

**VODIČ ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE
KOJI OBavljuju DIO PRIPRAVNIČKOG STAŽA
U ZAVODU ZA JAVNO ZDRAVSTVO
KANTONA SARAJEVO**



**ZAVOD ZA JAVNO
ZDRAVSTVO KANTONA
SARAJEVO**



**INSTITUTE FOR PUBLIC
HEALTH OF CANTON
SARAJEVO**

**VODIČ ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE KOJI OBAVLJAJU
DIO PRIPRAVNIČKOG STAŽA U ZAVODU ZA JAVNO
ZDRAVSTVO KANTONA SARAJEVO**

Sarajevo, 2013. god.

S a d r ž a j

	Br. stranice
Predgovor	5
I Pregled plana i programa za obavljanje pripravničkog staža za zdravstvene radnike u Zavodu za javno zdravstvo KS	6-13
1. Epidemiologija	14-16
1.1. putevi prenošenja zaraznih bolesti	16-20
1.2. Imunitet	21-26
1.3. Bolničke infekcije	26-27
1.4. Pokazatelji učestalosti poremećaja zdravlja	27-29
1.5. Mjere za sprečavanje i suzbojanje zaraznih bolesti	29-31
1.6. Epidemiologija hroničnih nezaraznih bolesti	31-33
2. Zdravstveno prosvjećivanje, prevencija bolesti i promocija zdravog načina življenja	34
2.1. Osnovni teorijski koncepti i definicije zdravlja	34
2.1.1. Definicija zdravlja	34
2.1.2. Zdravlje kao „potpuno blagostanje“	34
2.1.3. Dimenzije zdravlja	34-35
2.2. Modeli vezani za pristup zdravlju	35-36
2.3. Determinante (odrednice) zdravlja i faktori rizika po zdravlje	37
2.3.1. Inherentni faktori koji utiču na zdravlje	38
2.3.2. Spoljni faktori koji utiču na zdravlje	38-39
2.4. Koncepti i pristupi u oblasti promocije zdravlja i zdravstvenog odgoja..	39-41
2.5. Definicija zdravstvenog odgoja i promocije zdravlja	41
2.5.1. Zdravstveni odgoj/edukacija za zdravlje (Health Education)	41
2.5.2. Promocija zdravlja (Health Promotion)	41-44
3. Evidencije u zdravstvu i usvajanje praktičnih vještina iz informatike – rad u Word-u i Excel-u	45
3.1. Evidencije u oblasti zdravstva	45-46
3.1.1. Osnovna medicinska dokumentacija	47-49
3.1.2. Obrasci za vođenje evidencija	49
3.1.2.1. Individualni izvještajni obrasci	49-50
3.1.2.2. Zbirni periodični izvještaji	50-51
3.1.2.3. Pomoći obrasci za vođenje evidencija	51
3.1.3. Prikupljanje, dostavljanje i čuvanje podataka	51-52
3.1.4. Nadzor	52
3.1.5. Kaznene odredbe	52
4. Zdravstvena statistika i zdravstveni informacioni sistem	53
4.1. Statistika	53-54
4.2. Zdravstvena statistika	54
4.2.1. Prikupljanja podataka	54-55

4.2.2. Kontrola podataka	55-56
4.2.3. Obrada podataka	56-58
4.3. Demografska statistika	59
4.3.1. Pojam i predmet demografije	59-60
4.3.2. Izvori podataka o stanovništvu	60-61
4.3.3. Struktura stanovništva	62-64
4.3.4. Kretanje stanovništva – prirodno i mehaničko kretanje	64-70
4.4. Statistika oboljevanja/morbiditetna statistika	70-72
4.4.1. Klasifikacija bolesti, povreda i uzroka smrti	72-73
4.5. Zdravstveni informacioni sistem	74-75
4.5.1. Podaci, informacije, indikatori	76-81
5. Osnove ustavnog uređenja BiH, FBiH, kao i organizacija zdravstvene zaštite i zdravstveno osiguranje u FBiH	82
5.1. Osnove ustavnog uređenja	82
5.1.1. Institucije BiH	82-83
5.1.2. Nadležnost institucija BiH	83
5.1.3. Struktura Federalne vlasti	83-84
5.1.4. Struktura kantonalne vlasti	84-86
5.1.5. Struktura općinske vlasti	86-87
5.1.6. Gradske vlasti	87-88
6. Sistem zdravstvene zaštite u BiH	89-90
6.1. Pojam zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja	90-91
6.2. Zdravstveni sistem i zdravstvena zaštita u FBiH	91-93
6.3. Zdravstvena djelatnost	93-96
6.4. Vrste zdravstvenih ustanova	96-99
6.5. Zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici	99-101
6.6. Osnovni izvori finansiranja zdravstvene zaštite	101-102
7. Zakon o zdravstvenom osiguranju	103
7.1. Obavezno zdravstveno osiguranje	103-104
7.2. Prošireno zdravstveno osiguranje	105
7.3. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje	105
8. Propisi iz oblasti radnih odnosa	106
8.1. Zakon o radu	106-111
8.2. Penzijsko-invalidsko osiguranje i pojam i sticanje prava iz PIO	112-113
9. Literatura	114-116
ANEX I	117-127

PREDGOVOR

Posljednja zakonska legislativa iz oblasti zdravstva u Federaciji BiH, kao što su Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“ br. 46/10), Pravilnik o pripravničkom stažu i stručnom ispitu zdravstvenih radnika („Službene novine Federacije BiH“ br. 6/11) i Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva („Službene novine Federacije“ br.37/12) uslovila je da se kreira i sačini Vodič za zdravstvene radnike koji obavljaju dio pripravničkog staža u Zavodu za javno zdravstvo Kantona Sarajevo.

„Vodič“ sadrži pregled plana i programa za obavljanje pripravničkog staža za sve zdravstvene radnike i to: doktore medicine, doktore stomatologije, magistre farmacije, zdravstvene radnike sa završenim fakultetom zdravstvenih studija i za zdravstvene radnike sa završenom srednjom školom zdravstvenog usmjerenja. Plan i program za zdravstvene radnike sadrži programske cjeline prema stepenu stručne spreme, vrsti i profilu zdravstvenog radnika koje je pripravnik dužan obaviti, kao i period trajanja za svaku programsku cjelinu. Ostalih šest dijelova „Vodiča“ obuhvata teoretske osnove pojedinih programskih cjelina prema Pravilniku o pripravničkom stažu i stručnom ispitu. Tako „Vodič“ za zdravstvene radnike-pripravnike daje pregled osnovnih teoretskih znanja iz oblasti epidemiologije, promocije zdravlja i zdravstvenog odgoja, evidencija u oblasti zdravstva, organizacije zdravstvene zaštite, osnova ustavnog uređenja i zakonske legislative.

„Vodič“ će pomoći zdravstvenim radnicima sa SSS i sa završenim FZS u provjeri znanja putem testa na kraju pripravničkog staža, dok će doktorima medicine predstavljati osnov za izradu seminarskog rada iz oblasti epidemiologije, promocije zdravlja i organizacije zdravstvene zaštite.

I. PREGLED PLANA I PROGRAMA ZA OBAVLJANJE PRIPRAVNIČKOG STAŽA ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE U ZAVODU ZA JAVNO ZDRAVSTVO KANTONA SARAJEVO (prema Pravilniku o pripravničkom stažu i stručnom ispitu zdravstvenih radnika „Službene novine Federacije BiH“ br. 6/11)

Pripremila Anika Šandrk

DOKTORI MEDICINE

1. EPIDEMIOLOGIJA (20 dana)

U toku epidemiološkog staža pripravnik ovlađava slijedećim vještinama:

Zdravstveni pregled, epidemiološki nadzor nad zaraznim oboljenjima, epidemiološki nadzor nad bolestima koje se mogu prevenirati cijepljenjem, vakcine – hladni lanac distribucije vakcina, prevencija i kontrola bolničkih infekcija, prijava zaraznih oboljenja, uzimanje epidemiološke ankete, prijava i odjava epidemije, prijedlog mjera za suzbijanje oboljenja, izračunavanje osnovnih pokazatelja obolijevanja i smrtnosti, javnozdravstveni nadzor nad masovnim nezaraznim oboljenjima, istraživanje faktora rizika za masovna nezarazna oboljenja, registar za rak, promocija zdravlja u zajednici.

Pripravnički staž iz epidemiologije pripravnik provodi u zavodima za javno zdravstvo, odnosno higijensko-epidemiološkoj službi doma zdravlja.

2. OSNOVI USTAVNOG SISTEMA BOSNE I HERCEGOVINE I FEDERACIJE BIH, KAO I ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U FEDERACIJI BIH (10 dana)

- Osnovi ustavnog sistema (Ustav Bosne i Hercegovine i Ustav Federacije Bosne i Hercegovine)
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju
- Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti
- Zakon o obaveznim evidencijama u oblasti zdravstva
- Propisi iz oblasti radnih odnosa i penzijskog i invalidskog osiguranja

Program pripravničkog staža iz ove oblasti pripravnik obavlja u kantonalnom zavodu za javno zdravstvo.

DOKTORI STOMATOLOGIJE

1. OSNOVI USTAVNOG SISTEMA BOSNE I HERCEGOVINE I FEDERACIJE BIH, KAO I ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U FEDERACIJI BIH (10 dana)

- **Osnovi ustavnog sistema**
- **Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju**
- **Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti**
- **Zakon o obaveznim evidencijama u oblasti zdravstva**

Program pripravničkog staža iz ove oblasti pripravnik obavlja u kantonalnom zavodu za javno zdravstvo.

MAGISTRI FARMACIJE

1. JAVNO ZDRAVSTVO (15 dana) obavlja se u Zavodu za javno zdravstvo Federacije BiH

2. OSNOVI USTAVNOG SISTEMA BOSNE I HERCEGOVINE I FEDERACIJE BIH, KAO I ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U FEDERACIJI BIH (10 dana)

- **Osnove ustavnog sistema (Ustav Bosne i Hercegovine i Ustav Federacije Bosne i Hercegovine)**
- **Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju**
- **Zakon o lijekovima, Zakon o otrovima i Zakon o proizvodnji i prometu opojnih droga**
- **Propisi iz oblasti radnih odnosa i penzijsko-invalidskog osiguranja**

Program pripravničkog staža iz ove oblasti pripravnik obavlja u kantonalnom zavodu za javno zdravstvo.

ZDRAVSTVENI RADNICI SA ZAVRŠENIM FAKULTETOM ZDRAVSTVENIH STUDIJA

1. ZDRAVSTVENO PROSVJEĆIVANJE, PREVENCIJA BOLESTI I PROMOCIJA ZDRAVOG NAČINA ŽIVLJENJA (7 dana)

Zdravstveno prosvjećivanje, prevencija bolesti i promocija zdravog načina života sadrži :

- Osnovne karakteristike zdravstvenog stanja stanovništva
- Način procjene higijensko-epidemiološke situacije
- Obavezne imunizacije i protivepidemijske mjere
- Način pripreme programa zdravstvenog vaspitanja
- Zdravstveno-vaspitni rad u zdravstvenim ustanovama, školama, porodicama i privrednom društvu

Ovaj dio pripravničkog staža pripravnik provodi u kantonalnom zavodu za javno zdravstvo.

2. EVIDENCIJE U ZDRAVSTVU I USVAJANJE PRAKTIČNIH VJEŠTINA IZ INFORMATIKE-rad u Word-u i Exel-u (7 dana)

Ovaj dio pripravničkog staža obuhvata:

- Osnovne karakteristike zdravstvene evidencije vitalne statistike
- Upoznavanje s evidencijama u zdravstvu
- Upoznavanje sa pripremom izvještavanja i pripremom planova (sedmičnih, mjesecnih, polugodišnjih, godišnjih)
- Usvajanje praktičnih vještina iz medicinske informatike

Ovaj dio pripravničkog staža pripravnik provodi u kantonalnom zavodu za javno zdravstvo.

