

---

УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ  
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА



UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC  
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES

**МАСТЕР РАД**

**Наставни предмет:**

Финансијски менаџмент у систему здравствене заштите

**Тема рада:**

Циљ и квалитет здравствене заштите становника Пријепоља

СТУДЕНТ:

Милан Јевтовић

МЕНТОР:

Проф. др Милена Јакшић

## САДРЖАЈ

УВОД .....	3
1. СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ .....	5
1.1. Пет главних елемената упрошћеног модела здравственог система .....	7
1.2. Структура здравственог система .....	9
1.3. Здравствени менаџмент .....	12
2. ЈАВНО ЗДРАВЉЕ.....	16
3. ПЛАНИРАЊЕ ЗДРАВЉА.....	19
4. ПРОМОЦИЈА ЗДРАВЉА.....	22
4.1. Превентивни прегледи .....	25
5. КВАЛИТЕТ ЖИВОТА.....	28
5.1. Квалитет здравствене заштите .....	32
6. ТУМАЧЕЊЕ ДОБИЈЕНИХ РЕЗУЛТАТА .....	35
6.1. Резултати истраживања и дискусија.....	35
6.2. Ограничења и правци будућих истраживања .....	48
ЗАКЉУЧАК.....	49
ЛИТЕРАТУРА.....	51

## УВОД

Потребе за здравственим услугама се могу сврстати у основне животне потребе, као потребе за храном, водом, мада у више наврата оне су неочекиване, нежељене и непредвидиве, ако се изузму редовни превентивни прегледи.<sup>1</sup> Потреба појединца за здравственом заштитом постоји целог живота: од рођења до смрти, због тога када се јаве потребе за здравственом заштитом, да не би дошло до лошег искуства, те услуге требају и морају бити доступне, како би се очувало или унапредило здравствено стање појединца. Лоше искуство појединца је последица пружалаца услуга – запослених здравствених радника, али и делом последица лоше организованог здравственог система. Због тога је негде главни циљ повећање задовољења корисника здравствених услуга, кроз разне реформе које се примењују у здравственом систему, односно унапређење квалитета здравствене заштите.

Да би здравствена заштита била квалитетна, организација запослених мора бити на високом нивоу кроз организоване професионалне групе, али пре свега задовољни на послу или у крајњем случају да лидер групе буде изузето ауторитативан и онда се грешке могу избегавати. Примарна здравствена заштита је кључна за испуњење обећања о висококвалитетној универзалној здравственој заштити. Три међусобно повезана стуба примарне здравствене заштите су: оснажени људи и ангажоване заједнице; мултисекторска акција за здравље; и здравствене услуге којима је приоритет пружање висококвалитетне примарне заштите и основних функција јавног здравља. Иако су начини на које приступ примарној здравственој заштити промовише квалитет неге добро познати, опште је прихваћено да се квалитет не јавља спонтано.<sup>2</sup>

Право на здравствену заштиту, представља једно од темељних људских права, а слободан приступ здравственој заштити за све грађане у Републици Србији је дефинисан законом, обезбеђена кроз државни и приватни сектор. Републички фонд за здравствену заштиту, задужен је да управља обавезним осигурањем, док добровољно здравствено осигурање може бити обезбеђено кроз уплату полиса приватног осигурања.

Сходно наведеном, предмет истраживања је испитивање степена задовољства становника Пријепоља у погледу процене квалитета здравствене заштите.

---

<sup>1</sup> Граховац П, Животни стандард и господарски развој. У: Дружић И, (ур.), Хрватски господарски развој Политичка култура, Загреб 2003. стр. 263-280.

<sup>2</sup> World Health Organization: Technical series on primary health care, Quality in primary healthcare, 2018. стр.27-28

Циљ истраживања је испитивање и процена квалитета здравствене заштите становника Пријепоља.

Сходно дефинисаном предмету и циљу истраживања, у раду су постављене следеће истраживачке хипотезе:

X1: Уколико се унапреди квалитет здравствене заштите у државном сектору, повећаће се степен задовољства становништва.

X2: Већи степен посвећености здравствених радника у државном сектору у односу на приватни ће повећати поверење корисника здравствених услуга у здравствену заштиту државног сектора.

X3: Поверење корисника здравствених услуга је веће у приватни здравствени сектор у односу на државни.

У раду, након уводног дела, биће речи о основним карактеристикама система здравствене заштите, нивоима здравствене заштите и здравственом менаџменту. Затим о појму јавног здравља, планирању здравља и промоције здравља, као и квалитету живота. Након тога следе резултати емпиријског истраживања студије случаја квалитета живота и здравља становника Пријепоља. На крају, биће представљени резултати истраживања, ограничења и правци будућих истраживања.

# 1. СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Систем здравствене заштите представља најсложенију карику друштвеног система. У последње три деценије здравствена заштита еволуира и самим тим здравствени систем постаје све комплекснији. Постоје значајне разлике у погледу начина на које земље финансирају, обезбеђују и организују своју здравствену заштиту. Типологија промена помаже истраживачима да разумеју структуре и процесе, који се могу генерализовати изван јединственог, сваког појединачног здравственог система.<sup>3</sup>

Према извештају Светске здравствене организације за 2000. годину, дефиниција здравственог система је: Здравствени системи су системи који обухватају све организације, институције и ресурсе који су посвећени да предузимају здравствене акције. Здравствена акција је дефинисана као било који напор, било у личној здравственој заштити, друштвеној здравственој служби или путем међусекторске иницијативе чија је примарна намера да побољша здравље.<sup>4</sup>

Здравље је стање доброг телесног, психичког и друштвеног благостања. Здравље се најчешће употребљава као и појам одсуства од болести. Неки од услова доброг здравља су уравнотежена исхрана, телесна активност, одсуство стреса и редован сан. Дефиниција здравља Светске здравствене организације гласи: Здравље је стање потпуног физичког, друштвеног и социјалног благостања, а не само одсуство од болести и изнемоглости.<sup>5</sup> Стил живота и животна средина су од великог утицаја на здравље појединца. Здравствене потребе дефинишу се као научно утврђени недостаци здравља који захтевају примену превентивних, куративних, контролних и ердикционих мера.<sup>6</sup> Опажање за здравственим потребама врши: здравствена служба, заједница и појединац. Међутим, ова три субјекта се неће поклопити увек. Пример за то је последњих година можда најупотребљиванији појам у медијима: вакцинација: Вакцинација је здравствена потреба коју појединац не опажава, али је опажава здравствена служба.

---

<sup>3</sup> Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ: British Medical Journal* 2001; 323(7313):625–8.

<sup>4</sup> World health organization: World Health report 2000. (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/924156198X>), 31.03.2024.

<sup>5</sup> World Health Organization. Constitution of the World Health Organization – Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. ([https://www.afro.who.int/sites/default/files/pdf/generic/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/pdf/generic/who_constitution_en.pdf)), 31.03.2024.

<sup>6</sup> World health organization (<https://www.who.int/>), 31.03.2024.

Први правни акт о заштити здравља у Србији донет је 1839. Крајем деведесетих почиње са радом Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (тада само Институт за јавно здравље који је водио Др Милан Јовановић Батут), док су се остале установе формирале тек почетком 20-ог века. 2002. Влада Србије усвојила је документ „Здравствена политика Републике Србије“, чиме је кренуо процес залагања за здравље. Основни циљ је да је здравље од општег друштвеног интереса и главни ресурс за даљи развој. „Здравље 2020“ је Европски оквир једноздравствене политике, који је прописала Светска здравствена организација, у којој учествују 53 земље у којима се налази и Србија. Циљ пројекта је значајно унапређење здравља и благостања становништва, смањење неједнакости у здрављу, јачање јавног здравља и обезбеђивање здравствених система који су универзални, равноправни, одрживи, висококвалитетни и усресређени на људе.<sup>7</sup>

Здравствени системи су системи који обухватају све организације, институције и ресурсе који су посвећени да предузимају здравствене акције. Здравствена акција је дефинисана као било који напор, било у личној здравственој заштити, друштвеној здравственој служби или кроз (путем) међусекторске иницијативе чија је примарна (првенствена) намера да побољша здравље.<sup>8</sup>

Са друштвеним развојем, долази до јачања и побољшања здравственог система у земљи. Главни задатак здравственог система је стално унапређење и побољшање здравствене заштите људи укључујући и све друге факторе који утичу на здравље. Није битна развојна фаза у којој се налази здравствени систем, он мора да укључи развој и физичких и хуманих ресурса који су потребни да се пружи здравствена заштита и спроведу све функције система. Треба имати на уму да активности здравственог система зависе искључиво од људи и самим тим менаџмент људским ресурсима мора функционисати добро. Поред овога, фактор друштвене средине је такође важан за развој једног здравственог система.<sup>9</sup>

Здравствени систем је састављен од повезаних сродних елемената који доприносе побољшању здравља, унапређењу здравља у кућама, образовним институцијама, радним местима и заједницама, али такође и у физичкој и физичко-социјалној околини и у здравственим и другим секторима, као на пример у пољопривреди, едукацији итд.<sup>10</sup>

---

<sup>7</sup> Комора здравствених установа Србије „Здравствена политика“, Врњачка Бања 2019. Комора здравствених установа Србије, стр. 35-36.

<sup>8</sup> Драгић М, Менаџмент у здравству, Приједор 2017. Висока школа Приједор, 16. страница.

<sup>9</sup> Јовановић С, Миловановић С, Мандић Ј. и Јовановић С, Системи здравствене заштите, Енграми 2015, стр. 75-82.

<sup>10</sup> Драгић М. Менаџмент у здравству, Приједор 2017., стр. 8.

Структура и функционална повезаност здравственог система било које земље може бити анализирана на бази пет главних компонената упрошћеног модела једног здравственог система, од којих је сваки, директно или индиректно, повезан један са другим.

### **1.1. Пет главних елемената упрошћеног модела здравственог система**

„Упрошћени модел здравственог система обично се базира на пет главних елемената који чине основу за разумевање и функционисање здравствене заштите. Тих пет елемената су:

#### **1. Превенција и промоција здравља:**

Овај елемент укључује све активности и стратегије које имају за циљ да спрече болести и промовишу здрав начин живота. То може обухватити вакцинације, едукацију о здравим навикама (као што су здраву исхрану и физичку активност), као и мере које смањују ризик од хроничних болести.

#### **2. Доступност здравствене заштите:**

Ово се односи на то колико је лако доступан здравствени систем за све чланове друштва. Доступност подразумева физичку, економску и социјалну доступност здравствених услуга, као и то да ли су те услуге доступне у правом тренутку и у одговарајућем квалитету.

#### **3. Квалитет здравствених услуга:**

Квалитет се односи на пружање ефикасне, сигурне и прихватљиве здравствене неге која задовољава потребе пацијената и стандарде медицинске праксе. То укључује професионализам здравствених радника, примјену савремених медицинских метода и технологија, као и пацијенте који су задовољни услугом.

#### **4. Финансирање здравственог система:**

Овај елемент се односи на начине на који се финансирају здравствене услуге. То може укључивати јавна и приватна средства, као и различите моделе осигурања или плаћања здравствених услуга. Финансијски ресурси треба да буду адекватни за покривање свих потреба здравственог система.

#### **5. Организација и управљање здравственим системом:**

Ово подразумева како је здравствени систем структуриран и координисан, укључујући управљање ресурсима, људским капиталом и инфраструктуром. Добро управљање осигурава да здравствени систем ради ефикасно и да се приоритети постављају у складу са потребама популације.

Укупно, овај модел покрива основне аспекте који су кључни за развој и одржавање здравственог система који је ефикасан, приступачан и одржив.<sup>11</sup>

Добро здравље је од суштинског значаја за одржив економски и друштвени развој и основна брига у живоу сваке особе, породице и заједнице. Као мера, уводиће се постепено превенција здравља и промоција здравља. За унапређене јавног здравља одговорност имају сви: државни органи, локалне самоуправе, послодавци и појединци, што је прописано законом који је ступио на снагу 2016. године.<sup>12</sup>

Основне карактеристике ефикасног здравственог система су у вези са:

1. здравственом заштитом /службе,
2. организацијом друштва и социјалне заштите,
3. ресурсима, менаџментом и едукацијом кадрова.

Остале карактеристике успешног здравственог система су:<sup>13</sup>

- приступачност,
- доступност,
- покривеност,
- одговорност,
- демократизација,
- децентрализација,
- регионализација,
- здравствено осигурање (скоро) свих,
- ефикасно и ефективно коришћење средстава,
- одговарајући здравствени менаџмент,
- ЗИС- менаџментски оријентисан,
- Одговарајућа едукација и усавршавање здравствених кадрова.

Главни циљ здравственог система, како је већ истакнуто у више наврата, јесте унапређење и очување здравља људи, али поред главног циља постоје још два:

1. одговорност у смислу испуњавања захтева који се од њега очекују
2. праведност у смислу једнакости третмана свих људи у земљи.

---

<sup>11</sup> Сколник Р, **Global Health 101, Jones & Bartlett Learning**, 2016.

<sup>12</sup> Закон о здравственој заштити („Службени гласник Републике Србије” број 25/2019 и 92/2023) члан 6

<sup>13</sup> Драгић М, Менаџмент у здравству, Приједор 2017. стр. 11-12

На основу ових циљева, али и других циљева, мери се степен успешности здравственог система и квантификује се ефикасност здравственог система. Да би здравствени систем функционисао успешно мора да буде добро организован, усмерен, адекватно финансиран и добро структуриран.<sup>14</sup>

Повећање бројности хроничних болести и коморбидитета који их прате, промена стила живота и све старија популација захтевају увођење сложених метода и поступака у одржавању здравља и лечења све бројнијег становништва како земаља Европске уније тако и целог света. Главне Директиве које се односе на здравство, а тиме и за сестре су Директиве о признавању стручних квалификација Директива 2005/36/EЗ и Директива 2013/55/EУ.

