факултет, Институт за медицинску статистику и информатику

САЖЕТАК

Увод: Здраве навике у исхрани су битне за превенцију гојазности, повишеног крвног притиска, повећане концентрације масти и шећера у крви, а самим тим и за превенцију хроничних незаразних болести (ХНБ). Знањем и личним примером лекари делују на усвајање таквих навика од стране својих пацијената.

Циљеви: Утврдити заступљеност здравих навика у исхрани међу анкетираним лекарима и анализирати разлике у њиховој учесталости у односу на демографске и социо – економске карактеристике лекара и присуство обољења у анамнези које се може довести у везу са начином исхране.

Метод: Истраживање представља студију пресека, на репрезентативном узорку 213 лекара служби за здравствену заштиту одраслих грађана у Београду (стопа одговора износила је 85.2%). За прикупљање података коришћен је Упитник за самопопуњавање за одрасле старости 20 и више година, коришћен у истраживању здравственог стања становника Републике Србије 2006. године. Статистичка анализа обухвата дескриптивну статистику, а за тестирање хипотеза о разлици учесталости појединих навика у исхрани у односу на пол, старост, брачно стање, степен образовања, присуство ХНБ у личној и породичној анамнези испитиваних лекара, коришћен је Хи-квадрат тест (табеле контингенције).

Резултати: Половина испитаника имала је једну ХНБ или стање повезано са начином исхране, 81.4% сматра да исхрана има велики утицај на здравље. Свакодневно главне оброке конзумира 65.5%, поврће 58.7%, а воће 65.3% испитиваних лекара. Већина користи интегрални хлеб и млеко са мањим процентом масти. Пол, старост, брачно стање, присутне болести у личној и породичној анамнези повезане су са учесталошћу испитиваних навика. Тако да је свакодневна конзумација воћа и поврћа учесталија међу лекарима женског пола ($p=0.001$), а свакодневно вечерају лекари старији од 48 година ($p=0.033$). Лекари који имају партнера чешће свакодневно конзумирају сва три главна obroka ($p=0.000$). Присуство ХНБ у породичној анамнези повезано је са чешћим свакодневним конзумирањем поврћа ($p=0.026$).

Закључак: Поједине, здраве навике у исхрани су прихваћене од стране већине лекара (свакодневно доручковање, конзумација сва три главна obroka, свакодневна конзумација поврћа и воћа). Навике као што су: конзумација рибе, воде, воћа и недосољавање хране, заступљене су међу лекарима у нижем проценту

од очекиваног. Резултати указују на потребу побољшања навика у исхрани лекара, који би личним примером и саветима унапредили и навике у исхрани корисника здравствене заштите.

Кључне речи: лекари опште медицине, навике у исхрани, здравље, превенција, истраживање.

1. УВОД

Према препорукама Светске здравствене организације (СЗО), здрав начин исхране подразумева постизање балансираног енергетског уноса, одговарајуће телесне тежине, ограниченог уноса калорија пореклом из масти, већег уноса поврћа, воћа, легуминоза, житарица пуног зрна, коштуњавог воћа као и ограниченог уноса шећера и соли (1).

Повезаност навика у исхрани и здравља је јако добро документована. Као последице неправилне исхране јављају се гојазност, хипертензија, повећане концентрације масти и шећера у крви, које појединачно или удружене, могу довести до даљег нарушавања здравља и развоја хроничних незаразних болести (ХНБ), првенствено кардиоваскуларних болести (КВБ), дијабетеса тип 2 и појединих карцинома (2-7).

Изабрани лекар је за пацијенте главни извор информација о здравим навикама у исхрани, коме се прво, у случају болести, јавља већина одраслих становника (8,9). Све то чини изабраног лекара особом од поверења, која знањем, ауторитетом и личним примером (10,11) утиче на здравствено понашање својих пацијената, усмеравајући их ка усвајању и очувању здравих стилова живота (12). Лекари, који и сами упражњавају здраве стилове живота, чешће дају савете својим пацијентима (11). Такође лекари, који су и сами били гојазни или у својој породичној историји имали хипертензију, значајно чешће су давали савете о смањењу телесне тежине или о превенцији и раном откривању хипертензије (13).

Међутим, у малом броју истраживања су детаљно анализирани навике у исхрани лекара. Поједина питања су, разматрана у оквиру истраживања која су се бавила здравственим стањем лекара, навикама у вези са пушењем и физичком активношћу, злоупотребом алкохола, али не на начин као што се то ради у националним истраживањима здравственог стања опште популације. Тако, један од закључака финске студије указује да лекари недовољно користе своје професионално знање и вештине за смањење ризика од умирања (14). У истраживању Хенкија и сарадника дошло се до закључка да су лекари свесни и поседују довољно знања о повезаности исхране и гојазности, али су показали несигурност у примени знања о терапијским мерама у циљу снижења телесне тежине својих пацијената (12). А Винстон и срадници у свом раду наводе резултате који су се односили на поједине навике у исхрани лекара (редовно доручковање, конзумирање воде, воћа, поврћа, интегралног хлеба)(15).

2. ЦИЉЕВИ РАДА

Циљеви рада били су да се:

1. утврде навике, које су у вези са здравим начином исхране, заступљене међу изабраним лекарима у служби за здравствену заштиту одраслих грађана домова здравља у Београду;
2. анализирају разлике у навикама у односу на основне карактеристике испитиване популације (пол, старост, брачно стање, степен стручне спреме, присуство деце као чланова породице, присуство неке од ХНБ у личној и породичној анамнези).

Основна хипотеза истраживања

Основна претпоставка у истраживању је била да ће лекари, с обзиром на стечено медицинско образовање, доступну литературу и доступност Националих водича добре праксе, имати здраве навике у исхрани.

3. МЕТОД РАДА

Истраживање је урађено као студија пресека на репрезентативном узорку изабраних лакара служби за здравствену заштиту одраслих грађана у београдским домовима здравља, у току прве недеље јуна месеца 2010. године.

Узорак истраживања

Узорак је изабран методом вишефазног узорковања. У првој фази, на основу унутрашње организације и локације, домови здравља (ДЗ) су подељени на три стратума: стратум „централних“ домова здравља, стратум „централних домова здравља са приградским пунктовима“ и стратум „приградских“ домова здравља. Термин „централни“ дом здравља се односи на дом здравља који је лоциран у једној од централних београдских општина и нема пунктове на широј територији града. „Централни дом здравља са приградским пунктовима“ се односи на домове здравља са седиштем у некој од општина на ужој територији града али са пунктовима у општинама са шире територије града. Код „приградских“ домова здравља и централни пункт и амбуланте се налазе у општинама на широј територији града. У другој фази, из сваког стратума су случајним избором одабрана по два ДЗ (укупно 6 ДЗ - кластери). Унутар сваког кластера, односно ДЗ, анкетирани су сви изабрани лекари (ИЛ) у службама за здравствену заштиту одраслих грађана присутни на послу у току 5 радних дана прве недеље јуна 2010. године, када је истраживање и спроведено. У истраживању је учествовало 213 изабраних лекара из служби за здравствену заштиту одраслих грађана, а стопа одговора износила је 85.2% (213 враћених попуњених упитника од 250 подељених).

Инструмент истраживања

За прикупљање података коришћен је Упитник за самопопуњавање за одрасле старости 20 и више година, коришћен у истраживању здравственог стања становника Републике Србије 2006. године (9) али у скраћеној верзији. При

формулисању скраћене верзије узета су у обзир само питања која се односе на навике у исхрани, пушачки статус, физичку активност, учесталост коришћења здравствене заштите, здравствено стање лекара, а за лекаре женског пола и питања која се односе на прегледе у вези са репродуктивним здрављем. Са тако добијеним упитником обављено је пилот тестирање на 15 лекара. Новонастали упитник се састојао из више делова, при чему су у овом раду анализирани одговори на питања која се односе на социјално демографске карактеристике испитаника (пол, брачно стање, број деце, степен стручне спреме, врста радног односа, дужина радног стажа), навике у исхрани као и присуство ХНБ у личној и породичној анамнези. Питања која се односе на навике у исхрани у целисти су преузета из поменутог Упитника (9). Испитиване су следеће навике у исхрани: 1. колико пута у току недеље испитаници доручкују, ужинају пре подне, ручају, ужинају по подне и вечерају; 2. колико чаша воде (од 200 mL) попију у просеку у току дана; 3. колико често су у току недеље која је претходила истраживању, јели или пили: млеко и млечне производе, рибу, поврће и воће; 4. колики процента масноће има млеко које обично конзумирају; 5. коју врсту хлеба најчешће користе у исхрани; 6. да ли досољавају храну; 7. да ли приликом начина исхране размишљају о свом здрављу. Такође, испитаници су самопроцењивали и своју телесну тежину, а понуђени одговори су били описног карактера („мршав/а сам“, „ни дебео/ла, ни мршав/а“, „дебео/ла сам“ и „не могу да оценим“).

У сврху добијања одговора које су здраве навике у исхрани усвојене од стране лекара прво су, на основу препорука СЗО (16), Националних водича добре клиничке праксе (17-19) и друге доступне литературе (20-21), предефинисани одговори тј. направљене су нове варијабле, при чему су одговори који одговарају здравим навикама кодирани са 1, а сви остали са 0. Нове варијабле кодирани су на следећи начин: навика свакодневног конзумирања три главна оброка доручка, ручка и вечере - 1, свакодневно конзумирање воћа и поврћа - 1, коришћење обраног или делимично обраног млека или млечних производа - 1, коришћење хлеба од пуног зрна (полубели, ражани, црни) - 1, свакодневно конзумирање сва три главна оброка (доручка, ручка и вечере) - 1, одговор „никад не досољавам храну“ - 1 и конзумација најмање 7 чаша воде у току дана - 1.

За анализу података коришћене су дескриптивне статистичке методе, мере варијабилитета (стандардна девијација), а за тестирање хипотеза о разлици учесталости здравих навика у исхрани у односу на демографске и социо - економске карактеристике испитиване популације, као и присуство ХНБ у анамнези коришћен је Хи-квадрат тест (табеле контингенције) са нивоом статистичке значајности од 0.05.

4. РЕЗУЛТАТИ

У истраживању је учествовало 213 изабраних лекара из служби за здравствену заштиту одраслих грађана. Већину су чиниле жене, а просечна старост испитаника износила је 46.6 ± 9.5 година (медијана 48). У једнаком проценту су били заступљени лекари опште медицине и лекари специјалисти опште медицине. Више од две трећине испитаних су били у вези (брачној или ванбрачној) са 1.4 ± 0.9

дететом. Највећи проценат испитаних био је у сталном радном односу, са просечним радним стажом од 18.3 ± 9.8 година (Табела 1).

Табела 1. Демографске и социо - економске карактеристике испитиване популације лекара

Карактеристике испитиване пулације лекара	N	%
Пол		
мушки	35	16.4
женски	178	83.6
Старост		
до 48 година	106	49.8
преко 48 година	107	50.2
Стручна спрема		
лекар опште медицине	95	44.6
специјалиста опште медицине	94	44.1
друга специјализација	19	8.9
Брачно стање		
ожењен/удата	148	69.5
ванбрачна заједница	5	2.3
неожењен/неудата	27	12.7
разведен/а	22	10.3
удовац/ица	7	3,3
Деца		
да	174	81.7
не	39	18.3
Радни статус		
на одређено	14	6.6
на неодређено	199	93.4

Скоро половина испитаних (47.9%) у личној анамнези је имала бар једну од испитиваних ХНБ или стања повезаних са начином исхране (инфаркт миокарда, мождани удар, малигни тумор, дијабетес типа 2, повишене масноће у крви или повишени притисак). Најзаступљенији су били повишени крвни притисак (27.6%) и повишене масноће у крви (22.5%). Исте болести у породичној анамнези имало је 95.1% испитаника, у просеку по 2 ± 1.2 болести.

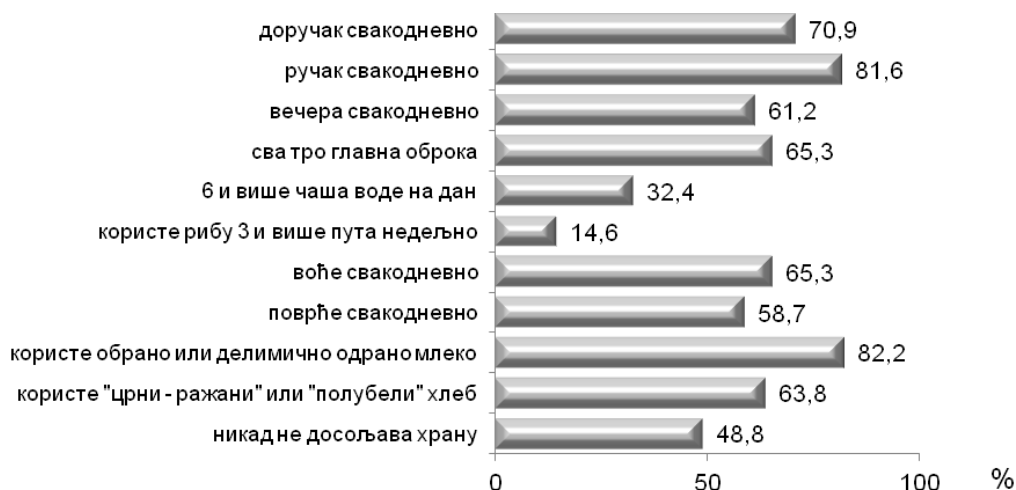
Више од две трећине (81.4%) испитаних сматра да исхрана има велики утицај на здравље, али при избору хране 23.5% увек, 40.8% често, а 31.9% понекад размишља о здрављу. Жене су статистички значајније чешће, увек мислиле на здравље приликом избора хране од мушкараца ($\chi^2=9.183$, $DF=3$, $p=0.027$), као и испитаници са неком од ХНБ у породичној анамнези ($\chi^2=6.776$, $DF=1$, $p=0.026$).

Своју ухрањеност је 58.3% испитаних лекара проценило као „ни дебео/ла, ни мршав/ва“, док је 33.5% сматрало да има прекомерну тежину, а 6.3% да су мршави. Жене су у 60.5% случајева своју ухрањеност процениле као идеалну, наспрам 47.1% мушкараца. Гојазних је било више међу мушкарцима (М-41.2%, Ж-32.0%). Самопроцена ухрањености се статистички значајно разликовала међу испитаницима женског пола до 48 године живота и старијих, а већи проценат нормално ухрањених је био међу млађим испитаницама (≤ 48 г -65.9%, >48 г -23.5%; $\chi^2=8.084$, $DF=3$, $p=0.044$). Оваква веза, између ове две варијабле, није пронађена код припадника мушког пола.

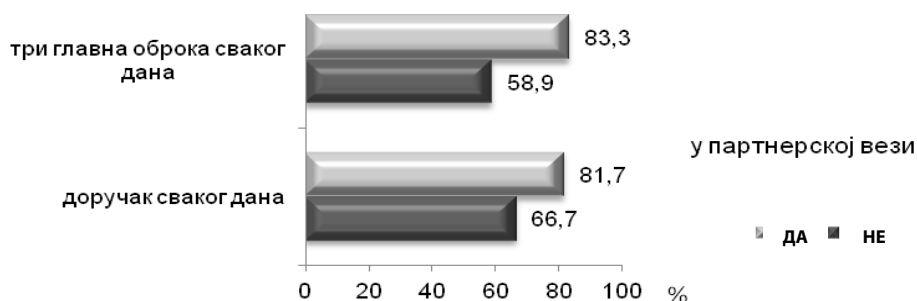
Заступљеност здравих навика у исхрани приказана је на Графикону 1, а на Табели 2 статистичка значајност разлике заступљености у односу на испитиване демографске, социо – економске карактеристике лекара и присуство ХНБ у анамнези. Статистички значајно чешће свакодневно доручкују и конзумирају сва три главна оброка испитаници у партнерској вези (доручак- $\chi^2=4,669$, $DF=1$, $p=0.031$; сва три оброка- $\chi^2=12.037$, $DF=1$, $p=0.000$) (Графикон 2).

Ручак као редован оброк, конзумирање рибе 3 и више пута у току недеље, количина попијене воде у току дана, врста млека, млечних производа и хлеба као и навика досољавања хране нису показале статистички значајну разлику у учесталости у односу на испитиване карактеристике лекара (пол, старост, брачно стање, степен стручне спреме, присуство деце као чланова породице, присуство неке од ХНБ у личној и породичној анамнези), а њихова дистрибуција у испитиваној популацији приказана је на Графикону 1.

Графикон 1. Заступљеност здравих навика у исхрани међу испитиваним лекарима

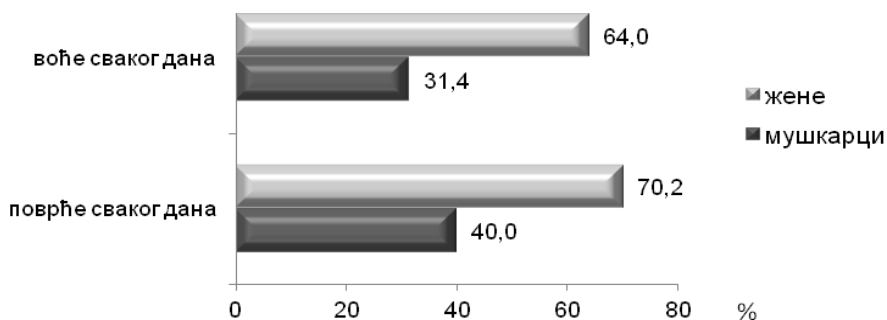


Графикон 2. Учесталост редовних obroка код испитаника у зависности од статуса везе



Највећи проценат испитаника свакодневно руча (Графикон 1), а већина редовно вечера, статистички значајније чешће испитаници старији од 48 година (≤ 48 г -53,8%, >48 г -68.6%; $\chi^2=4.737$, $DF=1$, $p=0.033$) и са неком од ХНБ у личној анамнези (са-70.9%, без-54.2%; $\chi^2=9.338$, $DF=1$, $p=0.003$). Лекари са завршеном специјализацијом статистички значајније чешће доручкују (са-67.5%, без-52.8%; $\chi^2=4.606$, $DF=1$, $p=0.043$). Више од половине испитаних свакодневно конзумира поврће и воће (Графикон 1), при чему су обе врсте намирница статистички значајније чешће конзумирале жене (поврће - $\chi^2=11.785$, $DF=1$, $p=0.001$; воће - $\chi^2=12.834$, $DF=1$, $p=0.001$). Дистрибуција је приказана на Графикону 3. Такође, поврће су статистички значајније чешће користили у свакодневној исхрани испитаници који су у породичној анамнези навели постојање неке од ХНБ (са-67.5%, без-37.5%; $\chi^2=5.879$, $DF=1$, $p=0.026$).

Графикон 3. Учесталост свакодневног конзумирања воћа и поврћа у зависности од пола испитаника



Табела 2. Заступљеност навика у исхрани и значајност разлике у односу на испитиване карактеристике лекара

Карактеристике популације		Учесталост	Доручак сваког дана	Вечера сваког дана	Сва три главна оброка сваког дана	Поврће сваког дана	Воће сваког дана
Пол	м	<i>N</i> %	24 68.6	23 65.7	21 60.0	14 40.0	11 31.4
	ж	<i>N</i> %	127 71.3	103 60.2	118 66.3	124 70.2	114 64.0
		<i>p</i>	<i>p</i> >0.05	<i>p</i> >0.05	<i>p</i> >0.05	<i>p</i> =0.001	<i>p</i> =0.001
Старост	≤48	<i>N</i> %	74 69.8	56 53.8	67 63.2	74 69.6	59 55.7
	>48	<i>N</i> %	77 72.0	70 68.7	72 67.3	65 60.7	66 61.7
		<i>p</i>	<i>p</i> >0.05	<i>p</i> =0.033	<i>p</i> >0.05	<i>p</i> >0.05	<i>p</i> >0.05
Брак или веза	не	<i>N</i> %	102 66.7	92 62.6	89 58.9	99 64.7	91 59.5
	да	<i>N</i> %	49 81.7	34 57.6	50 83.3	40 66.7	34 56.7
		<i>p</i>	<i>p</i> =0.031	<i>p</i> >0.05	<i>p</i> =0.000	<i>p</i> >0.05	<i>p</i> >0.05
Специјализација	да	<i>N</i> %	79 67.5	47 52.8	79 66.9	82 69.5	71 60.2
	не	<i>N</i> %	47 52.8	79 67.5	60 63.2	57 60.0	54 56.8
		<i>p</i>	<i>p</i> =0.043	<i>p</i> >0.05	<i>p</i> >0.05	<i>p</i> >0.05	<i>p</i> >0.05
ХНБ у личној анамнези	да	<i>N</i> %	71 69.6	70 72.2	69 67.6	72 70.6	64 62.7
	не	<i>N</i> %	80 72.1	56 51.4	70 63.1	67 60.4	61 55
		<i>p</i>	<i>p</i> >0.05	<i>p</i> =0.003	<i>p</i> >0.05	<i>p</i> >0.05	<i>p</i> >0.06
ХНБ у породичној анамнези	да	<i>N</i> %	138 70.1	116 60.4	126 64.0	133 67.5	116 58.9
	не	<i>N</i> %	13 61.3	10 71.4	13 81.3	6 37.5	9 56.3
		<i>p</i>	<i>p</i> >0.05	<i>p</i> >0.05	<i>p</i> >0.05	<i>p</i> =0.026	<i>p</i> >0.05
Заступљеност здравих навика у испитиваној популацији (укупно)		<i>N</i> %	151 70.9	126 61.2	139 65.3	125 58.7	139 65.3

5. ДИСКУСИЈА

Овим истраживењем анализиране су навике у вези са здравим начином исхране међу изабраним лекарима у служби за здравствену заштиту одраслих

грађана домова здравља у Београду. Испитивана је и разлика у учесталости тих навика у односу на демографске и социо – економске карактеристике испитаника, као и у односу на присуство ХНБ у личној и породичној анамнези.

Могућа ограничења студије потичу из самог типа студије јер се добијени резултати могу тумачити у посматраном тренутку, без увида у предходне навике и да ли је и због чега дошло до њихових промена. С обзиром да је испитивана популација лекара, примењеним упитником није било могуће одвојити знање лекара од њихових стварних навика у вези са исхраном. У свом истраживању Ханки и сарадници су такође изразили сумњу да су лекари давали одговоре више на основу свога знања него стварног понашања у вези са исхраном (12). Предност студије је била висока стопа одговора што потврђује заинтересованост самих лекара за истраживану тему, што су испитаници и изразили у својим писаним коментарима.

Истраживање је показало да доручкује редовно, сваког дана, 70.9% испитаника што је готово идентично као у популацији испитаних лекара у раду Винстона и сарадника (15). Редовност оброка је заступљенија код испитаника у брачној и ванбрачној вези што је показано и студијама у другим земљама (22, 23).

Лекари београдских домова здравља у највећем проценту поврће и воће конзумирају свакодневно, што представља боље навике у исхрани од британских лекара, који воће и поврће најчешће конзумирају 2 до 5 пута недељно (15). Ове навике су биле заступљеније међу женама што је показано и у другим студијама (9, 24). Испитаници ретко досољавају храну за разлику од лекара у финској студији која је показала да сваки трећи лекар увек досољава храну (14). Просечан број чаша воде (по 200 mL), које лекари попију у току дана, је био сличан као у популацији британских лекара (15). Београдски лекари у највећем проценту користе црни, ражани и полубели хлеб, док за британске лекаре имамо сличан податак али се односи само на доручак (15). Највећи проценат испитаника користи обрано и делимично обрано млеко за разлику од финских лекара који у 50% случајева користе пуномасно млеко (14).