3. OSNOVI USTAVNOG SISTEMA BOSNE I HERCEGOVINE I FEDERACIJE BIH, KAO I ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U FEDERACIJI BIH (7 dana)

- Osnovi ustavnog sistema (Ustav Bosne i Hercegovine i Ustav Federacije Bosne i Hercegovine)
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju
- Propisi iz oblasti radnih odnosa i penzijsko-invalidskog osiguranja

Ovaj dio pripravničkog staža pripravnik provodi u kantonalnom zavodu za javno zdravstvo.

4. POSEBNI DIO (7 dana)

Program pripravničkog staža zdravstvenih radnika sa završenim fakultetom zdravstvenih studija obuhvata upoznavanje s propisima vezanim za pojedino stručno zvanje pripravnika, i to:

4.1. Diplomirana medicinska sestra-tehničar

- **Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti**
- **Zakon o evidencijama iz oblasti zdravstva**
- **Zakon o sanitarnoj inspekciji**

4.2. Diplomirani inžinjer medicinsko laboratorijske dijagnostike

- **Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti**
- **Zakon o zdravstvenoj ispravnosti namirnica i predmeta opće upotrebe**
- **Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva**
- **Zakon o sanitarnoj inspekciji**

4.3. Diplomirani inžinjer medicinske radiologije

- **Zakon o zaštiti od jonizirajućih zračenja i radijacionoj sigurnosti**
- **Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva**

4.4. Diplomirani sanitarni inžinjer

- **Zakon o sanitarnoj inspekciji**
- **Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti**
- **Zakon o zdravstvenoj ispravnosti namirnica i predmeta opće upotrebe**
- **Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva**

4.5. Diplomirani fizioterapeut

- **Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti**
- **Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva**

Ovaj dio pripravničkog staža pripravnik provodi u kantonalnom zavodu za javno zdravstvo.

ZDRAVSTVENI RADNICI SA ZAVRŠENOM SREDNjom ŠKOLOM ZDRAVSTVENOG USMJERENJA

1. ZDRAVSTVENO PROSVJEĆIVANJE, PREVENCIJA BOLESTI I PROMOCIJA ZDRAVOG NACINA ŽIVLJENJA (14 dana)

Zdravstveno prosvjećivanje, prevencija bolesti i promocija zdravog načina života sadrži:

- Osnovne karakteristike zdravstvenog stanja stanovništva
- Način procjene higijensko-epidemiološke situacije
- Obavezne imunizacije i protivepidemijske mjere
- Način pripreme programa zdravstvenog vaspitanja
- Zdravstveno-vaspitni rad u zdravstvenim ustanovama, školama, porodicama i privrednom društvu
-

Ovaj dio pripravničkog staža pripravnik provodi u kantonalmom zavodu za javno zdravstvo.

2. EVIDENCIJE U ZDRAVSTVU I USVAJANJE PRAKTIČNIH VJEŠTINA IZ INFORMATIKE-rad u Word-u i Exel-u (14 dana)

Ovaj dio obuhvata:

- Osnovne karakteristike zdravstvene evidencije vitalne statistike
- Upoznavanje sa evidencijama u zdravstvu
- Upoznavanje s pripremom izvještavanja i pripremom planova (sedmičnih, mjesecnih, polugodišnjih, godišnjih)
- Usvajanje praktičnih vještina iz medicinske informatike

Ovaj dio pripravničkog staža pripravnik provodi u kantonalmom zavodu za javno zdravstvo.

3. OSNOVI USTAVNOG SISTEMA BOSNE I HERCEGOVINE I FEDERACIJE BIH, KAO I ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U FEDERACIJI BIH (7 dana)

- **Osnovi ustavnog sistema (Ustav Bosne i Hercegovine i Ustav Federacije Bosne i Hercegovine)**
- **Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju**
- **Propisi iz oblasti radnih odnosa i penzijsko-invalidskog osiguranja**
- **Kantonalni propisi iz oblasti zdravstva**

Ovaj dio pripravničkog staža u trajanju od 1 sedmice pripravnik provodi u kantonalnom zavodu za javno zdravstvo.

4. POSEBNI DIO (7 dana)

Program pripravničkog staža za zdravstvene radnike sa završenim srednjim usmjerjenim obrazovanjem i vaspitanjem za srednje složena i složena zanimanja obuhvata i upoznavanje sa propisima vezanim za pojedino stručno zvanje pripravnika, i to:

4.1. Medicinska sestra-tehničar

- **Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti**
- **Zakon o evidencijama iz oblasti zdravstva**

4.2. Akušerska sestra

- **Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti**
- **Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva**

4.3. Pedijatrijska sestra

- **Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti**
- **Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva**

4..4. Laboratorijski tehničar

- **Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti**
- **Zakon o zdravstvenoj ispravnosti namirnica i predmeta opće upotrebe**
- **Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva**

4.5. Sanitarno-ekološki tehničar

- **Zakon o sanitarnoj inspekciji**
- **Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti**

4.6 Fizioterapeutski tehničar

- **Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti**
- **Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva**

4.7 Stomatološka sestra

- **Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti**
- **Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva**

4.8 Zubni tehničar

- **Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti**
- **Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva**

4.9 Farmaceutski tehničar

- **Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti**
- **Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva**
- **Zakon o otrovima**
- Zakon o lijekovima**
- Zakon o proizvodnji i prometu opojnih droga**

4.10 Psiho-gerijatrijska sestra-tehničar

- **Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti**
- **Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva**

Ovaj dio pripravničkog staža pripravnik obavlja u kantonalnom zavodu za javno zdravstvo.

1. EPIDEMIOLOGIJA

Alma Bungur

Čovjek je od postanka vodio borbu protiv zaraznih bolesti. U početku je ta borba bila neravnopravna. Zarazne bolesti bile su vodeći uzrok morbiditeta i mortaliteta.

Tek otkrivanjem mikroorganizama, vakcina i lijekova, čovjek je postao ravnopravan učesnik u borbi protiv zaraznih bolesti.

Međutim, i pored velikih napora i naučnih dostignuća, u prošlom vijeku su eradicirane samo dvije zarazne bolesti - variola i dječja paraliza. Dakle, zarazne bolesti ostaju i dalje veliki problem.

Epidemiologija je medicinska disciplina koja ima najvažniju ulogu u kontroli zaraznih bolesti. Epidemiologija je nauka koja se bavi ispitivanjem učestalosti, distribucije i determinanti stanja ili događaja povezanih sa zdravljem u nekoj populaciji i primjenom rezultata istraživanja u kontroli zdravstvenih problema. Cilj epidemiologije je da identificuje faktore koji su povezani s pojmom bolesti, bilo da su oni direktni uzročnici bolesti ili povećavaju rizik od njenog nastanka .

Epidemiološka istraživanja mogu biti opservaciona i eksperimentalna, a koriste se sljedećim metodama:

- deskriptivna metoda,
- analitička metoda i
- eksperimentalna metoda.

Pri pojavi zarazne bolesti veoma je značajno utvrditi:

- karakteristike oboljele osobe,
- mjesto pojave zarazne bolesti,
- vremenske karakteristike značajne za pojavu oboljenja.

Zarazna bolest se može pojaviti u pojedinačnom obliku ili u obliku endemije, epidemije i pandemije.

Endemija predstavlja stalno prisustvo bolesti na određenom području ili u određenoj populacionoj grupi.

Epidemija predstavlja pojavu poremećaja zdravlja populacije u većoj mjeri u odnosu na uobičajeni nivo, ili zastupljenost tog poremećaja u neočekivanom vremenskom periodu. Ukoliko se uoči porast broja oboljelih, proglašava se epidemija, koju prijavljuje zdravstvena ustanova koja je otkrije. Epidemija se odjavljuje nakon isteka dvostrukog maksimalnog inkubacionog perioda.

Pandemija predstavlja epidemiju svjetskih razmjera, koja pogađa veliki broj ljudi.

Za nastanak bilo koje zarazne bolesti, neophodno je da postoje sljedeći faktori:

- IZVOR INFKEKCIJE
- PUT PRENOŠENJA INFKEKCIJE
- ULAZNA VRATA INFKEKCIJE
- KOLIČINA KLICA I VIRULENCIJA
- PREDISPOZICIJA I IMUNITET I
- SOCIJALNO-EKONOMSKI FAKTORI.



PREKIDANJE BILO KOJE KARIKE OVOG LANCA ONEMOGUĆAVA NASTANAK ZARAZNE BOLESTI!

IZVOR ZARAZE

- bolestan čovjek, čovjek kliconoša,
- bolesna životinja, životinja kliconoša.

Kliconoštvo može biti:

- asimptomatsko ili zdravo,
- inkubaciono,

- rekonvalescentno,
- privremeno,
- trajno ili hronično

1.1. PUTEVI PRENOŠENJA ZARAZNE BOLESTI

A. Kontaktni put prenošenja zaraznih bolesti

Kontaktni put prenošenja zaraznih bolesti može biti direktni i indirektni.

Direktni kontakt podrazumijeva kontakt zdrave s bolesnom osobom.

Indirektni kontakt znači kontakt zdrave osobe s predmetima iz okoline bolesnika i osobama iz okoline bolesnika.

Indirektni kontakt znači i prenošenje zaraznih bolesti preko prljavih ruku.

B. Kapljični put prenošenja zaraznih bolesti

Osnovna uloga u prenošenju respiratornih infekcija pripada tzv. Fligeovim kapljicama, koje se šire iz nosa i usta kada se govori, kašљe i kiše.

C. Prenošenje zaraznih bolesti preko zemlje

Za neke zarazne bolesti zemlja predstavlja vrlo značajan put širenja.

Npr. spore Clostridium tetani nalaze se u zemljишtu. Svaka povreda kod koje nastaje kontakt sa zemljom nosi rizik od infekcije. Da bi nastao tetanus, moraju postojati anaerobni uslovi. Rizične i potencijalno tetanogene rane su duboke penetrantne ili rane sa velikim traumatskim oštećenjima.

Spore antraksa se, takođe, nalaze u zemlji i predstavljaju izvor zaraze za stoku na ispaši.

Spore Clostridium perfrigens, uzročnici gasne gangrene, veoma dugo opstaju u zemlji. Izazivaju oboljenje poslije teške traume s velikim oštećenjima tkiva i poremećenom mikrocirkulacijom.

Putem zemlje se prenose još i parazitarna i crijevna zarazna oboljenja.

D. Prenošenje zaraznih bolesti putem vode

Vodom se mogu prenijeti sve crijevne infekcije (trbušni tifus, paratifus, dizenterija, kolera, virusni hepatitis A), ali i leptospire, trahom i dr.

VODEĆI PATOGENI UZROČNICI ZARAZNIH BOLESTI U VODI ZA PIĆE

BAKTERIJE	VIRUSI	PARAZITI
Salmonella species	Adenovirusi	Giardia intestinalis
Shigella species	Enterovirusi (polio, Coxacki i Echo virusi)	Cryptosporidium parvum
Escherichia coli (patogeni sojevi)	Hepatitis A virus	Entamoeba histolytica
Vibrio cholerae	Hepatitis E virus	Helminți
Yersinia enterocolitica	Norwalk virus	
Campylobacter	Rotavirusi	

Bakterije se u organski zagađenoj vodi razmnožavaju i održavaju dosta dugo, pa predstavljaju stalne izvore zaraznih bolesti.

Crijevne zarazne bolesti koje se prenose putem vode javljaju se u epidemijskom obliku.

