
Stru-ni i nau-ni radovi

Uloga specijaliste socijalne medicine u sistemu primarne i sekundarne zdravstvene zaštite

V. Kne`evi }¹

Role of Social Medicine Specialist in Primary and Secondary Health Care

V. Kne`evi}, M.D., D.P.H.

Sa`etak. Rad se bavi poreklom i zna~ajem socijalne medicine. Obuhvata iskustva u radu i rezultate iz ove oblasti u Zdravstvenom centru U`ice i konkretne predloge za weno unapre|ewe kao va`nog segmenta javnog zdravqa.

Kako se radi o grani va`noj ne samo za medicinske ustanove ve} i za dru{tvo u celini, u radu se istia~e neophodnost wene implementacije u novo javno zdravqe, kao i primene savremenih metoda rada i novih, na prvom mestu, informativnih tehnologija.

Kqu-ne re~i: socijalna medicina, novo javno zdravqe, savremene metode, informativne tehnologije.

Summary. The paper presents roots and importance of social medicine. It consumes experience and results of this medicine branch in Health Center of U`ice.

Having in mind importance of social medicine for society as much as for health institutions, this paper underlines necessity of its implementation into New Public Health Care. It also insists on use of new, especially informational, technologies in this field.

Key words: social medicine, New Public Health Care, informational technologies.

Termin „socijalna medicina“ pojavio se u francuskoj literaturi. Uveo ga je @il Rene Gerin (Jules Rene Guerin) 1848. godine u ~asopisu „Medicinske novine“. Gerin je bio znameniti hirurrg-ortoped zainteresovan da u medicinu unese neke od progresivnih tekovina Revolucije. Tako u ~asopisu, ~iji je urednik bio, pokre}e posebnu rubriku u kojoj se tretiraju pitawa vezana za povezanost zdravqa populacije sa socijalno-ekonomskim faktorima, kao i pitawa o-uvawa zdravqa.

Prate}i indikatore, kako pozitivnog tako i negativnog zdravqa, koji analiziraju

kvalitet zdravstvene zaštite kroz efikasnost, efektivnost, ishod, moramo se slo`iti da specijalisti preventivnih grana medicine tek treba, i to {to pre, da na|u svoje mesto u sistemu zdravstvene zaštite koji se formira u sklopu novog javnog zdravqa. U svetlu uvo|ewa novih pokazateqa kvaliteta, kako obaveznih tako i neobaveznih, moramo se slo`iti da je za implementaciju, organizovawe logistike i formulisawe algoritma i osmi{qavawe celog ovog procesa, koji ima za cilj da u zdravstvenoj ustanovi napravi jedan odr`iv sistem sa ko-

*Rad izlo`en na Stru-no-nau-noj konferenciji socijalne medicine Srbije, Smederevska Palanka, oktobar 2007.

¹Dr Velimir Kne`evi}, Zdravstveni centar U`ice.

jim }e da se uprava na osnovu podataka, neophodno anga`ovawe, prvenstveno, socijalnog medicinara, kako u primarnoj tako i u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti.

^iwenica je da je socijalna medicina kao teorija i praksa bila zapostavljena u zdravstvenoj zaštiti, i u periodu kada su se svi zakliwali u preventivu i sada kada je nastupila prava poplava kvazimenaxera u zdravstvu, ljudi koji su sa diplomom srednjih tehni~kih i ekonomskih {kola zavr{ili Sega, Mega fakultete i vi{e {kole, gde je vrlo te{ko pasti ispit, krstare po Srbiji i pri~aju o vi{ku zaposlenih a da nijednom nisu u{li ni u jednu zdravstvenu ustanovu. Za to vreme na{i lekari do zwa specijaliste socijalne medicine prolaze trnovit put po~ev od dobijawa specijalizacije preko specijalisti~kih radova, ispita, semestara, pa do samog specijalisti~kog ispita pred komisijom. Sve navedeno predstavqa veliki trud i rad ulo`en od strane kandidata, a i kada se na|u pred komisijom, postavqa se pitawe da li }e polo`iti ispit.