Већи проценат жена – изабраних лекара је своју телесну масу оценио као идеалну што се може објаснити већим обраћањем пажње на физички изглед, а у прилог овој тврдњи иде и чињеница да је број испитаника који су своју телесну тежину означили као прекомерну (одговор „дебео/ла сам“) био већи међу мушкарцима. Међутим до пораста броја жена са прекомерном телесном тежином према сопственом мишљењу, долази код старијих од 48 година што се може објаснити смањењем социјалног притиска за „мршавим“ изгледом (25). Такође се у радовима Бола и Молариуса са сарадницима гојазност доводи у везу са степеном образовања, при чему је гојазност ређа међу високообразованим женама (26, 27) у које спадају и учеснице овог истраживања.

Подаци указују да више од половине одраслих становника Србије (9) и Београда (8), има повећану телесну тежину, сваки пети је гојазан, сваки други користи поврће, а сваки трећи воће у свакодневној исхрани и да сваки пети одрасли становник Србије при начину избора хране никада не размишља о здрављу (9). Имајући то у виду евидентно је да постоји широко подручје, на

популационом нивоу, на коме треба деловати ка масовнијем усвајању здравих стилова живота, са изабраним лекаром као носиоцем активности. Међутим и сами лекари, у другим земљама, су изразили сумњу да је њихово знање довољно за правилну контролу гојазности као масовне појаве и изразили потребу за додатном едукацијом (10-12).

6. ЗАКЉУЧЦИ

На основу резултата спроведеног истраживања, износе се следећи закључци:

1. Малобројне су студије које се баве детаљном анализом навика у исхрани лекара. Више студија доводе у везу понашање самих лекара и њихову активност у пружању савета за здраве стилове живота. Изабрани лекари у нашем истраживању, посматрано у целисти, били су свесни значаја здравог начина исхране и њеног утицаја на здравље, а већина испитаних здравих навика у исхрани је у високом проценту заступљена у популацији лекара. Са друге стране поједине навике нису у задовољавајућем проценту биле заступљене (навика конзумације воћа, рибе, воде), а и мање од половине лекара никада не досољава храну.
2. Карактеристике самих лекара (пол, брачно стање, степен образовања, присуство ХНБ у личној или породичној ананези) су повезане са учесталашћу појединих здравих навика у исхрани. Неке од карактеристика су у вези са стеченим знањем и искуством о значају превентивних мера за сузбијање ХНБ (лична и породична анамнеза), док друге могу указати на демографске и социјално-економске разлике међу лекарима (пол, брачно стање, степен образовања).
3. Усвајањем здравих стилова живота унапредило би се здравље самих лекара и повећала њихова активност у промоцији здравља, у овом случају здравих навика у исхрани. У ту сврху требало би спровести истраживање сличног типа на нивоу Републике и на основу резултата направити програме за унапређење здравља самих лекара, као и за примену вештина ефикаснијег преношење знања и искуства на своје пацијенте.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO. Global Strategy For Diet And Physical Activity, 2004. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/diet/en/index.html> (Accessed 03 September 2012).
2. Bianchini F, Kaaks R, Vainio H. Overweight, obesity and cancer risk. *The Lancet Oncology* 2002; 3(9):565-574.
3. Samanic C, Gridley G, Chow WH, Lubin J, Hoover RN, Fraumeni JF Jr. Obesity and cancer risk among white and black United States veterans. *Cancer Causes Control* 2004; 15:(35).
4. World Cancer Research Fund. American Institute for Cancer Research. Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective, Washington DC, WCRF AICR, 1997.
5. Steinmetz KA, Potter JD. Vegetables, fruit, and cancer prevention: a review. *Journal of the American Dietetic Association* 1996; (10): 1027-39.
6. Hung HC, Hung HC, Joshipura KJ, Jiang R, Hu FB, Hunter D., Smith-Warner SA. Fruit and vegetable intake and risk of major chronic disease. *The Journal of the National Cancer Institute* 2004; 96:1577-84.

7. Chiu M, Austin PC, Manuel DG. Comparison of cardiovascular risk profiles among ethnic groups using population health survey. *Canadian Medical Association Journal* 2010; 182(8).
8. Драгићевић В, Димитријевић З, Сокал-Јовановић Љ; Детерминанте здравља и фактори ризика грађана Београда 2006; Истраживање здравља становника Републике Србије 2006; Градски завод за јавно здравље, Београд, 2008.
9. Истраживање здравља становника Републике Србије 2006 – Финални извештај, Београд, Министарство здравља Републике Србије, 2007.
10. McGrady FP, McGlade KJ, Cupples ME, Tully MA, Hart N, Steele K. Questionnaire Survey of Physical Activity in General Practitioners (PHIT GP Study). *Ulster Medical Journal* 2007; 76: 91–97.
11. Cornuz J, Ghali WA, Di Carlantonio D, Pecoud A, Paccaud F. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Family Practice* 2000;17:535-540.
12. Hankey CR, Eley S, Leslie WS, Hunter CM and Lean MEJ. Eating habits, beliefs, attitudes and knowledge among health professionals regarding the links between obesity, nutrition and health. *Public Health Nutrition* 2003; 7(2), 337–343.
13. Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff BF. Correlated of physicians' prevention-related practice. Findings from the Women Physicians' Health Study. *The Archives of Family Medicine* 2000, 9:359-367.
14. Kelleher CC, Connor MO. Do doctors benefit from their profession? – a survey of medical practitioners' health promotion and health safety practices. *Irish Medical Journal*, 1998 Dec; 91(6):206-209.
15. Winston J, Johnson C, Wilson S. Barriers to healthy eating by National Health Service (NHS) hospital doctors in the hospital setting: results of a cross-sectional survey. *BioMed Central Research Notes* 2008,1:69.
16. WHO. Unhealthy Diets And Physical Inactivity. NMH Fact Sheet June, 2009. http://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_diet_en.pdf (Accessed 03 September 2012)
17. Министарство здравља Републике Србије, Српско лекарко друштво. Превенција типа 2 дијабетеса – Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити, 2005.
18. Министарство здравља Републике Србије. Гојазност – Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити, 2004.
19. Министарство здравља Републике Србије. Национални водич клиничке праксе – Препоруке за превенцију исхемијске болести срца, 2002.
20. US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture. *Dietary guidelines for Americans* 2005. 6th ed. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture; 2005. <http://www.health.gov/dietaryguidelines/dga2005/document/pdf/dga2005.pdf> (Accessed 03 September 2012)
21. Centers for disease Control and Prevention. Application of Lower Sodium Intake Recommendations to Adults - United States, 1999—2006, *Morbidity and Mortality weekly report*, 2009 / 58(11);281-283. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5811a2.htm> (Accessed 03 September 2012)
22. Averett SL, Sikora AB, Argys LM. For better or worse: Relationship status and body mass index. *Economics and Human Biology* 6 (2008) 330–349.
23. Joung IMA, Stronks K, Van de Mheen H, Mackenbach J P. Health behaviours explain part of the differences in self reported health associated with partner/marital status in The Netherlands. *Epidemiology and Community Health* 1995;49:482-488.
24. Baker AH, Wardle J. Sex differences in fruit and vegetable intake in older adults. *Appetite*, 2003, Volume 40, Issue 3, Pages 269-275.
25. Tzotzas T, Vlahavas G, Papadopoulou SK, Kapantais E, Kaklamanou D, Hassapidou M. Marital status and educational level associated to obesity in Greek adults: data from the National Epidemiological Survey. *BMC Public Health* 2010, 10:732.
26. Ball K, Crawford D. Socioeconomic status and weight change in adults: a review. *Social Science & Medicine* 2005, 60(9):1987-2010.
27. Molarius A, Seidell JC, Sans S, Tuomilehto J, Kuulasmaa K. Educational level, relative body weight, and changes in their association over 10 years: an international perspective from the WHO MONICA Project. *American Journal of Public Health* 2000, 90(8):1260-1268.

EATING HABITS OF GENERAL PRACTITIONERS IN BELGRADE

Vojvodic Katarina, Babic M.¹, Trajkovic G², Dragicevic V.

¹Belgrade University, School of Medicine, Institute of Social Medicine;

²Belgrade University, School of Medicine, Institute of Medical Statistics and Informatics

ABSTRACT

Introduction: Healthy eating habits are important in prevention of overweight, hypertension, increased concentration of blood glucose and cholesterol, and various non-communicable diseases (NCD) that are connected with that. With their knowledge and eating habits doctors should set a good example of healthy leaving to their patients.

Objectives: To establish the prevalence of healthy eating habits among doctors included in survey, and to analyse frequency of healthy eating habits according to main characteristics of participants (demographic, socio – economic and health status).

Method: This research was conducted as a cross-sectional study on representative sample of doctors employed in health care services for adult citizens in Belgrade. Questionnaire for adults over 20 years of age was used in data collecting. Statistical analyses included descriptive statistic, and Chi-square test was used for testing hypotheses of difference in frequency of eating habits according to the sex, age, marital status, education level, presence of NCD in personal or family history.

Results: Half of respondents were found to suffer from some NCD or some other problem connected with poor eating habits, although 81.4% considered diet as very important for health. Total of 65.3% respondents consume three meals a day, 65.3% eat vegetable, 58.7% eat fruits, and majority consume integral bread and low fat milk. Gender, marital status, and presence of health problems in personal and family history were found to affect frequency of studied habits. Everyday consumption of fruit and vegetables are more often among women participants ($p=0.001$), doctors over 48 more often take supper every day ($p=0.033$). Main meals regularly have doctors in relationship ($p=0.000$). Presence of some NCD in personal and family history is more often connected with every day consumption of vegetables ($p=0.026$).

Conclusion: Certain healthy eating habits are accepted by majority of doctors (everyday breakfast, three main meals, everyday consuming fruit and vegetable). Habits like: consuming fish, water and fruits are not as frequent among doctors as expected. They are also more prone to excess salt intake than expected. Results indicate need for improvement in eating habits among doctors, who could set a good example and thus promote healthy eating habits among the health service users.

Key words: general practitioners, eating habits, health, prevention, survey

ПРИВАТНИ ДОМОВИ ЗДРАВЉА У БЕОГРАДУ – ЗАДОВОЉСТВО КОРИСНИКА И РАЗЛОЗИ КОРИШЋЕЊА

Бабић Вера, Тртица С., Нешковић А.,
Делибашић М., Хладиш А.

САЖЕТАК

Увод: Приватна пракса у нашој земљи, према Закону о здравственој заштити може обављати одређене послове здравствене делатности, ако Министарство здравља Републике Србије решењем утврди да су за то испуњени услови, прописани законом. Задовољство пруженом здравственом услугом све више постаје предуслов будућег избора лекара кад је сопствена здравствена заштита у питању посебно имајући у виду управо могућност обраћања и приватном сектору.

Циљ: Циљ овог рада је да се установе разлози коришћења здравствене заштите у приватним домовима здравља, задовољство корисника здравственом заштитом добијеном у тим установама, уз компарацију са неким од резултата истраживања задовољства корисника у државним домовима здравља.

Метод рада: Истраживање је спроведено у 5 приватних домова здравља (*Dr Ristić, ICTUS, BELMEDIC, VIZIM* и *CLINIKA NOVA* на територији града Београда, од постојећих 9, и то у домовима здравља који су дали сагласност да њихови пацијенти буду анкетирани. Обухваћени су корисници који су остварили различите услуге у овим установама, у току два месеца, априла и маја 2012. године.

Резултати: Од 500 достављених упитника, попуњен је 461 упитник или 92,2%. Просечна старост испитанка је од 30 до 59 година живота, односно у најпродуктивнијем добу. Близу 85% анкетираних свој материјални положај процењује као добар. У највећем проценту су били са средњим, вишим и високим образовањем 93%, њих 5,7% су били са основном школом, а само 1,3% испитаника са незавршеном осмогодишњом школом. Највећи број испитаника редовно користи услуге приватног дома здравља. Више од половине пацијената (51,8%) за дом здравља су сазнали од својих пријатеља. Од свих анкетираних пацијената, највећи проценат обратио се служби опште медицине (39,1%), а затим гинекологу (26,5%), интернисти (20,4%) и педијатру (8,8%). На остале специјалисте отпада 6,4%.

Закључак: Став корисника здравствене заштите према приватној пракси је, углавном, врло позитиван. Значајних разлика у стручности лекара приватног и државног сектора нема. Услуга се добија за краће време у приватним установама, где нема чекања, а некада се обави дијагностика и започне терапија у истом дану.

Кључне речи: приватна здравствена заштита, задовољство корисника, квалитет заштите.

УВОД

Приватна пракса у нашој земљи, према Закону о здравственој заштити Републике Србије, може обављати одређене послове здравствене делатности, ако Министарство здравља Републике Србије решењем утврди да су за то испуњени услови, прописани законом. Може се основати као:

- ординација лекара, односно стоматолога (општа и специјалистичка)
- поликлиника
- лабораторија (за медицинску, односно клиничку биохемију, микробиологију, патохистологију)
- апотека
- болница
- амбуланта (за здравствену негу и рехабилитацију)
- лабораторија за зубну технику

Оснивач приватне праксе, самостално обавља делатност као предузетник (1).

Приватна лекарска пракса у Републици Србији била је забрањена до 1989. године. Иако је по новом Закону о здравственој заштити изједначена са државним здравственим установама није интегрисана у државни систем здравствене заштите, осим што за неке здравствене услуге постоје посебни уговори приватних здравствених установа и Републичког фонда за здравствено осигурање (РФЗО).

Ако посматрамо свет, приватни сектор је мање или више укључен у здравствени систем и то под условом да испуњава прописане услове и ако функционише по дефинисаним стандардима. Тако је у Америци у преко 90% од укупног броја здравствених установа. У европским земљама приватна лекарска пракса је регулисана различито. Углавном је у знатној мери укључена у систем финансирања од стране државног здравственог осигурања, али не у потпуности (Немачка 50%, Швајцарска 19%). Слична је ситуација у републикама бивше Југославије. У Словенији нпр. сваке године власници приватних ординација склапају уговор о финансирању са државним здравственим фондом, с тим да се придржавају прописаних услова, стандарда, протокола о раду, као и утврђених цена услуга. Осигураници добијају списак приватних здравствених установа, укључујући и услуге које могу у њима да добију, а на терет здравственог осигурања. (2).

Задовољство корисника здравственом заштитом није нов концепт. Ипак, последњих година добија све више на значају јер постаје незаобилазна компонента процене квалитета здравствене заштите, као и предуслов за доношење многих одлука из домена политике здравствене заштите (3). Класичан патерналистички однос лекар - пацијент доживео је значајну трансформацију ка новој парадигми где је пацијент у фокусу интереса и оријентације система здравствене заштите (4,5).

Пацијанти данас располажу обиљем информација не само о појединим обољењима и стањима, већ и дијагностичким и терапијским процедурама, као и могућим нежељењим, споредним ефектима. Уместо пацијента - пасивног посматрача, „сагласност добро информисаног пацијента“ и „заједничко доно-

шење одлука које га се директно тичу“, са здравственим радником, представља све више модел понашања, али превентивно у приватном сектору (6).

Задовољство пруженом здравственом услугом све више постаје предуслов будућег избора лекара кад је сопствена задржавствена заштита у питању, посебно имајући у виду управо могућност обраћања и приватном сектору. Студија Универзитета у Јоханесбургу је показала да би мишљење корисника здравствене заштите о квалитету пружене здравствене услуге, и њихова очекивања у поменутом смислу у приватном сектору, требало да представља детерминанту будућих позитивних промена у раду оних који те услуге пружају. „Глас пацијената је кључан у дизајнирању, евалуацији и унапређењу постојећих услуга и програма“ у приватној пракси“ (7)

Истраживања показују да је сатисфакција корисника директан прекурсор финансијских резултата односно успешности пословања приватних здравствених установа, без обзира на њихову величину и профил. „Ако смо на било који начин незадовољни онима којима поверавамо наше здравље или здравље наших ближњих и ако имамо могућност за алтернативу, одмах ћемо је применити“. (8)

Компарација задовољства корисника услугама у приватном и државном сектору, на различитим нивоима здравствена заштите, показује углавном исте резултате – виши ниво сатисфакције услугама приватног сектора (9, 10, 11, 12).

Према постојећим подацима у приватни здравствени сектор, за последњих 20 година, инвестирано је преко 2 милијарде евра капитала, тако да овај систем поседује данас: преко 3.000 УЗ апарата, преко 100 ЦТ и МР. Истиче се, на истом сајту, да се у преко 100 болница, са преко 1000 кревета обављају врло различите операције, укључујући и оне високо специјализоване (13).

Према последњим доступним подацима Лекарске коморе Србије, укупно у Србији у приватном здравственом сектору ради 2.931 лекар, од чега у Београду 1.806 лекара (61,6%).

Број лекарских приватних правних субјеката је у Србији 1200, а у Београду 683 (56,4%). Према врсти и типу, ради се о следећим облицима приватне праксе:

- ОРДИНАЦИЈА 508 (426 специјалистичких и 82 опште праксе);
- БОЛНИЦА 60 (специјалних 52 и 8 општих);
- **ДОМОВА ЗДРАВЉА 9;**
- ПОЛИКЛИНИКА 74;
- ЗАВОДА 11;
- ЛАБОРАТОРИЈА 15.

Иако у приватној пракси цене услуга превазилазе просечне зараде запослених у Републици Србији, одређени број корисника ипак се обраћа приватним здравственим установама. Међу најчешћим разлозима због којих се пацијенти опредељују за приватни сектор, и код нас и у свету, су: непостојање редова и дугог чекања, љубазност особља, пријатан амбијент, посвећеност пацијенту, квалитет услуге и лечења и др. (6,9,11,14). Претпоставка да би грађани у већој мери користили услуге у приватном здравственом сектору не значи неповерење према стручности лекара у државним здравственим установама. Управо су

претходно наведени фактори главни разлог њиховог опредељења за приватни сектор, кад за то имају могућност или врло често (преку) потребу.

Пацијенти су неретко незадовољни и самим првим контактом са државним системом здравствене заштите (14). Тешко им је прихватљиво „лутање“ од шалтера до шалтера, неисправност медицинских апарата, заказивање прегледа или дијагностичке услуге тек за неколико месеци, при чему се они, у самом моменту заказивања истих, не осећају добро и сматрају да губе драгоцену време. Болестан човек жели да га лекар прими што пре, саслуша и пружи адекватну помоћ, што није у потпуности оствариво у државним здравственим установама (15).

У приватним здравственим установама, се очекује да је све подређено пацијенту, од уласка до изласка из система. Да ли је то заиста тако, покушало је да утврди истраживање које је рађено у 5 приватних домова здравља у Београду, с тим да је урађена и компарација са неким од резултата сатисфакције корисника здравственом заштитом у државним домовима здравља (16, 17).

Добијени резултати упућују на позитиван став и добра искуства корисника у коришћењу здравствене заштите у поменутих установама. Адекватна комуникација, посвећеност пацијенту, краће време за добијање здравствене услуге, добра технолошка опремљеност, пријатан амбијент и одговарајући хигијенски услови само су неке од евидентних предности, што има за исход да су пацијенти и са просечним примањима спремни (поново) да плате за здравствену услугу (коју су већ платили кроз здравствено осигурање) (14,18).

С обзиром да је све више услуга које пацијенти плаћају и у државним здравственим установама (истина по нижим ценама) требало би даље радити на интеграцији овог сектора у постојећи систем здравствене заштите, посебно имајућу у виду постојеће ресурсе у овој области. То би допринело развоју конкуренције и „борби“ за пацијента, слободи избора здравствене установе/лекара чиме би се у већој мери изједначио приватни са државним сектором. Као даљи позитиван исход, могло би се очекивати смањење листа чекања и успешнија примена у пракси идеје о „пацијенту у центру система здравствене заштите“.

ЦИЉ РАДА

Циљ овог рада је да се установе разлози коришћења здравствене заштите у приватним домовима здравља, задовољство корисника здравственом заштитом добијеном у тим установама, уз компарацију са неким од резултата истраживања задовољства корисника у државним домовима здравља.

МЕТОД РАДА

Истраживање је спроведено у 5 приватних домова здравља на територији града Београда, од постојећих 9, и то у домовима здравља који су дали сагласност да њихови пацијенти буду анкетирани. Обухваћени су корисници који су остварили различите услуге у овим установама у току два месеца – априла и маја 2012. године.

Инструмент истраживања је Упитник – анонимног типа, са 20 питања затвореног типа и једним питањем отвореног типа. Питања се односе на социјално-демографске карактеристике испитаника (пол, старост, школска спрема и материјални статус), чиниоце у процесу пружања здравствене заштите који могу да утичу на мишљење и став корисника о квалитету пружене заштите, односно разлог коришћења. Једна група питања везана је за службе и услуге које пацијенти користе у приватним домовима здравља. Следећа група питања се односи на начин на који пацијенти сазнају за приватни дом здравља и факторе који утичу на избор установе. Последња група питања односи се на задовољство кадром, опремом, простором и одређеним аспектима пружене здравствене заштите.

Истраживање је спроведено у складу са утврђеним методом рада. Обухваћена је популација пацијената који су посетили лекара у приватном дому здравља у периоду од априла до краја маја месеца. Пацијенти су самостално попуњавали упитник, за време боравка у дому здравља.

За обраду података коришћене су методе дескриптивне статистике: просечна вредност (аритметичка средина), мере варијабилитета (стандардна девијација) и релативни бројеви. За утврђивање значајности разлике између обележја коришћени су непараметарски тестови и то χ^2 тест и *Kruskal-Wallis*-ов тест (H). Сви статистички тестови су прихватани ако је вероватноћа нулте хипотезе једнака или мања од 5 %. Задовољство корисника исказано је просечном оценом на скали од 1 до 5, где је 1=веома незадовољан, а 5=веома задовољан.

База података је креирана у компјутерском програму *SPSS* који је коришћен и за статистичку обраду података.

Неки од добијених резултата су поређени са резултатима из Анализе задовољства корисника квалитетом здравствене заштите у домовима здравља и заводима који обављају делатност на примарном нивоу здравствене заштите у Београду у 2011. години (19). Истраживање задовољства корисника радом изабраног лекара у службама за здравствену заштиту одраслих, деце и жена, као и стоматолошкој и консултативно специјалистичкој служби у државном сектору, спроведено је 5. 12. 2011. године у свих 16 домова здравља и три завода који делатност обављају на примарном нивоу здравствене заштите. У истраживању је коришћен упитник Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

ПРИВАТНИ ДОМОВИ ЗДРАВЉА У КОЈИМА ЈЕ ОБАВЉЕНО ИСТРАЖИВАЊЕ

Истраживање је обављено у 5 приватних домова здравља, са следећим карактеристикама (подаци добијени са сајта сваког дома здравља):

„*Dr RISTIĆ*“ - постоји од 1994. године, некада као ординација, затим поликлиника и данас као приватни дом здравља, који је успешно прошао процес акредитације. Налази се на Новом Београду, а радно време је од 8:00 до 21:30 часова, 365 дана у години, од понедељка до недеље. Лабораторија ради од 7:00 до 21:30, апотека од 8:00 до 21:30, а теренска служба од 00 до 24 часа. Од служби, овај дом здравља има: општу медицину, педијатрију, ендокринологију, инфектологију,

интерну медицину, физикалну медицину, реуматологију, гинекологију, неурологију, урологију, пулмологију, дерматологију, психологију, медицину спорта, ортопедију, хомеопатију, кардиологију, оториноларингологију, медицину рада, неурофизиологију, општу хирургију, офталмологију, гастроентерологију, стоматологију, дијететику и нутриционизам, лабораторију.

„ICTUS“ - први приватни дом здравља на општини Чукарица. Почетак рада ове установе је везан за 2003. годину када је то била амбуланта, да би 2005. добила статус поликлинике, а 2008. године дома здравља. Од службе овај дом здравља има: педијатрију, гинекологију, стоматологију, физикалну медицину, интерну медицину, кардиологију, ултразвучну и рендген дијагностику, општу медицину, лабораторију и кућне посете. Радно време дома здравља је од 7:30 до 20:30, а викендом од 9:00 до 17:00 часова.