Vrsta patogenog mikroorganizma	Preživljavanje u vodi (u danima)
Vibrio cholerae	30
Salmonella species	60-90
E.coli (patogeni soj)	90
Campylobacter	7
Yersinia enterocolitica	90
Entamoeba histolytica	25
Giardia lamblia	25
Legionella pneumophila	Vrlo dugo

Oko 1-5 dana nakon ubotrebe vode za piće zagađene saprofitnim klicama crijevnog trakta kod osoba koje nisu navikle na upotrebu vode lošeg mikrobiološkog kvaliteta javlja se tzv. „vodena bolest“ (proliv, povraćanje, povišena temperatura), koja obično završava bez posljedica.

Ako se u vodi za piće nađu patogeni mikroorganizmi, onda nastaje eksplozivna pojava velikog broja oboljelih - nastaje hidrična epidemija.

Karakteristike hidrične epidemije su:

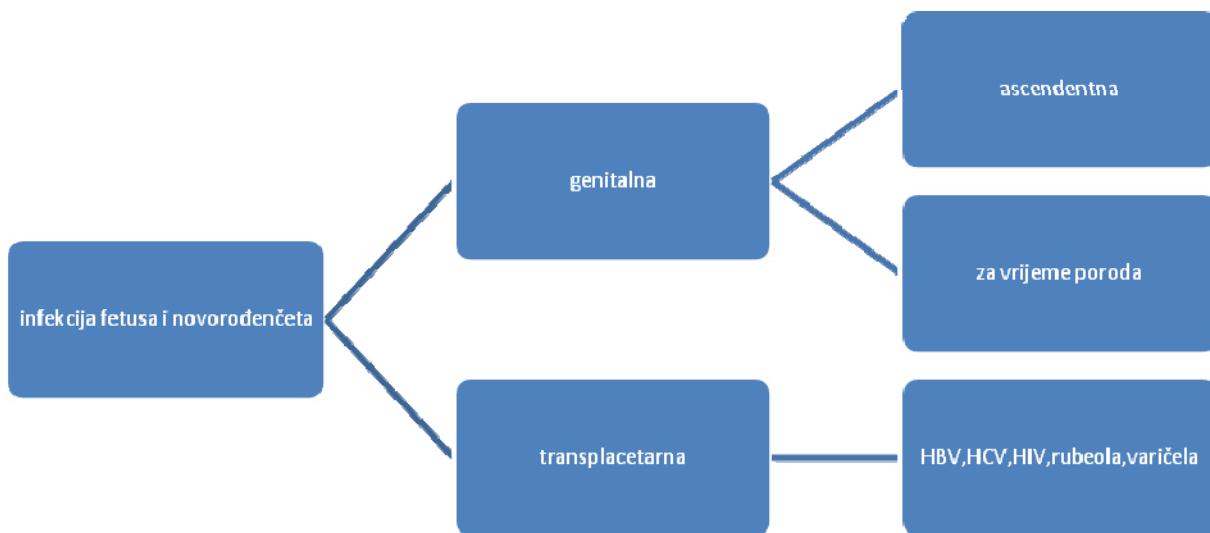
- topografska distribucija,
- socijalno šarenilo,
- traje koliko najduža inkubacija za odgovarajuću bolest,
- ima kontaktni rep epidemije,
- otkrije se neki sanitarni propust na vodoopskrbnom objektu.

E. Prenošenje infekcije s majke na fetus i novorođenče

Infekcija se može javiti u raznim vremenskim fazama:

- kongenitalna infekcija koja najčešće nastaje prije početka porođaja
- intrauterina infekcija koja je stečena transplacentarno ili uzlaznom infekcijom
- transplacentarna infekcija je prenos infekcije s majke na plod preko krvi kroz placentu, za vrijeme embriogeneze, pa izaziva teratogene efekte.

Prenošenje infekcije s majke na fetus i novorođenče



F. Prenošenje zaraznih bolesti preko hrane

Sve životne namirnice predstavljaju idealnu podlogu za razvoj mnogih mikroorganizama. Kontaminiranom hranom mogu nastati sljedeća oboljenja:

1. ALIMENTARNE INFEKCIJE (trbušni tifus, paratifus A, B, C, dizenterija, kolera, hepatitis A, TBC, Q groznica, difterija, šarlah, brucelzoza itd.) nastaju direktno djelovanjem baktrija
2. ALIMENTARNE TOKSIKOINFEKCIJE (E. coli, B. proteus, Salmonellae, Enterococae, druge aerobne i anaerobne klice) nastaju pod djelovanjem egzotiksina koji produkuju neinvanzivne bakterija koje su inficirale gastrointestinalni trakt

3. ALIMENTARNE INTOKSIKACIJE (Staphylococcus aureus, Clostridium botulinum) nastaju isključivo pod djelovanjem egzotoksina, tj. prisustvo bakterija u gastrointestinalnom traktu nije neophodno da bi nastalo oboljenje

4. ALIMENTARNE INVAZIJE (Trichinella spiralis, Echinococcus)

Kontaminaciju hrane mogu izazvati bolesnici ili kliconoše koji rade u proizvodnji i prometu sa životnim namirnicama. Hrana može biti kontaminirana direktno ili indirektno (preko insekata, glodara, mašina za preradu namirnica itd.).

Najčešći uzroci trovanja hranom su:

- ostavljanje nedovoljno termički obrađenih namirnica u toploj prostoriji od jednog do drugog obroka,
- termička obrada velikih komada namirnica,
- rukovanje i raspodjela namirnica od strane nepoznatog kliconoše,
- ostavljanje nezaštićene hrane za slobodan pristup insektima i glodarima i
- nedovoljna svijest osoblja koje radi s namirnicama.

Pri pojavi trovanja hranom mora se ispitati:

- vrsta mikroorganizma,
- vrsta hrane,
- izvor zaraze i
- put širenja zaraze.

Karakteristike epidemije trovanja hranom su:

- traju 3-4 dana
- imaju kontrolnu grupu zdravih i kontrolnu grupu bolesnih lica.

G. Prenošenje zaraznih bolesti preko životinja

Oko 30% zaraznih bolesti se sa životinja prenosi na ljude. Izvor zaraze u tom slučaju je bolesna životinja, životinja kliconoša ili produkti bolesnih životinja.

ULAZNA VRATA INFKECIJE

- sluznica probavnog sistema,
- sluznica respiratornog sistema,
- neke druge sluznice,
- koža narušenog integriteta.

DISPOZICIJA I IMUNITET

Da li će se kod neke osobe razviti oboljenje nakon kontakta sa mikroorganizmom, zavisi od mnogobrojnih faktora.

Na osjetljivost organizma da oboli od zarazne bolesti utiču 4 grupe faktora:

- Ekspozicija
- Dispozicija
- Prirodna rezistencija
- Imunitet

Ekspozicija ili izloženost nekoj infektivnoj bolesti je veoma kompleksan pojam.

Postoje bolesti kod kojih su ljudi više eksponirani (npr. respiratorne bolesti)

Postoji topografska izloženost za bolesti koje se javljaju na određenim geografskim područjima.

Neke bolesti su vezane samo za profesionalnu izloženost.

Dispozicija ili sklonost oboljenju

Vrsta zarazne bolesti	Dispozicija u %
Morbili	>90%
Veliki kašalj	>75%
Pjegavi tifus	>50%
Trbušni tifus	50%
Epidemični parotitis	30%
Difterija	10%
Lepra	<1%

Imunodeficijentna stanja bitno mijenjaju dispoziciju prema nekom zaraznom oboljenju.

Prirodna rezistencija

Prirodna rezistencija predstavlja prirodne mehanizme pomoću kojih se čovjek brani od invazije različitih patogenih uzročnika.

Mehanizmi zaštite su :

- zdrava intaktna koža,
- sačuvan endotel,
- normalna bakterijska flora,
- anatomska građa (npr. nosa),
- želudac i kiselina,
- ćelije krvi, prije svega granulociti.

1.2. IMUNITET

PRIRODNO STEČENI IMUNITET

- AKTIVNO (nakon prebolovane bolesti)
- PASIVNO (prelaskom antitijela od imune majke na dijete, traje 3-6 mjeseci)

VJEŠTAČKI STEČEN IMUNITET

PASIVNI IMUNITET

Unošenje gotovih antitijela - imunih seruma ili gamaglobulina.

Gamaglobulini se dobijaju iz plazme ili iz placente. Iz seruma rekonvalescenata i iz seruma osobe koja je vakcinisana dobijaju se specifični gamaglobulini za određenu bolest (gamaglobulin protiv tetanusa, rabiesa, virusnog hepatitisa B itd.).

AKTIVNI IMUNITET

Postiže se vakcinacijom.

Većina ljudi živi svoje živote ne misleći na vlastitu smrtnost.

Možda upravo to objašnjava zašto izreka "GRAM PREVENCije VRIJEDI KOLIKO I KILOGRAM LIJEČENJA" tako malo utiče na svakodnevno ponašanje.

Imunizacija je važna komponenta primarne prevencije bolesti, uključena je u rutinske zdravstvene usluge i omogućava nadzor nad značajnim dijelom bolesti i smrti.

Imunizacija je jedan od najisplativijih načina prevencije ozbiljnih infektivnih oboljenja.

DEFINICIJA

Vakcinacija i imunizacija često se upotrebljavaju kao sinonimi.

Vakcinacija označava samo primjenu vakcina i toksikoida.

Imunizacija označava postupke poticanja i osiguranja imunosti na bilo koji način, bilo aktivnim ili pasivnim postupcima.

Prema tome, vakcinacija ne garantuje isto što imunizacija.

AKTIVNA IMUNIZACIJA

Odnosi se na indukciju imunološke odbrane primjenom vakcina i toksikoida.

Pristupi aktivnoj imunizaciji su :

- upotreba živog oslabljenog infektivnog agensa,

- upotreba inaktiviranog (mrtvog) agensa, detoksiciranog ekstrakta ili toksina ili specifičnih antigena dobijenih genetskom rekombinacijom.

PASIVNA IMUNIZACIJA

Podrazumijeva osiguranje privremene zaštite primjenom egzogeno proizvedenih imunoloških tvari.

Koriste se tri vrste pripravaka:

- standardni ljudski imuni serumski globulini,
- specifični imuni serumski globulini s poznatim sadržajem antitijela za određeni antigen,
- životinjski serumi i antitoksi

Imunizacijska sredstva podrazumijevaju vakcine, toksikoide i imunoglobuline, humane ili animalne.

VAKCINA – suspenzija živog, oslabljenog ili mrtvog mikroorganizma ili antigenog dijela uzročnika, unesenog u organizam radi poticanja imuniteta i sprečavanja bolesti.

TOKSIKOID – bakterijski toksin izmijenjen u smislu toksičnosti, ali sa zadržanom sposobnošću poticanja nastanka antitoksi

IMUNOGLOBULIN - otopina koja sadrži antitijela iz ljudske krvi koristi se prvenstveno za održavanje imuniteta imunodeficijentnih osoba ili za pasivnu imunizaciju.

ANTITOKSIN - antitijela dobijena iz seruma životinja nakon stimulacije specifičnim antigenom, koriste se za uspostavljanje pasivnog imuniteta.

