

Javno-zdravstveni značaj oboljenja

Razmišljanje o uticaju nemedicinskih razloga za unapređenje zdravlja odnosno sprečavanja bolesti staro je koliko i ljudske civilizacija, takav pristup u rešavanju zdravstvenih problema predstavlja javno-zdravstveni ili socijalno medicinski pristup u kontroli zdravlja ljudi.

Ako bi trebalo napraviti suštinsku razliku između javno zdravstvenog pristupa i zdravstvene zaštite u rešavanju zdravstvenih problema, može se reći da je:

- Javno zdravlje nauka i umetnost prevencije bolesti, produženja života i unapređenja zdravlja putem organizovanih napora društva. Više se bavi populacijom i prevencijom.
- Zdravstvena zaštita organizovana aktivnost društva na unapređenju zdravlja, prevenciji bolesti, ranom otkrivanju bolesti, adekvatnom lečenju i rehabilitaciji. Više se bavi pojedincem i lečenjem.

Funkcije javnog zdravlja

Procena - procena i praćenje zdravlja zajednice radi identifikacije zdravstvenih problema i prioriteta;

Razvoj politike – formulisanje javne politike u saradnji sa političkim i društvenim liderima radi rešavanja zdravstvenih problema i prioriteta;

Obezbeđivanje – osiguranje pristupa odgovarajućoj i ekonomski isplativoj zdravstvenoj zaštiti, uključujući usluge za unapređenje zdravlja i prevenciju bolesti, kao i evaluaciju kvaliteta i uspešnosti zdravstvene zaštite.

Za procenu i praćenje zdravlja zajednice radi identifikacije zdravstvenih problema i prioriteta, neophodna je analiza zdravstvenog stanja populacije.

Postoje dva pristupa u analizi zdravstvenog stanja populacije:

- Patološki pristup- kada se analizira registrovani morbiditet (razboljevanje stanovništva)
- Generički pristup – kada se analiziraju pored registrovanog morbiditeta i nivo zdravlja populacije odnosno indentifikuju se endogeni i egzogeni faktori rizika za zdravlje.

Ako pođemo od definicije zdravlja koju je dala SZO (Svetska zdravstvena organizacija) da je: „Zdravlje stanje potpunog psihičkog, fizičkog i socijalnog blagostanja a ne samo odsustvo

bolesti i onesposobljenosti“ onda je jasno da za definisanje prioriternih zdravstvenih problema neophodno uraditi analizu zdravstvenog stanja populacije generičkim pristupom.

Za takvu analizu je neophodno uraditi dodatna istraživanja u populaciji, zato što se rutinskom statistikom nemogu dobiti neophodni podaci o rasprostranjenosti (prevalenciji) faktora rizika.

Iz ovoga proizlazi da je za analizu zdravstvenog stanja populacije neophodno imati:

- Vitalno demografske podatke – broj i struktura stanovništva po starosti i polu, podaci o rađanju i umiranju (broj, struktura i uzroci)
- Podatke o oboljevanju (morbidityne podatke) – registrovani vanbolnički i bolnički morbiditet
- Prevalencija faktora rizika – raširenost i vrsta faktora rizika u posmatranoj populaciji
- Podaci o korišćenju zdravstvene službe – dobijaju se rutinskom zdravstvenom statistikom
- Zdravstvene resurse – broj vrsta zdravstvenih ustanova i kadrova u tim ustanovama, kao i resursi u mediciskoj opremi
- Mere specifične prevencije – mogućnost i dostupnost prevenciji na primarnom, sekundarnom ili tercijarnom nivou.

Sastavni deo analize zdravstvenog stanja je izdvajanje zdravstvenih problema odnosno utvrđivanje stanja – gde se sada nalazimo, nakon ovoga sledi analiza kojom se utvrđuje šta može da se uradi odnosno šta želimo da unapredimo (postignemo) - gde želimo da stignemo (šta su nam ciljevi u javno zdravstvenoj politici) to determiniše definisanje prioriternih zdravstvenih problema.