„BELMEDIC“ - налази се на општини Нови Београд. Радно време је 24 сата, а медицинске услуге се пружају како деци, тако и одраслима. Поседује следеће службе: општа медицина, педијатрија, интерна медицина, гинекологија, хирургија, ортопедија, урологија, дерматологија, оториноларингологија, офталмологија, неурологија, физикална медицина и стоматологија.

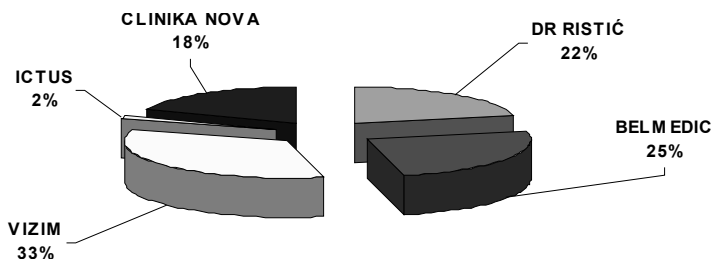
„VIZIM“ - приватни дом здравља у улици Кнез Милетина, на општини Палилула. Од медицинских грана има: општу медицину, интерну, ултразвучну дијагностику, стоматологију, имунологију, реуматологију, психологију, центар за исхрану, медицину рада, лабораторију, кућно лечење, офталмологију, дерматовенерологију, физикалну медицину, педијатрију, оториноларингологију. Још 1994. године почела је са радом приватна поликлиника, 2001. године отворена је амбуланта у Палати „Београђанка“, 2003. године отворена је амбуланта у Народном позоришту, а 2006. године постаје дом здравља. Радно време је од 7:00 до 21:00 и суботом од 7:00 до 16:00 часова. Посебна служба овог дома здравља бесплатно превози старије Београђане на прегледе и терапије у дом здравља.

„CLINIKA NOVA“ је приватни дом здравља на локацији општине Савски венац. Дисциплине које су заступљене у овом дому здравља су: општа медицина, кућно лечење и нега, лабораторија, апотека, педијатрија, гинекологија, интерна медицина, алергологија, имунологија, оториноларингологија, офталмологија, медицина рада, ултразвучна дијагностика, рендген дијагностика. Радно време је радним даном од 7:30 до 20:30 и суботом од 8:30 до 15:00 часова, а ван тог времена ради дежурна служба.

РЕЗУЛТАТИ

Од 500 подељених упитника попуњено је 461 или 92,2%. (граф.1). На нека питања анкетирани пацијенти нису дали одговор, сумњајући да ће датим одговором бити нарушена њихова анонимност. Највећи број упитника је достављен из Дома здравља „VIZIM“ (152 или 33%), а најмањи из „ICTUS“-а (2%, 9 упитника).

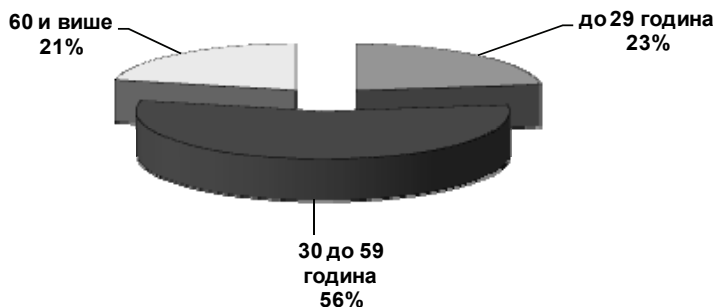
Графикон 1. Процент испитаника према домовима здравља



Анкетирањем су обухваћени испитаници **оба пола**. Мушкарци (50.9%) су били нешто више заступљени од жена (49.1%). Најмлађи испитаник је имао 18, а најстарији 79 година живота.

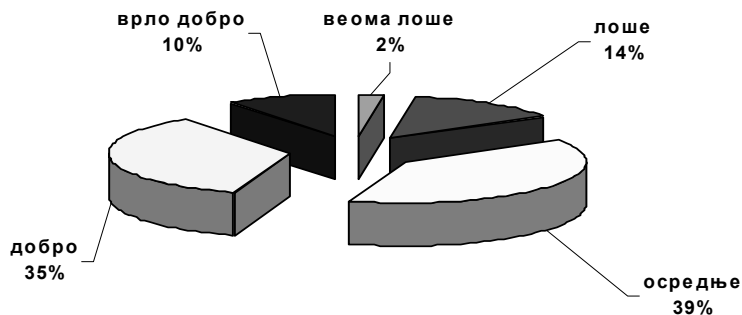
Просечна старост испитаника је била $39,99 \pm 12,99$ година. Највећи број испитаника је у старосној доби од 30 до 59 година (221), односно у најпродуктивнијим годинама живота, нешто мање у старосној доби до 29 година (77), а преко 60 година њих 30 (граф. 2). Од свих анкетираних, њих 134 (29%) није навело овај податак, тако да је одговор дало само 327 испитаника.

Графикон 2. Старосна структура испитаника



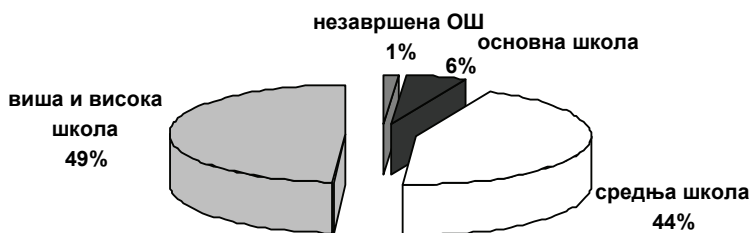
Близу 85% анкетираних свој материјални положај процењује као добар и осредњи (осредње 39%, а добро и веома добро 45,1%), што говори да још увек постоји један број корисника који су спремни да издвоје средства за добијање услуге у приватном сектору (граф. 3).

Графикон 3. Материјално стање породице анкетираних особа



Према образовању, корисници су у највећем проценту били са средњим, вишим и високим образовањем (93%). Њих 5,7% су били са основном школом, а само 1,3% са незавршеном осмогодишњом школом (граф. 4).

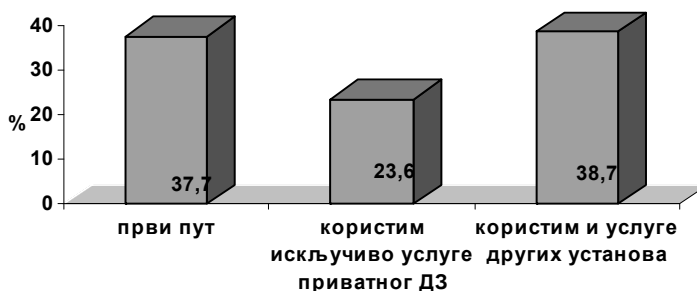
Графикон 4. Школска спрема испитаника



Највећи број испитаника редовно користи услуге приватног дома здравља, али користи и државне установе. Њих 37,7% је навело да први пут користи услуге приватног дома здравља у коме је попунио анкетни упитник, а скоро сваки четврти испитаник је навео да користи искључиво услуге приватног дома здравља (граф. 5).

Преко половине испитаника (53,9%) је навело да и њихови чланови породице користе приватни дом здравља.

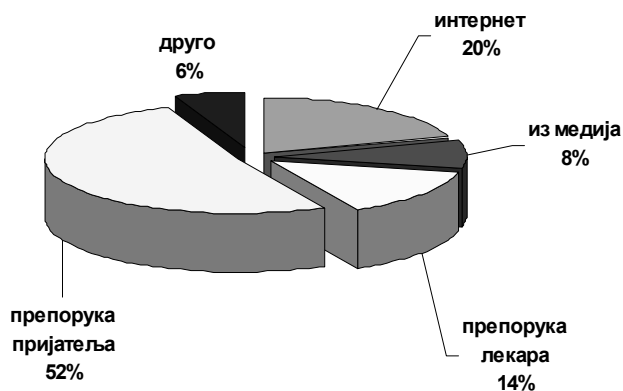
Графикон 5. Коришћење услуга приватног дома здравља



Приватни домови здравља, као и државни нуде могућност избора лекара који ће пратити пацијентово здравствено стање, као изабрани лекар. На питање да ли увек иду код истог лекара, највећи број анкетираних је одговорио са не (65,3%).

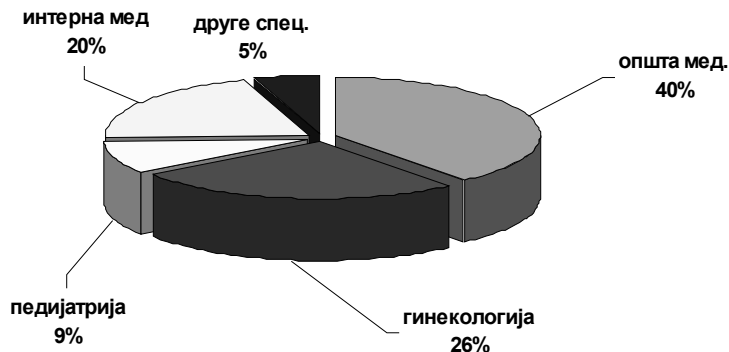
Више од половине пацијената за дом здравља у коме су обавили преглед сазнали су од својих пријатеља (51,8%). Није мали проценат оних који су сазнали преко интернета (20,3%), док је 13,8% пацијената дошло по препоруци лекара. Међу могућим другим начинима, најчешће се наводи да се до одговарајућег дома здравља дошло преко фирми у којима појединци раде, а које су склопиле уговор са приватним домом здравља о праћењу здравственог стања запослених, обезбеђивањем и превентивне и куративне здравствене заштите за запослене (граф. 6).

Графикон 6. Начин на који су испитаници сазнали за приватни дом здравља



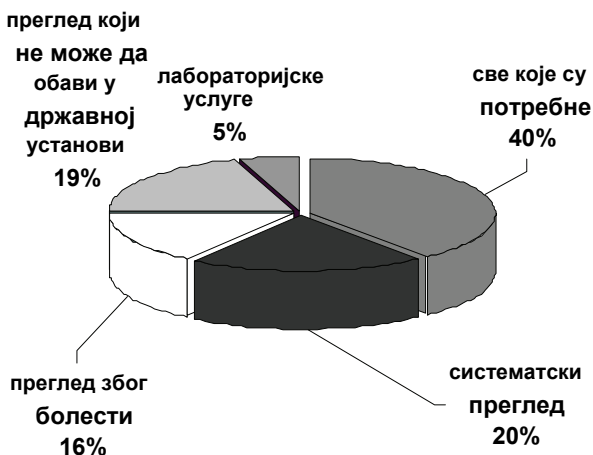
Од свих анкетираних пацијената, највећи проценат обратио се служби опште медицине (39,1%), затим гинекологу (26,5%), интернисти (20,4%) и педијатру (8,8%). На остале специјалисте отпада 6,4% посета (граф. 7).

Графикон 7. Најчешће коришћене специјалности приватног дома здравља



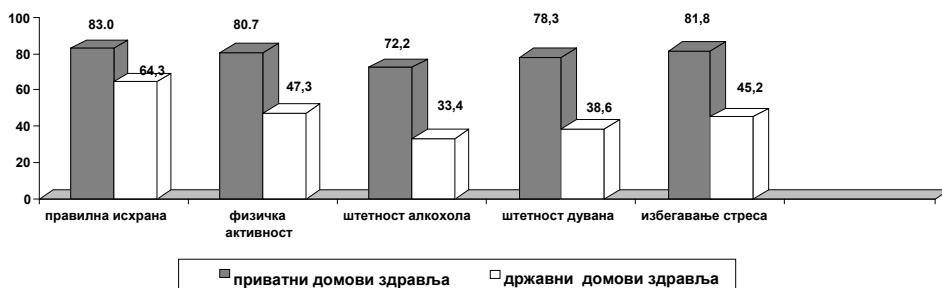
Чак 40% пацијената у приватним домовима здравља користи све услуге које су им потребне. Сваки пети испитаник обавља систематске прегледе, и то је углавном код корисника који су преко фирми опредељени за тај приватни дом здравља, а скоро исто толико их долази због прегледа које не могу да обаве у државним здравственим установама (граф. 8).

Графикон 8. Најчешће коришћене услуге у приватним домовима здравља



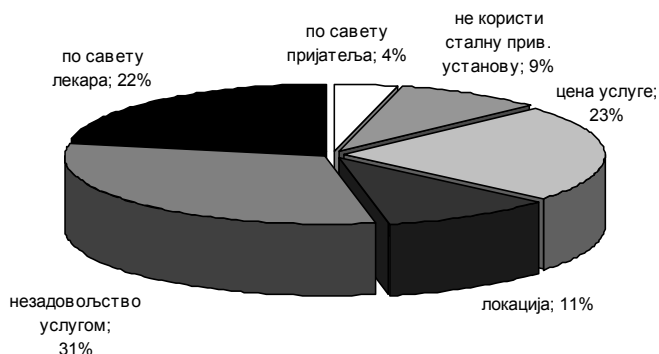
Углавном су сви анкетирани истакли да им лекар посвећује време у циљу превенције, даје савете за очување здравља, обухватајући различите теме: правилна исхрана - 83%, избегавање и елиминација стреса - 81,8%, физичка активност - 80,7%, смањење и престанак пушења -78,3%, а у нешто мањој мери савете у вези злоупотребе алкохола - 72,2%. Када је у питању став анкетираних у државном сектору, савете о здравим стилевима живота пацијент добија као и у приватном дому здравља у току редовне посете, а значајно мање у саветовалишту или превентивном центру. Учесталост давања савета у државним домовима здравља је мања него у приватним по свим испитиваним темама, а најзаступљенији су савети о значају здраве исхране (64,3%), у мањем проценту о редовној физичкој активности (57,3%), затим о одбрани од стреса (45,2%), о штетности дувана (38,6%) и алкохола (33,4%) (граф. 9).

Графикон 9. Процентна заступљеност појединих тема као савета лекара у вези очувања здравља у приватним и у државним домовима здравља



Најчешћи разлог због којег би анкетирани пацијенти приватних домова здравља променили дом здравља јесте незадовољство пруженом услугом (31,1%). На другом месту је цена услуге (23,1%), а на трећем по препоруци лекара (21,9%), (граф. 10).

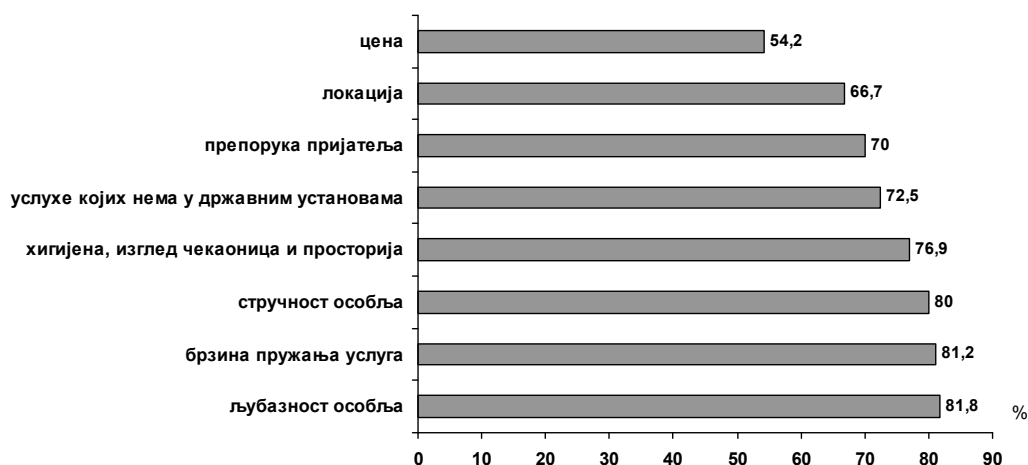
Графикон 10. Разлози за промену приватног дома здравља



Разлози који утичу на избор приватног дома здравља код корисника који су анкетирани:

1. **Љубазност особља:** 81,8% испитаника је истакло да је љубазност особља један од битних фактора за опредељење за одређену установу. Када је у питању љубазност медицинских сестара, 88,1% анкетираних су задовољни и веома задовољни сестрама. Посматрајући љубазност лекара 87,2% је задовољно и веома задовољно, а само 6,1% су веома незадовољни.
2. **Брзина пружања здравствених услуга,** односно дужина чекања на преглед, код 81,2% корисника је веома важан показатељ задовољства пацијента.
3. **Стручност особља** је код 80% анкетираних веома битан фактор.
4. **Хигијена, изглед чекаоница и других просторија, услови у којима се обавља делатност** свакако утичу и на корисника/пацијента. Њих 76,9% је наведене елементе истакло као битан разлог за опредељење за одређени дом здравља.
5. **Могу се добити услуге којих нема у државним установама.** Ово је веома важно за 72,5% анкетираних.
6. **Препорука пријатеља** на око 70% испитаника утиче позитивно.
7. **Препорука лекара** као један од фактора који утичу на избор је заступљена са 66,7%.
8. **Локација** је један од фактора који утиче на корисника у опредељивању за услуге одређеног дома здравља и то са 54,2%.
9. **Цена услуге** свакако има утицај на избор установе, али само у половини свих случајева (53,3%).

Графикон 11. Фактори који утичу на избор приватног дома здравља

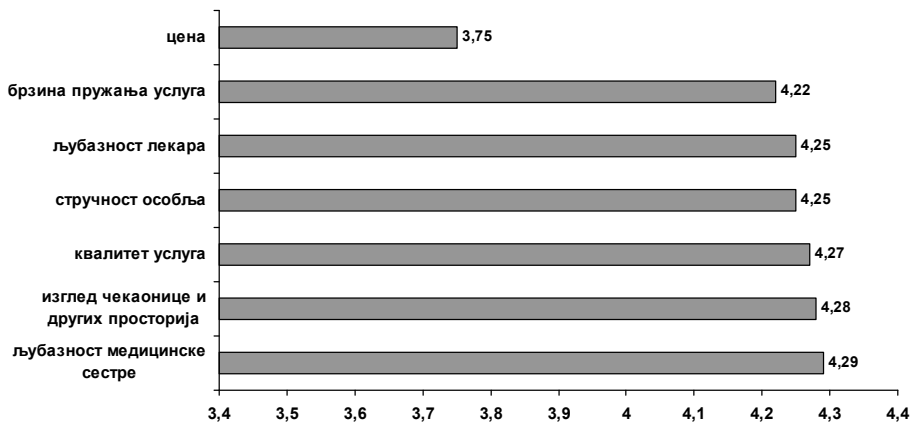


Задовољство анкетираних добијеном услугом

- **Квалитетом услуге** коју су добили 88,4% испитаника је задовољно и веома задовољно, а само 4,9% су веома незадовољни и незадовољни, док је 6,7% ни задовољно ни незадовољно.
- **Брзином пружене услуге** је већина корисника задовољна (86,4%), док је 5,7% веома незадовољно и незадовољно.
- **Ценом услуге** је задовољно и веома задовољно 66,8% анкетираних.
- **Стручношћу особља** задовољно је 87,9% испитаника.

Исказано просечном оценом, на скали од 1 до 5, пацијенти су најбоље оценили љубазност медицинских сестара (просечна оцена 4,29). Слично су оцењени и изглед чекаоница и других просторија, квалитет услуга, стручност особља и љубазност лекара. Пацијенти су најмање задовољни ценом услуга, са просечном оценом задовољства 3,75 (граф. 12).

Графикон 12. Оцена задовољства испитаника различитим показатељима рада приватних домова здравља

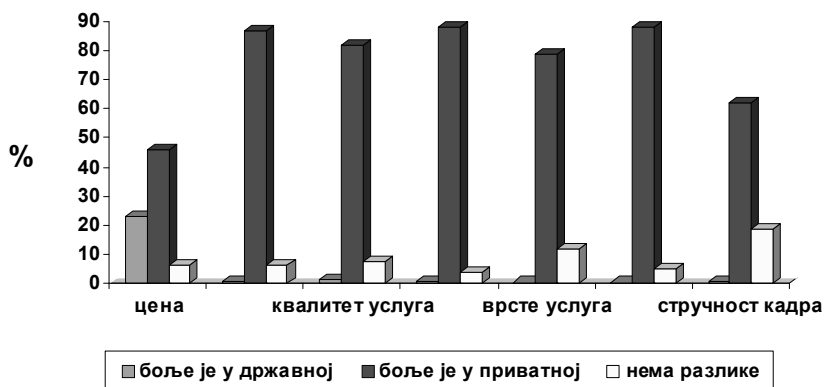


Преко 70% пацијената сматра да приватни дом здравља располаже свом потребном опремом за рад, око 24% није сигурно, а само 5,7% испитаника мисли да приватни домови здравља немају сву потребну опрему.

Већина испитаника сматра да постоји разлика између државних и приватних домова здравља у квалитету услуга, стручности кадра, љубазности особља и сл. Преко 80% испитаника се изјаснило да је у приватним домовима здравља боља љубазност особља, хигијена и изглед чекаоница, брзина пружања услуга, као и већа разноврсност услуга на располагању. Око 62% испитаника мисли да је кадар стручнији у приватним домовима здравља, а супротно очекивању, 46% испитаника

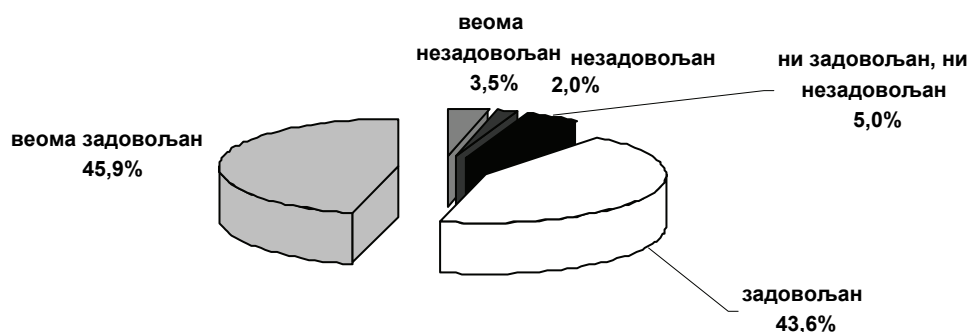
сматра да је и цена услуга у приватним домовима здравља боља у односу на државне домове здравља (граф. 13).

Графикон 13. Ставови испитаника о разликама између приватних и државних домова здравља



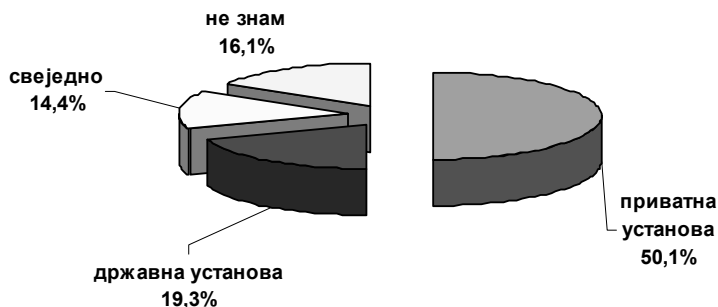
И укупно задовољство радом приватних домова здравља је високо. Просечна оцена је 4,27, а око 90% пацијената се изјаснило да су задовољни и веома задовољни радом приватних домова здравља (граф. 14). Због тога би највећи број анкетираних корисника препоручио приватни дом здравља својим пријатељима (83,5%), док само 4,1% то не би урадио, а 12% нису сигурни.

Графикон 14. Укупно задовољство радом приватних домова здравља



Иако је преко 80% испитаника изјавило да је задовољније радом приватних домова здравља у односу на државне, у случају озбиљне повреде или акутног погоршања здравственог стања само 50% се изјаснило да би волели да буду збринуте у приватној установи, 14% је навело да им је свеједно, а 19% би више волели да буду збринуте у државној установи (граф. 15).