Циљ Директиве о признавању стручних квалификација (2005/36/EЗ) односи се на појашњење, поједностављење и модернизацију постојећих директива као и њихово обједињавање у одредбе о регулираним професијама лекара, стоматолога, сестара, ветеринара, гинеколога, фармацеута и архитеката једним заједничким законодавним прилогом.

Упркос упозорењима Светске здравствене организације и других, наш садашњи здравствени систем функционише под претпоставком да здравље представља одсуство здравствених проблема. Иако је та перспектива довела до невероватног напретка у медицинској науци, сада може негативно утицати на вредност. Нега усмерена на проблеме је очигледно један од покретача растућих трошкова и може негативно утицати на квалитет неге, у зависности од тога како је квалитет дефинисан. Ако бисмо редефинисали здравље у смислу циљева усредсређених на пацијента, здравствена заштита би се могла директније фокусирати на значајне исходе, смањујући број ирелевантних тестова и третмана.<sup>15</sup>

## **1.2. Структура здравственог система**

Здравственим системом у Републици Србији управља Министарство здравља Републике Србије које одређује здравствену политику, доноси стандарде за рад здравствене службе, одређује механизме контроле квалитета и контролише квалитет. Након Министарства, ту је Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ који је надлежан за прикупљање података о здравственом стању грађана и раду здравствених установа, анализу прикупљених показатеља јавног здравља, предлоге мера за побољшање

---

<sup>14</sup> Јовановић С, Миловановић С, Мандић Ј. и Јовановић С, Системи здравствене заштите, Енграми 2015. стр. 39.

<sup>15</sup> Миловић Љ, Организација здравствене неге са менаџментом, Дата статус, Београд 2003. стр.19.

јавног здравља, предлог годишњег рада здравствених установа, развој и координацију здравних информационих система. Још једна институција у оквиру управљања здравственог система наше земље је Републички завод за здравствено осигурање који је задужен за финансирање здравствене заштите на свим нивоима, уговарање и пружање услуга са здравственим установама у јавном и приватном сектору, контролисање спровођења обавеза преузетих приликом уговарања и дефинисање основних пакета здравствених услуга.<sup>16</sup>

Здравствени систем је, на основу величине популације једне земље и одређених организационих карактеристика, подељен на нивое здравствене заштите. У нашој земљи разликујемо четири нивоа здравствене заштите:<sup>17</sup>

1. ниво лаичке здравствене заштите
2. ниво примарне здравствене заштите
3. ниво секундарне здравствене заштите
4. ниво терцијарне здравствене заштите

Ниво лаичке здравствене заштите јесте непрофесионални ниво заштите. Он представља самозаштиту која се остварује у оквиру породице и подразумева примену основних мера за очување здравља или превенцију обољења. У овај ниво спада и када појединац брине о члану породице који то не може сам.<sup>18</sup>

Први професионални ниво здравствене заштите је примарни ниво. Представља први контакт оболеле особе и стручног здравственог особља. Примарна нега је кључна за обезбеђивање ефикасне здравствене заштите пацијента за вишеструке потребе. Ако сагледамо оквирно, не постоји ни једна димензија примарне здравствене заштите, али она је свеобухватна и континуитетна и од ње зависи даље постизање успешних резултата у пружању неге и лечења пацијената. Примарна здравствена заштита тежи да се фокусира на особу у целости, а не на болест, јер је и њен задатак да дугорочно буде клинички повезана са пацијентом. Када болест пацијента надмаши могућности које пружа примарни ниво здравствене заштите, онда се пацијенти усмеравају на секундарни.<sup>19</sup> Примарни ниво здравствене заштите спада у ванболничке здравствене установе, јер се пацијенти не

---

<sup>16</sup> Министарство здравља Републике Србије: Водич кроз систем здравствене заштите, стр. 128-129.

<sup>17</sup> Митровић М и Гавриловић А, Организација и менаџмент уздравственом систему Србије. FBIM Transactions 2013, стр. 42.

<sup>18</sup> Јовановић С, Миловановић С, Мандић Ј. и Јовановић С, Системи здравствене заштите, Енграми 2015.

<sup>19</sup> Fuminacelli L, Mazzo A, Martins J, Mendes I. Quality of life and ethics: A concept analysis, Nursing ethic, Sage 2017. стр.135.

задржавају, долазе због прегледа, консултација и третмана у индивидуалном контакту са здравственим радником. Ту још спадају и хитна служба која има задатак да пружи помоћ актуелно оболелим или повређеним лицима.

Примарна здравствена заштита је почела самостално да се развија средином 19. века. У овом периоду под утицајем реформиста у великом делу Европе долази до новог облика организовања здравствене неге и лечења. На почетка развоја медицинских установа долази до диференцирања три модела ван – стационарних (болничких) амбуланти.<sup>20</sup>

- Амбулантае које су пружале бесплатне здравствене услуге, а у њима су радили болнички лекари,
- Амбулантае које су пружале услуге сиромашном делу популације, а трошкове је дотирала држава на основу посебно донетих закона
- Амбулантае које су радиле на бази претплате.

Од 1910. год. до средине двадесетог века ови облици лечења били су организовани и примењивани само у Великој Британији, одакле почиње тренд ширења ка другим Европским земљама.<sup>21</sup>

Примарна здравствена заштита представља основ целокупног здравственог система. Према Закону о здравственој заштити, примарна здравствена заштита обухвата превентивну здравствену делатност, здравствену заштиту жена, здравствену заштиту особа старијих од 65 година, хигијенско-епидемиолошке делатности, стоматолошку заштиту, патронажу, медицину рада, хитну медицину, палијативну негу, санитарски превоз, заштиту менталног здравља, дијагностику и телемедицину. Реч је о здравственим услугама које морају бити доступне свим осигураницима, а које чине основу целог здравственог система.<sup>22</sup>

Секундарни ниво здравствене заштите је ниво на ком се збрињавају теже оболела лица од стране лица која су специјализована за конкретну област под коју то обољење спада као што су хирурзи, психијатри, интернисти идр. специјалисти. Овај вид заштите пружа се у општим и специјалним болницама.<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup> Tinetti ME, Naik AD, Dodson JA. Moving From Disease-Centered to Patient Goals-Directed Care for Patients With Multiple Chronic Conditions Patient Value-Based Care. JAMA Cardiology 2016; 1:9-10

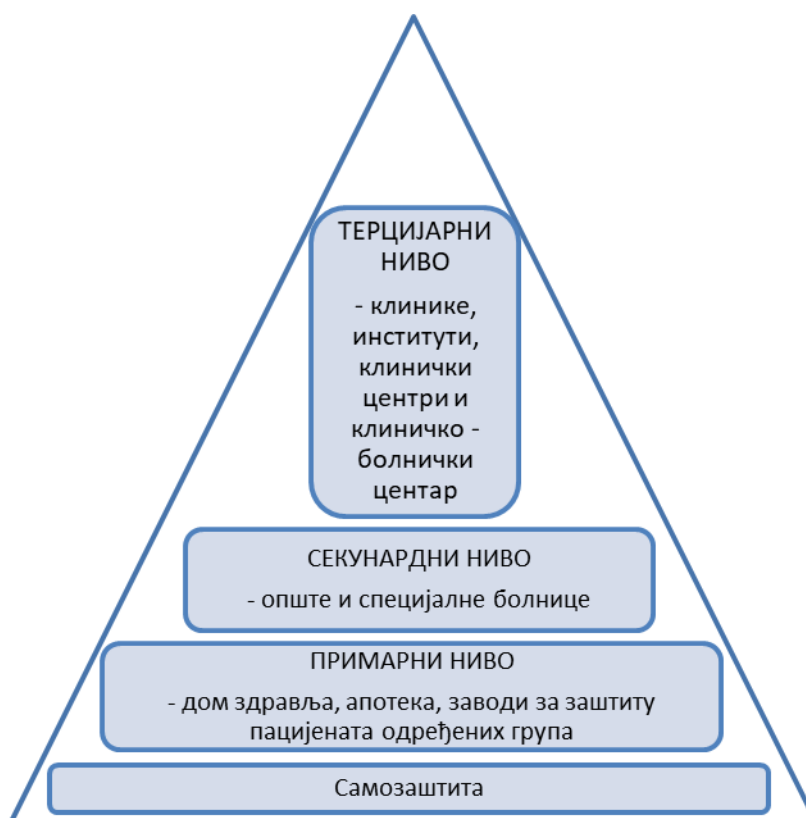
<sup>21</sup> Tinetti ME, Naik AD, Dodson JA. Moving From Disease-Centered to Patient Goals-Directed Care for Patients With Multiple Chronic Conditions Patient Value-Based Care. JAMA Cardiology 2016; 1:9-10

<sup>22</sup> Миловић Љ, Организација здравствене неге са менаџментом, Дата статус, Београд 2003. стр. 23

<sup>23</sup> Радивојевић В, Весић С, Неки аспекти развоја здравственог система Србије и Јапана, Научне публикације Државног универзитета у Новом Пазару, 2020. стр. 57.

Ниво терцијарне здравствене заштите обухвата збрињавање лица која спадају под најтежи стадијум обољења и дефинише се као високо специјализован или субспецијалистички ниво и укључује високо специјализоване услуге које се пружају у клиничким центрима или посебно оформљеним институцијама за ту сврху.

Слика 1. Ниво здравствене заштите



Извор: Министарство здравља Републике Србије: Водич кроз систем здравствене заштите

Ова три основна нивоа здравствене заштите су међусобно повезани. Стварају интегрисани систем који обезбеђује свеобухватну здравствену негу. Интеграција ових нивоа здравствене заштите обезбеђује квалитетну, доступну и специјализовану негу за све грађане, чинећи здравствени систем ефикасним и одрживим.

### 1.3. Здравствени менаџмент

Да би се нешто могло успешно спровести и организовати, потребно је добра организација, односно добар менаџмент. Ускладити ресурсе, људе и циљеве није ни мало једноставан посао, посебно у здравству, узимајући у обзир специфичност рада у здравственом систему, али и рада са људима, посебно болесним, Светска здравствена организација је у свом извештају 2000. године дефинисала здравствени менаџмент као

збор свих мера предузетих да се планирају, организују, примењују и евалуирају елементи повезани у здравственом систему. Ове мере су потребне да би се здравствена политика спровела у стратегије, стратегије у планове или акције, да би се одредила потребна акција за доношење одлуке о примени здравствених програма и да би се одредила потребна акција за доношење одлуке о примени здравствених програма и омогућила да се здравствена инфраструктура тако развија да омогући ефикасну и ефективну примену здравственог програма.<sup>24</sup>

Ефикасност у здравственој установи се не може прецизно измерити, али се индиректно прати и посматра рад установе. То обично обавља менаџмент који са постојећим капацитетима и финансијским средствима обезбеђује што већи обим здравствене заштите у државном сектору односно са мањим средствима од расположивих обезбеђује достигнути обим и квалитет здравствене заштите.

У сагледавању ефикасности једне болнице могу послужити следећи показатељи:<sup>25</sup>

- број извршених услуга по врстама
- број лабораторијских претрага
- степен коришћености постелног фонда
- број лечених и отпуштених болесника
- пропусна моћ једне постеле.

Да би здравствени менаџмент био успешан и да би систем био организован и развијен, испоштована сва правила, функције и задаци на свим нивоима, а све у циљу здравствене заштите становништва, мора се посматрати, анализирати и разложити на више делова, где највећу одговорност имају здравствени менаџери, односно руководиоци установе. У табели 2 приказане су компоненте здравственог менаџмента према подели за анализирање.<sup>26</sup>

Табела 1. Компоненте здравственог менаџмента

<b>ПРВИ ДЕО</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• процес планирања</li><li>• процес организације</li><li>• процес спровођења</li><li>• контрола здравствених радника</li><li>• програм рада</li></ul>
-----------------	---

<sup>24</sup> World Health Organization: World Health report 2000.

<sup>25</sup> Младеновић Д, Основи економике здравствене заштите и здравственог осигурања, Економска евалуација у здравству 2014. стр. 60.

<sup>26</sup> Драгић М, Менаџмент у здравству, Приједор 2017. стр. 219.

---

## ДРУГИ ДЕО

- координација ресурса

## ТРЕЋИ ДЕО

- развој и примена здравственог програма

## ЧЕТВРТИ ДЕО

- потпора
- сарадња заједнице и запослених

## ПЕТИ ДЕО

- доношење одлука

## ШЕСТИ ДЕО

- постизање постављених циљева

---

Извор: Драгић М, Менаџмент у здравству, Приједор 2017, стр. 14

Досадашње менаџерско руководство имало је потешкоће и ради се на побољшању и флексибилности здравственог менаџмента. Лекари и делом стоматолози су увек имали страх да ће менаџер да им „укине“ слободу у одлучивању начина пословања и клиничке праксе, као и то да ће етичке вредности бити „упрљане“ предузетничким менталитетом.<sup>27</sup>

Менаџер у здравственој установи, мора да има позитиван став ка унапређењу квалитета пружања здравствених услуга и према континуираној медицинској едукацији, подизању квалитета и стручности у раду здравствених радника, али менаџер мора да остави довољно слободе радницима у доношењу одлука и да се примењују мотивационе методе у виду казни и награђивања. Укратко речено, менаџер мора да брине и координира свим ресурсима једног система здравствене заштите.