KALENDAR IMUNIZACIJE ZA 2012.GODINU

DOB	VRSTA VAKCINE	NAPOMENA
Po rođenju	BCG+Hepatitis B I	Hep B odmah po rođenju(12-24h)
1mjesec	Hepatitis B II	
2mjeseca	DTPa- IPV I+ Hib I	
4mjeseca	DTPa-IPV II+HibII	Razmak najmanje 30 dana
6mjeseci	DTPa-IPV III+HepB III	
12 mjeseci	MRP I	
18 mjeseci	Hib III+OPV I	
5 godina	DTPa OPV II	
6godina	MRP II	
14 godina	dT+OPV III	Završni razred osnovne škole
18 godina	TT	Završni razred srednje škole

BCG-vakcina sadrži žive atenuirane BCG bacile očuvanih antigenih svojstava. Prevenira tuberkulozni meningitis novorođenčadi i milijarnu tuberkulozu djece. To je jedina živa bakterijska vakcina.

Hepatitis B-vakcina sadrži klonirani gen površinskog antiga vira hepatitis B, koji se dobije postupcima genetskog inženjeringu.

MRP i OPV-vakcina sadrži žive atenuirane vakcinalne virusne sojeve

IPV - inaktivirani virus poliomijelitisa tip 1,2 i 3.

DTP - vakcina sadrži 30 I.J. pročišćenog toksikoida difterije, 40 I.J. pročišćenog toksikoida tetanusa i 15-20 milijardi toplotom inaktiviranih bakterija-Bordetella pertussis.

PENTAXIM - primjer nove kombinovane vakcine koja sadrži toksikoid difterije, toksikoid tetanus, antigen B.pertussis, inaktivirani virus poliomijelitisa tip 1,2 i 3 i Haemophilus influenzae tip B.

DOB PRIMAOCA I IMUNI ODGOVOR

Starost osobe utiče na imuni odgovor.

Prisustvo visokog nivoa majčinih antitijela i nezrelost imunog sistema u ranim mjesecima života negativno utiče na početni imuni odgovor na neke antigene.

Kod starijih osoba imuni odgovor može biti oslabljen zbog prirodnog slabljenja imunog sistema.

MJERENJE IMUNOG ODGOVORA

Imuni odgovor najčešće se procjenjuje mjeranjem koncentracije specifičnih antitijela u serumu. Iako serokonverzija služi kao pouzdan pokazatelj imunog odgovora, ona ne znači nužno i zaštitu.

Istovremeno, odsustvo mjerljivih antitijela u prethodno imunizirane osobe ne znači da je ona nezaštićena.

RAZMAK IZMEĐU POJEDINIХ DOZA VAKCINA

Duži razmaci od preporučenih ne umanjuju konačni zaštitni odgovor, ali ga odgađaju. Nije potrebno ponovo započeti prekinuti slijed vakcinisanja, niti davati dodatne doze.

Suprotno tome, apliciranje vakcina u razmacima kraćim od preporučenih može rezultirati slabim imunim odgovorom.

VAKCINE ZA ODRASLE

Svi odrasli bi trebali biti imuni na difteriju i tetanus. Ako nisu prethodno imunizirani, odraslima je potreban primarni imunizacijski postupak od tri doze.

Rutinsko vakcinisanje protiv poliomijelitisa nije preporučeno za odrasle, osim kad su posebno izloženi toj bolesti (npr.putnici u endemska područja svijeta).

Odrasli bi trebali biti zaštićeni od MRP, pa ih treba vakcinisati ukoliko nisu vakcinisani ili su imali bolest koju je dijagnosticirao ljekar.

Vakcnu protiv rubeole potrebno je dati svim ženama reproduktivne dobi, osim ako imaju dokaz o imunizaciji ili laboratorijsku potvrdu o imunosti.

Preporučuje se imunizacija protiv gripe, pneumokoka i hepatitisa B.

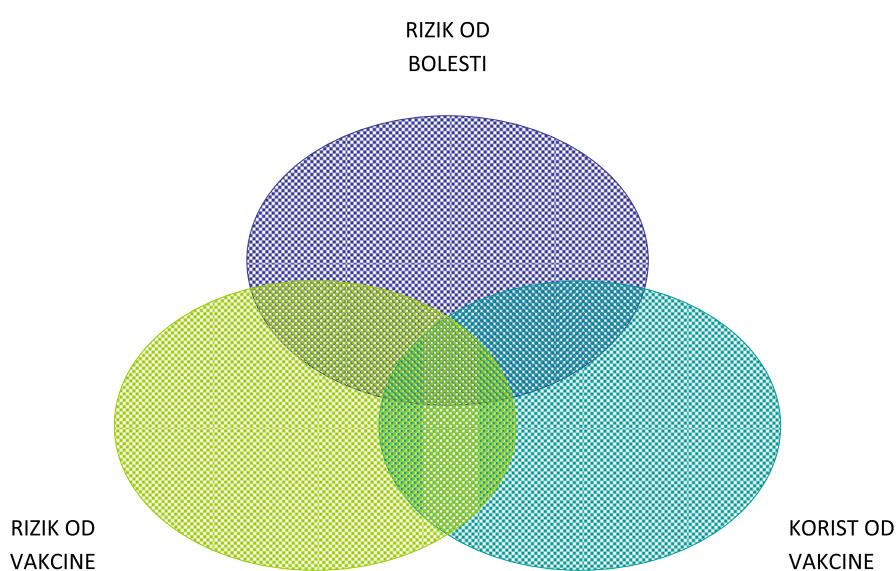
NUSPOJAVE VAKCINISANJA

Iako neškodljive i djelotvorne, moderne vakcine povezane su i s neželjenim pojavama, koje se kreću od vrlo blagih do po život opasnih.

Odluka o upotrebi vakcina obuhvata:

- procjenu rizika od bolesti,
- procjenu koristi od vakcinisanja,
- procjenu rizika od vakcinisanja.

Odluka o upotrebi vakcina



KONTRAINDIKACIJE ZA PROVOĐENJE IMUNIZACIJE

Opće kontraindikacije za sve imunizacije su:

- akutne bolesti,
- febrilna stanja,
- preosjetljivost na sastojke vakcine,
- anafilaktička reakcija na prethodnu vakcinu,
- za žive atenuirane virusne vakcine još i stanje oslabljenog imuniteta i trudnoća.

Posebne kontraindikacije su:

- BCG-oštećenje ćelijskog imuniteta zbog HIV infekcije
- DTP-progresivne bolesti centralnog nervnog sistema i komplikacije nakon prethodne doze vakcine (konvulzije, kolaps, stanje slično šoku u toku 48 sati od prethodne doze, encefalopatija u roku od 7 dana od prethodne DTP doze).

Kontraindikacije mogu biti privremene i trajne.

UPOTREBA VAKCINA U POSEBNIM OKOLNOSTIMA

Trudnoća - zbog teoretskog rizika za plod, imunizacija trudnica se obično izbjegava.

Imunizacioni status trudnice treba biti provjeren prije trudnoće.

Dojenje - bebe koje doje mogu se imunizirati prema normalnom kalendaru imunizacije. Dojilja takođe može biti imunizirana. Živi virusi se množe u majčinom tijelu, ali ih se većina ne izlučuje u mlijeko.

Profesionalna izloženost - preporuka je da se zdravstveni radnici vakcinišu protiv hepatitis B, rubeole, gripe.

NAČIN PROVOĐENJA IMUNIZACIJE

Obavezna imunizacija koja je sadržana u kalendaru imunizacije provodi se kontinuirano, tokom cijele godine sve dok se ne imuniziraju sva lica koja podliježu obaveznoj imunizaciji, osim lica kod kojih postoje trajne kontraindikacije.

PROVJERA VAKCINALNOG STATUSA

Provjera vakcinalnog statusa vrši se obavezno:

- prilikom upisa u predškolske i školske ustanove,
- prije izvođenja imunizacije po epidemiološkim indikacijama,
- prilikom prijema djece i omladine na bolničko liječenje,
- prilikom prijema u radni odnos,

- prilikom svake posjete ljekaru novorođenčadi, male djece, predškolske djece, školske djece i omladine,
- prilikom prijema u đacke i studentske domove i kolektivne smještaje.

HLADNI LANAC VAKCINA

Hladni lanac vakcina je održavanje optimalne temperature tokom transporta, skladištenja i upotrebe vakcina i osnovna logistička podrška u provođenju programa imunizacije. Uloga hladnog lanca je osiguranje da aktivna, potentna vakcina bude dostupna korisniku u pravo vrijeme, na pravom mjestu i u pravoj količini.

Vakcine su osjetljive biološke supstance i svako izlaganje neadekvatnim temperaturama direktno utiče na kvalitet vakcina i bezbjednost imunizacije. Vakcine se daju zdravim osobama (prvenstveno djeci) u preventivne svrhe, tako da je obaveza njihovog bezbjednog skladištenja, transporta i aplikacije preduslov uspješnog provođenja programa imunizacije.

Vakcina je bezbjedna samo kada se pravilno čuva, na propisanoj temperaturi (najčešće na +4°C, ili u rasponu od +1°C do +8°C), bez mogućih fizičko-hemijskih oštećenja, uz obaveznu primjenu sterilne opreme, koja se poslije toga odstranjuje na bezbjedan način.

Osnovne karakteristike hladnog lanca su:

- Oprema hladnog lanca se sastoji od hladnih komora, frižidera, prenosnih frižidera, monitor kartica, indikatora zamrzavanja i transportnih sredstava.
- Ljudi s neophodnim znanjem i vještinama potrebnim za planiranje i rukovanje vakcinama i opremom za održavanje hladnog lanca.

Jednom izgubljene karakteristike vakcine ne mogu se vratiti. Zato su neophodni pokazatelji koji će kontrolisati funkcionisanje hladnog lanca i upozoravati na previsoku ili prenisku temperaturu (monitor kartice i indikatori zamrzavanja).

1.3. BOLNIČKE INFEKCIJE

Bolnička (intrahospitalna, nozokomialna) infekcija se definiše kao lokalno ili sistemsko oboljenje nastalo kao rezultat nepoželjne reakcije organizma na prisustvo infektivnog agensa, koje nije bilo prisutno u momentu prijema pacijenta na bolničko liječenje, niti je pacijent bio u fazi inkubacije. Većina ovih infekcija postaje evidentna 48 sati po prijemu u bolnicu, a kod postoperativnih infekcija do 30 dana od operativnog zahvata ako implantat nije ugrađen, odnosno godinu dana nakon ugradnje implantata.

Izvor bolničkih infekcija mogu biti pacijenti, osoblje, posjetioci ili neživa sredina.

Uzročnici bolničkih infekcija mogu biti bakterije, virusi, gljivice i paraziti.

Put prenošenja bolničkih infekcija može biti direktni ili indirektni.

Glavni značaj bolničkih infekcija je u tome što produžavaju hospitalizaciju, komplikuju osnovno oboljenje i utiču na morbiditet i mortalitet, kao i na povećavanje troškova liječenja.

Mjere sprečavanja i suzbijanja bolničkih infekcija su usmjerene ka otkrivanju rezervoara, sprečavanju transmisije, kao i podizanju otpornosti bolesnika na infekcije.

Program kontrole bolničkih infekcija bi trebalo da obuhvati epidemiološki nadzor, istraživanje epidemija bolničkih infekcija, uspostavljanje posebnih režima rada, postupaka za liječenje i njegu pacijenata, edukaciju i zaštitu osoblja i kontrolu korištenja antimikrobne terapije.

1.4. POKAZATELJI UČESTALOSTI POREMEĆAJA ZDRAVLJA

U epidemiološkim istraživanjima učestalosti i distribucije poremećaja zdravlja, bitno je znati detalje i veličinu posmatrane populacije, kao i dužinu izloženosti populacije nekom faktoru. Rezultate istraživanja je potrebno kvantificirati, a to se postiže primjenom pokazatelja učestalosti poremećaja zdravlja.