Графикон 15. Врста установе у којој би испитаници желели да буду збринуте у случају акутног погоршања здравственог стања



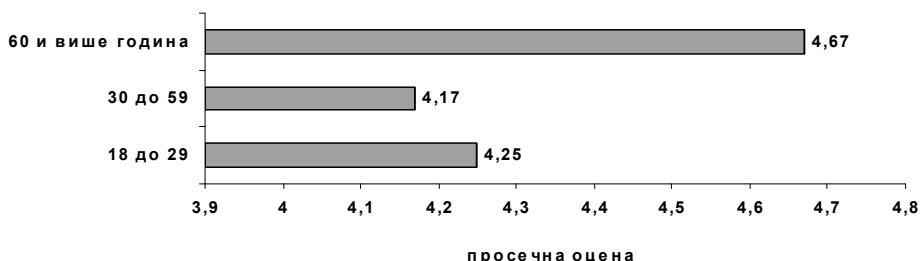
У односу на социјално-демографске карактеристике испитаника, може се констатовати да су пацијенти мушког пола били нешто задовољнији радом приватних домова здравља од жена (граф. 16), али није установљена статистички значајна разлика у степену задовољства у односу на пол испитаника ($H=1506$, $df=1$, $p=0,220$).

Графикон 16. Просечна оцена задовољства корисника радом приватног дома здравља у односу на пол испитаника



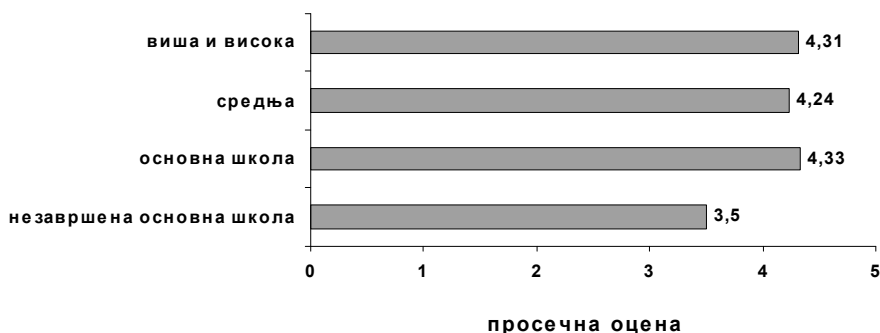
Пацијенти старији од 60 година су најзадовољнији радом приватних домова здравља (просечна оцена 4,67), а најмање су задовољни пацијенти у добној групи од 30 до 59 година (граф. 17). Постоји статистички значајна разлика у степену задовољства у односу на старост испитаника ($H=11,925$, $df=2$, $p=0,003$).

Графикон 17. Просечна оцена задовољства корисника радом приватног дома здравља у односу на старост испитаника



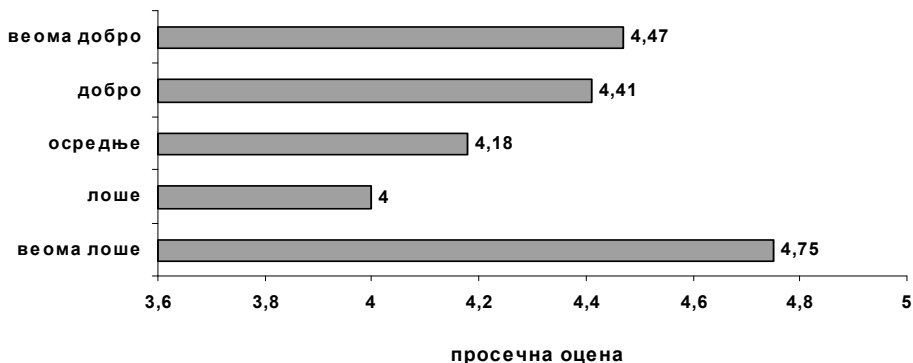
Радом приватних домова здравља су најмање задовољни пацијенти са незавршеном основном школом (просечна оцена 3,50), а најзадовољнији су пацијенти са завршеном основном школом и са завршеном вишом и високом школом (граф. 18). Није установљена статистички значајна разлика у степену задовољства корисника у односу на школску спрему ($H=2,588$ $df=3$, $p=0,460$).

Графикон 18. Просечна оцена задовољства корисника радом приватног дома здравља у односу на школску спрему испитаника



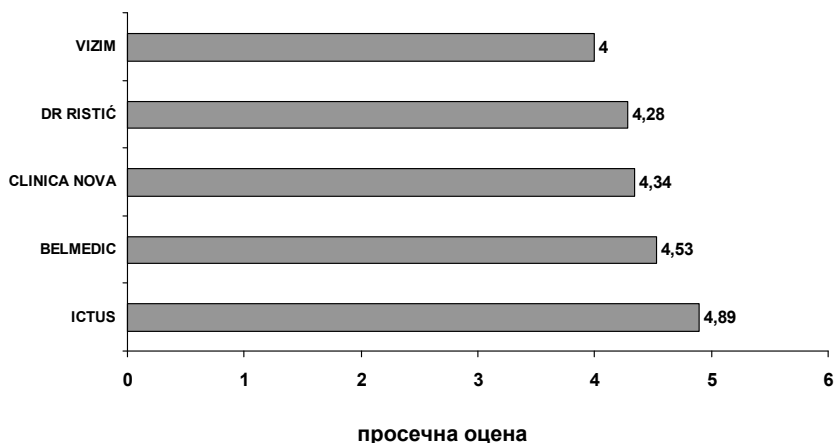
Радом приватних домова здравља су најзадовољнији пацијенти који су своје материјално стање оценили као веома лоше (просечна оцена 4,75), а затим пацијенти који су веома доброг материјалног стања (4,47), а најмање су задовољни пацијенти који су своје материјално стање оценили као лоше (граф.19). Установљена је статистички значајна разлика у задовољству корисника радом приватних домова здравља у односу на материјални положај испитаника ($H=29,958$, $df=4$, $p=0,000$).

Графикон 19. Просечна оцена задовољства корисника радом приватног дома здравља у односу на материјално стање испитаника



Посматрано по установама, најзадовољнији су пацијенти из Дома здравља *ICTUS* (просечна оцена 4,89). Међутим, ове резултате треба узети са резервом због малог броја испитаника, само 9. Затим следи *BELMEDIC*, са оценом 4,53 (граф. 20). Установљена је статистички значајна разлика у задовољству пацијената између различитих домова здравља ($H=33,157, df=4, p=0,000$).

Графикон 20. Просечна оцена задовољства корисника радом приватних домова здравља



Пацијенти су имали могућност да у упитник упишу своје коментаре о раду приватних домова здравља. Коментари које су пацијенти написали, најчешће су биле позитивни. Пацијенти похваљују стручност и љубазност особља, предузетљивост и професионализам, квалитет услуга и др. Међу коментарима је и

мишљење пацијената да би цене могле бити мање, или да има више могућности за попуст у цени услуге.

Коментари, који су добијени у државним домовима здравља, указују на релативно висок степен задовољства корисника, с тим да су пацијенти задовољнији радом лекара, него медицинских сестара. Дужина чекања на преглед за већину пацијената је превелика. Државним установама су незадовољни пацијенти старији од 65 година.

ДИСКУСИЈА

Иако приватни домови здравља у Београду постоје више од 10 година, и из године у годину се повећава њихов број, мало се зна о карактеристикама корисника приватних домова здравља, разлозима њиховог коришћења приватних установа и задовољству пруженом здравственом заштитом. Резултати истраживања потврђују жељу и потребу пацијената за адекватним, ефикасним и ефективним здравственим услугама, у пријатном амбијенту, од стране предузетљивог и стручног здравственог особља и ту нема много разлике у односу на друге земље (6,11,14). Не постоје велике разлике ни у односу на најзначајније жалбе пацијената у државном сектору: лоша комуникација и пријем нељубазност и недостатак емпатије и дуго чекање, шетање пацијената (9,11,15).

Овим истраживањем је обухваћено 5, од постојећих 9 приватних домова здравља у Београду, који су дали сагласност да њихови пацијенти буду анкетирани, путем анонимног упитника. Наши резултати су показали да су међу корисницима услуга приватних домова здравља скоро подједнако заступљени мушкарци и жене, просечне старости 40 година. Скоро половина испитаника (49%) је са завршеном вишом и високом школом, док је само 7% са завршеном или незавршеном основном школом. Већина корисника приватних домова здравља (45%) је оценила материјални положај своје породице као добар и веома добар, али је међу корисницима било и 16% испитаника лошег и веома лошег материјалног положаја.

Упоредивши социјално-демографске карактеристике корисника приватних домова здравља и корисника државних домова здравља у Београду, из истраживања спроведеног у децембру 2011. године (19), уочавају се знатне разлике. Жене су у већем броју корисници услуга државних домова здравља (67%), скоро двоструко више су заступљени корисници са завршеном и незавршеном основном школом (12%), а мање је пацијената са вишом и високом стручном спремом (34%). Просечна старост корисника у државним домовима здравља је 45 година и за 5 година је већа у односу на приватне. Корисници државних домова здравља су, већином осредњег материјалног положаја (45%) и доброг и веома доброг материјалног положаја (40,7%). У приватним домовима здравља је више корисника доброг и веома доброг материјалног положаја (45%). Супротно очекивању, у приватним домовима здравља је и већи број испитаника оценио свој материјални положај као лош и веома лош у односу на државне домове здравља (16,1% у приватним, а 13,9% у државним домовима здравља). Према добијеним резултатима,

материјално стање домаћинства само донекле утиче на коришћење приватног здравственог сектора.

Интересантно је да је препорука пријатеља била одлучујући фактор за избор приватног дома здравља (код 52% испитаника). На другом месту су подаци о приватном дому здравља добијени са интернета, а тек на трећем месту је, на избор дома здравља утицала препорука лекара.

У нашем истраживању пацијенти су највише користили услуге службе опште медицине (39%), а затим гинекологије и интерне медицине, а мање од 9% испитаника је користило услуге педијатра. Када је у питању педијатрија, још увек се већи проценат родитеља опредељује за педијатра у државној установи. Највећи број испитаника (40%) је навео да користи све услуге које су му потребне у приватном дому здравља. Сваки пети испитаник долази због систематског прегледа, и то су вероватно корисници који раде у фирмама које имају уговор са приватним домовима здравља. Скоро 20% испитаника долази због прегледа који не може да обави у државној установи, а само 5% због лабораторијских услуга.

Сваки четврти испитаник користи искључиво услуге приватног дома здравља. Остали користе и услуге државних установа, а чак 38% се изјаснило да користи услуге приватног дома здравља први пут. Већина испитаника је навела да и чланови њихове породице користе услуге приватног дома здравља.

Према добијеним резултатима, превентивне активности су заступљеније у приватним домовима здравља. Око 80% испитаника је навело да добија савете од лекара о правилној исхрани, физичкој активности, избегавању стреса и штетности дувана, а у нешто мањој мери (72%) о штетности алкохола. Корисници у државним домовима здравља савете о очувању здравља ређе добијају, па је мање од 40% испитаника навело да добија савете о штетности дувана и алкохола, око 45% добија савете о избегавању стреса и значају физичке активности, а 64% о правилној исхрани.

Наши резултати су показали да су најважнији разлози који утичу на избор приватног дома здравља: љубазност особља, брзина пружања услуге и стручност особља. Супротно очекивању, на избор приватног дома здравља најмањи утицај имају цена услуга, локација приватног дома здравља и препорука лекара. Најчешћи разлог због кога би пацијенти приватних домова здравља променили дом здравља је незадовољство пруженом услугом. Затим следе цена услуге и савет лекара.

Близу 90% испитаника је изјавило да су задовољни љубазношћу и лекара и медицинских сестара у приватном дому здравља, изгледом чекаонице и других просторија, квалитетом услуга и стручношћу особља. Иако је, према добијеним резултатима, цена услуга најмање утицала на избор приватног дома здравља, пацијенти су, ипак најмање задовољни ценом услуге (66% се изјаснило да су задовољни). И укупно задовољство радом приватних домова здравља је високо, са просечном оценом 4,27.

Услугама у приватним домовима здравља су задовољнији старији пацијенти, старости 60 и више година, мушкарци, пацијенти са вишим степеном образовања.

Пацијенти са веома лошим, као и са веома добрим материјалним положајем су најзадовољнији пруженим услугама. Ови резултати су слични резултатима добијеним у државним домовима здравља, где су такође, најзадовољнији најстарији пацијенти и пацијенти са веома добрим материјалним стањем. Међутим у државним домовима здравља најмање задовољни су пацијенти са веома лошим материјалним стањем.

Преко 80% испитаника сматра да је у приватним домовима здравља боља љубазност особља, хигијена и изглед чекаоница, брзина пружања услуга, и да су у приватним домовима здравља бројније и разноврсније услуге на располагању пацијентима. Преко 60% испитаника мисли да је кадар стручнији у приватним домовима здравља, а скоро половина испитаника сматра да је и цена услуга у приватним домовима здравља повољнија у односу на државне. И поред тога, само половина испитаника би желела да буде збринута у приватној установи у случају акутног погоршања здравља или повреде, 30% се изјаснило да им је свеједно или не знају где би волели да буду збринуте, а око 20% би изабрали државну установу.

Добијени резултати су показали да постоје разлике у задовољству корисника између различитих домова здравља. Најзадовољнији пацијенти били су у Дому здравља *ICTUS* (просечна оцена 4,89), али због малог броја испитаника ове резултате треба разматрати са резервом. Затим, следи *DZ BELMEDIC* (4,53), *CLINIKA NOVA*, *DZ RISTIĆ* и *DZ VIZIM*.

Искуство приватних домова здравља у којима је обављено анкетање потврђује да постоји потреба за установама овог типа у којима се стручност, квалитетна услуга уз коришћење најсавременије опреме у свим сегментима њихове делатности, може добити без дугог чекања. Када постоји здравствени проблем, већина пацијената ће радо издвојити новац за брзу дијагностику и лечење, нарочито ако се ради о неком озбиљнијем стању. Ни један од анкетираних пацијената није имао замерку на организацију рада, рад медицинских сестара и лекара, јер у приватном сектору време од уласка до изласка је пропраћено љубазношћу, стручним радом, тако да се пацијент осећа сигурним. Ови чиниоци стварају позитивни утисак у односу на боравак у државној здравственој установи, када је и сам улазак испуњен многим проблемима.

Опрема у приватном сектору је на завидном нивоу, у односу на ону коју поседују државне установе где је искоришћеност, односно пропусна моћ, далеко већа, што последично захтева чекање на дијагностику. Дијагностичке услуге пацијент у приватном сектору одмах добија. Веома често се дешава да лекари из државних установа саветују пацијента да одређени преглед обави у приватној здравственој установи, гледајући пре свега интерес самог пацијента.

У оваквим ситуацијама материјално стање пацијената не утиче на одређеност, без обзира што се ради о породицама некада и са просечним примањима.

Корисници услуга у приватним домовима здравља су, према подацима анкете, у највећем проценту особе старости 30-59 година, а то су радно активна лица којима је често време за обављање прегледа лимитирано од стране послодавца. Истраживања су показала да је то уједно и популација која најчешће склона замеркама квалитету здравствених услуга (6,9). У прилог овоме иде и чињеница да

се све већи број приватних компанија опредељује да њихови запослени обезбеђују здравствену заштиту у некој приватној здравственој установи, уместо службе медицине рада у државном сектору. Приватни послодавци значајну пажњу посвећују здрављу својих запослених, кроз превентивну здравствену заштиту коју им обезбеђују приватне здравствене установе.

Задовољство квалитетом услуга у приватном сектору може се повезати са чињеницом да је више од половине испитаника користило приватни дом здравља на препоруку пријатеља који су већ били корисници услуга у том истом дому здравља.

Посебно је значајно да је већи проценат пацијената у приватној установи добио адекватан савет о превентивним мерама, него у државном сектору. Отворена је и могућност да се ова врста услуга и савета добије телефоном, као персонална порука електронском поштом, СМС – ом, штамапаним здравствено промотивним и информативним материјалима и сл. (14).

Најчешће се пацијенти обраћају лекарима консултативно специјалистичких служби, јер углавном имају изабраног лекара у државном сектору, а на специјалистичке прегледе се доста чека. Такође, у великој мери корисници приватног сектора остварују услуге дијагностике (лабораторија, ултразвук, доплер, магнетна резонанца, ЦТГ и др.). У најмањој мери се користе услуге педијатра, што не значи да родитељи немају поверења у приватни сектор. Наша, још увек важећа законска регулатива, у неким сегментима спутава родитеље да се одреде искључиво за приватне установе.

Истраживање је показало да би испитаници променили приватни дом здравља пре свега због незадовољства добијеном услугом. Стога би управо мишљење пацијента о квалитету услуга требало да буде кључни фактор интегралне евалуације квалитета рада здравствене установе без обзира да ли је приватна или државна (15). На другом месту, као разлог напуштања изабране установе, наводи се цена прегледа, тј. услуге, а као трећи разлог помиње се став и препорука другог лекара.

ЗАКЉУЧАК

На основу спроведеног истраживања, могу се навести следеће констатације:

- Став корисника здравствене заштите према приватној пракси је углавном врло позитиван.
- Значајних разлика у стручности лекара приватног и државног сектора нема.
- Услуга се добија за краће време у приватним установама, где нема чекања, а некада се обави дијагностика и започне терапија у истом дану.
- Хигијенски услови и уопште простор, бољи су у приватним домовима здравља.
- Приватни сектор располаже значајним ресурсима у погледу опреме, простора и кадра, где су уложена и значајна материјална средства. Било би добро исте искористити баш због чињенице да би пацијент требало да буде на првом месту. Тиме би се смањиле листе чекања и гужве.
- Приватни сектор треба интегрисати у систем здравственог осигурања, тј. „да новац прати пацијента“(3).
- Од укључивања приватног сектора највећу корист би имали пацијенти јер не би морали да два пута плаћају своју услугу, једном када дођу код приватника, а други пут кроз своје редовне доприносе за здравствено осигурање.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон о здравственој заштити Републике Србије, „Сл. Гл. РС“, бр. 107/2005:
2. Svab I, Progar I V, Vegnuti M: Private practice in Slovenia after health care reform, *Eur J Public Health*, 11 (4). 2001:407-12
3. Khatak A, Alvi I.M. et al.:Patient satisfaction – A comparison between Public & Private Hospital Of Peshawar. *Int Jnl Of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, Vol.4, No 5,2012: 713 – 722
4. Bensing J: Bridging the gap. The seaparate worlds of evidence-based medicine, and patient centered medicine, *Patinet Educ.Couns.*2000;39:17-25
5. Jones R, Higger R, et al:Changing face of medical curricula, *Lancet.*2001;357:699-703
6. Charles C., Gafni A, Whelan T: Shared decisinon –making in the medical encounter: what does that mean?, *Soc Sci Med.*1997;44:681 – 692
7. Mpinganjira M: Understanding service quality and patient satisfaction in private medical practice: A Case Study, *African Jnl of Business Management* Vol. 5 (9),2011.:3690-3698, ISSN 1993-8233 0 2011 Academic Journals
8. [http:// eng.gustometria.com/page23/medical-practice-satisfaction.html](http://eng.gustometria.com/page23/medical-practice-satisfaction.html), dostupno 13.08.2012
9. Irfan SM, Ijaz A, Shahbaz S: An assessment of service quality of private hospitals in pakisatn, A patient perspective, *Indian J. Com. Manage.Stud.*, 2011,2(2):20-32
10. Lim HC, Tan CB, Ling SI: Why do patients complain? A primary health care study, *SMJ*, dostupno na www.sma.org.sg/smj/3909/articles/3909a1.html, dostupno 14.08 2012
11. Meng Kl, Zhang T, Feng W, Zhou Z:Public perceptions of private health care in socialist China, *Health Aff*, vol 23, No 6, 2004:222-234
12. Kersnik J: An Evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia, *Internationaql JNI for Quality of Health Care*,Vol 12, No 2, 2000:143-147
13. Приватни Лекари Србије,УПЛКС, Историјат, <http://uplks.com/istorijat - udruzenja/> dostupno 15.08.2012
14. Patient satisfaction/Experience; Defining successful patient experience - front office & communication, American Medical Association, www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/parcitime-mengement-center/p...dostupno 13.08 2012
15. Milasauskiene Z, Joudryte I, et al:Opinion of patients on accesibility of primary health care centers in Šiauliai Region, *Medicina (Kaunas)*, 42, No 3, 2006:231-237
16. Нешковић Анђелија, Бабић В ,Пауновић М, Ристић Ј., Задовољство корисника здравственом заштитом у Београду, *Зборник радова, Дани Завода, XXI Стручна конференција „Изазови новог јавног здравља“*, 2006:137-171,
17. Задовољство пацијената у примарној здравственој заштити, Коцић С. В Андрејевић; Национална конференција о квалитету, Крагујевац 2007.године
18. Babar T: Quality of health care: an absolute necessity for patient satisfaction, *J Pak Med. Assoc.*Nov 2005; 55 (11):514 -516
19. Анализа задовољства корисника квалитетом здравствене заштите у домовима здравља и заводима који обављају делатност н примарном нивоу здравствене заштите у Београду у 2011. године, Војводин К. 2012. године ГЗЗЈЗ.

PRIVATELY- OWNED HEALTH CENTERS- CONSUMER SATISFACTION AND INDIVIDUAL REASONS FOR USING THESE

Babic V., Trtica S., Neskovic A., Delibasic M., Hladis A.

Introduction. According to the relevant legislation (Law on Health Care), private medical practices may perform certain assignments of health care if the Serbian Ministry states (with its decree) that the preconditions for their fulfillment had been met. Satisfaction by a service provided in privately - owned medical facility has been becoming a prerogative of the choice of a potential medical doctor, capable of making own choice between stately- and privately- owned facilities.

Aim. To define the reasons for choosing privately- owned facilities; consumer satisfaction by the care obtained in privately - owned facilities and compare the results with several other similar researches obtained in stately- owned health centers.

Method. We carried out the research in five privately- owned health centers in the area of Belgrade (Dr. Ristic, IKTUS, Belmedic, Vizim and Klinika nova) which had given the permission to us to submit the questionnaire concerning satisfaction to their patients. There are nine such facilities in the city. The research covered all consumers who had had varying services in these privately- owned facilities in April and May 2012. Results: Out of 500 questionnaires, 461 were filled in (92.2%). Average age of the respondents is 30 to 59, the prime of generative age. Nearly 85% of the respondents define their financial situation as solid. Greatest percentage of the respondents (93%) had attended high- school, college and university. Only 5.7% had attended primary school and 1.3% of them had not finished primary school. Greatest number of respondents use privately - owned facilities regularly. More than a half of their patients had found out about the relevant facility from friends (51.8%). Out of all respondents, greatest percentage came for the services of general medicine (39.1%), OB-Gyn (26.5%), specialists of internal medicine (20.4%) and pediatricians (8.8%). Other specialties cover the rest of 6.4% of patients.

Conclusion. The consumer of medical services in privately - owned facility has very favorable opinion on them. As for the professionalism of MDs, there are no great differences in working in stately- or privately - owned medical facilities. In privately- owned facilities, patients are seen by MDs in a shorter time. Diagnostic procedures and the treatment very often begin in the same day of the visit, without delays, long queues and waiting time.

Key words: private health care, consumer satisfaction, quality of care.

ЗДРАВСТВЕНА ЕВИДЕНЦИЈА И ДОКУМЕНТАЦИЈА - НОВЕ МОГУЋНОСТИ И ПРОБЛЕМИ

Ристић Јасна, Тртица С., Марчетић Љ.

САЖЕТАК

Медицинска документација је скуп стандардизованих докумената у медицини која имају судско-медицински значај. Развојем информационих система у здравственим установама, омогућава се евидентирање података о пацијентима у електронском облику, као и успостављање и развој електронске здравствене документације.

Посебан нагласак је на извештавању – „извештајима“ које здравствене установе треба да достављају регионалним институтима/заводима и Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

Постојећи здравствено-статистички информациони систем и даље се базира на мануелном начину прикупљања и обраде података. Валидност рутинских података највише угрожавају следећи проблеми: прикупљају се подаци који се не користе јер су временом изгубили на значају па се више и не обрађују, потребна обележја нису дефинисана, за поједине делатности нису прописани потребни извештајни обрасци, постојећи нису прилагођени потребама, поједина обележја нису прецизно дефинисана, помоћна евиденција не задовољава све потребе и захтеве, неадекватна контрола података унутар здравствене установе и друго.