Kriterijumi za izdvajanje pririteta mogu se svrstati u sledeće grupe, izdvajanje pririteta na osnovu:

1. Definisanih bolesti ili grupe bolest i riziko faktora odnosno na osnovu veličine zdravstvenog problema
2. Visokorizičnih populacionih grupa
3. Korišćenja zdravstvene službe
4. Mogućnosti preventivnog delovanja

Načini izdvajanja prioriteta često se prepliću i mogu se izdvajati prioriteta kombinovanjem ovh pristupa.

1. Izdvajanje prioriteta na osnovu veličine zdravstvenog problema obuhvata u sebi sledeće:

Frekvenciju bolesti u morbiditetu i u mortalitetu, podatke o morbiditetu, ugroženost određenih grupa stanovništva, onesposobljenost ili invaliditet koju bolest izaziva, mogućnost preventivnog delovanja za datu bolest ili grupu bolesti.

Podaci o morbiditetu iskazani: incidencijom, prevalencijom, letalitetom, specifičnim stopama morbiditeta u odnosu na uzrok, odsustvom sa posla, prerano penzionisanje.

Ugroženost određenih populacionih grupa (npr. hronične nezarazne bolesti zahvataju starije dobne grupe ali se pomeraju ka mlađim starosnim kategorijama.

Prilikom analize značaja nekog zdravstvenog problema u odnosu na težinu bolest neophodno je analizirati i ekonomske gubitke ili troškove kako direktne koji se troše na lečenje i rehabilitaciju tako i indirektno troškove koji se izražavaju gubicima zbog radne nesposobnosti ili umanjene radne sposobnosti i prerane smrti, odnosno izračunavanje izgubljenih godina kvalitetnog života (DALY- zbir godina izgubljenih zbog prerane smrti + godine izgubljene zbog smanjenog kvaliteta života).

U ovakvoj analizi mora se sagledati i mogućnost preventivnog delovanja na nivou primarne, sekundarne ili tercijerne prevencije.

2. Izdvajanje prioriteta na osnovu visokorizičnih populacionih grupa podrazumeva definisanje programa zdravstvene zaštite u odnosu na određene populacione grupe. Visokorizične populacione grupe su: deca, žene, radon aktivno stanovništvo, stari, osobe sa posebnim potrebama, marginalizovane populacione grupe i dr.
3. Korišćenja zdravstvene službe definisanje prioriteta na osnovu postojećeg korišćenja zdravstvene službe kao i dostupnosti i pristupačnosti određenim vidovima zdravstvene zaštite.
4. Mogućnost preventivnog delovanja proriteta su bolesti ili grupe bolest za koje postoji mogućnost delovanja na nižem nivou prevencije. Primarna prevencija znači da do bolesti

ni nedođe, sekundarna prevencija znači bolest otkriti u ranoj/asimptomatskoj fazi i terciarna prevencija restitucija/očuvanje i unapređenje preostalih funkcija (rehabilitacija)

Radi lakšeg razumevanja načina definisanja prioriteta uzećemo primer kardiovaskularnih bolesti (KVB).

KVB su vodeći uzrok mortaliteta, u strukturi uzroka smrti čine 53%, sam ACS (akutni koronarni sindrom) uzrokuje 25% smrti u Vojvodini.

One su jedan od vodećih uzroka smanjene radne sposobnosti i preranog penzionisanja

U struktura bolničkog lečenja čine 12,9% svih dijagnoza, broj bolničkih dana je 330 347 a bolnički letalitet je 10,5% (3 581)

Postoje lakši oblici KVB koji se mogu lečiti: povišen krvni pritisak čijim lečenjem se sprečavaju teži oblici oboljenja.

Ekonomski razlozi direktni (lečenje) i indirektni (gubici zbog penzionisanja, smrti i gubitka radne sposobnosti) su veliki

Preventabilnost (poznati faktori rizika, mogućnost preventivnog delovanja na nivou primarne i sekundarne prevencije)