Odnos je pojam koji obuhvata proporcije i stope i predstavlja rezultat koji se dobije nakon što se jedna nezavisna veličina podijeli s drugom nezavisnom veličinom. Rezultat se iskazuje u obliku decimalnog broja.

$$ODNOS = \frac{X}{Y}$$

Proporcija je vrsta odnosa gdje je brojilac uključen u imenilac i predstavlja odnos dijela prema cjelini. Rezultat se iskazuje u procentima ili u obliku decimalnog broja.

$$PROPORCIJA = \frac{X}{X+Y} \cdot (*100)$$

Stopa predstavlja proporciju u koju je uključena i dimenzija vremena. Pokazatelj je obolijevanja i umiranja. Brojilac označava broj slučajeva u određenom periodu, dok imenilac predstavlja populaciju u riziku. Rezultat se množi s konstantom kako bi se izbjegle nule iza decimalnog zareza.

$$STOPA = \frac{\text{broj događaja u nekom vremenskom periodu}}{\text{populacija izložena riziku tokom vremenskog perioda}} * k$$

POKAZATELJI OBOLIJEVANJA

Pokazatelji obolijevanja su incidencija i prevalencija, stopa javljanja i stopa sekundarnog javljanja.

Incidencija predstavlja broj novooboljelih u određenom periodu, u populaciji izloženoj riziku od nastanka bolesti. Postoje dva tipa incidencije: kumulativna incidencija i stopa incidencije.

Kumulativna incidencija predstavlja broj novooboljelih u određenom periodu u definisanoj populaciji.

$$KUMULATIVNA INCIDENCIJA = \frac{\text{broj novooboljelih u nekom vremenskom periodu}}{\text{populacija definisana na početku tog vremenskog perioda}} * k$$

Stopa incidencije predstavlja odnos novooboljelih u određenom periodu i populacije sredinom posmatranog perioda.

$$STOPA INCIDENCIJE = \frac{\text{broj događaja u nekom vremenskom periodu}}{\text{populacija sredinom posmatranog vremenskog perioda}} * k$$

Prevalencija je proporcija koja pokazuje snimak populacije u određenom trenutku i predstavlja odnos između svih oboljelih od određene bolesti i ukupne populacije.

$$PREVALENCIJA = \frac{\text{broj svih oboljelih u određenom vremenskom periodu}}{\text{ukupna populacija u tom periodu}} * k$$

Stopa javljanja je proporcija koja predstavlja kumulativnu incidenciju za period epidemije. Izračunava se kao odnos broja novooboljelih i ukupne populacije na početku epidemije.

$$\text{STOPA JAVLJANJA} = \frac{\text{broj novooboljelih}}{\text{ukupna populacija na početku epidemije}} * 100$$

Stopa sekundarnog javljanja predstavlja učestalost obolijevanja osoba koje su bile u kontaktu s primarno oboljelim i odnos je oboljelih koji su bili u kontaktu s primarnim oboljelim i svim ljudima koji su bili u kontaktu s primarno oboljelim.

$$\text{STOPA SEKUNDARNOG JAVLJANJA} = \frac{\text{broj oboljelih koji su bili u kontaktu sa primarno oboljelim}}{\text{svi koji su bili u kontaktu sa primarno oboljelim}} * 100$$

POKAZATELJI UMIRANJA

Stopa mortaliteta je proporcija koja predstavlja odnos umrlih u određenom periodu i populacije sredinom posmatranog perioda.

$$\text{STOPA MORTALITETA} = \frac{\text{broj umrlih u određenom vremenskom periodu}}{\text{populacija sredinom posmatranog perioda}} * k$$

Letalitet je proporcija koja označava težinu nekog oboljenja. Predstavlja odnos umrlih od određene bolesti i populacije oboljele od iste bolesti.

$$\text{LETALITET} = \frac{\text{broj umrlih od određene bolesti}}{\text{populacija oboljela od te bolesti}} * 100$$

1.5. MJERE ZA SPREČAVANJE I SUZBIJANJE ZARAZNIH BOLESTI

Pojava kretanja zaraznih bolesti, kako u sporadičnom tako i u epidemiskom obliku, biološka je pojava na koju utiču: uzročnik sa svojim karakteristikama, prijemčivost ljudskog organizma prema uzročniku zarazne bolesti, reakcija organizma na infekciju itd.

Mjere sprečavanja i suzbijanja zaraznih bolesti imaju isti cilj – da, što je moguće više, smanje javljanje određenih zaraznih bolesti.

Svaka država donosi zakonske propise kojima se određuju mjere koje treba sprovoditi radi sprečavanja i suzbijanja zaraznih bolesti.

U zakonu o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti određene su zarazne bolesti koje podliježu prijavi i bolničkom liječenju, zatim način i vrste nadzora, zarazne bolesti kod kojih je obavezno vršiti ispitivanje uzroka i načina prenošenja, kao i mjere dezinfekcije, dezinsekcije i deratizacije.

Specifične mjere za sprečavanje i suzbijanje zaraznih bolesti obuhvataju:

- mjere koje se poduzimaju pri pojavi sporadičnog slučaja neke zarazne bolesti,
- mjere koje se poduzimaju pri pojavi epidemije neke zarazne bolesti,
- mjere koje se poduzimaju u nadzoru endemskog održavanja neke zarazne bolesti,
- mjere koje se poduzimaju radi eradikacije neke zarazne bolesti,
- mjere koje se poduzimaju radi eliminacije neke zarazne bolesti,
- mjere koje se odnose na ispitivanje fizičkih, bioloških i socijalno-ekonomskih faktora koji pogoduju održavanju i širenju neke zarazne bolesti.

Mjere nadzora nad zaraznim bolestima mogu biti pasivne i aktivne.

Pasivne mjere nadzora obuhvataju analize i ocjene epidemiološke situacije na osnovu kretanja zaraznih bolesti, koje se najčešće vrše na osnovu prijave zdravstvenih ustanova u kojima je postavljena dijagnoza neke zarazne bolesti.

Aktivan nadzor nad pojmom zaraznih bolesti obuhvata niz specifičnih aktivnosti zdravstvene službe kako bi se na vrijeme otkrili izvori i spriječilo dalje širenje neke zarazne bolesti.

Prijavljanje zaraznih bolesti ima za cilj organiziranje aktivnog epidemiološkog istraživanja, prije svega svih kontakata iz bliže i dalje okoline koji su potencijalno zaraženi, pa predstavljaju sekundarne izvore zaraze. Prijavljanje zaraznih bolesti mora uslijediti odmah nakon postavljanja kliničke ili laboratorijske dijagnoze, da se ne bi gubilo dragocjeno vrijeme za otkrivanje mogućih sekundarnih izvora zaraze.

Osim obaveza prijavljivanja oboljelih i umrlih od zaraznih bolesti, postoji i **obaveza prijavljivanja kliconoštva određenih zaraznih bolesti**.

Radi ispitivanja stvarnog izvora zaraze i puta prenošenja zaraze koristi se epidemiološka anketa. Radi lakšeg dobijanja odgovora na pitanja o izvoru zaraze i putevima širenja, za anketiranje se koristi unaprijed kreiran formular za svaku zaraznu bolest posebno.

Obaveznoj prijavi podliježe i pojava epidemije neke zarazne bolesti. U prijavi epidemije zarazne bolesti treba navesti kliničku dijagnozu bolesti, datum početka epidemije, lokaciju epidemije, broj eksponiranih osoba, broj oboljelih, hospitaliziranih i umrlih osoba, utvrđeni ili pretpostavljeni izvor zaraze, put prenošenja zaraze, pretpostavljeni uzročnik, kliničke znake i epidemiološku prognozu epidemije.

Nakon smirivanja i gašenja epidemije vrši se odjava epidemije. U odjavi epidemije detaljno se analizira broj oboljelih, hospitaliziranih i umrlih osoba. Određuje se izvor i put prenošenja bolesti, ocjenjuju se poduzete protivepidemijske mjere i donosi se zaključak o vrsti i karakteru epidemije.

1.6. EPIDEMIOLOGIJA HRONIČNIH NEZARAZNIH BOLESTI

Hronične bolesti su danas, u većini zemalja, značajan javno-zdravstveni problem. To su bolesti srca i krvnih sudova, maligna oboljenja, šećerna bolest, hronične bolesti respiratornog sistema, mentalni poremećaji itd.

Osnovne karakteristike hroničnih nezaraznih bolesti su:

- nepoznata ili nedovoljno poznata etiologija,
- bolest izaziva više uzroka,
- latentni period dugo traje,
- početak oboljenja je nejasan, neodređen, tih i podmukao,
- patološka osnova je degeneracija, atrofija ili nekroza tkiva,
- uzrokuju invalidnost i smrt,
- traju dugo, najčešće doživotno,
- većina nije izlječiva,
- prevencija je jedino efikasno oružje ako se zna etiologija i prirodni tok bolesti.

Prirodni tok hroničnih nezaraznih bolesti podrazumijeva četiri stadija:

1. Prvi stadij – stadij osjetljivosti počinje onda kada počinje i izloženost nekom rizičnom faktoru.
2. Drugi stadij – tzv. predklinički stadij je period kada još nema kliničke manifestacije bolesti. Ako rizični faktori djeluju i dalje, onda patološke promjene koje su početkom drugog stadija bile reverzibilne krajem ovog stadija postaju irreverzibilne.

3. Treći klinički stadij bolesti karakteriše pojava simptoma.
4. Četvrti stadij je stadij invalidnosti ili onesposobljenosti.

Latencija – vrijeme od početka izloženosti do pojave simptoma bolesti.

Hronične bolesti su rezultat globalizacije, urbanizacije i starenja populacije. Uzroci hroničnih bolesti su najvećim dijelom povezani sa 7 rizičnih faktora:

- pušenje,
- konzumiranje alkohola,
- povišen krvni tlak,
- povišen nivo holesterola,
- prekomjerna tjelesna težina,
- premalo konzumiranje voća i povrća i
- tjelesna neaktivnost.

Epidemiološka istraživanja su pokazala da niz različitih faktora, svaki posebno ili u kombinaciji s drugima, može povećati vjerovatnoću ili rizik za nastanak određene bolesti.

Faktori rizika za nastanak i razvoj pojedinih hroničnih bolesti često predstavljaju rizik ne samo za jednu bolest nego za više bolesti ili skupina bolesti. Smanjenje jednog faktora rizika istovremeno djeluje u smislu prevencije više bolesti.

Multiuzročna priroda bolesti često osigurava izbor između različitih preventivnih strategija i nudi velike mogućnosti simultanim intervencijama.

Većina hroničnih bolesti je preventibilna. Zdravim životnim navikama i liječenjem faktora rizika bolest se može izbjegći ili, ako već postoji, može se spriječiti njeno napredovanje i pogoršanje.

Većina hroničnih bolesti se ne može izlječiti i zbog toga naglasak mora biti na prevenciji njihovog nastanka, odlaganju nastanka i odlaganju komplikacija.

Zbog isprepletenosti s nasljeđivanjem i starenjem, hronične bolesti predstavljaju veći problem za medicinsku nauku nego mnoge zarazne bolesti. Hronične bolesti su najznačajniji i najskuplji zdravstveni problem.

Globalna strategija za prevenciju hroničnih bolesti obuhvata:

- kontrolu zajedničkih rizičnih faktora za najznačajnije hronične bolesti na integrirani način,
- nadzor,
- prevenciju,

- uključen menadžment zdravstvenog sektora,
- organizaciju zdravstvenog sistema za adekvatno zadovoljavanje dugotrajnih potreba bolesnika sa hroničnim bolestima.

Prevencija hroničnih bolesti treba da obuhvati ličnu odgovornost svakog pojedinca u biranju svog životnog stila, ali i odgovornost društva da kreatori politike podrže programe koji jačaju zdrava ponašanja i prevenciju.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, rak je vodeći uzrok smrti u svijetu. Istraživanja su pokazala da se trećina malignih oboljenja može uspješno liječiti ako se na vrijeme dijagnosticira i adekvatno tretira.