За адекватно коришћење рутинских статистичких података неопходно је обезбедити основне предуслове, а то су: адекватно нормативно регулисање, дефинисање минималних скупова података неопходних за вођење медицинске документације, евиденције и извештавања; стандардизовање рада на свим нивоима здравствене делатности, обезбеђивање потребне номенклатуре, шифрарника, континуиране едукације у овој области, бољег трансфера података, повезивање података из различитих информационих система, при чему индивидуални матични број грађана–ЈМБГ треба да буде веза у кретању лица кроз здравствени систем. Решавањем бројних постојећих проблема омогућио би се бољи квалитет информација, задовољавајућа валидност и веће коришћење рутинских–статистичких података, у циљу успостављања што квалитетније здравствене заштите у Србији.

Кључне речи: Закон о евиденцијама у здравству, интегрисани здравствени информациони систем, централни информациони систем, електронски картон, Е- здравље

УВОД

Медицинска документација је скуп стандардизованих докумената у медицини, која имају судско-медицински значај. Иако се израђују по шаблону, њихов садржај је двоструко персонализован: садрже демографске и медицинске податке о пацијенту, а одговорни здравствени радник својим потписом и печатом установе гарантују за тачност под пуном материјалном и кривичном одговорношћу (1,2).

Евиденције у области здравства представљају изведена документа која се генеришу из примарне медицинске документације. Служе за праћење и проучавање здравственог стања становништва, за планирање и програмирање здравствене заштите, за праћење и оцењивање спровођења планова и програма здравствене заштите, за статистичка и научна истраживања у области здравствене заштите и друге сврхе (1, 2).

Медицинско извештавање подразумева достављање индивидуалних и збирних извештаја институтима/ заводима за јавно здравље, прописаних Законом о евиденцијама, а који се сачињавају на основу медицинске документације, у здравственим установама, без обзира на ниво здравствене заштите.

Законом о евиденцијама у области здравства прописује се основна медицинска документација и помоћна средства за вођење евиденција у области здравствене заштите, у које се врши уписивање података од интереса за целу земљу и података утврђених овим законом (1). Такође, овим Законом одређују се здравствене установе које прикупљају и обрађују статистичке податке евидентирание у области здравствене заштите и утврђују се рокови за достављање прописаних извештаја и њихову обраду (2).

Евиденције се воде уписивањем података у основну медицинску документацију, помоћна средства за вођење документације и извештајне обрасце.

- Основну медицинску документацију чине: здравствени картон; протокол болесника; протокол за регистровање медицинског рада; протокол оперисаних и умрлих; матична књига смештених у стационарној здравственој установи; историја болести; температурно-терапијска-дијететска листа; отпусна листа са епикризом; лист анестезије; књиге евиденција о порођајима, прекидима трудноће, планирању породице и друго; картон о потрошњи лекова.

ДОКУМЕНТАЦИЈА У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Запис који садржи податке о:

- стању здравља особе којој је пружена здравствена заштита;
- начину и садржају рада на месту пружања здравствене заштите.

Извор информација потребних за:

- свакодневни рад;
- предузимање одговарајућих мера;
- управљање.

Садржи податке који:

- подлежу лекарској тајни;
- представљају јавну исправу и судско-медицински документ.

Основна медицинска документација /примарно евидентирање података о сваком лицу коме је пружена здравствена заштита:

- води се на свим радним местима;
- улазни документ за ЗСИ;
- обрасци су различити и зависе од профила службе или популационе групе;
- остаје у установи;
- део ове документације мора трајно да се чува.

- Помоћна средства за вођење евиденције која служе за сумирање примарних података (регистар картотеке; дневна евиденција о посетама и раду; текућа евиденција о утврђеним обољењима и стањима и дневна евиденција о кретању болесника).

Медицинска евиденција /помоћни облик евидентирања података који служи за сумирање примарних података:

- води се у свим здравственим установама;
- остаје у установи;
- по састављању извештаја и завршеном интерном коришћењу не постоји потреба даљег чувања.

Извештаји -секундарни или терцијарни облик евиденције и представља збирни периодични приказ о раду здравствених радника или третману пацијената:

- воде се у свим установама;
- представљају пословни документ;
- достављају се у прописаним роковима надлежним институтима/заводима;
- сумарно обрађени подаци у институтима/ заводима имају посебан (трајан) друштвени значај и користе се за потребе здравства и државе.

- Извештаји могу бити збирни (достављају се периодично - квартално, шестомесечно годишње) и индивидуални који се достављају континуирано у прописаном року, а то су пријава заразне болести, хроничног обољења, порођаја, побачаја, запосленог лица, опреме, извештај о хоспитализацији (1).

ЗБИРНИ ПЕРИОДИЧНИ ИЗВЕШТАЈИ У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВА

Примарна заштита

1. Извештај службе опште медицине и специјалистичких служби
2. Извештај службе медицине рада
3. Извештај службе за здравствену заштиту предшколске деце
4. Извештај службе за здравствену заштиту школске деце и омладине
5. Извештај о систематским и контролним прегледима
6. Извештај службе за здравствену заштиту жена
7. Извештај службе за борбу против туберкулозе
8. Извештај службе за кожно-венеричне болести
9. Извештај службе за заштиту и лечење уста и зуба
10. Извештај службе за рехабилитацију
11. Извештај службе за трансфузију крви
12. Извештај службе о здравственом васпитању
13. Извештај о лабораторијама
14. Извештај о раду поливалентне патронаже
15. Извештај службе о стоматолошкој заштити предшколске и школске деце
16. Извештај службе хитне медицинске помоћи
17. Извештај о кућној нези и лечењу
18. Извештај о деци ометеној у психофизичком развоју
19. Извештај о радницима оболелим од професионалних болести
20. Извештај о стању регистрованих болесника оболелих од болести већег социо-медицинског значаја
21. Извештај о повредама на раду
22. Извештај о организационој структури и кадровима
23. Извештај о раду болничко-стационарних установа (кадар и постеље)

ИНДИВИДУАЛНИ ИЗВЕШТАЈИ У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВА

1. Извештај о хоспитализацији (извештаји о леченим, повређеним, рехабилитованим)
2. Пријава рођења
3. Пријава прекида трудноће
4. Потврда смрти
5. Пријава-одјава за кадрове
6. Збирни извештај за кадрове
7. Пријава ХНО

Здравствене установе које у оквиру своје делатности, односно надлежности воде прописане евиденције, дужне су да у роковима дефинисаним прописима о статистичким истраживањима, прописима о здравственој заштити, прописима о заштити становништва од заразних болести и другим актима, достављају извештаје институтима/заводима за јавно здравље који врши делатност за подручје регионалне заједнице, односно за територију града Београда. Институт/завод има право и дужност да у здравственим установама контролише стручну исправност вођења прописаних евиденција, затим примену прописане методологије и тачност евидентираних података. У случају да се утврде неисправности или нетачности, институт/ завод као референтна здравствена установа у овој области треба да

укаже здравственој установи на њих и да захтева у одређеном року њихово отклањање, односно исправку.

Сва предвиђена медицинска документација, евиденција и извештавање води се у папирнатом облику, на основу тренутно важећих прописа. Након обраде податка у регионалним институтима/заводима они се достављају Институту за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“. Сумарно обрађени подаци у институтима/заводима за јавно здравље имају посебан (трајан) друштвени значај и користе се за потребе здравственог система и државе и на основу њих се израчунавају здравствени показатељи који служе за процену здравственог стања и успостављање јавноздравствених приоритета.

На основу ових података израчунавају се показатељи као што су:

- обезбеђеност популације медицинским радницима;
- оптерећеност здравствених радника;
- просечан број посета по епизоди лечења;
- однос првих и поновних посета;
- просечан број дана хоспитализације;
- просечна заузетост постеља;
- искоришћеност болница;
- витални показатељи;
- опште и специфичне стопе морбидитета (инциденца, преваленца);
- број дијагноза у односу на број првих посета;
- опште и специфичне стопе смртности;
- болнички леталитет.

У наредним годинама развојем информационих система у здравственим установама Србије, омогућиће се евидентирање података о пацијентима у електронском облику и на тај начин задовољити захтеви везани за процес пружања здравствених услуга, коришћења здравствене заштите (дијагностика, терапија и друго), као и други захтеви који се односе на финансирање у систему здравствене заштите, планирање, обавезе које произилазе из закона о евиденцији. Електронска здравствена документација ће омогућити да се подаци о једном лицу могу видети на свим нивоима здравствене заштите уз одговарајућу поверљивост и заштиту приватности чији ће нивои бити дефинисани прописима.

Због тога је потребно обезбедити основне предуслове за увођење електронске документације. Неки од најважнијих корака били би: законом регулисати ову област (посебно је неопходан Закон о евиденцијама у области здравствене заштите и Закон о електронском пословању), формирати информатички речник, дефинисати сва потребна обележја неопходна за минимални скуп података који ће се чувати током целог живота и за привремене детаљне скупове обележја о актуелном здравственом стању појединца, обезбедити адекватне номенклатуре (шифрарнике) који треба да су у функцији система здравствене заштите и сл. Ово је веома битно за установе које су у фази креирања својих

информационих система, како би се постигла компатибилност између здравствених установа и различитих информационих система. Такође је веома битно да се обезбеди адекватан кадар који ће бити у функцији управљања и одржавања компјутерске мреже, опреме и софтверских решења у свакој здравственој установи.

Валидне информације су основни предуслов за процену квалитета рада здравствених радника, коришћење, планирање и евалуацију здравствене заштите, односно за управљање системом здравствене заштите, а све у циљу побољшања здравственог стања појединца и популације.

На стручним конференцијама поводом Дана Градског завода за заштиту здравља у Београду 1996. године и 2001. године, приказани су радови „Коришћење рутинских здравствено-статистичких података у процени захтева за ванболничком и болничком здравственом заштитом“ и „Валидност рутинских статистичких података за процену квалитета здравствене заштите“ (3,4). Тада уочене многе тешкоће у вођењу медицинске документације, евиденције и извештавања, као и у коришћењу података за било какве анализе, присутне су и данас. Иако се доста радило, још увек не постоји јединствени информациони систем (електронски) који би омогућио адекватно сагледавање здравственог стања становништва, обим коришћења здравствене заштите у здравственим установама у Београду, а самим тим мање су и могућности за праћење квалитета здравствене заштите.

Будућност је у електронском протоку информација, а да би се то постигло потребно је обезбедити адекватне услове (од законских, кадровских, организационих до финансијских).

ЦИЉ

Циљеви рада су били:

1. Индентификација постојећих проблема у раду на вођењу медицинске документације, евиденције и извештавања у систему здравствене заштите везаних за спровођење законских и подзаконских аката;
2. Дефинисање места и улоге института/завода за јавно здравље у овој области;
3. Дефинисање предуслова/предлога за успешан развој и имплементацију информационих технологија у здравству.

МЕТОД

У раду је коришћен дескриптивни метод.

Преглед прописа и литературе везане за:

- спровођење законских и подзаконских аката у вези вођења документације и евиденције у здравству као и
 - развој и примену информационих технологија у здравству;
- Претраживање прописа и литературе урађено је уз коришћење одговарајућих кључних речи, а поред писаних докумената претражене су и референце у електронским базама података.

ЗАКОНСКА РЕГУЛАТИВА

Здравствено-статистичку и информатичку делатност чине два система нормативног уређења - систем евиденција и систем статистичких истраживања, што је раније било регулисано на савезном и републичком нивоу Законом о статистичким истраживањима у области здравства (5), Законом о евиденцијама у здравству (6) и Програмом статистичких истраживања у области здравства за период 2001.-2005. године. Од 1996. године увођењем нових прописа ова два система се међусобно више не допуњују. Савезни прописи везани за систем статистичких истраживања нису били праћени стручно-методолошким упутствима и водичима који би омогућили њихову примену. Законом о евиденцијама у области здравства у завршним одредбама укинута је примена закона из 1978. и 1988. године (6). Овај Закон такође није био праћен одговарајућим правилником за његову примену све до 2000. године (Сл. лист СРЈ, 6/2000) (7). На тај начин је вођење медицинске документације и прикупљање података доведено у легислативни вакуум. Постоје многи законски прописи (закони, правилници, уредбе) који регулишу рад у области система здравствене заштите. Ступањем на снагу новог закона или правилника престао је да важи претходни, нпр.: на републичком нивоу се примењује Правилник о средствима за вођење евиденција у области здравства у "Службеном листу СРЈ" (7). Овим правилником прописују се средства за вођење евиденција у области здравства, начин уписивања података, методолошки принципи и стандарди за вођење тих евиденција и њихова обрада. Ступањем на снагу овог правилника престају да важе:

- Закон о евиденцијама у области здравствене заштите ("Службени гласник СРС", бр. 14/81);
- Упутство о јединственим методолошким принципима и стандардима за вођење евиденција у области здравства ("Службени лист СФРЈ", бр. 13/79);
- Упутство за евиденцију података од интереса за целу земљу у области здравства, састављање и достављање извештаја - методолошки материјал објављен на основу одредаба Закона о евиденцијама у здравству ("Службени лист СФРЈ", бр. 22/78);
- Правилник о вођењу медицинске документације, начину уписивања података и састављања извештаја ("Службени гласник СРС", бр. 40/81)- овим правилником се прописују облици и садржина основне медицинске документације и помоћних средстава за вођење евиденција у области здравствене заштите, као и облици и садржина извештаја утврђених Законом о евиденцијама у области здравствене заштите.

Овај Правилник није био адекватно припремљен, па није могао ни да се примени. Измена прописа је била само у функцији обавезујуће примене МКБ-10 која је започела 01. јануара 1997. године и није била праћена одговарајућом документацијом. Поред недостатка одговарајућих обележја и документације, мањкавост овог Правилника је и у томе што тежиште ставља на примарну (основну), а занемарује секундарну и терцијарну медицинску документацију.

Због тога је на нивоу Републике Србије договорено да се примењују стари, до тада важећи закони и правилници из 1978, 1979. и 1981. године како не би дошло до прекида статистичких серија и како би се обезбедио континуитет рада у овој области, иако су они престали да важе.

Правилник о медицинској документацији, евиденцијама и извештајима о кадровима, опреми, просторијама и лековима у здравственим установама који треба да обезбеди податке о основним ресурсима ("Сл. гласник РС" 29/2000) заживео је само у делу који се односи на вођење кадровске евиденције и делимично у вези вођења опреме (8).

Закон о евиденцијама у области здравствене заштите ("Сл. гласник СРС", бр. 14/81, 24/85, 26/85, 6/89 и "Сл. гласник РС", бр. 44/91, 53/93, 67/93, 48/94 и 101/2005 - др. закон) (1), и поред различитих измена и допуна, суштински није много промењен у односу на Закон донет 1981. године.

Поред ових законских и подзаконских докумената која се директно односе на медицинску документацију и евиденцију ова област је дефинисана Законом о здравственој заштити (10), Законом о заштити становништва од заразних болести, Законом о евиденцијама у области рада и Упутствима за спровођење одговарајућих одлука, уредби и програма Владе Србије.

Уредбом о програму развоја јединственог здравственог информационог система („Сл. гласник РС“, бр. 12/95) утврђује се програм развоја јединственог здравственог информационог система (11). Према овој уредби из 1995 године, завод за заштиту здравља србије управља развојем зис-а.

Од новијих прописа, Министарство здравља објавило је правилник о садржини технолошких и функционалних захтева за успостављање интегрисаног здравственог информационог система ("Службени гласник РС" бр. 95/2009)(12).

Посебно треба истаћи и примену Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите, под којим се подразумевају квантитативни показатељи који се користе за праћење и евалуацију квалитета неге и лечења пацијената, као подршка активностима здравствене заштите (13). Показатељи квалитета обухватају и показатеље квалитета рада здравствених установа, као и показатеље квалитета који се односе на рад комисије за унапређење квалитета рада, стицање и обнову знања и вештина запослених, вођење листа чекања, безбедност пацијената, задовољство корисника услугама здравствене службе и задовољство запослених.

ИНТЕГРИСАНИ ЗДРАВСТВЕНИ ИНФОРМАЦИОНИ СИСТЕМ

У последњих тридесет година чине се покушаји да се развије применљива електронска здравствена документација.

Развој информационо - комуникационих технологија у систему здравствене заштите Србије је стратешки циљ на чијој се реализацији интензивно ради последњих година.

Законом о здравственој заштити (10) утврђено је да се ради планирања и ефикасног управљања системом здравствене заштите, као и прикупљања и обраде података у вези са здравственим стањем становништва и функционисањем здрав-

ствене службе, односно прикупљањем и обрадом здравствених информација, организује и развија интегрисани здравствени информациони систем у Републици Србији, као и да Влада утврђује Програм рада, развоја и организације интегрисаног здравственог информационог система (члан 74 Закона). Дефинисана је и „Стратегија развоја информационог друштва у Републици Србији“ (14,15,16). Поред тога постоји и Уредба о програму рада, развоја и организације интегрисаног здравственог информационог система – „Е Здравље“ за период 2009-2015. година (17).

Здравствени информациони систем (ЗИС) треба да омогући дневну ажурност електронских евиденција у здравству и могућност сигурног приступа подацима свим овлашћеним корисницима, без обзира на место и време пружања здравствене заштите. То значи да ће здравствене установе преко *WEB* сервиса одржавати своје податке, а корисници са додељеним правом приступа из Министарства здравља РС, Републичког фонда здравственог осигурања, мреже завода/института за јавно здравље и менџмента саме установе, моћи ће у сваком тренутку да добију ажурне податке за своје потребе (18).

Јединствени ЗИС би требало да елиминише стварање и постојање великог броја појединачних система, који поред високе цене доводе до дуплиране обраде података, често у међусобно неподржаним оперативним системима. Започете су бројне активности из домена информационих технологија, од којих су многе и у функцији.

РАЗВОЈ ЗДРАВСТВА СРБИЈЕ – ИНФОРМАЦИОНЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ

Стубови интегрисаног Здравственог информационог система успостављени су кроз прву фазу пројекта „Развој здравства Србије“. Циљеви компоненте „Информационе технологије“, **укључују успостављање модерног стандардизованог националног оквира за медицинску информатику, даље јачање здравствене информатичке мреже у Србији, увођење побољшаних информационих система болница које учествују у пројекту и унапређивање националних база података у Републичком фонду за здравствено осигурање (РФЗО) и Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (19).**

Уведени су Централни информациони сервис, база осигураника, информационо-комуникациона мрежа Републичког фонда за здравствено осигурање Србије, болнички информациони системи за четири болнице (у Зрењанину, Ваљеву, Краљеву и Врању) и софтвер за Дом здравља. Израђени су и усвојени Програм рада, развоја и организације интегрисаног здравственог информационог система е-здравље 2015, Правилник о ближој садржини технолошких и функционалних захтева за успостављање интегрисаног Здравственог информационог система (2010) (19).

Републички фонд за здравствено осигурање је пустио у рад рачунарску мрежу која повезује све филијале и испоставе у свим градовима у Србији (167 локација). Све здравствене установе су електронски повезане са РФЗО. Постоји програм за фактурисање рада здравствених уснова за потребе РФЗО. Направљени су програми како за установе примарне здравствене заштите, тако и

за секундарни и терцијарни ниво. РФЗО је доста урадио за своје потребе, али не и за потребе Закона о евиденцијама у области здравствене заштите (20).

Велики број софтверских кућа ради на изради информационог система за примарну здравствену заштиту - домове здравља и стационарне установе (секундарни и терцијарни ниво). Неки од тих програма су имплементирани у установама.

Е-картон, електронски медицински картон (енгл. *Electronic medical record*) представља компјутеризован медицински картон који се користи у здравственим организацијама и служи за прикупљање, анализу, складиштење и измену података. Е-картон је основни део било ког компјутеризованог здравственог информационог система (21).

У примени је више домских информационих система који су у функцији електронског здравственог картона и задовољавају потребе и фактурисања здравствених услуга (*Heliant* - ЕТФ Београд, *Spinnaker*, *PHISYS - Comtrade*, *ZipSoft* и други).

Сертификовани софтвери у односу на захтеве Правилника Министарства здравља (12, 22):

- „ZipSoft“ d.o.o., Novi Sad, E – karton;
- „Comtrade IT rešenja i usluge“ d.o.o, Beograd, Phisis;
- “Elektrotehnički fakultet Univerziteta u Beogradu”, Heliant;
- „MG Soft “ d.o.o.;
- „SAGA“ d.o.o, Beograd, PHC;
- „Elektronski fakultet Univerziteta u Nišu”, Medis net;
- „DIYOMI SOFT“ d.o.o, Niš;
- „MCM“, MG HealthCare;
- „BIT TOTAL HEALTH SOLUTIONS“ d.o.o, Beograd. Next ZU.

15 april 2011

Централни Информацион Сервис (ЦИС) треба да садржи податке о свим здравственим установама - организационој структури, запосленима, медицинској опреми, простору (23).

Министарство здравља РС објавило је Правилник о садржини технолошких и функционалних захтева за успостављање интегрисаног здравственог информационог система (“Службени гласник РС” бр. 95/2009)(12). Министарство здравља је

овим путем позвало све заинтересоване произвођаче софтвера да поднесу захтеве за процену усаглашености својих софтверских решења са Правилником и тиме стекну могућност да са својим софтверима учествују у интегрисаном здравственом информационом систему у Републици Србији. У оквиру правилника детаљно су наведени обавезни технички и функционални захтеви које морају да задовоље софтверска решења намењена установама примарне здравствене заштите (24).

„Болнички информациони систем“ (пилот пројекат), који се састоји из мреже и одговарајуће рачунарске опреме и софтвера, развијен је и имплементиран најпре у четири опште болнице (Краљево, Ваљево, Врање и Зрењанин), а наставља се са његовим увођењем и у друге здравствене установе (19).

Министарство здравља је 2009. године усвојило стратегију звану „Е-здравље 2015“ која представља програм развоја, одржавања и организације здравственог информационог система (21). Акциони план тог стратешког документа тачно дефинише све активности које треба да се ураде до 2015. године да би се информатизовало цело здравство и тако омогућила повезаност и комуникација свих учесника здравственог система: домова здравља, болница, института, апотека, Републичког фонда за здравствено осигурање.

Пројекат „Пружање унапређених услуга на локалном нивоу“ - *DILS*, који се финансира из кредита Светске банке, а уз подршку Министарства здравља Републике Србије, треба да омогући унапређење квалитета рада здравствених услуга односно информатизацију целе примарне здравствене заштите (25, 26).

И даље се ради на функционалном и технолошком унапређењу софтвера и побољшању техничке опремљености јединица примарне здравствене заштите (домова здравља и амбуланти).

Припремљен је стратешки документ „Стандард за процену квалитета софтвера за примарну здравствену заштиту и болнички информациони систем“, који је усаглашен са европским и светским стандардима. Он дефинише захтеве за софтвер који обезбеђују интероперабилност, могућност размене података и даљу изградњу интегрисаног ЗИС-а.

Последњих година је одржано неколико скупова који се односе на електронску здравствену документацију, међу којима и скуп одржан у Београду у Сава центру, 17 априла 2008. године са темом: „Електронска здравствена документација у Србији - шансе за будућност“ који је у великој мери дефинисао смернице у даљем развоју ове области.

Законодавац је предвидео развој интегрисаног здравственог информационог система који би требало да олакша функционисање система здравствене заштите по свим сегментима, али постоје бројни проблеми у његовој примени.

„ГДЕ СМО САДА?“

Медицинска информатика је научна дисциплина која проучава теоријске и практичне законитости организације и коришћења информација у циљу подршке решавању проблема и доношењу одлука у медицини и здравственој заштити, уз висок степен коришћења рачунарске технологије.