---

<sup>27</sup> White T., Management for Clinicians

Табела 2. Ресури у систему здравствене заштите

<b>ЉУДСКИ РЕСУРСИ</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- лекари, стоматолози, фармацеути</li><li>- медицинске сестре и техничари</li><li>- сарадници</li></ul>
<b>УСТАНОВЕ</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- зграде</li><li>- опрема</li></ul>
<b>СРЕДСТВА</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- лекови</li><li>- санитарски материјал</li></ul>

Извор: Поткрајац М, ICEPS ЕСМ АМ службе Еуропа, 2020.

Здравствени менаџери обављају следеће функције:<sup>28</sup>

- планирају рад своје установе, одељења, тима...
- организују и спроводе рад установе и одговарају их програма
- контролишу реализацију активности
- координишу рад особља, комуницирају и решавају конфликте
- мотивишу и воде своје људе
- колаборирају са другим организацијама
- делегирају ауторитет и одговорност
- доносе одлуке на бази анализа

---

<sup>28</sup> Драгић М. Менаџмент у здравству Приједор 2017. стр. 26

## 2. ЈАВНО ЗДРАВЉЕ

Када се оснивала Светска здравствена организација 1946., једно од првих достигнућа требало је да створи бриљантну нову дефиницију здравља, која се и дан данас користи: „Здравље је стање потпуног физичког, ментално и социјално благостање а не само одсуство болести или слабости.” Грешка је у идеализму „потпуно здравствено стање“ које се неће постићи на нашој планети.<sup>29</sup>

Јавно здравље је наука и уметност превенције болести, продужавања живота и унапређења менталног и физичког здравља и ефикасности путем организованих напора заједнице. Социоекономске одреднице здравља представљају друштвене и економске околности у којима људи живе и раде, а уколико су неповољне, могу водити ка неједнакостима у здрављу.<sup>30</sup>

Мисија јавног здравља је постизање правичне расподеле здравља за целокупно становништво. Визија јавног здравља да се постигне што виши ниво здравља нације. Лекари се обично фокусирају на очување и унапређење здравља појединца, док јавно здравље има акценат на заштиту превенцију и унапређење благостања становништва кроз концепт једнакости. Основна вештина за све укључене у јавно здравље је темељно разумевања принципа епидемиологије, који пружа алате за разумевање образаца болести, фактора ризика и исхода превенције и активности лечења. Ове вештине су посебно релативне за праведну расподелу оскудних здравствених ресурса. Јавно здравље укључује посебну едукацију здравствених радника и популације на принципима медицине засноване на доказима, али и ефикасности и ефикасности квалитета пружене здравствене заштите. Важан је сегмент неговатељских професија јавних здравствених радника, чији је фокус поштовање различитости, једнакости, етике и колегијалности.<sup>31</sup>

Како би се спречили фактори ризика и развој болести, јавно здравље има задатак да прати заједницу и њихове акутне и хроничне болести. То је био случај код пандемије вирусом COVID–19. Светска пандемија изазвана вирусом COVID–19, иако је имала мање смртних случајева од претходних светских пандемија, али стопа преноса између људи је

---

<sup>29</sup> World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1946.

<sup>30</sup> World health organization

<sup>31</sup> Binns C, Low W, What is public health?, Asia–Pacific journal of public health, 2015.

била изузетно висока, па се сматра да је пандемија COVID–19 била је много више од обичне пандемије. Због тога захтевала је потпуно другачије мере предостржности и организацију комплетног друштвеног система система. Јавно здравље је имало тежак задатак у овом случају. Неопходно је било у ограниченим временским оквирима балансирати утицај вируса COVID–19 и другим здравственим потребама, али и средствима за живот којима располажу корисници здравствених услуга, затим контролисање и ублажавање болести, кроз адаптације, како би се добио позитиван здравствени одговор у кратком року односно јачање здравствених система и обезбеђивање потребних средстава за рад институција у здравственом систему. Јавност је била обавештена о мерама заштите попут физичког дистанцирања, ношења маски, забрање скупова, изолације, али и информацијама о тестирању и токовима лечења у зависности од облика заразе – да ли је довољно кућно лечење са изолацијом од осталих чланова домаћинства или болничко лечење. Ефикасност примене мера заштите, али и опстанка здравственог система, зависила је управо од пласирања информација у јавности. Било је случајева опирања активности јавног здравља, због неповерења у систем и повезивања са политичким пропагандама и ставом да је то укидање основних људских права, без савести да су сугестије јавног здравља потребне и значајне током епидемије и да се може променити стање појединца и његове породице. Јавно здравље је током епидемије имало задатак и да прати све потребе становништва попут присућа основним здравственим услугама, исхране, економског статуса и сигурности. У будућем периоду ће се наставити истраживање последица епидемије као кризе широког спектра и одговорности друштвеног и економског утицаја пандемије на становништво.<sup>32</sup>

Неки од нових концепата јавног здравља су заправо спајање постојећих, традиционалних циљева јавног здравља са радом службе која се бави заштитом здравља. Достигнућа у активностима јавног здравља доводе до тога да се животни век у односу на претходних 100 година знатно повећао идентификацијом и решавањем здравствених проблема становништва.

Закон о јавном здрављу наводи шест кључних области деловања јавног здравља (члан 5):<sup>33</sup>

- Физичко, ментално и социјално здравље становништва
- Промоција здравља и превенција болести

---

<sup>32</sup> Leach M, Meeker J, MacGregor H, Schmidt-Sane M, Wilkinson A. Covid–19, Key considerations for a public health response, Government of Ireland 2020.

<sup>33</sup> Закон о јавном здрављу Републике Србије, 15/2016-25

- Животна средина и здравље становништва
- Радна околина и здравље становништва
- Организација и функционисање здравственог система
- Поступање у кризним и ванредним ситуацијама

Истраживање у пракси је показало да већина лекара и здравствених радника имају проблем разумевања јавног здравља, јер се оријентишу ка клиничкој медицини. Лекар који излечи оболелу особу постигао је конкретно добро дело и на томе су му захвални пацијент и његова породица, пријатељи... док јавно здравље процењује здравствено стање популације, врши дијагностику проблема, трага за узроцима и осмишљава стратегију да се ти проблеми реше.<sup>34</sup>

Јавно здравље има за задатак и промоцију здравља, унапређење квалитета живота и решавање великих изазова јавног здравља кроз пружање образовања, истраживања и здравствене услуге становништва од стране институција. Јавно здравље се односи на све организоване мере (било јавно или приватно) за превенцију болести, унапређују здравље и продужавају живот међу становништвом у целини. Здравствене мере обухватају обезбеђење надзора и задржавање кроз тестирање, праћење и изолација случајева; и пружање лечења у локалном здравственом систему, али и обезбеђивање ресурса за пружање широког спекта здравствених услуга.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Charles-Edward Amory Winslow

<sup>35</sup> Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health. Vision and mission. <http://www.apacph.org/wp/about/vision-and-mission/>, 2014.

### 3. ПЛАНИРАЊЕ ЗДРАВЉА

Свеобухватно планирање здравља становништва заснива се на социјалном моделу здравља који наглашава континуитет промоције здравља и акције друштвене заједнице. Када се узме у обзир сложеност друштвених фактора који утичу на здравље, планирање се односи углавном на сегменте примарне здравствене заштите са нагласцима на лечење, рехабилитацију, превенцију, унапређење, једнакост и заједничко доношење одлука. Сарадња између становништва и планираних активности зарад унапређења здравља доноси и низ препрека које су углавном повезане са недостатком наменских ресурса у организацијама примарне здравствене заштите, што је последица углавном несарадње локалне самоуправе са примарном здравственом заштитом, неадекватно вођство у медицинском сектору и то доводи до одсуства максимизације квалитета планирања здравља становништва и сузбијање потенцијала за унапређење здравља и благостања становништва<sup>36</sup>

Планирање је процес припреме низа одлука за активност која ће се одвијати у будућности и које ће бити усмерене на достизање циљева одређеним, изабраним средствима.<sup>37</sup>

Здравствено планирање је процес:<sup>38</sup>

- дефинисања здравствених проблема у заједници
- тражење ресурса да се задовоље здравствене потребе
- установљење приоритетних циљева

Обезбеђен сигуран приступ здравственим услугама значи промовисање безбедности људи или заједница. Ипак, треба установити безбедност у здравственој заштити фундаментално је разумети људску етику. Живот појединца се састоји од искуства, веровања и вредности онога што је проживљено, али и са стеченим знањем током живота. Теорије и филозофије усвојене у здравству воде професионалце ка пружању што бољих здравствених услуга индивидуално, на основу разумевања корисника

---

<sup>36</sup> Javanparast S, Braun F, Freeman T, Ziersch A, Henderson J, Mackean T. Collaborative population health planning between Australian primary health care organisations and local government: lost opportunity, Australian and New Zealand Journal of Public Health, Flinders University 2018.

<sup>37</sup> Преузето са: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://vpsle.edu.rs/wp-content/uploads/2015/12/Pojam-planiranja.pdf>

<sup>38</sup> Симић С, Социјална медицина, Београд 2020.

здравствених услуга, као концепт професионалне дисциплине. У сестринству, професионална дисциплина обухвата здравље људи у смеру квалитета живота.<sup>39</sup>

Етички кодекс за медицинске сестре утврђује следеће четири универзалне одговорности медицинских сестара: унапређују здравље, спречавају болести, поново успостављају здравље и ублажавају патњу. Здравствена нега треба да буде компатибилна са безбедношћу, достојанством и права људи, одржавање етичког става и јасан и објективан дијалог, поред поштовања лица које прима негу.<sup>40</sup>

У Републици Србији постоји Центар за анализу планирање и организацију здравствене заштите, који се састоји од следећих јединица:

- Јединица за планирање здравствених услуга и организацију здравствене заштите:
  - Одсек за примарну здравствену заштиту
  - Одсек за секундарну и терцијарну здравствену заштиту
- Јединица за унапређење квалитета здравствене службе
- Јединица за анализу здравственог стања и примењена истраживања у здравству.

Да би планирање здравствене заштите било успешно, потребно је креирати типове планирања и етапе у процесу планирања. Према научним истраживањима постоји пет типова односно нивоа планирања и осам етапа у процесу планирања, који ће бити приказани у табели 3.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> Milton CL. The ethics of defining quality of life. Nurs Sci Q 2013.

<sup>40</sup> Horton R and Das P. Global health security now. The Lancet 2015.

<sup>41</sup> Симић С, Социјална медицина, Београд 2020. стр. 53.

Табела 3. Нивои и етапе у процесу планирања

НИВОИ ПЛАНИРАЊА	ЕТАПЕ У ПРОЦЕСУ ПЛАНИРАЊА
1. НОРМАТИВНО ПЛАНИРАЊЕ: зашто је потребно планирати?	I. ПРИПРЕМНА ФАЗА: рад на плану, законске обавезе, доношење одлука о почетку рада
2. ИНСТИТУЦИЈАЛНО ПЛАНИРАЊЕ: који кадар ће носити планске активности?	II. АНАЛИЗА: детаљна слика „нултног плана“ о стању које ће се планом мењати
3. СТРАТЕШКО ПЛАНИРАЊЕ: дефинисање циљева и инструменти којима се циљеви могу достићи.	III. СЕЛЕКЦИЈА ПРИОРИТЕТА: проблеми који ће планским активностима бити решене
4. СТРУКТУРАЛНО ПЛАНИРАЊЕ: материјална и кадровска средства, као предуслов за остварење плана	IV. ИЗБОР ПЛАНА: опредељење за степен егактности плана
5. ОПЕРАЦИОНО ПЛАНИРАЊЕ: детаљан план и задаци	V. ДЕФИНИСАЊЕ ЦИЉЕВА: општи и специфични циљеви и шта се очекује од плана
	VI. ДЕФИНИСАЊЕ СТРАТЕГИЈЕ: избор активности, метода и средстава
	VII. СПРОВОЂЕЊЕ ПЛАНА: процедуре за спровођење плана у дело
	VIII. ЕВАЛУАЦИЈА: да ли су постављени циљеви остварени, да ли су постигнути жељени резултати и утрошена средства.

Извор: Симић С, Социјална медицина, Београд 2020.

## 4. ПРОМОЦИЈА ЗДРАВЉА

Реч је о значају јавног здравља, кроз које се врши и промоција здравља, да би се истакла важност смањења друштвених и економских неједнакости у побољшању здравља целокупног становништва. Јавно здравље има задатак да кроз одређена планирања здравља осмисли концепт за превенцију болести.