Registrar za rak predstavlja poseban informacijski sistem namijenjen kontinuiranom sistemskom prikupljanju, pohranjivanju i analizi podataka o osobama oboljelim od raka. Predstavlja najefikasniju metodu procjene i kontrole uticaja malignih tumora na zajednicu. Radi uspostave populacionog registra raka, pokrenute su aktivnosti na registriranju svih novih slučajeva raka na području Federacije BiH. Uvedena je nova metodologija registriranja malignih neoplazmi, unos i elektronska obrada podataka pomoću Can Reg 4 softvera.

Promocija zdravlja pomaže ljudima da kontrolišu i unapređuju zdravlje učestvujući i neposredno u sprovođenju programa promocije zdravlja i zdravog načina života. Promocija zdravlja se odvija putem programa koji uključuju čitavu populaciju u kontekstu svakodnevnog življenja, a ne samo fokusiranje na sprečavanje rizika od specifičnih bolesti. Promocija zdravlja razvija partnerstvo u društvenoj zajednici na identifikaciji i rješavanju zdravstvenih problema stanovništva.

2. ZDRAVSTVENO PROSVJEĆIVANJE, PREVENCIJA BOLESTI I PROMOCIJA ZDRAVOG NAČINA ŽIVLJENJA

Emira Tanović-Mikulec

2.1. Osnovni teorijski koncepti i definicije zdravlja

2.1.1. Definicije zdravlja

Postoje različiti pristupi kada je u pitanju koncept zdravlja, ali su još uvijek najznačajnije idealno-tipske definicije zdravlja. U Ustavu WHO (1946) definirano je da je „**Zdravlje stanje potpunog fizičkog, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne nužno odsustvo bolesti ili onesposobljenja**“. U Deklaraciji o primarnoj zdravstvenoj zaštiti WHO iz Alma Ate (1974) «**zdravlje nije puko nepostojanje bolesti, već stanje potpunog fizičkog i mentalnog, duhovnog i socijalnog blagostanja**».

Sama definicija zdravlja značajno ovisi i o socio-kulturološkom okviru, spolu, životnom dobu, socijalnoj poziciji itd. 'Zdravlje' se može odnositi i na objektivna i subjektivna stanja. Kada 'laici' definiraju šta znači biti zdrav, njihovi odgovori često odražavaju specifične okolnosti njihovog života. Najčešće zdravlje se izjednačava s neovisnošću ili s vitalnošću.

2.1.2. Zdravlje kao 'potpuno blagostanje'

Definicijom zdravlja, WHO postavlja kriterij 'potpunog blagostanja' kao idealiziranu normu koja otvara čitav set pitanja o stvarnim mogućnostima dostizanja zdravlja kao optimalno idealizirano postavljene norme. Historijski značaj ovog teoretskog koncepta ogleda se u suprotstavljanju isključivosti tokom dugog perioda dominantnog biomedicinskoga koncepta definicije zdravlja, kao i definiranju zdravlja kao osobnog, ali i društvenog dobra.

2.1.3. Dimenzije zdravlja

Zdravlje kao holistički koncept i koncept stanja ravnoteže s vlastitim okruženjem sadrži čitav set različitih dimenzija koje čine jednu cjelinu. Tako govorimo o dimenzijama zdravlja u koje spadaju: fizičko zdravlje, mentalno zdravlje, emocionalno zdravlje, socijalno zdravlje, duhovno zdravlje i zdravlje društva.

Tabela 1. Dimenzije zdravlja

Fizičko zdravljje	Predstavlja najočigledniju dimenziju zdravlja, koja je vezana za mehaničko funkcioniranje tijela
Mentalno zdravljje	Podrazumijeva cjelovit i jasan tok misli i razmišljanja.
Emocionalno zdravljje	Podrazumijeva sposobnost raspoznavanja i ispoljavanja emocija (strah, radost, ljutnja, tuga...), odnosno mogućnosti i mehanizme svake osobe da izđe nakraj sa stresom, žalovanjem, tjeskobom...
Socijalno zdravljje	Podrazumijeva sposobnost građenja i održavanja odnosa sa drugim ljudima.
Duhovno zdravljje	Za jedne je značajno vezano za religijska uvjerenja, dok kod drugih podrazumijeva stvar osobnih uvjerenja, principa i načina za postizanje duhovnog ispunjenja.
Zdravlje društva.	Podrazumijeva integrativni segment novog javnog zdravstva i promocije zdravlja

Kada se pogleda prvih pet dimenzija zdravlja, može se uvidjeti da je njima zdravlje definirano na razini pojedinca. Međutim, zdravlje pojedinca neraskidivo je vezano za sve što okružuje tu osobu i nemoguće je biti zdrav u „bolesnom društvu“, koje za pojedinca ne osigurava resurse za osnovne fizičke, emocionalne i kulturne potrebe, kao i uvjete za zdrav i siguran okoliš. Upravo tu, kao istovremeno i integrativni segment promocije zdravlja i zdravstvenog odgoja, javlja se zdravlje društva.

2.2. Modeli vezani za pristup zdravlju

Na osnovu teorijskih koncepata i dimenzija zdravlja, razvila su se tri najznačajnija modela vezana za pristup zdravlju, i to: **biomedicinski model**, **bihevioralni model (model usmjeren na ljudsko ponašanje)** i **socio-okolinski model**.

Ovi modeli imaju izuzetan utjecaj na načine na osnovu kojih se definiraju određena zdravstvena pitanja, kao i na izbor strategija za različite akcije vezane za njihovo rješavanje. Promocija zdravlja i zdravstveni odgoj kao integrativna disciplina promocije zdravlja može obuhvatiti sva tri pristupa.

U tabeli 2. mogu se vidjeti kako koji od navedenih modela prisvaja vodeće zdravstvene probleme.

Tabela 2. Vodeći zdravstveni problemi unutar tri dominantna modela pristupa zdravlju

Biomedicinski model	Bihevioralni model (model usmjeren na ljudsko ponašanje)	Sociookolinski model
<ul style="list-style-type: none"> kardiovaskularne bolesti kancer HIV/AIDS dijabetes pretilost poremećaji ment. zdravlja 	<ul style="list-style-type: none"> pušenje loše navike vezane za ishranu fizička neaktivnost zloupotreba psihootivnih supstanci slabi mehanizmi za suočavanje sa stresom nedostatak 'životnih vještina' itd. 	<ul style="list-style-type: none"> siromaštvo nezaposlenost nedostatak društvene moći izolacija zagađenje okoliša stresovi rizični radni i životni uvjeti itd.

Kada govorimo o navedenim modelima, interesantnim se čini i pristup kojim ovi modeli rješavaju određene zdravstvene probleme i koji kao takvi predstavljaju očiglednu vezu između teorijskih i praktičnih aktivnosti u promociji zdravlja i zdravstvenom odgoju. Upravo u tabeli 3. mogu se vidjeti osnovni načini kojima se pristupa da bi se, u skladu s navedenim modelima, riješio problem **npr. kardiovaskularnih oboljenja**.

Tabela 3. Tri pristupa vezana za smanjenje kardiovaskularnih oboljenja

Model pristupa zdravlju	Uzrok zdravstvenog problema	Osnovne strategije za rješavanje problema
Biomedicinski	<ul style="list-style-type: none"> hipertenzija obiteljska historija hiperholesterolemija 	<ul style="list-style-type: none"> liječenje farmakoterapija režim ishrane
Bihevioralni (model usmjeren na ljudsko ponašanje)	<ul style="list-style-type: none"> životni stil pušenje ishrana sa visokom količinom masnoća visok stupanj stresa i slabi mehanizmi za suočavanja sa stresom 	<ul style="list-style-type: none"> edukacija za zdravlje komunikacija za zdravlje grupe za samopomoć / uzajamnu podršku/ zagovaranje za zdrave javne politike koje podržavaju zdrave izbore životnih stilova
Socio-okolinski	<ul style="list-style-type: none"> životni uvjeti radni uvjeti socijalna izolacija 	<ul style="list-style-type: none"> promjena politika zagovaranje mobilizacija zajednice grupe za samopomoć /uzajamnu podršku/

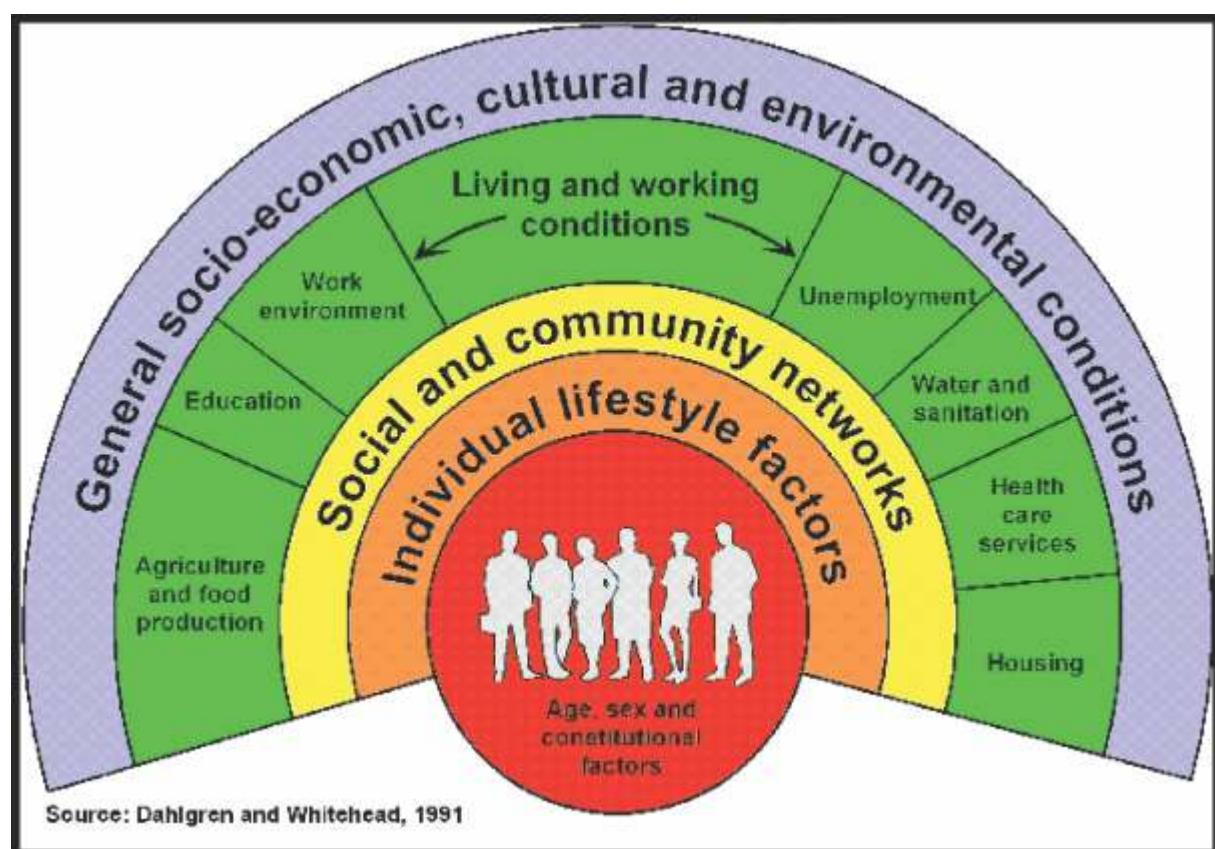
2.3. Determinante (odrednice) zdravlja i faktori rizika po zdravlje

Široki spektar osobnih, socijalnih, ekonomskih i okolišnih faktora određuju zdravstveno stanje svakog pojedinca. Faktori koji određuju zdravlje su višestruki i interaktivni i u najširem opsegu dijelimo ih na inherentne faktore i spoljne faktore.