Ово је доста велика област, па ћемо се само осврнути на део који се односи на податке које здравствене установе треба да достављају регионалним институтима/заводима и Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

Последњих година се доста радило на развоју Здравственог информационог система ЗИС-а, као што је било многих покушаја развоја електронске здравствене документације (Е – картон, болнички информациони систем и сл.). Пракса је показала, да и поред великих улагања, још **увек институти / заводи за јавно здравље из шароликих информационих система, све потребне извештаје било збирне или индивидуалне, добијају у папирнатом облику** или, као што је случај у Београду, подаци се уносе на програмима које је Завод направио и инсталирао у некој установи (кадрови, индивидуални извештај о хоспитализацији-3 установе). Једини изузетак су две стационарне установе које достављају индивидуални извештај о хоспитализацији издвојен из сопствених софтвера, али не и друге збирне и индивидуалне извештаје.

Такође, још увек не постоји електронска комуникација између здравствених установа која би се односила на податке везане за пацијенте. Ипак постоје иницијативе, као што је нпр. урадио Градски завод за јавно здравље Београд, где је у фази имплементације програм, који би повезао домски информациони систем са програмом Завода везаним за имунизације и микробиолошке анализе.

Многе установе саме или у оквиру својих информационих система или пројеката, имају кадровску евиденцију или праве посебне програме за вођење кадровске евиденције. Сви покушаји повезивања База кадрова здравствених установа са Базом кадрова која се води у Градском заводу за јавно здравље Београд није била успешна (ни једна софтверска кућа није успела да изврши трансфер података из локалних База кадрова у Заводску, и поред низа покушаја). Још увек се кадровска евиденција води или путем попуњавања упитника за кадрове (папирнати облик) или установе воде кадровску евиденцију на програму који се користи у Заводу, који није *WEB* оријентисан, већ се подаци достављају путем електронске поште или *CD*-а и убацују у Заводску базу. Овај начин рада ствара потешкоће јер се претходни подаци замењују новим, не постоје архивски подаци и друго. База кадрова у Заводу се користи од 1996. године и рађена је на старим платформама и време је да се иновира.

Уместо да постоји јединствена база кадрова на нивоу Београда и Србије, стално се формирају нове базе. Тако на пример, кадровска евиденција поред института и завода за јавно здравље, води се и у РФЗО, у лекарској комори, а поједине установе развијају своју базу кадрова и нажалост, свако почиње да води ову евиденцију из почетка.

Систем комуникација и извештавања у оквиру система здравствене заштите је заснован на методама писане комуникације, јер још увек није донет Закон о електронском пословању у области здравства. Годинама се говори о преласку са папирнатог на електронски медиј, а још увек смо далеко од закона који би то регулисао. Многе здравствене установе су последњих година равнијале свој информациони систем, а резултат тога је низ различитих и међусобно слабо усаглашених информационих система. Подаци о пацијенту се уносе приликом пријема у здравствену установу али ти подаци нису повезани са одељењима на којима се пружа здравствена заштита.

ВРСТЕ ПРУЖЕНИХ УСЛУГА/ ПОСЕТА

ПРВА ПОСЕТА:

први контакт пацијента са здравственим радником ради пружања медицинске помоћи за одређено обољење или стање;

- акутна стања - поновно разбољевање са истом дијагнозом у текућој години третира се као ново обољење;

хронично обољење – први долазак у календарској години због тог обољења;

саветовалиште за одојчад – прва посета саветовалишту у првој години живота.

ПОНОВНА ПОСЕТА:

сваки следећи контакт пацијента са здравственим радником ради пружања медицинске помоћи за одређено обољење или стање наведено при првој посети;

- акутна стања – поновни доласци у оквиру исте епизоде лечења;

хронично обољење – сви остали доласци у календарској години због тог обољења;

саветовалиште за одојчад – све остале посете саветовалишту.

Непознавање основних појмова за вођење документације, као што је „прва посета“ код акутних и хроничних обољења, доводи до тога да исто лице, оболело од хроничног обољења у свакој посети, буде евидентирано као прва посета, уместо поновна.

Доласком нових директора установа, последњих 20 и више година су се појављивале нове верзије софтвера од којих је ретко који заживео, док суштинског помака на боље у овој области још увек нема, барем кад је у питању сачињавања извештаја који се достављају институтим/заводима за јавно здравље. Разлог овоме не може се приписати само новим руководством здравствених установа (чија је намера била позитивна), већ пре свега недостатку општеприхваћених информатичких стандарда, непотпуној законској регулативи и неадекватној информатичкој инфраструктури. Треба истаћи да су здравствене установе то радиле пре свега за своје потребе (које често нису знале да дефинишу), притом занемарујући многе обавезе дефинисане законским и подзаконским актима. **Институти и заводи за јавно здравље који треба да имају значајно место у овом домену, стављени су по страни** увођењем „у игру“ разних радних група задужених за пројекте као и потенцијалних агенција, које су пројекте добијале не по стручним квалификацијама

и познавању здравственог система, већ према неким другим, нејасним критеријумима.

Здравствене установе које користе поједине софтвере имају тешкоће да сачињавају извештаје за институте/заводе за јавно здравље по Закону о евиденцијама јер су постојећи програми, када је у питању извештавање, углавном орјентисани ка сачињавању и достављању података РФЗО (фактурисање услуга). Колико смо информисани, ни један институт/завод у Србији не добија податке (збирне и индивидуалне по Закону о евиденцијама) из здравствених установа у електронском облику. Планској служби РФЗО достављају обрађене податке из фактуре, како би се пратила реализација планова рада.

На састанку, који је одржан 22. 06. 2011. године, између представника Градског завода за јавно здравље Београд (даље Завод) са програмерима који су развили домски здравствени информациони систем *HELIANT* (који се користи у једном броју домова здравља и стационарних установа), на питање о достављању извештаја предвиђених законом о евиденцијама регионалним заводима (односно Заводу) у електронском облику, више програмера и пројектаната (присутних на том састанку) нису ни знали о чему се ради. Очигледно је да им наручилац посла није јасно дефинисао извештаје који се односи на обавезе које установе имају према Закону о евиденцијама. Тема састанка је била да се обезбеди комуникација преко *WEB*-сервиса између Заводских програма за микробиологију и имунизацију и програма *Heliant*.

Када је у питању *Heliant* у извештајима лекара о посетама у дому здравља који се улажу у здравствени картон појављују се дијагнозе које не припадају тим пацијентима. То исто се дешава у Индивидуалним извештајима о хоспитализацији који добијама из КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ (назив дијагнозе не прати шифра дијагнозе по МКБ10).

Начин финансирања и неодговарајућа расподела ресурса за израду информатичке инфраструктуре се односи како на материјалне тако и на људске ресурсе, јер није јасно одређено ко обавља коју врсту активности и како се за те активности издвајају средства. Један од проблема је и недостатак одговарајућих профила кадрова како за израду, тако и за одржавање потребне информатичке инфраструктуре.

Покушаји изградње "својих система" за "своју установу" су неко време сматрани погрешним, јер се веровало да је само питање дана када ће се реализовати нека варијанта ЗИС-а. Међутим, како је од првих покушаја реализације већ прошло преко 15 година, а није се одмакло даље од неу-својених предлога пројекта, даље чекање на ЗИС би значило потпуно информатичко заостајање (18). Исправан пут у садашњој ситуацији би било дефинисање хардверских и софтверских стандарда на нивоу Републике, којих би се све установе морале придржавати и који би обезбедили отвореност система за повезивање са другим институцијама и рад у *web* окружењу (*cloud computing* технологије). То би омогућило међусобну усклађеност приликом имплементације ЗИС-а, када он буде реализован.

Један од проблема је и тај, да се још увек у здравственим установама за сервере и радне станице користи нелиценцирани софтвер, што представља један од већих проблема у имплементирању и даљем развоју информационих технологија.

АКТИВНОСТИ НА РАЗВОЈУ ЗДРАВСТВЕНОГ ИНФОРМАЦИОНОГ СИСТЕМА

Ако посматрамо разне извештаје о томе шта је урађено у области развоја информационих технологија и колико је средстава за то уложено, и ако посматрамо какво је реално стање у здравственим установама, можемо да констатујемо да постоји велики несклад између написаног и урађеног (довољно је да се оде на *Google* претраживач).

Многи пројекти (који постоје или су постојали) требало је да омогуће боље сагледавање кадрова, коришћења здравствене заштите, морбидитета, потреба за здравственом заштитом и на основу тога, сагледавање здравственог стања становништва. Као пример навешћемо само неке пројекте у којима може да се препозна место и улога института и завода за јавно здравље, а то су „*E-HEALTH*“ и „*ЦИС*“. Ниједан од њих није заживео, а то се, из податка који се налазе на интернету, и на разним презентацијама не може закључити.

Увођење електронске здравствене документације „*E-health*“ – пројекат *EURO HEALTH GROUP* је подразумевао развој здравственог информационог система за основне здравствене и фармацеутске услуге, а који је финансирала Европска агенција за реконструкцију, није заживео и поред вишегодишњег рада на њему (2005-2008). Пројекат је примопредајом 2008. године престао да постоји. Било је предвиђено да се из информационих система установа дефинисани подаци о корисницима (минимални скуп података о сваком кориснику здравствене заштите) сливају у овај програм. Тако би, по потреби, на свим нивоима могли да се виде подаци о пацијенту. Тиме би дошло до побољшања основног процеса пружања здравствених услуга на свим нивоима кроз тзв. увид у здравствено стање пацијента, све његове идентификоване здравствене проблеме, примењене процедуре дијагностике, лечења и медикаментозне терапије. На тај начин, тј. повезивањем на електронски здравствени картон - ЕЗД систем, лекар би био у могућности да у тренутку свог контакта са пацијентом има увид у све до тада дијагностиковане здравствене проблеме, што би олакшало одређивање да ли је у питању нови здравствени проблем или већ постојећи.

У Србији је требало да се формирају 4 чворишта у која би се сливали подаци и прослеђивали на виши ниво, тј. Институту за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“. Одласком представника *EURO HEALTH GROUP* из земље, пројекат је стопиран без икаквог објашњења. Недостатак овог пројекта је што се подразумевало да здравствене установе већ имају свој информациони систем, мада анализом онога што је у оквиру тог пројекта урађено мало је недостајало да се доградњом он претвори у информациони систем установе (електронски здравствени картон, електронску историју болести).

Централни Информацион Сервис (ЦИС) је требало да буде *WEB* портал Министарства здравља Републике Србије. Пројекат је започет 2006. и требало је да се заврши у 2007. години. Основни задатак ЦИС-а је да буде централно место за прикупљање, чување и пружање информација о:

1. организационој структури здравствених институција;
2. људским ресурсима којима располажу здравствене институције;
3. медицинској опреми којом располажу здравствене институције;
4. шифрарницама релевантним за пружање других информација везаних за здравство;
5. класификацијама и номенклатурама;
6. статистичким подацима везаним за рад здравствених институција и у вези са заразним болестима.

ЦИС-ом је било предвиђено да се формира јединствена база кадрова *WEB* оријентисана којој би сваки корисник (здравствена установа) могао да приђе како би уносио и користио своје податке. Регионални институти/ заводи би имали увид у те податке, а сви подаци би се сливали у Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Део програма за вођење кадровске евиденције на коме се највише радило није у употреби и веома су мале шансе да заживи. Пребацивање података из постојеће Базе кадрова (која се још увек користи у институ-тима/заводима) је веома отежано. Пробни унос података није дао потребне излазне податке јер су извештаји који се из њега добијају неадекватни. База података о медицинској опреми није ни рађена, а о простору да и не говоримо. Под статистиком се подразумевао само Индивидуални извештај о хоспитализацији!!! Овај пројекат који је требало да уђе у имплементацију 2007. године још увек није заживео, а мала је вероватноћа и да ће и заживети, барем када је кадровска евиденција у питању.

Бројни су текстови који говоре о резултатима постигнутим у развоју интегрисаног информационог система у Србији, ЦИС- и сл., међутим, посматрано са аспекта института/завода за јавно здравље, многи од хваљених пројеката још увек нису у функцији (28 до 40). Најбољи пример за то је ЦИС који од 2007. године није заживео.

АКТУЕЛНА СИТУАЦИЈА

Постојећи здравствено - статистички информациони систем и даље се базира, као што је већ истакнуто, на мануелном начину прикупљања и обраде података и поред све већег присуства и примене савремених технологија. Веома често се из постојећих програма који се користе у установама, тешко издвајају подаци које је потребно достављати, а предвиђени су законом о евиденцијама (углавном су прилагођени фактурисању услуга за РФЗО). Обележја дефинисана у РФЗО нису усаглашена са садржајем који је прописан у постојећем здравствено статистичком систему.

Прикупља се значајан број података из свих области здравствене заштите који би требало да, у великој мери, омогући сагледавање здравственог стања становништва и квалитета здравствене заштите. Највећи број расположивих података се односи на структуралне, мање на исходне, а најмање на процесне карактеристике система здравствене заштите.

За процену квалитета рада неопходно је обезбедити податке који се односе на три основне компоненте: структуру, процес и исход здравствене заштите.

Структура подразумева постојање података о основним предусловима да би нешто било квалитетно. У здравственој заштити то су подаци о ресурсима (кадар, простор, опрема), организацији и финансирању.

Процес обухвата све оне активности које се одвијају између пацијента и здравственог радника почев од превентивних, преко дијагностичко-терапијских, до рехабилитационих мера. То значи да су неопходни подаци о томе шта, када и како се ради у односу на претходно дефинисане стандарде.

Исход подразумева крајњи резултат примењеног процеса у одређеној структури здравственог система, а подаци који о томе говоре су општи и специфични морталитет, промене структуре и вредности морбидитета у односу на предузете мере, и друго (27).

Када се говори о подацима који су везани за **структуралне** елементе система, Завод располаже подацима о кадровима из више извора, као што су: индивидуалне пријаве сваког запосленог (база кадрова од 1980. године), збирни извештај о организационој структури, кадровима и опремљености и збирни извештаји за сваку делатност посебно. База кадрова требало би да буде једини извор података за све потребе везане за ове ресурсе, што сада није случај. Распоређивање радника према систематизацији радних места веома често није у складу са пословима које запослени обављају, а степен ажурности Базе кадрова често није задовољавајући (питање је да ли се све измене у подацима редовно достављају). Мада одлуком Министарства здравља једини валидни подаци за давање мишљења за специјализације, планирање кадрова су подаци који се налазе у Бази кадрова Инстута за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

База података о опреми постоји од августа 2000. године. Међутим, поставља се питање валидности достављених података у односу на номенклатуру и класификацију медицинских апарата, ажурности промена, коришћења опреме итд. Ова база за сада представља само пресек стања опремљености здравствених установа у датом тренутку и подаци су инсуфицијентни. Постојећа номенклатура није допуњена новим апаратима од 2000. године.

О простору као структуралној компоненти, не располажемо никаквим подацима јер постојећи правилник у овој области још увек није примењен.

Подаци о финансирању здравствене заштите су ван домена рада Завода.

Процес, као компоненту квалитета, најтеже је изразити јер подаци који га одређују најчешће недостају, односно не постоји обавеза њиховог евидентирања, иако се на томе све више ради.

Један број података који се користе за праћење **исхода** као мере квалитета, прикупља се и публикује редовно (морбидитет, морталитет и сл.), а други се може добити само циљаним истраживањима, али се поставља питање квалитета добијених података.

ПРОБЛЕМИ И ИЗАЗОВИ У ПРИКУПЉАЊУ ПОДАТАКА РУТИНСКЕ СТАТИСТИКЕ

За потребе рутинске статистике прописана обележја треба да представљају минималан скуп података који би се континуирано прикупљао на одређеном нивоу. Правилник који је донет 2000. године на савезном нивоу, није дефинисао управо тај минимални скуп података, који би омогућио сагледавање здравственог стања корисника здравствене заштите, као и квалитет рада здравствених радника. За то време, а у циљу побољшања садржаја и квалитета података, ништа није предузето ни на републичком нивоу.

Тако на пример, како је већ наведено, одлуци да се пређе са МКБ-9 на МКБ-10 није претходила адекватна припрема, што се најбоље може видети на примеру вођења популационих регистара хроничних незаразних обољења. Ступањем на снагу МКБ-10, законодавац, ни на тадашњем савезном ни на републичком нивоу није прописао дијагнозе које треба пратити по новој класификацији (неке дијагнозе је немогуће пребацити из МКБ-9 у МКБ-10).

У постојећем систему прикупљају се подаци који се не користе јер су временом изгубили на значају, тако да се више не обрађују, али су и даље присутни у медицинској документацији, док нова обележја која су потребна нису предвиђена. За поједине делатности нису прописани извештајни обрасци, а ако су и прописани нису прилагођени савременим актуелним потребама. На пример, рад радиолошке службе се приказује на обрасцу Извештај опште медицине и специјалистичких служби (обр. бр. 3-01-60). Многе установе овај извештај не достављају, али зато кроз извештаје о извршењу плана рада, приказују свој рад. Извештај службе за трансфузију крви (обр. бр. 3-10-60) или Извештај лабораторија (3-14-60) уопште не прате савремена достигнућа, што онемогућава адекватан увид у садржај и квалитет рада ових служби. У овим обрасцима и даље фигурирају неке анализе које се одавно не раде, док нове методе нису увршћене. Подаци о занимању пацијента у индивидуалним извештајима се редовно уписују, а готово никада не користе, јер примарно евидентирани подаци нису валидни (шифрарник није прилагођен потребама - службеник, радник, незапослено лице итд.).

Садржај и обележја у медицинској документацији и евиденцији:

У односу на постојећи садржај медицинске документације и евиденције, стално су се постављали захтеви за новим обележјима. Потреба за рационалним коришћењем ресурса у постојећим лимитираним условима, довела је до формирања новог, паралелног система прикупљања података, који је везан за

планирање/фактурисање услуга РФЗО (планирање и праћење извршења планова рада здравствених установа), праћење квалитета. Разлог овоме јесте да се Закон о евиденцијама спорије мења (сви подаци из здравствених установа је требало да се достављају институтима/заводима у складу са Законом о евиденцијама, а да се затим користе према потреби – нпр. праћење реализације планова рада и сл.).

Јединствена номенклатура занимања већ годинама није ажурирана тако да се многа занимања не налазе у њој као нпр.: многе субспецијализације, које су прешле у специјализације (кардиологија), што представља проблем за вођење кадровске евиденције.

Обележја нису прецизно дефинисана – стандардизована. Иако је било одређених активности и даље су у употреби различите класификације и шифре за иста обележја (номенклатуре услуга, операција и сл.), што отежава обраду података и сагледавање појава.

Приликом дефинисања обележја која се прате, приоритет је дат подацима о кадровима и активностима здравствених установа, односно служби (број и структура кадрова, број и врста посета, прегледа, услуга) и праћењу епизода лечења, а не о корисницима, тако да се и поред великог броја података, не зна број лица (становника) која користе здравствену заштиту, а сходно томе нема ни доброг увида у здравствено стање становништва. Индивидуални здравствено-статистички извештаји (извештај о хоспитализацији, пријава порођаја, побачаја, заразне болести) прате епизоду лечења, а не лице. Једино популациони регистри хроничних незаразних обољења омогућавају праћење појединца, али без података о томе шта се и како догађало од тренутка обољевања до тренутка смрти (одјављивање се врши преко Потврде о смрти –ДЕМ2). Сваки индивидуални здравствено-статистички извештај као основни идентификациони податак садржи јединствени матични број грађанина (ЈМБГ). На жалост, овај податак често недостаје или је нетачан, а омогућио би праћење лица која су користила здравствену заштиту, посебно стационарну. Ревносно попуњавање свих обележја у индивидуалним здравствено-статистичким извештајима у великој мери би допринело већем квалитету података, што за сада није случај. Уколико би се редовно уписивале компликације у пријавама порођаја, могли би се веома брзо из постојеће базе порођаја у Заводу добити подаци за низ година о кретању нпр. порођаја који су завршени царски резом, форцепсом или вакуум екстрактором. Овакав начин рада је за сада неизводљив, па се у овом тренутку тражени подаци једино могу добити мукотрпним претраживањем по архиви, што се и ради. Ово важи за скоро сва обележја која су предмет индивидуалних извештаја, а улаже се велики труд да се ови обрасци попуне, контролишу и шифрирају, унесу у рачунар, обраде и анализирају. Посебан проблем представљају неадекватне номенклатуре. РФЗО је дао номенклатуру услуга која је, иако боља од претходне, инсуфицијентна и у њој се не налазе све операције и интервенције које се обављају у здравственим установама.

Постоји један број обележја која нису прописана, а за којима постоји потреба у циљу оцене и праћења квалитета рада, а односе се нпр. на број рана које зарастају пер секундам, број и врсту интрахоспиталних инфекција, број лица са

декубитусима, број компликација са васкуларним приступом код лица на хемодијализи, итд. Ова обележја могу се добити само циљаним истраживањима.

Стара помоћна евиденција за сачињавање извештаја не може да задовољи све потребе и захтеве, а новопредложена не задовољава ни досадашње захтеве јер је предвиђена за компјутерску обраду података (обр. бр. ДЕ-01).

Сваки збирни здравствено-статистички извештај садржи прво податке о кадровима - извршиоцима, а затим о обиму и врсти посета. Посебан проблем представља праћење рада у стационарним здравственим установама које свакодневно пружају два вида заштите – стационарну и консултативно-специјалистичку. Због неадекватног приказивања броја извршилаца у Извештају о болничком лечењу (обр. бр. 3-21-60) и Извештају специјалистичких служби (обр. бр. 3-01-60) у оквиру једне те исте установе, добијају се подаци о различитом ангажовању лекара, односно о различитом обиму рада и неједнакој оптерећености. Неадекватно се приказују подаци о лекарима који се везују уз постеле, односно специјалистичко-консултативне амбуланте, што отежава сагледавање оптерећености лекара у овим областима.

Улога здравствених радника у примарном евидентирању података:

Примарно евидентирање података, а затим и основна обрада су недовољно квалитетни, јер здравствени радници нису едуковани за тај рад. Многи здравствени радници неадекватно користе неке основне појмове, као што су *прва и поновна посета, радна и коначна дијагноза, недовољно прецизне дијагнозе обољења и узрока смрти* и сл. Често се дешава да се у пријави малигне неоплазме наведу термини "нео" или "Ту", са назнаком да је извршена хистопатолошка верификација, али налаз није наведен. На жалост, едукација свих профила здравствених радника у домену документације и евиденција је инсуфицијентна и више је теоретска него практична. Већ годинама се чека Закон о евиденцијама како би се спровела едукација из ове области.

Здравствени радници „троше“ значајан део свог радног времена за вођење документације и евиденција. При томе, они сами недовољно анализирају сопствени рад и оно што је забележено у њиховим извештајима. Интерна контрола у овом домену се не спроводи на адекватан начин. Контрола индивидуалних извештаја који се достављају Заводу је веома лоша (скоро да се не ради), па је неопходно да се она врши у Заводима. Контрола збирних извештаја такође није адекватна, па се бројчане вредности појединих обележја разликују у зависности од тога за чије потребе се прикупљају подаци и коме се извештаји достављају (план/фактура, закон о евиденцијама, и сл.). Често се догађа да једно исто обележје (нпр. број систематских прегледа, број првих посета трудница, број хоспитализованих лица, број б.о. дана и сл.) има различите вредности у зависности од достављених извештаја.