Највећи фокус промоције здравља, треба да буде међу адолесцентима, јер током адолесценције млади људи истражују алтернативна или „одрасла“ здравствена понашања попут конзумирања алкохола, цигарета и психоактивних супстанци, насиља и сексуалних активности. Све што се дешава у том периоду итекако утиче на здравље и морбидитет током живота. Здравствено понашање почиње још од раног детињства у породици и друштвеном окружењу.<sup>42</sup>

Понашање се развија кроз процесе примарне социјализације која се одвија у породици кроз живот детета, а касније утицај породице слаби и доминира утицај средине у којој се одраста што је секундарни облик социјализације, где се утицај социјалне средине модификује у породици стечени облик понашања. Из тога, можемо закључити да на људско понашање утиче: знање, ставови, мотиви, вредносни систем, практичне способности, навике, традиција, веровања и религија. Здравствено понашање може бити: позитивно и негативно.<sup>43</sup>

Здравствено понашање се развија под дејством околине деловањем казни и награда. Ови фактори делују на формирање понашања и његово одржавање. Здравствени васпитачи треба да се концентришу на развој понашања младих и то представља модел социјалног учења. Други модел који разликујемо када је у питању повезаност здравља са понашањем је модел социјалног маркетинга који каже да се здравствено понашање развија утицајем реклама, огласа и емисија (реклама за контрацепцију, повећава њено коришћење). Модел веровања у здравље је оквир у ком човек треба да зна да је нека болест опасна и неизлечива, али човек мора да препозна себе као кандидата за ту болест и тако покрене „промену понашања“ и прихвати здравствено понашање да би се промена заиста десила. Светска здравствена организација кроз свој извештај „Здравље за све 2000.“ доказује да постоји повезаност понашања и здравља, јер за многе болести понашање

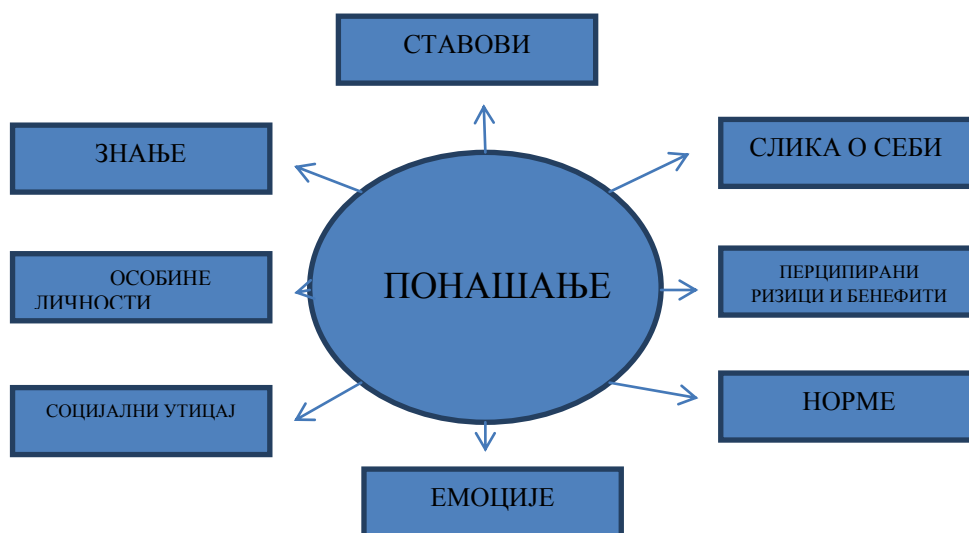
---

<sup>42</sup> Viner R., Macfarlane A. ABC of adolescence – Health promotion, 2005.

<sup>43</sup> Симић С, Социјална медицина, MEDIS, Београд 2020. стр. 150.

изазива болест, док су се неки смртни исходи могли спречити превенцијом. Извештај представљен графиканом је један од модела који објашњава како се здравље повезује са понашањем који се зове модел акције.<sup>44</sup>

Слика 2. Фактори који утичу на понашање корисника здравствених услуга



Извор: Каварчић Н, Социјална медицина, Факултет политичких наука Подгорица 2020, стр. 120.

Пораст знања кроз пораст информисања или развој вештина, повећање вере у сопствене способности за ефикасно извршавање задатка су области које повезују образовање са здрављем, што има утицај на здравствено васпитање. По дефиницији Светске здравствене организације здравствено васпитање је скуп искустава и ситуација које у животу појединца, групе или заједнице могу да доведу до промена њихових ставова у односу на здравствене проблеме. Циљ здравственог васпитања је да пружи помоћ корисницима здравствених услуга ради поправљања својег здравственог стања и промене стила живота, да помогне смањењу трошкова здравствене заштите, да корисника здравствених услуга укључи у одржавање свог здравственог стања. Да би се постигли циљеви здравственог васпитања, здравствени радник има задатак да саслуша проблем кроз разговор са људима, размишља у циљу откривања облика понашања који утиче на здравље и како изменити понашање, тражи разумевање, помаже да се нађе узрок и решење

<sup>44</sup> Симић С. Социјална медицина, MEDIS, Београд 2020. стр. 152.

проблема пацијента. На крају, појединац ће одабрати оно решење које одговара његовим условима.<sup>45</sup>

Циљ васпитања се усмерава на различите групе.<sup>46</sup>

- Здрави – омогућити унапређење и очување здравља
- Становништво са ризичним понашањем – сузбијање и спречавање болести (промена понашања)
- Болесни – развијање нових облика понашања (болесници радо прихватају промену, али је ефекат мали)
- Опорављени – одржавање новог облика понашања

Здравствено васпитање и понашање су претеча промоције здравља. Након тога следи први корак у правцу промоције здравља, који је започео 1986. године доношењем повеље на конференцији Светске здравствене организације у Отави. Отавска повеља описује промоцију здравља као процес оспособљавања њуди да повећају контролу над својим здрављем и да га унапреде односно као ресурс за свакодневни живот, а не само циљ живљења. У овом процесу, здравствени систем мора изаћи из својих стандардних оквира за пружање услуга неге и лечења и фокусирати се на потребе појединца. Отавска повеља идентификује пет приоритетних области деловања:<sup>47</sup>

1. Формулисање здравствене јавне политике
2. Стварање околине која пружа подршку
3. Јачање акције у заједници
4. Развој личних вештина
5. Преоријентација здравствене службе

Ротман је кроз своја истраживања промоције здравља идентификовао седам кључних принципа активности промоције здравља:<sup>48</sup>

- оснаживање – оспособљавање појединца и заједница да преузме већу моћ над факторима који утичу на његово здравље
- партиципација – учешће свих заинтересованих у фазу процеса промоције здравља
- холистички приступ – обраћање пажње на физичко, ментално, друштвено и духовно здравље
- сарадња свих друштвених система

---

<sup>45</sup> Каварчић Н. Социјална медицина, Факултет политичких наука Подгорица, стр. 129.

<sup>46</sup> Симић С. Социјална медицина, MEDIS, Београд 2020. стр. 153.

<sup>47</sup> World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen: WHO Europe, 1986.

<sup>48</sup> Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, et al. (eds) Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. Geneva: WHO Regional Publications, European series no. 92, 2001.

- правичност
- одрживост промена након завршетка почетног финансирања
- мулти-стратегија – коришћење различитих приступа

Након прегледа литературе, ако бисмо се вратили главним подручјима промоције здравља у адолесценцији можемо рећи да су то: здравствена ризична понашања (пушење, употреба алкохола, злоупотреба дрога, сексуални однос здравље и преузимање ризика), побољшање комуникације родитеља и адолесцената, сузбијање настанка депресије и менталних обољења односно очување менталног здравља, спречавање било каквог вида насиља, побољшање исхране и укључивање физичке активности у свакодневицу, што ће спречити настанак гојазности. Кључно, укидање здравствене неједанакости и социјалне искључености – здравље за све. Акције се могу спровести на неколико нивоа: индивидуални ниво (менторски програми едукације групе вршњака), породични ниво (едукација родитеља и породице), школски ниво (образовање засновано на наставном плану и програму усмерено ка управљању понашања), ниво заједнице (промена животне средине) и национални ниво (реорганизација здравствене службе, промена закона, маркетинг и социоекономске промене).<sup>49</sup>

#### 4.1. Превентивни прегледи

Залагање за превенцију доводи до побољшања квалитета живота, продужења животног века, очувања радне способности становништва и смањења трошкова здравствене заштите. Према статистичким подацима и научним истраживањима у области медицине, око 80% облести се може спречити превентивним прегледом или како се модерно називају „скрининг прегледи“.

Превентивни прегледи смањују морталитет и представљају веома сложен организациони процес и у складу са доступним финансијским средства и територији на којој се налазе треба тежити ка едукацији и становништва подручја, али и здравствених радника да би могли давати адекватне смернице о важности превентивних прегледа о подмуклој болести која даје симптоме само у поодмаклој фази.

Календар скрининг прегледа доступан је на порталу еЗдравље, док су по закону домови здравља у обавези да омогуће редовне превентивне прегледе не само у назначеном периоду, већ и уколико постоје индикације и у осталим терминима. Превентивни прегледи су бесплатни и послењих година, изузев дела када је здравствени систем био у црвеној

---

<sup>49</sup> Viner R, Macfarlane A. ABC of adolescence – Health promotion, 2005.

зони и када су се само лечили пацијенти заражени вирусом COVID–19, организовали су се активно и ажурно по календару превенције.

BOLEST	METODA	FREKVENCJA	UZRAST						
			19 29	30 39	40 44	45 49	50 64	65 69	70 +
BOLEST SRCA I KRVNIH SUDOVA	MERENJE ARTERIJSKOG KRVNOG PRITISKA	1 U 2 GODINE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	MERENJE MASNOĆE U KRVI (HOLESTEROL I TRIGLICERIDI)	1 U 5 GODINA	X	X	X	✓	✓	✓	✓
ŠEĆERNA BOLEST (DIJABETES)	UPITNIK ZA IDENTIFIKACIJU RIZIKA	1 U 3 GODINE	X	X	X	✓	✓	✓	✓
	DIJABETES VISOKO – RIZIČNE GRUPE* – SEĆER U KRVI (GLIKEMIJA)	1 GODIŠNJE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
RAK DEBELOG CREVA	TEST ZA SKRIVENO KRVAVLJENJE STOLICE (FOB TEST)	1 GODIŠNJE	X	X	X	X	✓	✓	✓
	KOLOREKTALNI KARCINOM VRG** – KOLONOSKOPIJA	1 U 3 GODINE	X	X	X	X	✓	✓	X
RAK DOJKE	SAMOPREGLED DOJKI	1 MESEČNO	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	KLINIČKI PREGLED DOJKI	1 GODIŠNJE	X	X	✓	✓	✓	✓	✓
	MAMOGRAFIJA	1 U 2 GODINE	X	X	X	X	✓	✓	X
RAK GRLIČA MATERICE	PAPANIKOLAU TEST	1 U 3 GODINE	✓	✓	✓	✓	✓	X	X
FAKTORI RIZIKA PUŠENJE FIZIČKA NEAKTIVNOST	SAVETOVANJE ZA ZDRAV NAČIN ŽIVOTA	PRI SVAKOM PREVENTIVNOM PREGLEDU	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
GOJAZNOST	ODREĐIVANJE BMI*** MERENJE OBIMA STOMAKA **** SAVETOVANJE ZA PRAVILNU ISHRANU	1 U 2 GODINE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

**VRG** – VISOKO RIZIČNA GRUPA  
**BMI** – INDEKS TELESNE MASE  
 \* AKO JE REZULTAT RIZIKA U UPITNIKU 12, ILI JE DEFINISAN VRG IZ VODICA  
 \*\* DEFINISANJE VRG U VODICI DOBRE PRAKSE  
 \*\*\* PREKOMERNA TELESNA TEŽINA: BMI (25-30) ILI GOJAZNOST- BMI >= 30  
 \*\*\*\* OBIM STOMAKA (ABDOMINAL CIRCUMFERENCE) MUŠKARCI: >94 CM, ŽENE: >80 CM

Слика 3. Календар превенције

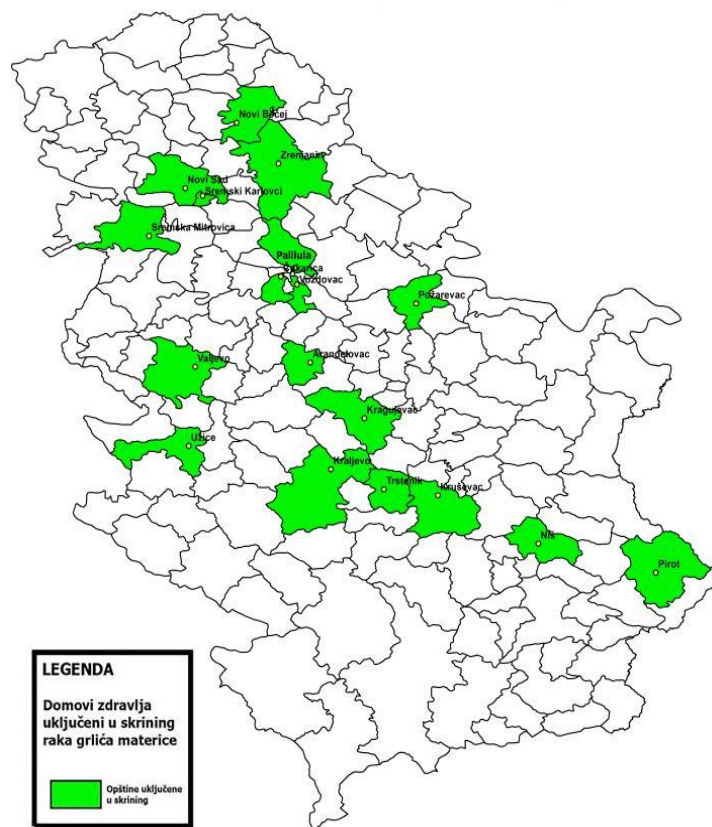
Извор: Министарство здравља Републике Србије: Водич кроз систем здравствене заштите

Србија је по обољевању од рака на 18. месту, а по смртности на другом месту у Европи. То јасно указује на недостатак ангажовања на превентиви и раном откривању рака.