Sistem kojim ne mo`e da se uprava je haos. Socijalni medicinari u haosu poku{avaju da osmisle inpute, autpute, algoritme, da osmisle {ta je kvalitet u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti i iz ugla zaposlenih i iz ugla korisnika, lokalne zajednice. Socijalni medicinari, u eri Novog javnog zdravqa, menaxmenta u zdravstvu i u sistemu kontrole kvaliteta, teorije totalnog kvaliteta i SUK-a, zdravstvene ekonomike, socijalnog marketinga i informacionih tehnologija, moraju se vratiti Andriji [amparu, Milanu Jovanovi}u Batutu i wihovim istra`ivawima – „Ekonomija je jednako zdravqe i zdravqe je jednako ekonomija“. ¹ Specijalista socijalne medicine treba da povratu poverewe lokalne zajednice u zdravstvene ustanove na svojoj teritoriji, da putem anketa rawa stanovni{tva po {ko-

lama, ustanovama, ku}ama, na javnim mestima, uo~i prepoznate i neprepoznate potrebe stanovni{tva za zdravstvenom zaštitom, da sagleda preovla|uju}e stilove `ivota, tradiciju, vrednosti, stavove, norme, ube|ewa, verovawa, kolektivno nesvesno.

Socijalni medicinar treba da bude „naoru`an“ vrhunskom informacionom tehnologijom, da u svom timu ima programera, zdravstvenog ekonomistu, edukovane statisti~are i srednji medicinski kadar sposoban da unese podatke u zadate baze podataka na vreme. Moramo se slo`iti da svi izve{taji slu`be socijalne medicine moraju biti kompjuterski obra|eni, da podaci pre svega moraju biti ta~ni, lekari koji rade direktno sa pacijentima moraju unositi podatke i odgovarati za wihovu ta~nost.² Ne dozvolimo, kao do sada, da statistika bude ta~an zbir neta~nih podataka. Zajedni~ki rad specijaliste ovog profila sa programerom jedini je na~in za izradu kvalitetnog softvera koji je primenqiv u dopuwawawu i prilago|awawu novom vremenu i novim varijablama.

Socijalni medicinar mora da organizuje zdravstveno-vaspitni rad u zdravstvenim ustanovama, jer zdravstveno vaspitawe i prosee}enost donosi ogromnu korist kako samim zdravstvenim radnicima i ustanovama, tako i lokalnoj zajednici, porodici i pojedincu. Socijalna medicina je egzatna nauka koja, uz pomo} statistike, statisti~kih istra`ivawa, rutinske statistike, demografskih pokazateqa, prepoznaje rizike za zdravqe stanovni{tva, deluje na wih, smawuje mortalitet i morbiditet, {to omogu}ava ja~awe zajednice u celini. Uvek treba imati na umu definiciju zdravqa Svetske zdravstvene organizacije koja ka`e da zdravqe nije samo odsustvo bolesti nego sveukupno psihi~ko, fizi~ko i socijalno blagostawe.

Zdravstvene ustanove moraju da urade jo{ mnogo toga kako bi se popravio kvalitet wihovog rada, naro~ito u oblasti socijalnog

¹ Dr Andrija [ampar, po~asni predsednik Prve skup{tine Svetske zdravstvene organizacije.

² Kontrola kvaliteta podataka.

zdravca, socijalne podr{ke, prepoznavava socijalnih dijagnoza i integralnog pristupa problemu zdravstvene za{tite izme|u lokalne zajednice i zdravstvenih ustanova. Smatram da u vremenu tranzicije, sa punim pravom mo`emo govoriti i o ekonomskom zdravcu pojedinca, porodice i dru{tva u celini.

[to se ti~e uloge socijalnog medicinara u sekundarnoj zdravstvenoj za{titi, akcent se mora staviti na osnovne pokazateqe kvaliteta u bolnicama kao {to su prose~na du`ina le`awa bolesnika po odeqewima, stopa letaliteta, op{te i specifi~ne stope, prose~an broj preoperativnih i postoperativnih dana. Osim toga, mo`emo pratiti broj operacija po lekaru, prose~an broj bodova koji je karakteristi~an za nekog operatera, koji se ra~una tako {to se sabere ukupan broj bodova koji prati slo`enost svake operacije. Kad se saberu koeficijenti slo`enosti svih operacija i podele sa wihovim brojem, dobijamo prose~nu slo`enost operacija koju nudi pojedi na~no svaki hirurg.