Размена информација између различитих нивоа здравствене заштите:

Размена информација о пацијенту између различитих нивоа здравствене заштите и различитих здравствених установа или не постоји, или се обавља помоћу

најразноврснијих папирних докумената (упути, налази, отпусне листе), тако да је праћење кретања једног пацијента кроз здравствени систем врло отежано. Самим тим се поставља питање могућности за процену квалитета пружене здравствене заштите. Тако на пример, стопу компликација као меру квалитета је тешко израчунати на основу података из пријаве порођаја, а немогуће на основу пријаве прекида трудноће, јер се оне уопште не евидентирају иако су предвиђене као обавезно обележје. Из индивидуалног Извештаја о хоспитализацији не може се установити да ли се прописани идентификациони подаци односе на лекара који је оперисао пацијента, који га је примио, лечио, отпустио, или се ради о задуженом лекару болничке јединице (собни лекар). Због тога се губе подаци о томе колико је један лекар учествовао у процесу лечења одређеног пацијента (напр. да ли је учествовао у операцији), што је битно за процену обима и квалитета рада лекара и службе у целини. Завод је покренуо пројекат повезивања здравствених установа са Заводом у вези имунизације и микробиологије.

Увођењем електронске фактуре од стране РФЗО праћење реализације планираних активности у примарној заштити у Заводима се врши преко података који се добијају електронским путем. Заводу се достављају већ груписани подаци по делатностима, добним групама, посетама, али без морбидитета и ради се само о осигураним лицима. Међутим, за потребе здравствене статистике неопходни су подаци за сва лечена лица, без обзира на то да ли су осигурана или не. Тако су подаци који се достављају у циљу праћења реализације планираних активности који се добијају електронским путем, неупоредиви са подацима који се добијају по Закону о евиденцијама, ово се пре свега односи на секундарни и терцијарни ниво заштите.

Приликом пројектовања софтвера нису дефинисана сва обележја и извештајне табеле предвиђене Законом о евиденцијама које су потребне да се генеришу, из програма који се користе и достављају Заводима. Информациони системи здравствених установа су прилагођени фактурисању услуга што не задовољава потребе извештавања по Закону о евиденцијама, па здравствене установе имају проблем да саставе прописане извештаје дефинисане Законом о евиденцијама на свим нивоима здравствене заштите.

Подаци о стационарном лечењу на основу фактура у 2012. години, не обезбеђују информације потребне ни за праћење реализације планираних активности, а уопште не задовољавају потребе образаца који су дефинисани законом о евиденцији (број лица, број б.о. дана, дијагнозе, исход и сл.). Подаци се сведе само на број остварених услуга из номенклатуре услуга РФЗО.

Опрема и инфраструктура за унапређење информационог система рутинске здравствене статистике:

Инсталирање разноврсних апликативних софтвера који имају различите структуре података (нпр. базе кадрова) отежава, па тиме и онемогућава размену и најпростијих информација, што представља проблем установама јер не желе да воде кадровску евиденцију у више различитих програма, а то им се намеће.

У установама које су у фази развоја сопственог нпр. болничког информационог система, тежиште се ставља на процес рада у установи, што је позитивно (примарна документација, пријем/отпуст и сл.), а занемарују се обавезе које установе имају у домену извештавања према надлежним институцијама.

Поједине здравствене установе се налазе у различитим фазама изградње сопственог рачунарског информационог система. У домовима здравља постоје електронски здравствени картони, иако електронско вођење примарне медицинске документације није законом прописано, тако да се приликом стручног надзора или инспекције по налогу Министарства здравља од здравствених установа тражи искључиво папирна документација.

Кадрови за унапређење информационог система рутинске здравствене статистике:

Незадовољавајући квалитет података условљен је у великој мери и субјективним разлозима при прикупљању и обради података на свим нивоима. Непотпун обим и неадекватан садржај прикупљених података резултира неквалитетним информацијама. Здравствени радници не добијају благовремено повратне информације, па су често незаинтересовани за овај рад.

Недовољно су едуковани здравствени радници за унос података, а њихову едукацију су радили најчешће информатичари који немају медицинско знање, па се веома често хронично обољење код сваке посете евидентира као нова епизода лечења, односно као прва посета (приликом тумачења добија се погрешна информација, скоро сваки становник Србије има хипертензију). Посебан проблем представља и време потребно за унос података чиме се смањује време које се посвећује пацијентима.

Сталан је недостак одговарајућих информатичких кадрова у здравственим установама. Потребно је да овај кадар има и специфичну едукацију када се ради о области здравствене заштите. Уколико и постоји администратор мреже, он није задужен и за програме који се користе у установи.

Посебно треба истаћи да још увек здравствене установе, посебно лекари, не прихватају да је вођење евиденције њихова обавеза (поготово када је дијагноза или операција у питању).

ЗАКЉУЧАК И ПРЕДЛОГ МЕРА

Применом закона, правилника и уредби које дефинишу развој интегрисаног здравственог информационог система, ова област ће се много брже развијати у наредних неколико година, него у претходном периоду. У том циљу морају се решити још увек бројни недостаци који су успоравали овај развој.

Садашњи начин рада са описаним недостацима и великим понављањем података, јако успорава проток информација до управљачког нивоа, што уз недовољну валидност улазно/излазних информација, отежава процес управљања. Одлуке се на различитим нивоима управљања често доносе без довољно валидних елемената.

Постојећи подаци којима располаже здравствено-статистички информациони систем, пружају превасходно увид у структуралне карактеристике квалитета, само делимично у исходне, док о процесу као компоненти квалитета нема података.

И поред тога, неписана одлука да се на нивоу Републике Србије примењују стари закони и правилници из 1978., 1979. и 1981. године, како не би дошло до прекида статистичких серија и како би се обезбедио континуитет рада у овој области (иако су они престали да важе), омогућила је да данас имамо одређене податке о раду здравствених установа и здравственом стању становника Србије. Да тога није било, ситуација би била много гора.

За сврсисходно коришћење рутинских статистичких података у циљу процене квалитета и ефикасности здравствене заштите, неопходна је изградња и функционисање интегрисаног здравственог информационог система, односно здравствене установе треба да развијају сопствене информационе системе који треба да задовоље поред осталог и све извештајне потребе. У том смислу, неопходно је обезбеђивање основних предуслова, а најзначајнији су:

- адекватно нормативно регулисање - потребно је да се донесу нова законска и подзаконска акта која ће да регулишу овај делокруг рада са јасно дефинисаним обавезама, а то је пре свега Закон о евиденцијама у области здравствене заштите и Закон о електронском пословању у области здравствене заштите, јер је још увек „папирната“ документација обавезујућа.
- дефинисање минималних скупова података неопходних за вођење медицинске документације, евиденција и извештаја на свим нивоима и обезбеђивање израчунавања индикатора извршења, који би се прикупљали и обрађивали униформно, што би омогућило поређења за различите намене;
- дефинисање хардверских и софтверских стандарда на нивоу државе којих би се све установе морале да придржавају (стандардизација и лиценцирање софтвера);
- даље умрежавање здравствених установа и даље стандардизовање рада (јединствени кодекси, номенклатуре, шифрарници, класификације, упутства и сл.) на свим нивоима здравствене заштите чиме би се постигла потребна компатибилност у раду у нашој средини и усклађивање са стандардима Светске здравствене организације, као и Европске заједнице. Неопходно је усагласити обележја на свим нивоима здравствене заштите и за све потребе. Исто обележје у разним документима треба да има исто значење и садржај. То значи да треба обезбедити и одржавање свих шифрарника од стране референтних установа као и адекватну доступност шифрарника свим корисницима.
- неопходно је да се обезбеди координација свих пројеката који се раде на развоју информационих система (Електронска фактура - РФЗО, Развој здравственог и фармацеутског информационог система - Увођење електронске здравствене документације, Централни информациони сервис и друго), како се не би дуплирале активности, а при томе треба да се користи

јединствена методологија; истовремено обезбедити бољу сарадњу и координацију свих субјеката који учествују или желе да учествују у развоју информационих система у здравству (државних субјеката, приватних установа, невладиних организација и друго);

- јединствена методологија развоја треба да уважава чињеницу да је дијагноза искључиво у надлежности лекара, а не медицинских сестара и других сарадника; лекар мора да уписује дијагнозу користећи МКБ-10 у било који медицински документ и то треба да буде четворомесна шифра;
- јединствена методологија развоја обезбеђује идентификациони број (штамбил) свим лекарима, стоматолозима и фармацеутима, као и другим здравственим радницима и сарадницима који пружају индивидуалне услуге (психолози, дефектолози, логопеди, социјални радници, поливалентне патронажне сестре); ИД број би требали да добију и здравствени радници из приватног сектора;
- за потребе вођења базе података из индивидуалних извештаја (кадрови, опрема, хоспитализација, порођаји, прекиди трудноћа, хронична незаразна обољења, заразна обољења) обезбедити децентрализован унос података, који би био излаз из информационих система здравствених установа;
- убрзање обраде и преноса информација ка вишим и нижим нивоима коришћењем савремених технологија уз стандардизацију софтвера и омогућавање повезивања података из различитих информационих система; повезивање података из различитих информационих система и убрзавање преноса информација по свим нивоима, при чему индивидуални матични број грађана-ЈМБГ треба да буде веза у кретању лица кроз здравствени систем и основ за обједињавање података о пацијенту, јер се не ради само о осигураним лицима (који се прате путем личног броја осигураника – ЛБО), већ о свим лицима која користе здравствену заштиту; омогућити да се подаци о једном лицу могу видети на свим нивоима здравствене заштите, у складу са овлашћењима и уз ригорозну заштиту поверљивости и приватности података;
- континуирана едукација радника у циљу побољшања квалитета рада на евидентирању података, јер правилно евидентирање сопственог рада значи и већу валидност података; едукација запослених за нов начин рада;
- у циљу одржавања информационих система, рачунарске опреме, комуникационих мрежа, интернета и сл., потребно је планирати информатички кадар који би обављао наведене активности у здравственим установама;
- преусмерити рад запослених у институтима/заводима, са уноса на контролу и анализу података, као и пријем сарадника информатичке струке;
- Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић – Батут” са мрежом института /завода за јавно здравље треба да буде један од битних учесника у развоју јединственог здравственог информационог система у Србији.

Досадашњи развој информационих система показао је да су системи много боље представљен у теорији него у пракси. Решавањем бројних постојећих

проблема омогућио би се бољи квалитет информација, задовољавајућа валидност и веће коришћење рутинских–статистичких података, у циљу успостављања што квалитетније и ефикасније здравствене заштите. Могућности за то су велике и реалне, али треба организовано и континуирано да се решавају постојећи проблеми.

Подаци и информације су онолико добри, колико је квалитетан рад људи који учествују у њиховом евидентирању, прикупљању и евалуирању, без обзира на којој платформи се ради!

ЛИТЕРАТУРА:

1. Закон о евиденцијама у области здравствене заштите. Сл. гласник СРС бр. 14/81, 24/85, 26/85, 6/89 и Сл. гласник РС. бр. 44/91, 53/93, 67/93, 48/94 и 101/2005.
2. Правилник о вођењу медицинске документације, начину уписивања података и састављању извештаја. Сл. Гласник СРС бр. 40/81.
3. Ристић Ј, Шаулић А, Марчетић Љ. Коришћење рутинских здравствено статистичких података у процени захтева за ванболничком и болничком здравственом заштитом. Процена здравственог стања становништва. Дани Завода 96, 15 стручна конференција. Београд: Градски завод за заштиту здравља 1996.
4. Тртица С., Марчетић Љ. Ристић Ј..Валидност рутинских статистичких података за процену квалитета здравствене заштите. Квалитет у здравственој заштити. Дани Завода 2001, 18 стручна конференција. Београд: Градски завод за заштиту здравља 2001.
5. Закон о статистичким истраживањима у области здравства. Службени лист СФРЈ бр. 18/84.
6. Законом о евиденцијама у здравству. Службени лист СРЈ бр. 12/98.
7. Правилник о средствима за вођење евиденција у области здравства. Сл. лист СРЈ бр. 6/2000.
8. Правилник о медицинској документацији, евиденцијама и извештајима о кадровима, опреми, просторијама и лековима у здравственим установама. Сл. гласник РС 29/2000.
9. Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите. Сл гласник РС бр. 49/2010.
10. Закон о здравственој заштити. Сл. гласник РС бр. 107/05, 72/09, 88/10, 99/10, 57/11.
11. Уредба о програму развоја јединственог здравственог информационог система. Сл. гласник РС бр. 12/95.
12. Правилник о ближеј садржини технолошких и функционалних захтева за успостављање интегрисаног здравственог информационог система. Сл. Гласник РС, бр 95/2009. /www.dils.gov.rs/documents/files/april2011/dils%20ws%20
13. Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите. Сл. Гласник РС, бр 49/2010 од 27.07.2010. године
14. Стратегија развоја информационог друштва у Републици Србији. Сл. Гласник РС бр. 87/06.
15. Закон о влади. Сл. гласник РС бр. 55/05, 71/05 –исправка и 65/08:
16. Стратегија развоја информационог друштва у Републици Србији до 2020. године. Сл. Гласник РС бр. 51/2010.
17. Уредба о програму рада, развоја и организације интегрисаног здравственог информационог система – „ Е Здравље“ за период 2009-2015. година. Сл. Гласник РС, бр. 55/09.
18. Милошевић З, Богдановић Д, Станковић А. Медицинска информатика.
19. Развој здравства Србије – Информационе технологије.
20. Републички фонда за здравствено осигурање. www.rfzo.rs/ (Accessed 13 August, 2012)
21. Е- картон. http://sr.wikipedia.org/sr (Accessed 13 August, 2012)
22. Важне припремне радње за опсежне ИТ активности у оквиру пројеката РЗС-ДФ и ДИЛС. www.zdravlje.gov.rs/showpage.php?id=75 (Accessed 13 August, 2012) (Accessed 13 August, 2012)

23. Централни информациони сервис (CIS). www.zdravstvo.rs/srp (Accessed 13 August, 2012)
24. Светска банка у Србији, Успешно партнерство. Резултати на терену. http://siteresources.worldbank.org/INTSERBIA/Resources/SBbrosura_srpski.pdf (Accessed 13 August, 2012)
25. Е-картон. Портал еУправа републике Србије. <http://www.euprava.gov.rs/> (Accessed 13 August, 2012)
26. Теодосијевић Н. Информатизација здравствених установа примарне здравствене заштите, Пружање унапређених услуга на локалном нивоу. www.dils.gov.rs/documents/files/april2011/dils%20ws%20 (Accessed 13 August, 2012)
27. Цуцић В, ед: Социјална медицина. Београд: Савремена администрација, 2000.
28. е-Картон - акредитован софтвер за примарну здравствену заштиту. www.zipsoft.rs/oprema/novosti/108-e-karton-ver-4-akreditovan-softver-za-primarnu-zdravstvenu-zastitu.html (Accessed 13 August, 2012)
29. Е-магазин: Електронски здравствени картон и у Србији
30. Он-лине „картон“ пацијента. <http://webmedicina.org/strucni-deo/e-zdravstvo/126-e-zdravstvo/1295-on-line-karton-pacijenta>, (Accessed 13 August, 2012)
31. Стање Е здравства у Србији. <http://webmedicina.org/strucni-deo/e-zdravstvo/126-e-zdravstvo/1294-stanje-e-zdravstva-u-srbiji->, (Accessed 13 August, 2012)
32. Представљен Централни информациони сервис у здравству. [http://webmedicina.org/strucni-deo/e-zdravstvo/126-e-zdravstvo/1289-predstavljen-centralni-informacioni-servis-u-zdravstvu-](http://webmedicina.org/strucni-deo/e-zdravstvo/126-e-zdravstvo/1289-predstavljen-centralni-informacioni-servis-u-zdravstvu). (Accessed 13 August, 2012)
33. Интегрисани информациони систем до 2015. године, интервју са Теодосијевић Н. <http://farmaceuti.com>, (Accessed 13 August, 2012)
34. Теодосијевић Н. Информационе технологије. www.dils.gov.rs/documents/files/desembar2009/Informacione%20tehnologije.
35. Теодосијевић Н. Информационе технологије, www.shp.gov.rs/downloads/files/jun2010/
36. Представљени резултати пројекта "Развој здравства Србије", 07.12.2011. www.rzs.gov.rs/ (Accessed 13 August, 2012)
37. Информационе технологије. Развој здравства Србије – додатно финасирање, 2010. www.rzs.gov.rs www.rzs.gov.rs/
38. Карановић Н. Конференција информатика у здравству 2008 ECDL centar, Улога информационо-комуникационе технологије (ИКТ) у здравственом систему. www.ecdlcentar.com/forum
39. Папироманији у здравству одзвонило. Дневник 01.09 2011. www.dnevnik.rs/drustvo/papiromaniji-u-zdravstvu-odzvonilo (Accessed 13 August, 2012)
40. Информациони систем завода за јавно здравље и ЗИС Информациони системи здравствених установа. QubeSoft: ZZJZIS

HEALTH RECORDS AND DOCUMENTATION NEW OPTIONS AND ISSUES

Ristic Jasna, Trtica S., Marcetic Lj.

ABSTRACT

Medical documentation is a set of standardized documents that can be used or applied in the investigation and establishment of facts or evidence in a court of law. Development of information systems in health facilities enables us to record the patient data in electronic form. It also helps establish and maintain electronic health documentation.

Health care facilities send reports to regional institutes/ administrations of public health and Serbian Institute of Public Health "Dr. Milan Jovanovic Batut". Thus "reporting" bears special significance.

The existing health - statistical information system has been still based on manual collection and processing of the data. Validity of routinely collected data is mostly hampered by several issue such as out- datedness. In time, certain data lose significance and are not processed any longer. Another issue is the lack of definition of certain necessary features. There are no report forms for a number of medical activities while the existing forms have not been adapted to the needs. Additionally, certain features have not been precisely defined; auxiliary documents do not satisfy all needs and demands. Sometimes the control of input data is inadequate in the sender health care facility.

It is necessary to provide basic preconditions in order to use routine statistics adequately. These are: adoption of adequate norms and regulations; defining minimum of data sets necessary to maintain medical records, evidence and reporting; standardization of performance at all levels of health activities; providing nomenclature, code-books and continuing education in the area; better data transfer; linking the data originating from different information systems. Unique individual number (JMBG) should be a clasp which enables us to monitor a person throughout the system of health care.

Solving these issues will enable better quality of information, satisfactory validity and greater utilization of routine statistics with the aim of defining the highest quality of health care in Serbia.

Key words: Law on Record- Keeping in Health Care- Integrated Health- Related Information Systems- Central Information System- Electronic Patient Record- E- health

ДАНИ ЗАВОДА
2012.
24. стручна
конференција





АКТИВНОСТИ ГРАДСКОГ ЗАВОДА ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ БЕОГРАД У ОКВИРУ „ДЕКАДЕ АКЦИЈЕ ЗА БЕЗБЕДНОСТ САОБРАЋАЈА НА ПУТЕВИМА 2011- 2020.“

Пауновић Милена, Марковић М.

САЖЕТАК

Саобраћајни трауматизам са високом стопом смртности, повређивања и последичним инвалидитетом представља велико оптерећење не само система здравствене заштите, већ и друштва у целини. У многим земљама, међу којима је и Србија, до сада се недовољно пажње посвећивало овом важном проблему. Иако саобраћајни трауматизам има тешке последице по здравље људи и друштвену заједницу, досадашње превентивне акције и интервенције показале су се као недовољне. Стога је Светска здравствена организација предложила покретање „Декаде акције за безбедност саобраћаја на путевима у периоду 2011-2020. године“, спровођењем различитих активности на националном, регионалном и глобалном нивоу.

Министарство здравља Републике Србије је именовало Градски завод за јавно здравље Београд да буде координатор активности здравственог сектора у спровођењу манифестације обележавања почетка Декаде, као и да буде део радне групе која ће бити задужена за спровођење Декаде на националном нивоу.

У току 2011. и 2012. године представници Градског завода за јавно здравље Београд били су учесници и организатори многобројних превентивних активности у циљу редуковања саобраћајног трауматизма у Србији. Учествовали су у креирању едукативно промотивног материјала неопходног за имплементацију Декаде. На више скупова посвећених проблематици безбедности у саобраћају презентовали су радове у којима су понуђена решења за смањење броја страдалих у саобраћају. Такође су вршили координацију прикупљања података за „Други светски извештај о стању безбедности на путевима“ и креирали два превентивна програма који су уврштени у предлог „Акционог плана за безбедност саобраћаја у Републици Србији за период 2013/2014. године“.

У току трајања и након завршетка Декаде Градски завод за јавно здравље Београд ће наставити са континуираним активностима на превенцији саобраћајног трауматизма, који се правилном едукацијом и афирмацијом безбедног понашања може редуковати или потпуно спречити.

Кључне речи: Декада акције за безбедност саобраћаја на путевима, саобраћајни трауматизам, превентивне активности.

ЗАШТО ДЕКАДА?

Саобраћајни трауматизам представља велики јавно-здравствени проблем. У свету 1,3 милиона људи годишње изгуби живот у саобраћајним незгодама, а 20-50 милиона буде лакше или теже повређено, што поставља саобраћајне повреде на десето место главних узрока смрти на светском нивоу и представља један од три водећа узрока смртности у старосној групи 5-44 године.

Саобраћајни трауматизам има тенденцију раста и уколико се не предузму брзе и ефективне мере, до 2020. године ће постати пети водећи узрок смрти у свету, са процењених 2,4 милиона смртних случајева годишње.

ВОДЕЋИ УЗРОЦИ СМРТИ У СВЕТУ 2008. И 2020. ГОДИНЕ ПРЕМА ПОДАЦИМА СВЕТСКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ

Ранг	2008.	Ранг	2020.
1.	Исхемијска болест	1.	Исхемијска болест
2.	Цереброваскуларна болест	2.	Цереброваскуларна болест
3.	Инфекције доњих дисајних путева	3.	Хронична опструктивна болест плућа
4.	Хронична опструктивна болест плућа	4.	Инфекције доњих дисајних путева
5.	Цревна обољења са дијарејом	5.	Саобраћајни трауматизам
6.	ХИВ/СИДА	6.	Рак плућа
7.	Рак плућа	7.	Дијабетес мелитус (шећерна болест)
8.	Туберкулоза	8.	Болест срца узрокована хипертензијом
9.	Дијабетес мелитус (шећерна болест)	9.	Рак желуца
10.	Саобраћајни трауматизам	10.	ХИВ/СИДА

У складу са наведеним чињеницама, у свом извештају за 2009. годину, Комисија Уједињених нација за безбедност на путевима, са Светском здравственом организацијом као председавајућом, предложила је покретање „Декаде акције за безбедност саобраћаја на путевима“ (у даљем тексту - Декада) у циљу смањења броја повређених и погинулих у друмском саобраћају широм света спровођењем различитих активности на националном, регионалном и глобалном нивоу.

Резолуцијом Генералне скупштине Уједињених нација број 64/255 од 02. марта 2010. године, период од 2011. до 2020. године проглашен је Декадом акције за безбедност саобраћаја на путевима. За датум почетка Декаде одређен је 11. мај 2011. године, када је у Женеви одржана Генерална конференција Уједињених нација на којој је званично промовисан овај датум као почетак заједничких активности свих земаља чланица на смањењу броја погинулих и повређених у саобраћајним незгодама. Истакнуто је да у лансирању Декаде и спровођењу њених активности треба да учествују Владе свих држава чланица Уједињених нација.

„ДЕКАДА АКЦИЈЕ ЗА БЕЗБЕДНОСТ САОБРАЋАЈА НА ПУТЕВИМА У СРБИЈИ“

У Србији је током протеклих 10 година у саобраћајним незгодама погинуло преко 9.000 лица, док је 188.000 лакше или теже повређено. Деца представљају 10% свих настрадалих у саобраћају. Сваке године 1.700 најмлађих учесника изгуби живот или буде озбиљно повређено у саобраћајним незгодама.

Саобраћајни трауматизам са високом стопом смртности, повређивања и последичним инвалидитетом представља велико оптерећење не само система здравствене заштите, већ и друштва у целини. У многим земљама, међу којима је и Србија, до сада се недовољно пажње посвећивало овом важном проблему. Иако саобраћајни трауматизам има тешке последице по здравље људи и друштвену заједницу, досадашње превентивне акције и интервенције показале су се као недовољне. Стога је покренута глобална јавно здравствена интервенција на бази мултисекторског приступа где и сектор здравства има своју изузетно значајну улогу.