Најчешће малигне болести у Србији су:<sup>50</sup>

- рак дојке
- рак плућа
- рак простате
- рак дебелог црева
- рак грлића материце

<sup>50</sup> <https://www.skriningsrbija.rs/srl/opste-informacije-o-skriningu/>



Слика 4. Домови здравља укључени у скрининг преглед рака грлића материце

Извор: <https://www.skriningsrbija.rs/>

## 5. КВАЛИТЕТ ЖИВОТА

Квалитет у здравству подразумева одређен ниво пружања здравствене заштите односно здравствених услуга, зарад функционисања здравствене службе. Квалитетна медицинска заштита је потпуно задовољење потреба оних који највише требају здравствене услуге, по најмањем трошку за организацију, а унутар ограничења и смерница које постављају здравствене власти и финансијери.<sup>51</sup>

Нема консензуса нити стандарда по питању калитета живота, што ствара шароликост и потешкоће при мерењу. Неки научници полазе од тога да се квалитет властитог живота мери по субјективним критеријумима, други говоре да оцена квалитета живота појединца у великој мери зависи од индивидуалног темперамента, док неки наглашавају потребу комбиновања објективних и субјективних аспеката квалитета живота, јер су они у корелацији. Квалитет друштва један је од основних показатеља укупног квалитета живота. Људи дају велику важност квалитету локалног окружења, јавних услуга и институција.

Анализа квалитета живота обухвата следећа подручја:<sup>52</sup>

- политичко и друштвено окружење
- економско окружење
- друштвено-културно окружење
- здравство и санитарно окружење
- школе и образовање
- јавне услуге и транспорт
- слободно време
- средства широке потрошње
- дом
- природно окружење

Индикатори квалитета живота су у већини прорачуна индекс квалитета живота који се спроводе у свету и не егзистирају.

---

<sup>51</sup> Ovreteit J. Health Service Quality

<sup>52</sup> Гавовић Б, Тимотијевић С, Квалитет друштва и квалитет живота, портал Квалитет ([www.kvalitet.org.rs](http://www.kvalitet.org.rs))

Табела 4. Индикатори квалитета живота

СУБЈЕКТИВНИ ИНДИКАТОРИ	ОБЈЕКТИВНИ ИНДИКАТОРИ
- индивидуално просуђивање о квалитету живота које се везује за појам среће и задовољења потреба	- стање и квалитет природне компоненте животне средине - становање - физички услови рада - ергономичност при раду - здравље појединца - образовање - безбедност - постојање културних институција и места за рекреацију - величина дохотка - задовољавање егзистенцијалних и виших потреба

Извор: Квалитет живота и човекове животне средине, преузето са: <https://slideplayer.rs/slide/17412302/>

Здравствени радници се свакодневно суочавају са сложеним изазовима и доношење одлука је директно на њима и њиховим етичким принципима. Ови избори могу угрозити или побољшати квалитет живота пацијента, породице или заједнице и може бити сложенији у маргинализованим популацијама са ниским очекиваним животним веком или смањеним оценама квалитета живота. Негативне оцене квалитета живота су одговор на лечење у сиромашним системима здравствене заштите, где не постоји очекивани животни век односно недовољна заштита менталног здравља.<sup>53</sup>

Здравствене акције треба да буду подједнаке према свим људским бићима како би се унапредио квалитет живота, чланова породице и заједнице. Схотно томе, етика укључује теорије, перспективе, принципе и концепте фундаменталних питања у вези са вредностима и значења људског живота. Квалитет живота се може схватити као вредност,

<sup>53</sup> Fuminacelli L, Mazzo A, Martins J, Mendes I. Quality of life and ethics: A concept analysis, Nursing ethic, Sage 2017.

перспективе, задовољство, повољни услови живота, достигнућа, функционалност, културни контекст и духовност.<sup>54</sup>

У здравству, етичка питања обухватају вишеструке димензије живота и чињенице оног што је исправно у смислу поштовања, достојанства, принципа и моралних вредности. Када се пружа здравствена нега, здравствени радници могу пацијентима дати могућност избора за одговарајућу терапију и тако обезбедити задовољство или благостање, потом лечење и третирање болести, што гарантује бољи квалитет живота – потребно је поштовати вредност пацијента на првом месту и затим му пружити адекватну здравствену заштиту.<sup>55</sup>

Светска здравствена организација дефинише здравље као стање потпуног, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство од болести, с тога је зарад бољег квалитета живота битно истакнути да се пацијент упозна и поштује, али и зарад бољег медицинског третмана. Уколико је пацијент испоштован, имаће веће поверење и прихватити нове навике и имплементирати их у своју свакодневицу. Здравствени радници су директно одговорни за бољи квалитет живота пацијената кроз гарантовање права на здравствену заштиту и одсуство штетног догађаја који би пореметио физички, ментални и морални интегритет, угрозио право на живот и људско достојанство. У целом цвету здравствени радници раде у градским и сеоским среднама, ратним зонама и пружају здравствену заштиту на свим местима и у нетепичним ситуацијама трудећи се да пруже максималан квалитет живота кроз промовисање приступа, сигурности, ефикасности и оспособљености уз укључивање основних етичких принципа зарад пружања боље здравствене заштите.<sup>56</sup>

Квалитет живота има доста дефиниција и у зависности од угла гледања, ни једна није погрешна. У Јапану и САД-у, истраживач Деминг је водио револуцију квалитета живота и река оје да: „Производ или услуга поседују квалитет, ако некоме помаже и ужива у добром и одрживом тржишту“. Ако бисмо растумачили његово гледање, он уствари не дефинише директно квалитет, већ упућује на вредност производа или услуге у смислу њене способности да помогне потрошачу као и њене тржишне способности. Аутори који су препознали Демингово уважавање важности тржишта схватили су да се оно односи на бригу која испуњава очекивања пацијената, али и других корисних

---

<sup>54</sup> Moridi H, Ghasemi P, Nikrang M, et al. A systematic review on the concept of quality of life. J Soc Issues Hum 2015.

<sup>55</sup> Wyndaele JJ. Ethics, healthcare and spinal cord injury: research, practice and finance. Spinal Cord 2011. 27. страница

<sup>56</sup> Ulrich CM, et al. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. J Adv Nurs 2011. стр. 52-53.

здравствених услуга. Други аутори препознају инхерентни проблем у дефинисању квалитета изјавом: „Било би тешко пронаћи реалну дефиницију квалитета коју немамо, имплицитно унутар дефиниције, фундаментални израз или имплициран фокус изградње и одржавања односа. “Разумевање различитих перспектива о квалитету не спречава успех у постизању квалитета неге све док кључни принципи и концепти квалитета су идентификовани, схваћени и коришћени. Најцитиранија дефиниција квалитета здравствене заштите каже да се квалитет састоји од степена до ког здравствене услуге за појединце и становништво повећавају вероватноћу жељених здравствених исхода у складу са тренутним професионалним знањем. Свеобухватно, пратећи истраживања неколико аутора, може се рећи да се квалитет састоји од степена до којег здравствене услуге за појединце и становништво повећавају вроватноћу жељених здравствених исхода (принципи квалитета), у складу су са актуелним стручно знање (вјештина професионалца), и испунити очекивања корисника здравствене заштите (тржиште)“.<sup>57</sup>

Нацрт квалитета за будућност, класификује и обједињује компоненте квалитета кроз шест циљева за побољшање. Ови циљеви се посматрају такође као шест димензија квалитета, пружају здравственим радницима и креаторима политике једноставна правила за редизајн здравствене заштите.<sup>58</sup>

1. Безбедност: Не би требала да штети пацијентима, као резултат њиховим интеракција са медицинским системом
2. Благовременост: Пацијенти не би требало да чекају или одлажу потребе за здравственим услугама
3. Ефикасност: Стандард у пружању неге и здравствене заштите су стандарди засновани на научним доказима
4. Ефективност: Нега и услуге треба да буду исплативи, а отпад треба да буде уклоњен из система
5. Праведност: Једнака брига и третман
6. Усресрећеност на пацијента: Систем треба да се фокусира на пацијента
7. Медицина је у непрекидном трагању за питањем како да сачувамо здравље и како да избегнемо болест, зарад очувања и унапређења здравља.

---

<sup>57</sup> Buttell P, Hendler R, Daley J. Quality in Healthcare: Concepts and Practice Parkland Health and Hospital System, Dallas, Tx 2007.

<sup>58</sup> Berwick, D. M. “A User’s Manual for the IOM’s ‘Quality Chasm’ Report.” Health Affairs (Millwood) 2002.

## 5.1. Квалитет здравствене заштите

Квалитет здравствене заштите спада у посебну врсту појмова чије се значење углавном представља као блиско, разумљиво и јасно, асоцирајући на читав низ пожељних особина здравствене заштите, у које се могу убројити адекватност, ефикасност, свеобухватност, правичност, доступност, задовољство.<sup>59</sup>

Ни после дугогодишњег теоријског и практичног интересовања научне и стручне јавности за квалитет, није се дошло до универзално прихваћене дефиниције. Висококвалитетна здравствена заштита помаже у превенцији болести и побољшању квалитета живота. Здравствена стратегија, 2030 фокусира се на побољшање квалитета здравствене заштите и осигуравање да сви људи добију здравствене услуге које су им потребне. Помагање здравственим радницима да ефикасније комуницирају може помоћи у побољшању здравља и благостања њихових пацијената.

Стратегије које ће осигурати да здравствени радници буду упознати са смерницама за лечење и препорученим услугама такође су кључне за побољшање здравља. Неки људи не добијају здравствене услуге које су им потребне јер немају здравствено осигурање или живе предалеко од пружалаца услуга који их нуде. Интервенције за повећање приступа здравственим услугама — попут смањења трошкова, побољшања покрића осигурања и повећања употребе телездравства — могу помоћи већем броју људи да добију негу која им је потребна.<sup>60</sup>

Потреба за проучавањем квалитета живота је додатно потенцирана успехом савремене медицине у продужењу живота којем треба додати и квалитет а не само продужити га.

Свака димензија здравља има неколико домена (симптоми, способност функционисања, онеспособљеност, самопоуздање, самопоштовање, способност реинтеграције) које треба идентификовати, објективизирати, измерити и компарирати. Однос здравља и квалитета живота такође се разматра у склопу развојних стратегија друштва, и са тог становишта се каже да је квалитет живота најважнији циљ развоја друштва, а да је здравље основна компонента квалитета живота. Све наведено је у вези са циљевима здравствене заштите.

---

<sup>59</sup> Миловић Љ, Организација здравствене неге са менаџментом, Дата статус, Београд 2003. 19. страница

<sup>60</sup> World health organization Global strategy on human resource for health: Workforce 2030.

Међутим, важно је нагласити да задовољство пацијента резултира из укупне перцепције квалитета здравствене услуге зато што се исто дешава само када су потврђена његова очекивања у вези с техничким и функционалним квалитетом. Наиме, задовољство и укупно перцепцирани квалитет услуге нису идентичне категорије него се ради о међусобно условљеним факторима.

Разлози зашто се све већи број земаља у Европи и свету одлучују да систематски унапреде квалитет здравствене заштите су многобројни, а могу се сумирати на следећи начин:<sup>61</sup>

- све већи број медицинских грешака и неповољних догађаја у пружању услуге,
- коришћење неефикасних технологија у пружању здравствене заштите и/или пружања услуга,
- незадовољство корисника пруженим услугама,
- листе чекања и неједнак приступ корисника здравственим службама и услугама,
- трошкови за друштво које то себи не може приуштити,
- управљање није координисано из једног центра,
- нема дефинисаних критеријума за пријем, отпуст, премештање,
- мало података (углавном непотпуних) о клиничком процесу или исходу,
- непотпуна и некомплетна документација...

Право на квалитетну здравствену заштиту представља основно право сваког човека. Сваки данашњи здравствени систем има за циљ да унапреди и побољша квалитет здравственог система и пружања услуга, чиме се уједно побољшава и квалитета живота људи у датој заједници.<sup>62</sup>

Квалитет здравствене заштите подразумева скуп мера које се предузимају током здравственог поступка које резултује повољним исходом лечења пацијената. На овај начин се могу спречити нежељени догађаји који могу проузроковати негативан исход лечења. У самом центру система квалитета здравствене неге и лечења налази се пацијент и његова права. Због тога здравствена установа мора да обезбеди услове који пружају најбољу заштиту за његово здравље. Само схватање квалитета здравствене заштите зависи од много објективних, али и психолошких, социјалних и демографских фактора.<sup>63</sup>

---

<sup>61</sup> Миловић Љ, Организација здравствене неге са менаџментом, Дата статус, Београд 2003. 25. страница

<sup>62</sup> Миловић Љ, Организација здравствене неге са менаџментом, Дата статус, Београд 2003. 28. страница

<sup>63</sup> Танасић Д. и сар. 2012. Интегрисани план сталног унапређења квалитета рада Опште болнице Шабац за 2012, Општа болница Шабац 2012. стр. 12-17.

У побољшању квалитета здравствене заштите последњи тј. оптимални критеријум је онај у ком здравство успева у потпуности да испуни (субјективне и објективне) потребе добробити пацијената. Људи га различито дефинишу, а иста особа може у различито време заузети различита становишта јер извори незадовољства варирају од ситуације до ситуације.