U u`i~koj bolnici svakih {est meseci izra~unavamo za svakog na{eg lekara prose~an broj dana le`awa po bolesniku i po dijagnozi, prose~nu cenu le`ewa po pacijentu, dijagnozi i po operaciji.

Uveli smo i obrazac koji se odnosi na broj pregleda pacijenata po svakom lekaru u bolnici, razdvojili smo prve i ponovne preglede, kao i broj radnih dana po lekaru, tako da sad mo`emo da prika`emo i rang listu svih na{ih lekara i wihovog rada u ambulanti i na odeqewu. To podrazumeva prose~an broj pregledanih pacijenata svakog lekara, wihovih intervencija i wihovog rada bilo u operacionoj sali ili na odeqewu.

Povremeno formiramo i rang listu svih lekara, od onog koji ima najve}i do najmaweg broja preoperativnih, postoperativnih ili prose~an ukupan broj dana le`awa po pacijentu.

Smatram da je prikazivawe podataka samo po odeqewu kao celini prevazi|eno. Ovi pokazateqi kvaliteta moraju se prikazivati pojedi na~no za svakog lekara.

Kada su u pitawu domovi zdravca, tako|e smo pojedina~no, po svakom lekaru, pratili broj prvih i ponovnih pregleda, broj radnih dana, uputa na mese~nom nivou. I u ovom slu~aju radili smo rang liste da bismo utvrdili koji je lekar najoptere}eniji, koji ima najvi{e receptata po pregledu i pacijentu, najvi{e uputa, pratili smo broj pregleda po pacijentu, radnom danu. Najboqi efekat se posti`e kada i sami lekari imaju uvida u sopstveni rad i rad svojih kolega po broju pregleda, izdatih receptata, uputa i sli~no.

Tako|e smo sproveli i istra`ivawe o tome koji lekari najvi{e izdaju uputa iz doma zdravca u bolnici subspecialisti internisti, a da pritom napi{u samo: „Molim Va{ pregled i mi{qewe“ – naravno, bez radne i uputne dijagnoze, anamneze, bez objektivnog nalaza i fizikalnog pregleda i bez prate}e laboratorijske analize.

Neozbiczno je smatrati da iko drugi osim specijaliste socijalne medicine u zdravstvenoj ustanovi mo`e pripremiti, organizovati, sprovesti anketu, prikupiti i obraditi podatke, analizirati ih i tuma~iti rezultate u skladu sa doktrinom.

Rezultati anketa po godinama treba da se upore|uju kako bi se planirale aktivnosti u narednom periodu radi poboq{awa kvaliteta, uzimaju}i pritom u obzir odgovore na postavqena pitawa koja obra|uju razne aspekte kvaliteta, du`inu ~ekawa kod lekara, qubaznost, mi{qewe o stru~nosti, davawe zdravstveno~vaspiti h saveta, redovnost u viziti, higijenu, ta~no vreme servirawa hrane, udobnost kreveta, kvalitet i kvantitet obroka, ni vo zadovoqewa potreba za lekovima koji su neophodni na odeqewu.

Predlo`io bih da predsednici komisija za kvalitet u zdravstvenim ustanovama po automatizmu budu specijalisti socijalne medicine, jer je logi~no da }e oni najboqe organizovati prikupqawe, obradu, ~uvawe i analizu podataka koji se odnose na kvalitet rada zdravstvene ustanove (obavezni i neobavezni pokazateqi kvaliteta).

Kada znamo da veoma mali broj zdravstve-

nih ustanova ima zaposlene epidemiologe, onda nam je jasno da je teret prikupčawa podataka iz oblasti bezbednosti rada zdravstvene ustanove, a naročito onoga dela koji se odnosi na prikupčawe broja intrahospitalnih infekcija i infekcija operativnih rana, morati da organizuje socijalni medicinar.