U inherentne faktore koji utiču na zdravlje spadaju godine, genetska predispozicija i spol. Inherentni faktori su ujedno nepromjenljive determinante(odrednice) zdravlja i njih stičemo samim rođenjem. Spoljni faktori koji utiču na zdravlje su ujedno i promjenljive determinante zdravlja koje su brojne i u koje spadaju: socijalno-klasna pripadnost, radni i životni uvjeti, stupanj obrazovanja, faktori vezani za odabir životnog stila, zdravstvenog ponašanja, utjecaj zajednice i društva, opći socio-ekonomski, kulturnalni i okolišni uvjeti.

Praćenje promjena i utjecaj na spoljne faktore koji utiču na zdravlje je jedna od osnovnih postavki promocije zdravlja i zdravstvenog odgoja.

Slika br. 1. Determinante zdravlja



2.3.1. Inherentni faktori koji utiču na zdravlje

Godine života značajno utiču na zdravlje, posebno kada je u pitanju, recimo, imunološki odgovor na određena infektivna oboljenja ili razvoj čitavog seta kroničnih i degenerativnih oboljenja.

Veliki broj istraživanja ukazuje, također, i na značaj genetskog nasljeđa i genetske predispozicije

Izuzetno značajan inherentni faktor je i spol osobe. Određena oboljenja i stanja mogu se vezati isključivo za žene odnosno muškarce, a spol može biti precipitirajući faktor. Poznato je da je karcinom dojke najčešće oboljenje žena, iako od njega u neusporedivo manjoj mjeri obolijevaju i muškarci. Određena oboljenja, kao npr. sa spolom povezana recessivna nasljedna hemofilija, kod koje nedostaje faktor koagulacije osam, manifestira se kao oboljenje samo kod muškaraca potomaka u određenim obiteljima.

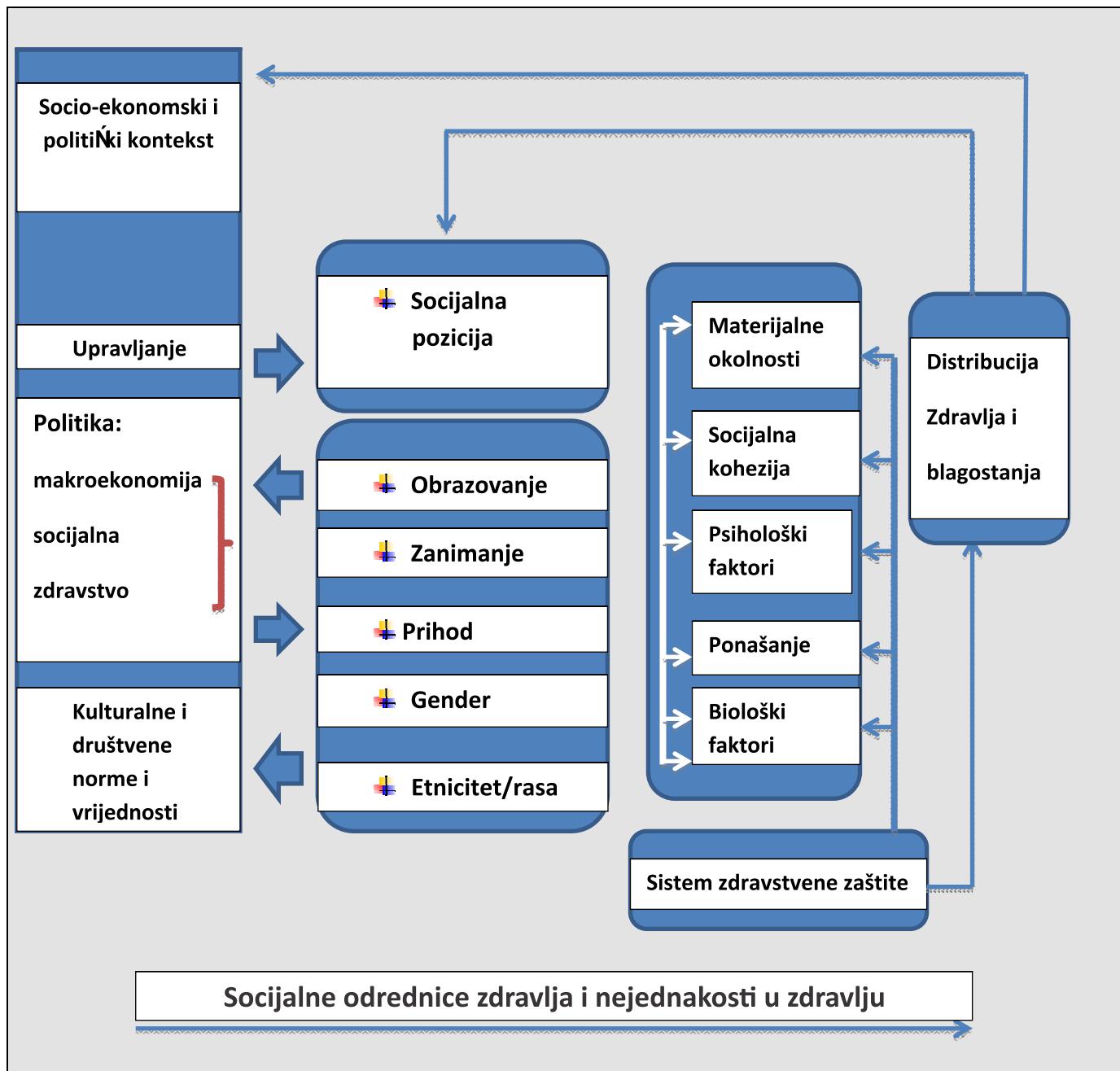
2.3.2. Spoljni faktori koji utiču na zdravlje

Socijalno-klasna pripadnost je kompleksan faktor koji određuje ponašanje vezano za životne stилове, stupanj edukacije, specifične stavove. Shodno tome, T. Montiss (1987) kao glavne rizike za zdravlje navodi: siromaštvo, nedostatak obrazovanja, neadekvatne životne stилове, nezaposlenost, loše uvjete stanovanja, rizike vezane za okoliš i okruženje, neadekvatnu integraciju u zajednicu i društvo, kao i nedostatak mogućnosti za aktivno sudjelovanje i kreiranje vlastite budućnosti. **Dimenzije siromaštva su ukorijenjene u generalnoj neimaštini, koja podrazumijeva i nedostatak moći i nedostatak sposobnosti i manifestira se na različite načine, i to kao:** nedostatak prihoda i produktivnih resursa dostahtih da osiguraju održivo življenje, zatim kao nedostatna ishrana, kao „bolesno zdravlje“, kao ograničenje i nedostatak mogućnosti obrazovanja i ostalih osnovnih usluga, kao povećana smrtnost i obolijevanje, neadekvatno stanovanje i nedostatak krova nad glavom, ili kao nesiguran okoliš i socijalna diskriminacija i isključenje. Siromaštvo je, također, karakterizirano kao nedostatak učešća u procesu donošenja odluka u građanskom, socijalnom i kulturnom životu.

Svi navedeni segmenti su osnova za određene intervencije u oblasti promocije zdravlja i zdravstvenog odgoja.

Stupanj obrazovanja je, također, važan faktor koji određuje zdravlje posebno u segmentu izbora zdravih životnih stилova. Tradicijsko - kulturološka dimenzija, kao i još uvijek vrlo visok stupanj društvene prihvatljivosti određenih štetnih navika (pušenje, alkohol, neadekvatna ishrana) u siromašnim i tranzicijskim zemljama otkriva širok sloj populacije, koja je, bez obzira na stupanj obrazovanja, u manjoj ili većoj mjeri izložena brojnim rizicima vezanim za životne stилove i zdravlje. Društvena kontrola nad određenim životnim stilosima i stupanj 'socijalne prihvatljivosti' nad ponašanjima rizičnim po zdravlje u najvećoj mjeri vezane su za doktrinarne pristupe u promociji zdravlja i zdravstvenom odgoju.

Slika br 2. **Socijalne odrednice zdravlja i nejednakosti u zdravlju**



Izvor: Solar & Irwin, 2007

2.4. Koncepti i pristupi u oblasti promocije zdravlja i zdravstvenog odgoja

Istraživanja su pokazala da na zdravje može uticati i neadekvatna zdravstvena politika, ali i ostale javne politike i prakse, naročito kada su u pitanju npr.

Zavod za javno zdravstvo KS

RJ za socijalnu medicinu sa organizacijom zdravstva i zdravstvenom informatikom

stanovanje, obrazovanje, socijalna i zdravstvena zaštita žena i djece, zdravstvena zaštita mlađih itd. Ovo je u značajnoj mjeri odredilo potrebu za ocjenom efikasnosti javnih politika i intervencija u praksi u različitim zdravstvenim, ali i nezdravstvenim oblastima, te ovo pitanje postavilo kao jedan od preduvjeta u definiranju zdravstveno promotivnih i zdravstveno odgojnih aktivnosti.

Osnova za ovu tvrdnju odnosi se na čvrste dokaze vezane za rizik od nastanka različitih bolesti, koji su povezani sa indikatorima siromaštva. To što je u svakoj zajednici vulnerabilnost prema bolestima najčešće najveća kod siromašnih ljudi, moglo bi se objasniti faktorima kao što su iskustvo nesigurnosti i beznađa, brze društvene promjene, nejednakosti i povećan rizik od nasilja, ili sveukupno loše zdravstveno stanje.

Mentalni, socijalni, te zdravstveni problemi vezani za ljudsko ponašanje najčešće su u interakciji tako da se njihovi efekti na ponašanje i zdravstveno stanje intenziviraju. Zloupotreba droga, civilno nasilje, nasilje nad ženama i djecom, s jedne strane, i zdravstveni problemi, kao što su kardiovaskularna oboljenja, karcinomi, dijabetes, depresija i anksioznost, s druge, predstavljaju jedne od vodećih javnozdravstvenih problema. Upravo s ovim problemima teže se boriti u uvjetima visoke nezaposlenosti, niskog dohotka, ograničenog obrazovanja, stresnih uvjeta rada, diskriminacije na osnovu spola, nezdravog načina života i kršenja ljudskih prava.

Promocija zdravlja često se indirektno definira ispitivanjem ideje 'zdravlje', iako je termin 'zdravlje', kao što smo vidjeli u prethodnom dijelu teksta, već sam po sebi sveobuhvatan i širok.

Praktičari i teoretičari u oblasti javnog zdravstva dijele dva osnovna koncepta promocije zdravlja.

Prvi koncept je zdravstveni koncept koji ima **bihevioralni pristup i usmjeren je na ljudsko ponašanje**. Unutar ovog koncepta vodeći zdravstveni problemi definiraju se u terminima bihevioralnih rizika faktora: **pušenje, loše navike vezane za ishranu, nedostatna fizička aktivnost, zloupotreba droga, nedostatak životnih vještina i slabi mehanizmi za suočavanje sa stresom**.

Osnovne strategije unutar ovog koncepta su: **edukacija za zdravlje-zdravstveni odgoj, socijalni marketing, zagovaranje/zastupanje za javne politike koje podržavaju izbor zdravih životnih stilova**.

Ciljne skupine za zadrvavstveno promotivne i zdravstveno odgojne intervencije su uglavnom visoko rizične skupine: **djeca i mlađi, osobe sa hroničnim oboljenjima, žene, vulnerabilne grupe**.