## 6. ТУМАЧЕЊЕ ДОБИЈЕНИХ РЕЗУЛТАТА

Од 2021. становништво у Пријеполу је, одлуком Владе Републике Србије добило Здравствени центар који је настао спајањем Дома здравља и Опште болнице и то је установа где становништво Пријеполја добија услуге са примарног и делом секундарног нивоа здравствене заштите. Да бисмо истражили задовољство корисника здравствених услуга, али и испитали квалитет живота житеља Пријеполја, емпиријско истраживање студије случаја је спроведено у периоду од месец дана, насумичним избором анкетираних испитаника, разне животне доби и занимања. Ауторска анкета је дизајнирана за потребе овог истраживања и достављена у електронском формату са напоменом о анонимности, са којом су били сагласни пре попуњавања анкете, али и са знаком да ће се прикупљени подаци користити у научно истраживачке сврхе. Анкета се састоји од четири дела. Први део су општи подаци испитаника, који садрже питања попут пола, година живота, брачног статуса, пребивалишта, нивоа образовања, статуса лица, социо-економског статуса и др. Други део анкете су навике, где су испитаници требали да искажу своје мишљење кроз одговоре који су ранжирани 1 – никад, 2–веома ретко, 3–ретко, 4–често, 5–веома често. Трећи део је посвећен личном задовољству. Одговори су били ранжирани такође помоћу скале, вредности: 1–у потпуности се слажем, 2–не слажем се, 3–нити се слажем, нити се не слажем, 4–слажем се и 5–у потпуности се слажем. Последњи део је био испитивању да ли анкетирано лице иде на превентивне прегледе и колико често. Резултати су прикупљени и приказани дескриптивно и статистички.

### 6.1. Резултати истраживања и дискусија

У анкети која је спроведена међу житељима Пријеполја, о квалитету здравља учествовало је 57 испитаника.

Први део анкете било је испитивање о општим подацима. Овај део анкете садржао је исказе о полу, годинама живота, брачном статусу, пребивалишту и социо-економском статусу.

Табела 5. Општи подаци испитаника

ПОЛ		
мушки	21	36,8
женски	36	63,2
ГОДИНЕ ЖИВОТА		

18-30	40	70,1
31-40	11	19,3
41-50	5	8,8
51-60	1	1,8
<b>БРАЧНИ СТАТУС</b>		
неожењен/неудата	41	71,9
ожењен/удата	11	19,3
ванбрачна заједница	3	5,3
разведен/разведена	1	1,8
удовац/удовица	1	1,8
<b>ПРЕБИВАЛИШТЕ</b>		
градско подручје	47	82,5
сеоско подручје	10	17,5
<b>НИВО ОБРАЗОВАЊА</b>		
основно образовање	1	1,8
завршена средња школа	23	40,4
завршена виша школа	10	17,5
завршен факултет	12	21,1
мастер и докторске студије	11	19,3
<b>СТАТУС ИСПИТАНИКА</b>		
запослено лице	29	50,9
незапослено лице	12	21,1
студент	16	28,1
<b>СОЦИО-ЕКОНОМСКИ СТАТУС ВАШЕ ПОРОДИЦЕ</b>		
просечан (10-35 000рсд по члану породице)	28	49,1
изнад просека (преко 35 000рсд по члану породице)	29	50,9
<b>УКУПНО</b>	<b>57</b>	<b>100,0%</b>

Извор: Сопствено истраживање

Из табеле 5. можемо видети да је учешће у анкети узео 21 мушкарац и 36 жена, просечне старости од 18 - 30 година живота у највећем броју испитаника (70,1%) док је мањи проценат испитаника старости од 31 до 60 година. Највише испитаника је неожењено/неудато 71,9% односно статуса ожењен/удата 19,3. На територији општине Пријепоље постоје градска и сеоска подручја, па је са градског подручја случајним

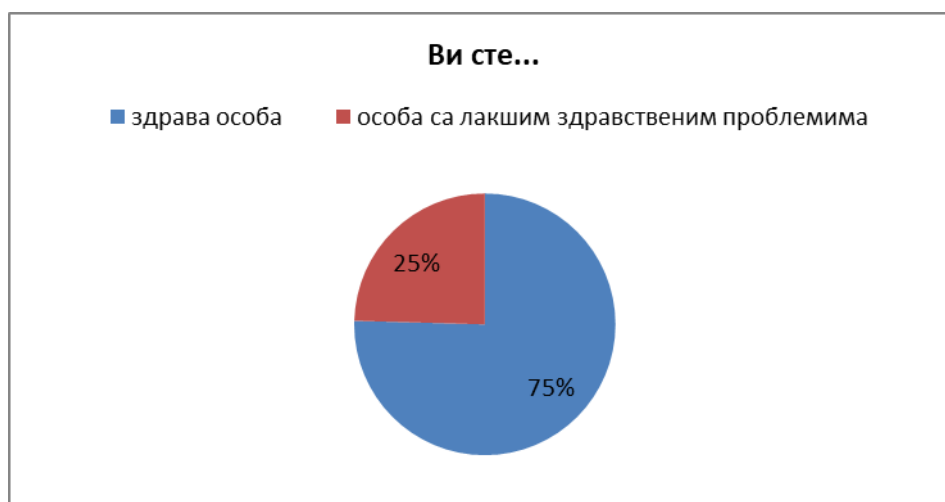
узорком било 82,5%, док са сеоског 17,5% испитаника ове анкете. Основни фактори који утичу на здравље су: фактор наслеђа и фактор околине.<sup>64</sup>

Проблем „наследног“ фактора има непрекидну улогу у здрављу. Напредком науке, дошли смо до сазнања да карактеристике болести имају везу са генима.

Да бисмо открили неку врсту поремећаја, Neroђена деца се подлежу скрининг програмима, што ствара проблеме попут „Шта учинити ако се открије нека неизлечива малформација?“ Због тога, наука гледа и факторе околине. Још један од фактора околине је и фактор становања. У неразвијеним земљама проблем је што грађанин станује у кући лошег материјала и услед нехигијенских услова долази до паразитских обољења, респираторних инфекција, тровања и дијареје, док у развијеним земљама долази до проблема пренасељености, тешкоће у транспорту, јонизирајућег зрачења, повећана концентрација радона као грађевинског материјала, повећан број бескућника, што доводи до нехигијенских и нееколошких услова живота.

Када је у питању ниво образовања, 40,4% испитаника има завршену средњу школу, али морамо истаћи да добијеним резултатима истраживања, такође 40,4% испитаника има завршене основне, мастер и докторске студије. Око половине испитаника је запослено, са социо-економским статусом изнад просека односно 35.000,00 динара по члану породице.

Графикон 1. Изјашњавање о здравственом стању испитаника



Извор: Сопствено истраживање

Према изјашњењу испитаника, здравих особа је 75%, док особа са лакшим здравственим проблемима 25%, што је приказано у Графикону 1.

<sup>64</sup> Симић С, Социјална медицина, MEDIS, Београд 2020. стр. 154.

Графикон 2. Изјашњавање испитаника о конзумирању дуванских производа



Извор: Сопствено истраживање

Графикон 2 приказује проценат пушача и непушача. Око 21% светске популације представљају пушачи, међутим о штетности се деценијама уназад истражује и креирају се политике контроле дувана, које би требало да доприносе смањењу пушења цигарета. Перцепцију ризика од пушења дефинишемо као мисли и осећања о штети повезаној са пушењем цигарета. Перцепције ризика су централне за бројне теорије здравственог понашања и покушаје да се повећање перцепције ризика је важно у напорима за контролу дувана циљање превенције и престанка. Важна је напомена да адолесценти и одрасли имају различите перцепције ризика, при чему прва група гледа на ризично понашање као мање штетно. То долази са временом, јер данас постоје и други производи који садрже дуван и никотин и због тога имамо промене у обрасцима понашања (све више корисника е-цигарета).<sup>65</sup>

Друштвена или социјална средина је организациони облик деловања у друштву и својствена је само човеку.<sup>66</sup> Делује у смислу модификовања свих других фактора. Елементи социјалне средине су:<sup>67</sup>

- језик – информисање
- социјалне институције – брак, породица, закони, образовање
- економске институције
- идеолошко – вредносни систем: морал и политика
- културолошке вредности: веровања, навике...

<sup>65</sup> Kaufman A., Twesten J., Suls J., McCaul K., Ostroff J., Ferrer R., Brewer N., Cameron L., Halpern-Felsher B., Hay J., Park E., Peters E., Strong D., Wasters E., Weinstein N., Windschitl P., Klein W. Measuring cigarette smoking risk perceptions, Nicotine tob research, Oxford academic, 2019.

<sup>66</sup> Храњица С. Општа психологија са психологијом личности

<sup>67</sup> Симић С. Социјална медицина, MEDIS, Београд 2020. стр. 160.

Други део анкете односио се на навике попут контролисања здравља, вођења рачуна о исхрани, избегавању стреса, информисања о здрављу, разговору са стручњацима на тему здравља, одласка на рекреацију и излете у природу, као и конзумирању алкохола. Испитаници су требали да одговоре на исказе који су рангирани 1–никад, 2–веома ретко, 3–ретко, 4–често, 5–веома често. Резултати другог дела анкете приказани су у табели 6.

Табела 6. Навике испитаника

питање: * Колико често...?	1		2		3		4		5	
*контролишете своје здравље?	2	3,5	12	22,8	28	49,1	9	15,8	5	8,8
*водите рачуна о својој исхрани	4	7	7	12,3	22	38,6	18	31,6	5	8,8
*избегавате стрес	11	19,3	14	24,6	16	28,1	11	19,3	5	8,8
*се информисете о здрављу	1	1,8	12	21,1	14	24,6	20	35,1	10	17,5
*разговарате са стручњацима	8	14	19	33,3	13	22,8	10	17,5	7	12,3
*идете на рекреацију	2	3,5	16	28,1	15	26,3	15	26,3	9	15,8
*идете на излете у природу	2	3,5	12	21,1	14	24,6	24	42,1	5	8,8
*припремате храну у свом дому	-	-	5	8,8	2	3,5	19	33,3	31	54,4
*конзумирате у ресторанима	5	8,8	17	29,8	24	42,1	10	17,5	1	1,8
*конзумирате „брзу храну“	7	12,3	11	19,3	24	42,1	13	22,8	2	3,5
*читате декларације и датум производње/истека рока	7	12,3	12	21,1	12	21,1	12	21,1	14	24,6
УКУПНО							57		100%	

Извор: Сопствено истраживање

Из табеле 6, можемо доћи до закључка да скоро половина испитаника ретко контролише своје здравље, што нас доводи до закључка да и даље код лекара углавном иду само када се јави неки од здравствених проблема, о чему ће детаљније бити објашњено током приказа резултата четвртог дела анкете о скрининг прегледима. О исхрани се на овим просторима, такође, ретко води рачуна, што доказује чињеница да се тако изјаснило 38,6% испитаника, док 31,6% испитаника каже да то често ради.

Избегавање стреса је јако ретко и прилично тешко, што доказује 24,6% испитаника које се изјаснило да то веома ретко успева. Информисање о здрављу путем интернет портала је јако честа појава 21. века, за шта се потврдно изјаснило 35,1% испитаника, док информисање о здрављу са стручњацима је јако ретко (33,3%). Информисање о здрављу путем интернет портала није увек веродостојно, јер је интернет доступан свима и не треба да буде водич при дијагностификацији и примени одређене терапије, то треба да уради стручно лице. Лекарски преглед и даље не може да замени физички одлазак код лекара, јер одређене болести захтевају директну негу, док се многа здравствена стања, која нису хитна могу решити виртуелно што доводи до повећаног коришћења услуга телездравства и тежи даљем унапређењу и покривености.<sup>68</sup>

Примена телемедицине доживела је своју популарност током пандемије вирусом COVID-19. У свакодневној комуникацији употреба e-maila, viber-a, zoom-a, whatsApp-a и других сличних комуникационих мрежа били су у експанзији. Са једне стране, то је значајно допринело смањењу епидемиолошког ризика, а са друге, размени стручних знања и вештина.<sup>69</sup> Применом телемедицине, лекар може одредити када је најбоље за пацијента да дође на преглед у здравствену установу и тако се смањује непотребно долажење у здравствену установу.

У хитим случајевима, када пацијент захтева клинички преглед, радиолошко или лабораторијско испитивање, не можемо користити телемедицину, без обзира да ли је пацијент оболео од вируса COVID-19 или не.

Рекреација доприноси изузетно здрављу, али није популарно још увек на нашим просторима бави ти се неким рекреативним активностима, док је одлазак на излете у природу јако чест, посебно након пандемијског дела када је био на снази полицијски час и забрана кретања (то доказује исказ 42,1% испитаника).

Опасност се јавља и код укоренењених навика, које се тешко мењају, посебно у неразвијеним земљама као што су порђај, нега детета, исхрана, обичаји, религија, традиција што представља фактор културе, док фактор образовања првенствено зависи од мајчиноом образовања и представља непосредну повезаност са здрављем.<sup>70</sup>

54,4% испитаника се изјаснило да спрема храну у свом дому, док само 1,8 конзумира храну у ресторанима, односно 3,5% у ресторанима „брзе хране“.

---

<sup>68</sup> Greiwe J. Telemedicine Lessons Learned During the COVID-19 Pandemic

<sup>69</sup> Добровић Д, Пеличић Д, Телемедицина у доба пандемије COVID-19, Здравствена заштита 49(4), КЦ Црне Горе, Подгорица, 2020.

<sup>70</sup> Симић С. Социјална медицина, MEDIS, Београд 2020. стр. 161.

Исхрана може имати трајан утицај на будуће здравствене исходе и потребно је од адолесцентног периода примењивати одређене обрасце исхран. Оно што је запажено је низак унос воћа и поврћа, а висок унос угљених - хидрата, односно исхрана сиромашна хранљивим материјама, иако то истраживање у овом раду није показало. Најчешћа последица недостатка микронутријената је анемија, која има и ризик од претеране смрти, али и прекомерна тежина и гојазност. Воће и поврће су богати микронутријентима и витаминима, а мали унос доприноси гојазношћу и дијабетесу тип 2, кардиоваскуларних болести.<sup>71</sup> Како квалитет исхране игра кључну улогу у свим облицима здравствених стања, истражили смо навике о исхрани међу испитаницима, приказане у графикону 4 из ког можемо закључити да испитаници највише конзумирају месне прерађевине, као и воће и поврће у великој мери, док је конзумирање рибе у најмањем броју заступљено, вероватно због животне средине у којој се испитаници налазе. Конзумирање алкохола је ретка до честа појава међу испитаницима.