Uzimajući u obzir da je izdvajawe *per capita*, po glavi stanovnika Srbije za zdravstvenu zaštitu oko 180 eura u 2006. godini, a u Sloveniji i preko 2000 eura, moramo znati da samo dobrom organizacijom i stvarawem preventivnih grana medicine na prvo mesto, i to prvenstveno socijalne medicine, možemo prevenirati tranzicioni udar na zdravčje stanovništva Srbije. I izazovi za sistem zdravstvene zaštite u Srbiji tek slede, jer je i u slučaju prijema Srbije u Evropsku uniju doći do naglog odliva mladog i stručnog stanovništva, što je napraviti dodatni udar na sistem zdravstvene zaštite koji je ostati i bez kadra i bez zamajca u privredi. U celoj ovoj priči mogao bi da se preispita i naš (Bismarkov model) finansirawa zdravstvene zaštite, kada jedan zaposleni izdvaja doprinos za jednog nezaposlenog i jednog penzionera i za svoja, prosečno, dva člana porodice. Analizirati i engleski model finansirawa putem poreza, gde se dobiti oporezuju po asimetričnoj

stopi i da se oni koji imaju mawe prihode oporezuju sa mawom poreskom stopom od onih koji imaju višemilionske prihode (u [vedskoj je porez oko 60%). Vreme je da se razmišlja i o promenljivoj skali izdvajawa za zdravstveno osigurawe, tako da ljudi sa rizicnim stilovima života moraju preuzeti delom na sebe finansijski rizik za svoje zdravstveno osigurawe. Osobe koje puše, koje su gojazne, koje piju, voze brzo itd., a ne žele da idu u savetovništvo, ipak moraju više da izdvajaju za zdravstveno osigurawe od ljudi koji nisu pod rizikom. Kutija cigara treba da bude skupčja za 50 dinara, alkoholna pića i više, pa da se i odatle finansiira zdravstvena zaštita. Da li smo zreli za jedno pet godina prohibicije. Sigurno bi bilo mawe ljudi koji bi stradali u saobraćaju, na poslu zbog dejstva alkohola.

Opet da se vratim na početak i da prikazem par procedura i standarda, normativa iz socijalne medicine da bi se videlo da nije moguće da se socijalnim marketingom bave nekompetentni ljudi kada se zna da je vaspitawe za zdravčje i socijalni marketing osnovni metod rada socijalnog medicinara. Takođe moramo i da prikazemo da nije analiza moguće uraditi za pet minuta, pa se onda čudi moć to nije tačna statistika, već zaiole ozbiljniju analizu, o bilo kom problemu, moraju se odvojiti sati i sati vremena.³

³ Standardi i normativi procedura propisani od Instituta za javno zdravčje Srbije.

Aneks I

[ifra	Naziv		Rang
3300016	Obrada zdravstveno statisti-kih podataka na zahtev korisnika		Standardna
Opis postupka	Statisti-ko grupisawe podataka, tabelirawe i primena odgovaraju}ih statisti-kih analiza, u zavisnosti od distribucije obuhva}enih obel`ja. Radi se na zahtev korisnika, a u stru-nej i nau-nej svrhe.		
Kadrovski profil	Broj	Vreme	Jedini ca mere
Specijalista	1	100	Sat
Zdravstveni radnik, VSS.	1	100	Sat
Statisti-ar	1	100	Sat
Oprema			
1200195	Ra-unar sa odgovaraju}om opremom ({ tampa-, skener...})		
1200331	Oprema za ra-unarsku komunikaciju (aktivni i pasivni deo)		

[ifra	Naziv		Rang
3100006	Rad sa velikom grupom lica (16-35 lica)		Standardna
Opis postupka	Formirawe grupe, definisawe cilja, izbor i priprema teme i mesta, izbor zdravstveno-vaspiti nog sredstva, kra}e uvodno izlagawe u vezi sa izabranom temom, podsticawe diskusije, razvijawe i odr`avawe interesa u-esnika za doti-ni problem, davawe odgovora, dono}ewe zajedni-kih zakqu-aka, eval uacija postignutih rezultata, kori }ewe zdravstveno-vaspiti nih sredstava, vo}ewe protokola i dokumentacije		
Napomena	Usl ugu mo`e obavqati specijalista, doktor medicije, doktor stomatologije, diplomirani farmaceut, psiholog		
Kadrovski profil	Broj	Vreme	Jedini ca mere
Specijalista	1	90	Minut
Medicinska sestra	1	90	Minut
Klasa materijala		Kol i -i na	Jedini ca mere
	Administrativno-tehni-ki		
	Komplet zdravstveno-vaspiti nih sredstava i modela		1 Kom
Oprema			
1200195	Ra-unar sa odgovaraju}om opremom ({ tampa-, skener....})		