ОБЕЛЕЖАВАЊЕ ПОЧЕТКА „ДЕКАДЕ АКЦИЈЕ ЗА БЕЗБЕДНОСТ САОБРАЋАЈА НА ПУТЕВИМА 2011-2020.“

У циљу обележавања почетка Декаде, Министарство здравља Републике Србије је именovalo тим из Градског завода за јавно здравље Београд, да буде координатор активности здравственог сектора у спровођењу наведене манифестације, као и да буде део радне групе која ће бити задужена за спровођење Декаде на националном нивоу.



АКТИВНОСТИ ГРАДСКОГ ЗАВОДА ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ БЕОГРАД КОЈЕ СУ ПРЕТХОДИЛЕ ОБЕЛЕЖАВАЊУ ПОЧЕТКА ДЕКАДЕ

- Формирана је мултисекторска радна група која је укључивала сва релевантна министарстава и институције, у којој је представник испред Министарства здравља Републике Србије био Градски завод за јавно здравље Београд. Ова група је добила задужење да имплементира и спроводи различите програме и активности током трајања Декаде.
- Тим из Градског завода за јавно здравље Београд је превео два стратешка документа неопходна за имплементацију и спровођење Декаде: „**Глобални план Декаде акције за безбедност на путевима**“ и „**Инструкције за организаторе догађаја**“ и учествовао у припреми званичног промотивног материјала Декаде. Објављивањем наведених материјала на званичном сајту и дистри-буцијом свим релевантним институцијама, учинио их је доступним како стручној тако и општој јавности у Србији.



Сачињене су три врсте едукативних материјала - лифлета

- **Буди свестан своје одговорности**, са информацијама о саобраћајним незгодама широм света и у Републици Србији, и основним препорукама за учеснике у саобраћају како да се понашају да би избегли могуће повреде (*додатак 1.*)
- **Зашто је битно да безбедно управљамо моторним возилима**, са препорукама возачима како да поступају у циљу безбедније вожње (*додатак 2.*)
- **Возачи обратите пажњу, они су најрањивији**, са информацијама о психофизичким карактеристикама деце и старих које их чине склоним повређивању у саобраћају (*додатак 3.*)



- Чланови тима из Градског завода за јавно здравље Београд су у току гостовања у телевизијским емисијама информисали јавност о проблему саобраћајног трауматизма у Србији, као и о предстојећем догађају обележавања Декаде.
- ✓ Почетак Декаде је оглашен у свим значајнијим електронским и штампаним медијима, као на билбордима постављеним на најпрометнијим местима у Београду и околини.



Аутокоманда



Нови Београд

МАНИФЕСТАЦИЈА ОБЕЛЕЖАВАЊА ПОЧЕТКА ДЕКАДЕ

Почетак Декаде је обележен 11. маја 2011. године у градовима широм Србије, али је манифестација од националног значаја одржана на Тргу Републике у Београду. Ова манифестација је подржана од стране свих релеватних министарстава и институција чији су представници били присутни и јавности пренели одговарајуће поруке о тренутном стању безбедности на путевима у Србији и широм света.



Шеф националне канцеларије Светске здравствене организације за Републику Србију, др Дорит Ницан, истакла је значај Декаде акције безбедности у саобраћају и посебно нагласила неопходност предузимања хитних мера и активности у циљу заустављања пораста саобраћајног трауматизма у свету.

Изведен је улични перформанс „**180 сачуваних живота**“ који је приказао да је увођењем новог Закона о безбедности саобраћаја током 2010. године страдало 180 особа мање, него у претходној години.





Деца из предшколских и школских установа у Београду су цртежима исказала доживљај сопствене безбедности и безбедности своје породице у саобраћају

Припадници релевантних институција из области безбедности у саобраћају су практичним примерима приказали начине на које се саобраћајни трауматизам може спречити или његове последице санирати.

На специјалном тренажном уређају, Националне возачке академије, демонстриран је значај употребе сигурносних појасева приликом судара или окретања возила.



Волонтери Црвеног крста Србије су приказали најзначајније процедуре пружања прве помоћи повређенима у саобраћају.

Поред кординативне улоге у организацији целокупног догађаја, чланови тима из Градског завода за јавно здравље Београд су на Тргу Републике спровели и низ едукативних активности у циљу упознавања грађана о значају доброг здравственог стања за безбедну возњу и о појединим здравственим поремећајима, као фактору ризика за изазивање саобраћајних незгода. Припремљене су информације за мас медије о проблему повређивања у саобраћају, као и активностима које се тренутно спроводи на пољу превенције овог проблема, а које ће даље бити унапређиване у току трајања Декаде.



У оквиру овог догађаја организована је конференција за новинаре у којој су учествовали представници свих институција значајних за област безбедности у саобраћају (Министар здравља, Министар унутрашњих послова, Министар просвете, науке и техничког развоја, Представних регионалне канцеларије СЗО, Начелник саобраћајне полиције, Директор агенције за безбедност саобраћаја, Председник Црвеног крста Србије, Генерални секретар Ауто-мото савеза). Представници Градског завода за јавно здравље Београд имали су једну од кључних улога у организацији ове конференције.



Манифестација обележавања почетка Декаде одржана на Тргу Републике је изазвала велику медијску пажњу и од стране Светске здравствене организације је проглашена изузетно успешном.

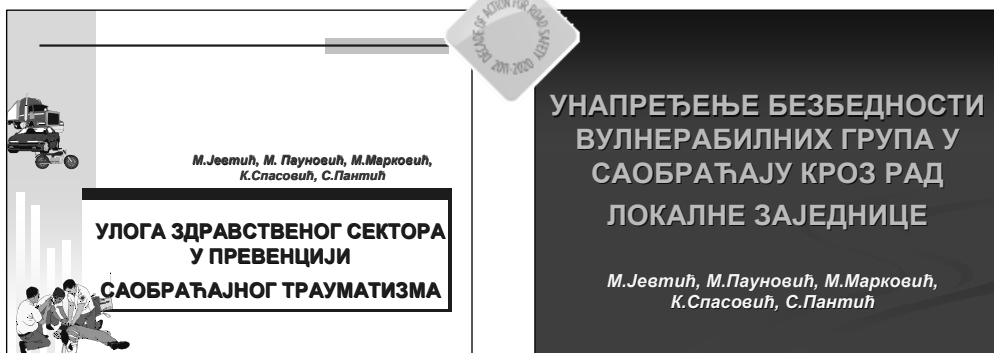


Након успешног промовисања Декаде, тим из Градског завода за јавно здравље Београд активно је наставио са својим радом на пољу превенције повређивања у саобраћају. У том смислу, чланови тима учествовали су на више скупова посвећених овој проблематици где су презентовали радове у којима су понудили решења за смањење броја страдалих у саобраћају.

10. Међународни стручни семинар *„Унапређење полицијских послова безбедности саобраћаја“*, 09-11. новембар 2011., Врњачка Бања.



- ◆ 7. Међународна конференција „Безбедност у саобраћају у локалној заједници“ 19-21. април 2012., Доњи Милановац.



Тим из Градског завода за јавно здравље Београд је у току 2011. године био координатор активности прикупљања података за **„Други светски извештај о стању безбедности на путевима“**, који ће бити званично објављен од стране Светске здравствене организације до краја 2012. године. Ова публикација представља наставак **„Првог светског извештаја о стању безбедности на путевима“** објављеног 2009. године, чији су подаци указали на потребу предузимања хитних мера за превенцију повређивања у саобраћају. Део тих мера је имплементација Декаде акције за безбедност у саобраћају на путевима која ће се спроводити на свим нивоима - локалном, регионалном и глобалном.



Тим из Градског завода за јавно здравље Београд је такође био координатор за Републику Србију у оквиру „Првог светског извештаја о стању безбедности на путевима“.



9789241510284

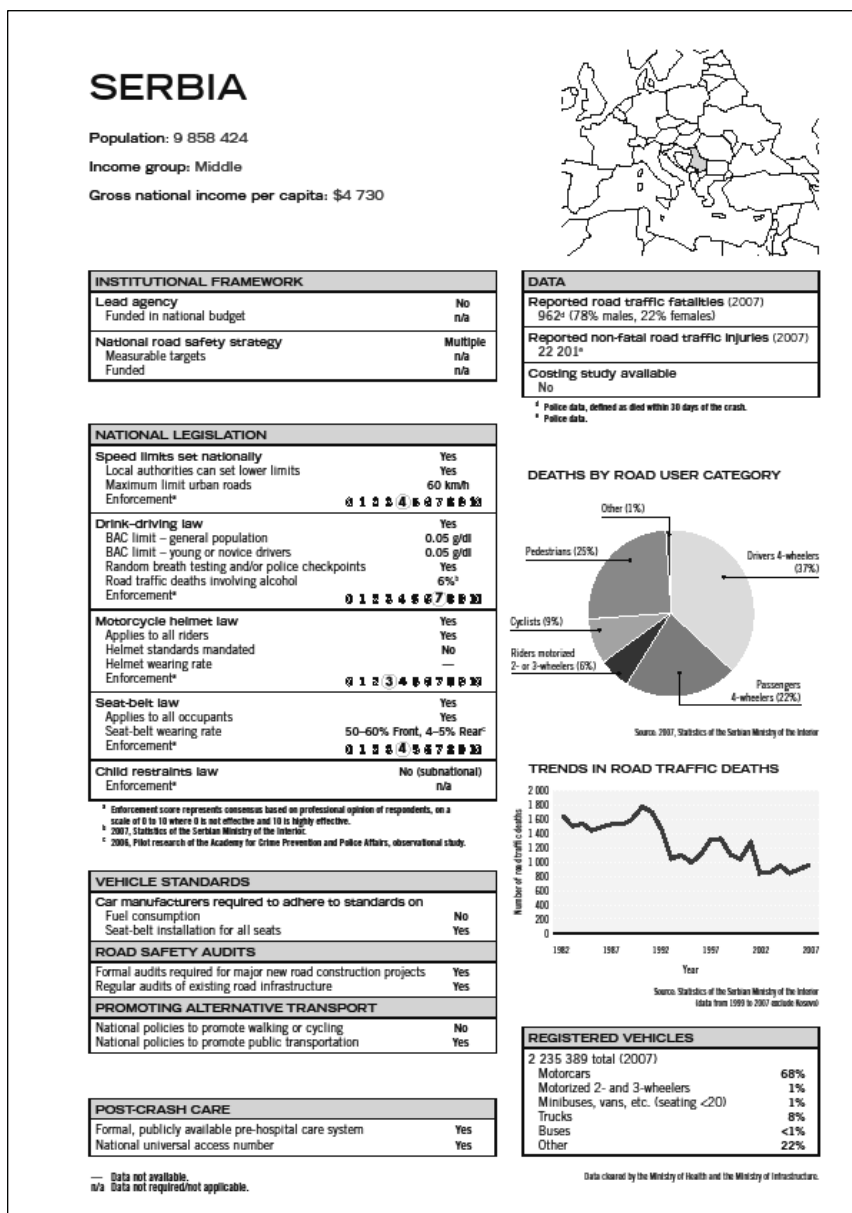
World Health Organization
Department of Violence & Injury Prevention & Disability (VIP)
22 Avenue Appia
Geneva 27
Switzerland
E-mail: wha@who.int
www.who.int/violence_injury_prevention



GLOBAL STATUS REPORT
ON ROAD SAFETY
TIME FOR ACTION



Подаци о стању безбедности на путевима у Републици Србији објављени у „Првом светском извештају о стању безбедности на путевима“²



² Општи подаци о Републици Србији приказани у Извештају нису дати од стране Градског завода за јавно здравље Београд, већ их је СЗО преузела из своје базе података о земљама чланицама



У току 2012. године, у оквиру континуитета спровођења Декаде, стручњаци Градског завода за јавно здравље Београд су учествовали у креирању два програма - „12 месеци-12 порука“ и „Деца и саобраћај“ - прихваћена од стране Комисије за превенцију повређивања и рехабилитацију Координационог тела за безбедност саобраћаја Владе Републике Србије.

Наведени програми су уврштени у предлог „Акционог плана за безбедност саобраћаја у Републици Србији за период 2013/2014. године“. Активности из наведених програма и Акционог плана послужиће као основа за израду дела „Стратегије за превенцију повређивања у саобраћају у Републици Србији“, у домену здравственог сектора.

Тим из Градског завода за јавно здравље Београд ће, у току трајања и након завршетка Декаде, наставити са континуираним активностима на превенцији саобраћајног трауматизма, који се правилном едукацијом и афирмацијом безбедног понашања може редуковати или потпуно спречити.

**DECENIJA AKCIJE ZA BEZBEDNOST
SAOBRAĆAJA NA PUTEVIMA 2011-2020**

*Zajedno
možemo
da spasimo
milione života!*

World Health Organization
University of Belgrade Faculty of Medicine
AMCC
FIA Foundation for the Automobile and Society
University of Belgrade Faculty of Health Sciences
NAVAK

Додатак 1

BUDI SVESTAN SVOJE ODGOVORNOSTI

PEŠAČI SU NAJRANJIVIJU UČESNICI U SAOBRAĆAJU. SAOBRAĆAJNE NEZGODE SU VODEĆI UZROK SMRTI DECE DO 16 GODINA STAROSTI.

- ◆ POŠTUJ ZNAKOVE
- ◆ BUDI UOČLJIV
- ◆ STANI NA CRVENO
- ◆ PREDJI NA PEŠAČKOM
- ◆ OPREZ NA RASKRSNICI
- ◆ KREĆI SE TROTOAROM
- ◆ GLEDAJ LEVO I DESNO
- ◆ KOLOVOZ NIJE MESTO ZA IGRU
- ◆ PUSTI LOPTU NEKA ODE
- ◆ BEZ ŽURBE, DRUGOVI ĆE TE SAČEKATI

VOZAČI, DOVOLJNA JE SEKUNDA DA SE PREVIDI OPASNOST. SA POVEĆANJEM BRZINE, POVEĆAVA SE VEROVATNOĆA GUBITKA KONTROLE NAD VOZILOM.

- ◆ VEŽI SE
- ◆ BUDI ODMORAN
- ◆ PROVERI ISPRAVNOST VOZILA
- ◆ DRŽI ODSTOJANJE
- ◆ BUDI TREZAN
- ◆ POŠTUJ PEŠAKE
- ◆ KONCENTRIŠI SE
- ◆ USPORI PORED ŠKOLE
- ◆ BUDI TOLERANTAN
- ◆ MISLI NA SVOJE SAPUTNIKE

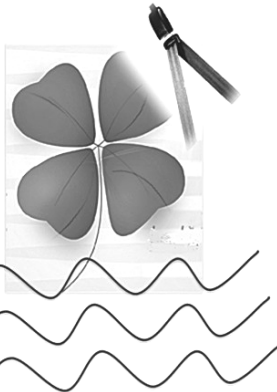
POSLEDNJIH GODINA, U PORASTU JE BROJ SAOBRAĆAJNIH NEZGODA U KOJIMA STRADAJU DVOTOČKAŠI.

- ◆ STAVI KACIGU
- ◆ USPORI, NISI NA TRCI
- ◆ KORISTI BICIKLISTIČKU STAZU
- ◆ UKLJUČI SVETLO DA TE VIDE
- ◆ VOZI NA OBA TOČKA
- ◆ KORISTI ZAŠTITNU OPREMU
- ◆ DRŽI OBE RUKU NA UPRAVLJAČU
- ◆ PAZI, NAJUGROŽENJI SI
- ◆ OPREZNO U KRIVINI
- ◆ PROVLAČENJE IZMEĐU VOZILA JE NAJOPASNIJE


BEZBEDAN ZA SEBE, BEZBEDAN ZA DRUGE




Додатак 2



**БЕЗБЕДНОСТ
ЗА СРЕЋАН ПУТ**



Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА




ГРАДСКИ ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ
БЕОГРАД

ЗАШТО ЈЕ БИТНО ?

ДА БЕЗБЕДНО УПРАВЉАМО
МОТОРНИМ ВОЗИЛИМА

БЕЗБЕДАН ВОЗАЧ ЈЕ БЕЗБЕДАН ЗА СВЕ



Придржавајте се правила понашања у саобраћају која ће вас и вашу околину учинити безбеднијим!

1. ВЕЖИТЕ СЕ!
Заштитите себе!

- ✓ Увек вежите појас, било да седите на предњем или задњем седишту.

Заштитите друге!

- ✓ Правилно вежите појас и проверите да ли су сви у возилу везани, без обзира на дужину пута.

Заштитите децу!

- ✓ Деца до 12 година старости треба да седе на задњем седишту, правилно везана.
- ✓ Деца до 8 година старости треба да седе у децијим седиштима.
- ✓ Користите деција седишта која одговарају узрасту и тежини вашег детета као и типу возила.
- ✓ У седишту дете мора бити правилно везано.

2. ПРОБУДИТЕ СЕ!

- ✓ **Немојте возити ако сте послани јер су велике шансе да ћете задремати за воланом!** Разли да се засни за воланом је највећи између поноћи и 6 сати ујутру и 14-16 часова поподне.
- ✓ **Добро се одморите и наспавајте пре него што кренете на пут!**
- ✓ **Уколико осетите умор или поспаност, зауставите се и направите паузу!**

3. ОТРЕЗНИТЕ СЕ!

- ✓ **Немојте возити ако сте припити или мамурни** – велика је вероватноћа да ћете изазвати удар.
- ✓ **Алкохол** успорава ваше реакције, спупљује чула, помућује моћ расуђавања и вид, и умањује вашу возачку способност.
- ✓ Дроге и одређени лекови имају сличан ефекат.
- ✓ **Возите трезни или вожицу препустите некоме ко јесте и има возачку дозволу.**

4. ПРЕУЗМИТЕ ОДГОВОРНОСТ!

- ✓ Избегавајте брзу вожицу!
- ✓ Поштујте саобраћајне прописе и ограничења брзине.
- ✓ Додатно смањите брзину уколико су путеви или временски услови лоши.

Не заборавите – са брзином расте и вероватноћа да ћете изгубити контролу над возилом и ударити у некога или нешто!

5. ПРИПРЕМИТЕ СЕ!

- ✓ Увек возите са упућеним светлима.
- ✓ Успорите на влажном и путу прекривеном снегом.
- ✓ Увек држите прописано одстојање.
- ✓ Избегавајте нагло окретање и кочење.
- ✓ Зими на пут обавезно носите додатну опрему као што су ланци, средство за чишћење стакла, антифриз и сл.

6. СКОЦЕНТРИШИТЕ СЕ!









Војка захтева потпуну концентрацију!

- ✓ Не дозволите да вас сметају у току војње.
- ✓ Избегавајте употребу мобилног телефона или мањане радио станица.
- ✓ Обратите посебну пажњу на пешаке, бициклисте, мотоциклисте, децу и старе.
- ✓ Војка није најбољи тренутак за бријање шминкање, јело и цигаре.
- ✓ Будите нарочито пажљиви када се приближавате пешачким прелазима, раскрсницама, кружном току.
- ✓ У недрумици дајте првенство пролазу другове.

Смањите брзину и возите опрезно у близини школе и деце која се играју поред пута.

7. ПРОВЕРИТЕ СВЕ!

Редовно контролишите ваше здравствено стање и стање вашег возила јер само тако можете бити безбедни!

Додатак 3

ВОЗИТЕ БЕЗБЕДНО



ВОЗАЧИ ОБРАТИТЕ ПАЖЊУ



ЗБОГ СЕБЕ И ЊИХ



Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА



РЕПУБЛИКА СРБИЈА
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА
БЕОГРАД

ОНИ СУ НАЈРАЊИВИЈИ!




 <p>Деца су активна, енергична и често импулсивна. Њихово кретање је непредвидиво! Када угледа друга или потражи за лоптом често неће обратити пажњу на потенцијалну опасност у саобраћају!</p>	 <p>Стари људи се крећу несигурно, неспретно и споро. Њихови мишићи су ослабили, зглобови оболели, координација, равнотежа и рефлексји смањени, што је разлог да стари често, нанекевато и неочекивано реагују у саобраћају.</p>	
 <p>Деца тешко могу да одреде величину и брзину возила на основу звука мотора који чују, као и да одреде са које стране долази звук. Често носе слушалице, капе и капуљаче које им додатно умањују могућност да чују!</p>	 <p>Старе особе често имају смањену осетљивост слуха, а многи од њих не носе слушне апарате иако су им потребни.</p>	
 <p>Деца тешко могу да процене раздалјину између себе и објекта који се креће. Због своје висине деца често не могу добро да виде возило које им се приближава а возачи често не могу добро да виде њих!</p>	 <p>У старости оштрина вида и ширина видног поља се смањују, а око се тешко прилагођава на промену јачине светлости. Стари не виде добро, нарочито ноћу!</p>	
 <p>Свакога дана пет стотина деце изгуби живот на путевима широкг света. Деца у саобраћају најчешће страдају због своје неопрезности и незнања, али и грешком других учесника. У Србији су деца у три пута већој опасности да настрадају у саобраћајним незгодама него одрасли!</p>	 <p>Сваке године на стотине старих људи буде повређено или смртно страда у саобраћајним незгодама. Стари најчешће страдају као пешаци или возачи. Ризик од саобраћајне незгоде се за возача старијег од 65 година утростручује а ризик од смртне повреде је девет пута већи!</p>	





INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH OF BELGRADE - ACTIVITIES WITHIN "DECADE OF ACTION FOR ROAD SAFETY 2011 - 2020."

Paunovic Milena, Markovic M.

ABSTRACT

Traffic accidents with high mortality, morbidity and subsequent disability present a great burden not only for the health care system but for society in general. So far, in many countries, including Serbia, not enough attention has been paid to this important issue. While traffic accidents have serious consequences both on human health and the community, previous preventive actions and interventions have proven to be insufficient. Therefore, the World Health Organization proposed the launch of "Decade of Action for Road Safety for the period 2011-2020." and the implementation of activities at national, regional and global level.

Serbian Ministry of Health has appointed Institute of Public Health of Belgrade to coordinate the health sector activities in Decade Launch Event, and to be part of the working group that will be responsible for the implementation of the Decade at the national level.

In the course of 2011. and 2012. representatives of Institute of Public Health of Belgrade were participants and organizers of numerous prevention activities aimed to reduce traffic accidents in Serbia. They participated in the creation of educational and promotional material necessary for the Decade implementation. On several scientific events dedicated to the issue of road safety they have presented works in which they offered solutions for reducing the number of traffic casualties. They also coordinated the data collection for the "Second Global Status Report on Road Safety" and created two prevention programs that have been included in the draft "Action plan for road safety in the Republic of Serbia for the period 2013 / 2014th year. "

During and after the completion of the Decade, Institute of Public Health of Belgrade will continue to provide regular activities on the prevention of traffic accidents, which can be reduced or completely prevented with the proper education and affirmation of safe behavior.

Keywords: Decade of Action for Road Safety, traffic accident, prevention activities



ГРАДСКИ ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ, БЕОГРАД

Ул. Булевар Деспота Стефана 54а

Тел: 011 20 78 600

Факс: 011 32 27 828

www.zdravlje.org.rs

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

364.69 (497.11) (082)

614.2 (497.11) (082)

СТРУЧНА конференција Дани Завода (24 ; 2012 ; Београд)

Здравље у свим политикама / 24. стручна конференција Дани Завода 2012., Београд ; [организатор] Градски завод за јавно здравље, Београд ; [уредник Душанка Матијевић]. – Београд : Градски завод за јавно здравље, 2012 (Земун : Дунав). – 240 стр. : илустр. ; 30cm

Тираж 500. – Стр. 4 - 6 : Предговор / Слободан Тошовић. – Abstracts. – Библиографија уз сваки рад.

ISBN 978-86-83069-37-8

1. Градски завод за јавно здравље (Београд)

а) Здравствена заштита – Србија – Зборници

б) Здравље – Србија – Зборници

COBISS.SR-ID 194444300