Од фактора културе и образовања, зависи и стил живота који је образац понања јединке. На стил живота утичу и екстерни фактори, међутим појединац може сам да одлучи о изборима. Пушење представља најпознатији ризик фактора популације и у процентима 1/3 смртних случајева је последица<sup>72</sup> услед јако раног почетка пушења.

Алкохол, слично пушењу представља проблем данашњице и као последицу имамо несреће и повреде. Постоје две врсте алкохолизма: социјална конзумација и злоупотреба алкохола. Поред алкохолизма, проблем је и наркоманија, јер је тешко препознати број конзументата дроге. У развијеним земљама, појавом ХИВа, почели су програми за превенцију и лечење наркоманије. Алкохол су „празне“ калорије, које уносимо у организам и оне изазивају умор и поспаност. Само умно свесни и смерни људи, савесно конзумирају алкохол у моментима када је он користан за човеково здравље, али то су веома ретке ситуације. Конзумирање алкохола обично представља потрагу за утехом и излаз из нерешивих ситуација, додатну снагу за нереалне амбиције. Алкохол оштећује јетру, након чега јетра постаје неспособна да ослобађа тело од отровних супстанци, слаби имунолошки систем и постајете подложнији вирусним инфекцијама. утиче на природан циклус спавања, изазива гастритис, упалу слезнице желуца, у тежим случајевима и апсорпцију хранљивих састојака, ризик од карцинома увећава се за 4% (најчешће јетре<sup>73</sup>).

---

<sup>71</sup> Beal T., Morris S., Tumilowicz A. Global patterns of adolescent fruit, vegetable, carbonated soft drink, and fast-food consumption: A meta-analysis of global school-based student health surveys, Sage journal, 2019.

<sup>72</sup> Светска здравствена организација

<sup>73</sup> Истраживања канцера, Велика Британија

Исхрана можда највише утиче на здравље појединца. Инфективне и паразитске болести, оштећење мозга услед неадекватне исхране деце или гојазност код пробилне исхране.

Брз и модеран начин живота, углавном значи и мање времена и недовољна посвећеност здравим животним навикама. То може довести до последица, као што су брза решења за исхрану. Проблем тзв. брзе хране је што не можете углавном да знате одакле потичу намернице, оброци нису адекватно избалансирани, превелик унос соли, шећера, засићених масти и адитива може довести до озбиљних здравствених проблема као што су: кардиоваскуларни, ендокринолошки, дерматолошки, гастроентеролошки...

Последице нису одмах видљиве, постепено утичу на организам и споро доводе до проблема, али касније, лечење и опоравак могу бити дуги и мукотрпни. Препоруке, да би се ово избегло су домаћа кувана јела, свеже воће и поврће, минимално пржена храна и коришћење биљних уља, избегавање белог шећера и унос угљених хидрата. Уколико сумњате на проблем или желите избалансирану исхрану само за ваш организам, можете потражити стручну помоћ нутриционисте, како би се спречио настанак здравствених проблема.

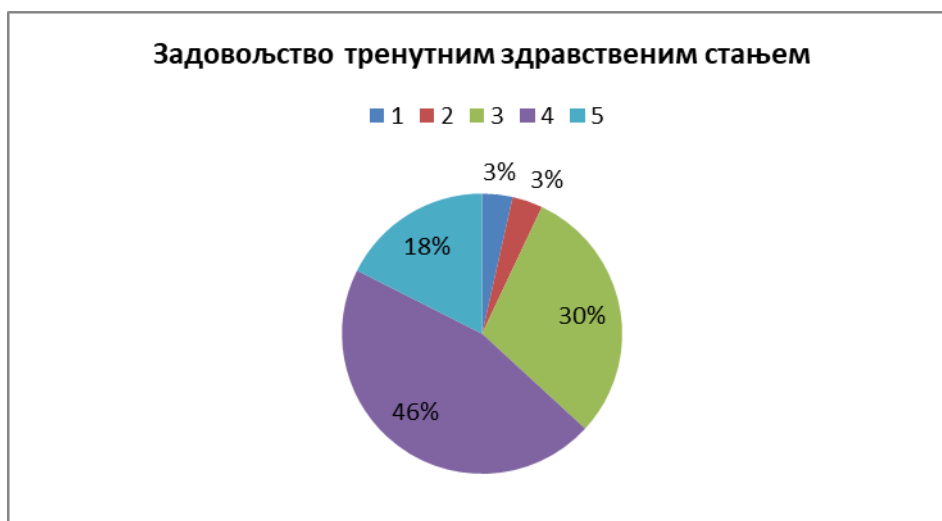
Задовољство животом има важан циљ за побољшање индикатора психоцосијалног благостања, здравственог понашања и исхода физичког здравља. Међутим, задовољство животом није накнадно повезано са многим специфичним здравственим стањима (нпр. дијабетесом, хипертензијом, можданим ударом, раком, срчаним обољењима, болестима плућа, артритисом, прекомерном телесном тежином/гојазношћу или когнитивним оштећењем), другим здравственим понашањем (нпр. прекомерно опијање или пушење) или учесталост контакта са децом, породицом или пријатељима.<sup>74</sup>

Трећи део анкете, био је посвећен личном задовољству испитаника. Одговори су били рангирани помоћу скале, вредности: 1–у потпуности се слажем, 2–не слажем се, 3–нити се слажем, нити се не слажем, 4–слажем се и 5–у потпуности се слажем, резултати истраживања приказани су у графиконима.

---

<sup>74</sup> Kim E., Delaney S, Tay L, Chen Y, Diener E, Vanderweele T, Life satisfaction and subsequent physical, behavioral and psychosocial health in older adults, The milbank quarterly-multidisciplinary journal of population health and health policy, 2021.

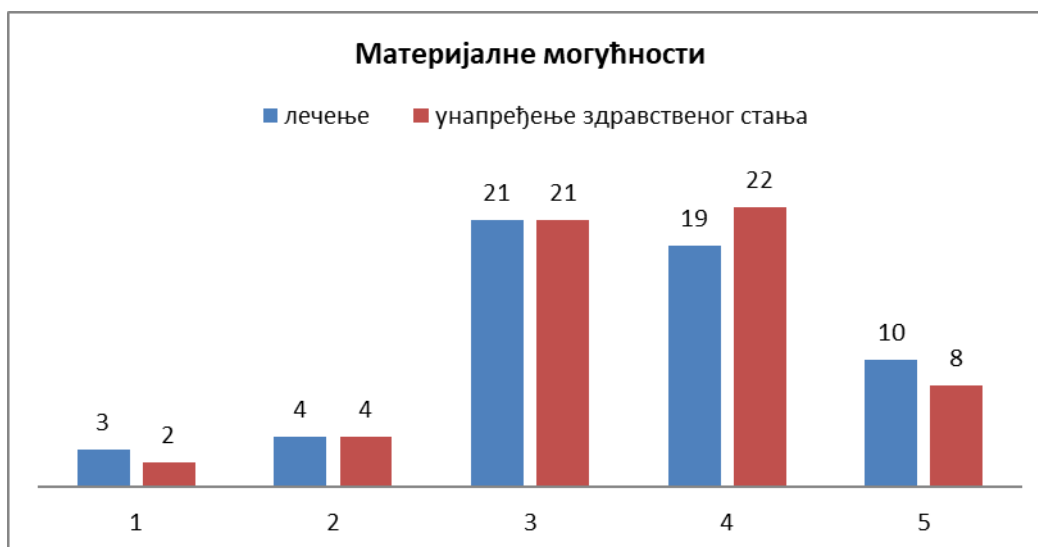
Графикон 3. Задовољство испитаника корисника здравствених услуга тренутним здравственим стањем



Извор: Сопствено истраживање

Са графикона 3, може се доћи до закључка да је скоро половина испитаника задовољна својим тренутним здравственим стањем.

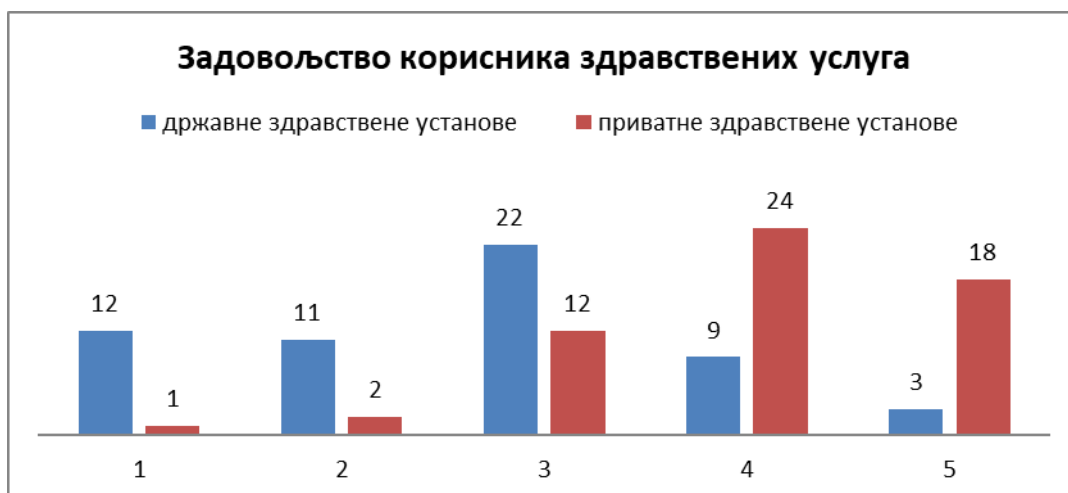
Графикон 4. Материјалне могућности за лечење и унапређење здравственог стања



Извор: Сопствено истраживање

Графикон 4. указује на материјалне могућности за лечење и унапређење здравља. Резултати социо-економског положаја лица овог истраживња показали су да испитаници немају проблема са финансијским могућностима, па с тога и резултати овог дела истраживња указују да су сви материјално способни да се лече, али и да унапреде своје здравље у виду побољшавања исхране и конзумирање суплемената.

Графикон 5. Задовољство корисника здравствених услуга државног и приватног сектора



Извор: Сопствено истраживање

Задовољство испитаника анкете-корисника здравствених услуга у поређењу државне и приватне службе, приказано је на графикону 5. Овај део истраживања доказује чињеницу да је велики број незадовољан услугама које пружа државна служба, а да је сасвим супротно у приватним здравственим установама. У четвртом делу рада, а на основу одговора добијених питањима отвореног типа може се закључити да државни систем не функционише добро и да квалитет услуге у државним установама није добар, дуго чекање, неетичко понашање лекара и медицинског особља, недостатак поверења, неадекватна терапија и површност у раду.

У здравству, квалитет је неопипљив и представља предуслов ефикасне здравствене заштите сваког појединца и очување поверења пацијената употребом најсавременијих терапијских и дијагностичких метода уз процену нивоа ризика уз адекватну комуникацију здравственог тима и пацијената. Квалитетна медицинска заштита је потенцијал елемената те заштите, за остварење оправданих медицинских и немедицинских циљева болесника и здравственог особља.<sup>75</sup>

Према закону, пацијент има право на потпуну информацију о својој болести и планираном начину лечења и подстицању пацијената у очувању здравља.<sup>76</sup> У закону постоји Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности

<sup>75</sup> Grant ES. Quality Medical Care

<sup>76</sup> Закон о здравственој заштити Републике Србије

пацијената, којим се тежи достизању највишег нивоа квалитета рада и безбедности пацијената на нивоу Републике Србије, који је прописала Влада.<sup>77</sup>

Четврти и последњи део анкете био је посвећен превентивним прегледима и истраживању колико често становници Пријепоља иду на превентивне прегледе.

У Општој болници у Пријепољу, одлуком Министарства здравља Републике Србије, пре годину обављени су бесплатни превентивни прегледи за све грађане без обзира да ли имају или немају здравствено осигурање. Прегледи који су били укључени овом акцијом су: лабораторијске анализе крвне слике и шећера, ултразвук абдомена, специјалистички интернистички прегледи кардиолога, хематолога, реуматолога, неуролога, дечји превентивни прегледи, прегледи код ортопеда и оториноларинголога. О значају превентивних прегледа сувишно је говорити, јер је рано откривање болести важан сегмент за унапређење квалитета живота, али и оваквим прегледима се може открити обољење које је присутно, а нема никакву манифестацију.<sup>78</sup>

Графикон 6. Одлазак на превентивне прегледе у последњих годину дана



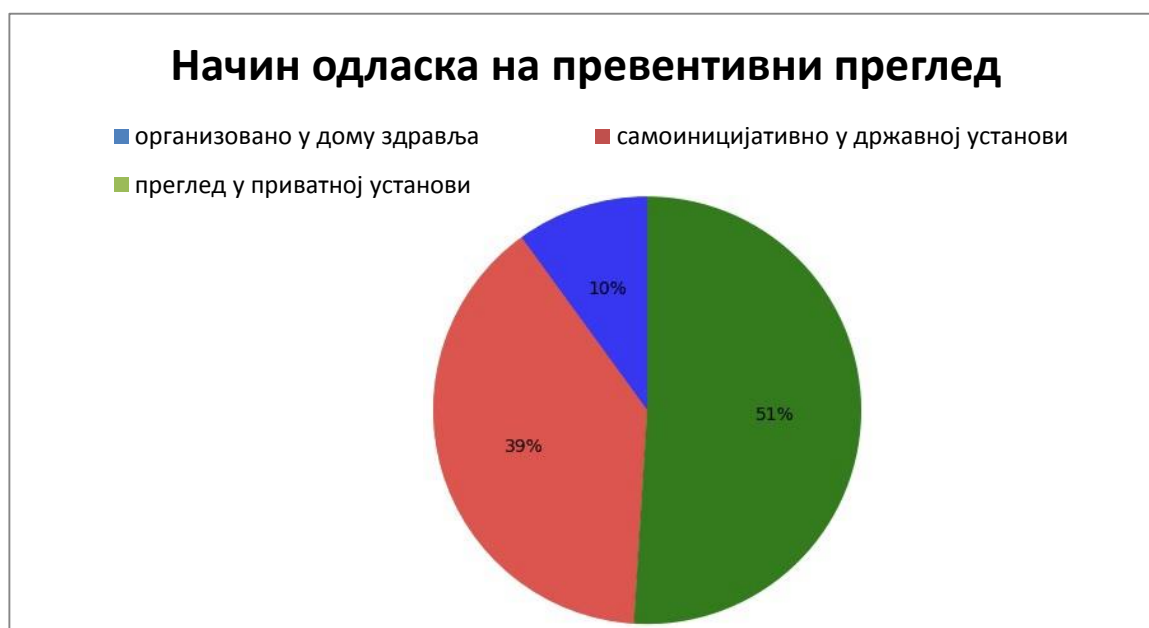
Извор: Сопствено истраживање

Иако су превентивни прегледи били организовани у Дому здравља у Пријепољу, резултати анкете показали су да мали број становника има савест о важности ових прегледа и да мали број одлази на прегледе. Графикон 6 нам је приказује да је само 40% испитаника било на превентивном прегледу.

<sup>77</sup> Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената

<sup>78</sup> Преузето са: <https://prijepoljeinfo.rs/>

Графикон 7. Начин одласка на превентивни преглед



Извор: Сопствено истраживање

Након скрининг превентивних прегледа (приказано у графиокну 7) 10% било на организованом прегледу у Дому здравља, 39% самоиницијативно на редовном годишњем прегледу у државној установи, док остатак испитаника који су се изјаснили да су били у протеклих годину дана на неком превентивном прегледу, 51% је био на превентивном прегледу у некој од приватних установа.

На крају анкете, испитаници су имали празан простор, где су могли уписати своја лична мишљења, искуства и сугестије, где је главни акценат био на сугерисану да је здравствена заштита недовољно развијена, о чему је претходно помињано у овом раду, да постоји генерално незадовољство корисника здравствених услуга у државним здравственим установама, јер према речима испитаника већина лекара и медицинског особља није посвећена раду са пацијентима и свом хуманом позиву, већ искључиво све гледа кроз материјална добра. Понашање и етика нису на завидном нивоу такође, јер су испитаници у више исказа поменули лоше понашање, које чак и крши норме закона одбијајући да им пруже здравствену помоћ или при упиту за превентивни преглед долазе до немогућности заказивања истог.

Иако је већина испитаника исказала незадовољство услугама у државним здравственим установама, важно је истаћи да је мањи број испитаника (4–5) у одговорима

отвореног типа навео позитивна искуства приликом коришћења услуга државног сектора. Ови коментари указују да, упркос уоченим недостацима, постоје примери добре праксе и професионалног приступа, који могу представљати основу за унапређење целокупног система.

## 6.2. Ограничења и правци будућих истраживања

Ограничење овог истраживања представља мали узорак учесника у анкети, али и фокусираност на једно место, односно једну општину. За будућа истраживања препорука је да се уради исто истраживање на већем броју људи, али и у бар два града додатно, како би се резултати упоредили и покушала на неки ефикаснији начин да се пробуди савест грађана о важности очувању здравља. Пре започињања овог истраживања, требало би поново истражити и квалитет здравственог система са акцентом на државне здравствене установе, јер је велики број испитаника у само једној општини исказао незадовољство, а затим спојити и упоредити оба истраживања и доћи до релевантних научно-истраживачких података.

Додатно ограничење овог истраживања представља чињеница да је оно спроведено у периоду пандемије вируса COVID-19, која је значајно утицала на функционисање здравственог система, посебно у државном сектору. Стога се може претпоставити да би резултати истраживања, у условима стабилизације здравственог система и након пандемије, могли бити другачији. Ово отвара простор за будућа истраживања која би омогућила поређење перцепције корисника здравствених услуга у различитим временским периодима.

## ЗАКЉУЧАК

Ефикасан здравствени систем доноси финансијску стабилност, а финансијска стабилност доводи до бољег друштвеног нивоа и квалитета. Ефикасан здравствени систем значи да су и запослени у здравству задовољни, али корисници здравствених услуга односно пацијенти и њихове породице. Из тога можемо закључити да је здравствени систем Републике Србије прилично успешан, али и да се развија. Здравствена заштита има за циљ дуговечност, побољшање квалитета живота, пружање адекватне здравствене помоћи која је доступна свима подједнако.

Подаци истраживања и њихове бројке указују недостатак поверења државном сектору, узрок томе је и вирус COVID-19, немаран однос према вирусу на самом почетку пандемије од стране државног сектора који пацијенте наводи на лечење у приватном сектору. Наклоност приватном сектору је и утицај запослености здравствених радника недовољно компетентних за обављање своје дужности.

У зависности од локалне заједнице у којој појединац одраста, зависи и здравствено понашање и васпитање које ће током живота стећи од најранијег детињства кроз образовни и друштвени систем. У Србији немамо добро развијен модел здравственог понашања и васпитања, па је с тога потребно да кроз медије пласирамо чињенице о значају превентивних прегледа и тако промовишемо здравље. Ово посебно треба да утиче на осетљиве групе, које имају генетске предиспозиције за обољењем.

Примарна здравствена заштита и као концепт и као стратегија сматра се као кључ решења система здравствене заштите као битан предуслов за унапређење здравља и лекари опште медицине су наши водичи кроз здравствено стање и предузимање мера за спречавање обољења, рано откривање поремећаја, благовремено лечење и рехабилитацију.

Пуно организација потражује пут за подизање квалитета живота и одговорност у појединцу, док мањим делом зависи од новца. Поверење у систем и здравствене раднике, али и контролисање здравља кроз превентивне прегледе унапређује комплетан квалитет живота појединца.

Резултати истраживања приказују да је већина становника Пријепоља финансијски стабилна, стога, могу себи омогућити лечење у приватним здравственим установама и унапредити своје здравствено стање побољшањем исхране и конзумирањем суплемената, док су исказали велико незадовољство када су у питању услуге које пружа државна

здравствена установа, посебно при превентивним прегледима, што доводи до закључка да онај део популације који није у могућности да себи обезбеди лечење у приватној здравственој установи, може себи да угрози живот, услед несавесног поступања запослених у државним установама, што треба да се решава на државном нивоу и чему треба јако озбиљно приступити.

Резултати овог истраживања указују на потребу системског унапређења квалитета услуга у државним здравственим установама, са посебним акцентом на примарну здравствену заштиту и превентивне прегледе. Јачање поверења грађана у државни здравствени сектор представља не само здравствени, већ и друштвени и економски приоритет. Улагање у едукацију здравствених радника, унапређење комуникације са пацијентима и развој здравствене културе становништва може допринети равномернијем коришћењу здравствених услуга и смањењу социјалних неједнакости у здрављу.

Сагледавање финансијских и нефинансијских показатеља приликом процене перформанси здравственог система представља важан основ за унапређење квалитета здравствене заштите и ефикасније управљање ресурсима, што потврђују и савремени приступи у области финансијског менаџмента (Јакшић и сар.).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health. Vision and mission. <http://www.apacph.org/wp/about/vision-and-mission/>, 2014.
2. Beal T, Morris S, Tumilowicz A. Global patterns of adolescent fruit, vegetable, carbonated soft drink, and fast-food consumption: A meta-analysis of global school-based student health surveys, Sage journal, 2019.
3. Berwick, D. M. “A User’s Manual for the IOM’s ‘Quality Chasm’ Report.” *Health Affairs* (Millwood) 2002.
4. Binns C. Low W. What is public health?, Asia – Pacific journal of public health, 2015.
5. Buttell P, Hendler R, Daley J. Quality in Healthcare: Concepts and Practice Parkland Health and Hospital System, Dallas, Tx 2007.
6. by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the
7. Charles-Edward Amory Winslow
8. entered into force on 7 April 1948. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1946
9. Fuminacelli L, Mazzo A, Martins J, Mendes I. Quality of life and ethics: A concept analysis, Nursing ethic, Sage 2017.
10. Grant ES. Quality Medical Care
11. Greiwe J. Telemedicine Lessons Learned During the COVID-19 Pandemic
12. Horton R and Das P. Global health security now. The Lancet 2015.
13. Javanparast S, Braun F, Freeman T, Ziersch A, Henderson J, Mackean T. Collaborative population health planning between Australian primary health care organisations and local government: lost opportunity, Australian and New Zealand Journal of Public Health, Flinders University 2018.
14. Kaufman A, Twesten J, Suls J, McCaul K, Ostroff J, Ferrer R, Brewer N, Cameron L, Halpern-Felsher B, Hay J, Park E, Peters E, Strong D, Wasters E, Weinstein N, Windschitl P, Klein W. Measuring cigarette smoking risk perceptions, Nicotine tob research, Oxford academic, 2019.
15. Kim E, Delaney S, Tay L, Chen Y, Diener E, Vanderweele T, Life satisfaction and subsewuent physical, behavioral and psychosocian health in older adults, The milbank quarterly-multidisciplinary journal of population health and health policy, 2021.
16. Leach M, Meeker J, MacGregor H, Schmidt-Sane M, Wilkinson A. Covid–19, Key considerations for a public health response, Government of Ireland 2020.

17. Milton CL. The ethics of defining quality of life. *Nurs Sci Q* 2013.
18. Митровић М. И Гавриловић А, Организација и менаџмент у здравственом систему Србије—*FBIM Transactions* 2013.
19. Moridi H, Ghasemi P, Nikrang M, et al. A systematic review on the concept of quality of life. *J Soc Issues Hum* 2015.
20. Ovretveit J. *Health Service Quality*
21. Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ: British Medical Journal* 2001;323(7313):625–8.
22. Potkrajac M. *ICEPS ECM AM službe Europea*, 2020.
23. representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and
24. Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, et al. (eds) *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. Geneva: WHO Regional Publications, European series no. 92, 2001.
25. Tinetti ME, Naik AD, Dodson JA. Moving From Disease-Centered to Patient Goals–Directed Care for Patients With Multiple Chronic Conditions Patient Value-Based Care. *JAMA Cardiology* 2016;1:9–10
26. Ulrich CM, et al. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *J Adv Nurs* 2011.
27. Viner R, Macfarlane A. *ABC of adolescence – Health promotion*, 2005.
28. White T, *Management for Clinicians*
29. World health organization *Global strategy on human resource for health: Workforce 2030*.
30. World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization – Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006*.
31. World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen: WHO Europe, 1986.
32. World Health Organization. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted*
33. World health organization: *World Health report 2000*.
34. Wyndaele JJ. *Ethics, healthcare and spinal cord injury: research, practice and finance*. *Spinal Cord* 2011.
35. Влада Републике Србије: Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената

36. Гавовић Б, Тимотијевић С. Квалитет друштва и квалитет живота, портал Квалитет ([www.kvalitet.org.rs](http://www.kvalitet.org.rs))
37. Добровић Д, Пеличић Д, Телемедицина у доба пандемије COVID–19, Здравствена заштита 49(4), КЦ Црне Горе, Подгорица, 2020.
38. Драгић М. Менаџмент у здравству, Приједор 2017.
39. Закон о здравственој заштити Републике Србије
40. Закон о јавном здрављу Републике Србије, 15/2016-25
41. Јакшић, М., Мимовић, П., Лековић, М. (2017).  
Мултикритеријски приступ вредновању перформанси организација: импликације за финансијски менаџмент.
42. Јовановић С, Миловановић С, Мандић Ј. и Јовановић С. системи здравствене заштите, Енграми 2015.
43. Каварчић Н. Социјална медицина, Факултет политичких наука Подгорица
44. Комора здравствених установа Србије „Здравствена политика“, Врњачка бања 2019.
45. Миловић Љ, Организација здравствене неге са менаџментом, Дата статус, Београд 2003.
46. Министарство здравља Републике Србије: Водич кроз систем здравствене заштите
47. Младеновић Д. Основи економике здравствене заштите и здравственог осигурања, Економска евалуација у здравству 2014.
48. Радивојевић В, Весић С. Неки аспекти развоја здравственог система Србије и Јапана, Научне публикације Државног универзитета у Новом Пазару, 2020.
49. Симић С. Социјална медицина, Београд 2020.
50. Танасић Д. и сар. 2012. Интегрисани план сталног унапређења квалитета рада Опште болнице Шабац за 2012, Општа болница Шабац 2012.
51. Храњица С. Општа психологија са психологијом личности
52. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://vpsle.edu.rs/wp-content/uploads/2015/12/Pojam-planiranja.pdf](http://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://vpsle.edu.rs/wp-content/uploads/2015/12/Pojam-planiranja.pdf)
53. <https://www.skriningsrbija.rs/srl/opste-informacije-o-skriningu/>
54. <https://prijepljeinfo.rs/>
55. <https://slideplayer.rs/slide/17412302/>