Kao akteri ovog pristupa posmatraju se: **zdravstveni radnici i ostali profesionalci u javnom zdravstvu, različite asocijacije profesionalaca u javnom zdravstvu, grupe/ NVO koje su formirane radi zagovaranja/zastupanja za unapređenje zdravlja i ,naravno, vlade**.

Drugi koncept je socio-okolinski ili strukturalni pristup. Prema ovom konceptu, zdravlje se promatra kao **pozitivno stanje u svjetlu povezanosti pojedinca s**

obitelji /prijateljima/zajednicom, odnosno kao mogućnost kontrole svakog pojedinca nad vlastitim životom, te sposobnost svakog pojedinca da utiče na zajednicu i socijalne strukture, a sve radi podrške humanom razvoju. Vodeći zdravstveni problemi unutar ovog koncepta zdravlja definiraju se u terminima psiho-socijalnih i socio-okolinskih rizičnih uvjeta, kao što su: siromaštvo, nejednakost u prihodima, socijalna izolacija, nedostatak društvene moći, zagađenja okoliša, rizični radni i životni uvjeti.

Osnovne strategije unutar ovog pristupa su: **razvoj malih grupa, razvoj zajednice, građenje koalicija, politička akcija i zagovaranje /zastupanje, socijalni razvoj i socijalne promjene.** Ovaj koncept usmjerava se **ka visoko rizičnim socijalnim uvjetima.** Generalni pristup ovom konceptu je strukturalan i usmjeren ka organizaciji zajednica i društva, razvoju pravednih socio-ekonomskih politika zasnovanih na etičkom konceptu ljudskih prava, jednakosti i solidarnosti. Akteri ovog pristupa su: profesionalci u javnom zdravstvu, civilno društvo, profesionalci u oblasti socijalnog, ekonomskog i organizacionog razvoja, politički pokreti i političke partije, kreatori politika i donosioci odluka.

2.5.Definicija zdravstvenog odgoja i promocije zdravlja

2.5.1 Zdravstveni odgoj/eduksacija za zdravlje (Health Education)

Zdravstveni odgoj sadrži svjesno kreirane prilike za učenje, koje uključuju određenu formu komunikacije za unapređenje 'zdravstvene pismenosti' podrazumijevajući povećanje stupnja znanja i razvijanja životnih vještina koje vode ka unapređenju zdravlja pojedinca i zajednice.

Zdravstveni odgoj/eduksacija za zdravlje nije samo vezana za komunikaciju i informacije nego uključuje jačanje motivacije, kao i usvajanje neophodnih vještina i samopouzdanja (samoefikasnost), za poduzimanje akcija radi unapređenja vlastitog zdravlja. Zdravstveni odgoj/eduksacija za zdravlje uključuje komunikaciju i informacije koje, pored ostalog, naglašavaju i socijalne, ekonomske i okolišne uvjete koji imaju utjecaj na zdravlje, kao i individualne riziko faktore uključujući i rizično ponašanje, kao i korištenje sistema zdravstvene zaštite.

U prošlosti termin zdravstveni odgoj/eduksacija za zdravlje koristio se i u definiranju širokog spektra akcija koje su uključivale i mobilizaciju i zagovaranje. Ove metode danas su integrativni dio definicije promocije zdravlja, stoga navedena definicija zdravstvenog odgoja za zdravlje naglašava razliku koja postoji u najnovijim definicijama zdravstvenog odgoja/eduksacije za zdravlje i promocije zdravlja.

2.5.2 Promocija zdravlja (Health Promotion)

Promocija zdravlja je proces koji omogućava ljudima da preuzmu kontrolu nad svojim zdravljem i da ga unaprijede.

Promocija zdravlja predstavlja sveobuhvatni socijalni i politički proces, a ne samo akcije usmjerene ka jačanju vještina i sposobnosti pojedinaca, nego i akcije

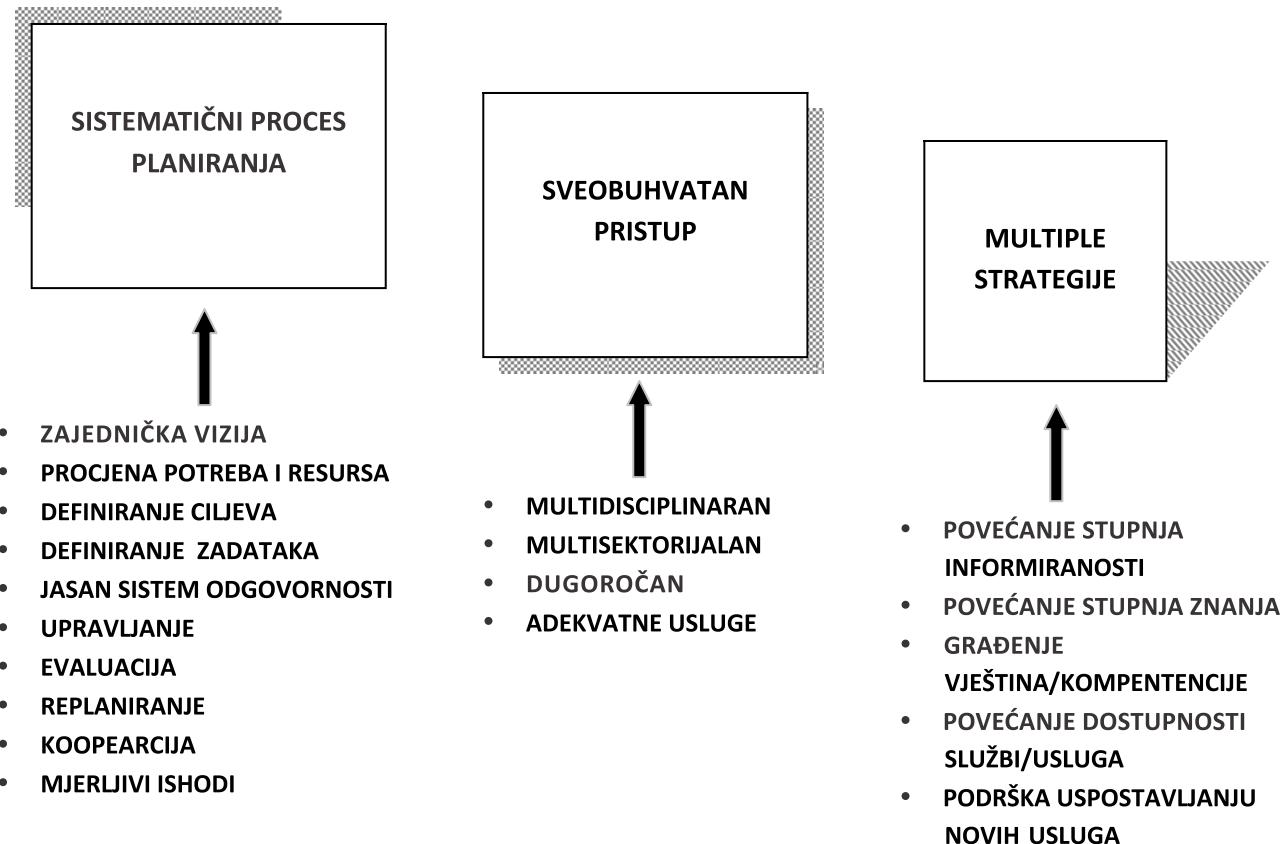
usmjereni ka promjenama socijalnih, ekonomskih i okolišnih uvjeta radi smanjenja njihovog negativnog utjecaja na zdravlje pojedinaca i zajednica. Promocija zdravlja je proces koji omogućava ljudima da povećaju kontrolu nad odrednicama zdravlja i time unaprijede svoje zdravlje. Aktivno učešće pojedinaca i zajednica u procesima donošenja odluka koje imaju utjecaj na njihovo zdravlje je osnova za akcije vezane za promociju zdravlja .

Slika 3. Model promocije zdravlja



Izvor: Kirsten, W. *Health promotion: an international phenomenon*. Washington DC, National Center for Health Fitness, American University.

KARAKTERISTIKE PROCESA PLANIRANJA ZDRAVSTVENO ODGOJNIH / ZDRAVSTVENO PROMOTIVNIH INTERVENCIJA



ULOGA JAVNOG ZDRAVSTVA U ZDRAVSTVENOM ODGOJU /PROMOCIJI ZDRAVLJA

- razvoj procesa zdravstvenog odgoja /promocije zdravlja: istraživanje, evaluacija zdravstveno odgojnih programa, razvoj teorijskih i metodoloških pristupa, profesionalizacija, osiguranje kvaliteta
- osiguranje informacija: izrada materijala, monitoring uspostavljenih modela komunikacije za zdravlje
- osiguranje usluga: podrška, davanje savjeta institucijama koje kreiraju i realiziraju zdravstveno odgojne /promotivne programe
- koordiniranje i usmjeravanje u procesima formiranja prioriteta,
- vođenje evidencije u oblasti zdravstveno odgojnog /preventivnog rada na određenom području
- uspostavljanje baze podataka za zdravstveno odgojne/promotivne intervencije
- uspostavljanje kontakta između onih koji rade na terenu i podrška harmonizaciji njihovih aktivnosti
- organizovanje profesionalne kontinuirane edukacije
- podrška u izradi i implementaciji politike kvaliteta u oblasti zdravstveno odgojnog /promotivnog rada
- evaluacija zdravstveno-odgojnih /promotivnih usluga, procesa i njihove djelotvornosti
- razvoj novih programa i projekata

3. EVIDENCIJE U ZDRAVSTVU I USVAJANJE PRAKTIČNIH VJEŠTINA IZ INFORMATIKE-rad u Word-u i Exel-u

Sabaha Dračić

3.1. Evidencije u oblasti zdravstva

Evidencije u oblasti zdravstva predstavljaju skupove ili zbirke podataka sa tačno utvrđenim definicijama koje služe kao izvor podataka za statistička istraživanja u oblasti zdravstva od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine.

Evidencije u oblasti zdravstva koriste se za:

- praćenje i proučavanje zdravstvenog stanja stanovništva,
- planiranje i programiranje zdravstvene zaštite,
- vođenje zdravstvene politike,
- provođenje statističkih i naučnih istraživanja,
- informisanje javnosti,
- izvršenje međunarodnih obaveza u oblasti zdravstva,
- druge službene svrhe,
- potrebe pojedinaca na koje se ti podaci odnose radi ostvarivanja njihovih prava u skladu sa zakonom.

Evidencije u oblasti zdravstva zasnivaju se na principima:

- relevantnosti,
- nepristrasnosti,
- pouzdanosti,
- pravomoćnosti,
- racionalnosti,
- konzistentnosti i
- povjerljivosti.

Svaki definisani podatak mora zadovoljiti jasno postavljene uslove koji se odnose na značaj tih podataka za zdravlje stanovništva i za zdravstveni sistem.

Radi obezbjeđenja jedinstvenog sistema statističkih istraživanja, pri vođenju evidencija primjenjuju se jedinstveni metodološki principi, statistički standardi (definicije, klasifikacije, nomenklature) i standardni postupci za oblikovanje i dostavljanje izvještaja.

Evidencije se vode upisivanjem podataka u osnovnu medicinsku dokumentaciju (individualni karton, registar, knjiga, historija bolesti, elektronski zapisi podataka i dr.) i druga sredstva za vođenje evidencije. **Vođenje medicinske dokumentacije i unos**

podataka u medicinsku dokumentaciju isključivo obavljaju zdravstveni radnici, zdravstveni saradnici i druge osobe koje u okviru svoje djelatnosti obavljaju poslove iz oblasti zdravstva.

Vodenje evidencije u oblasti zdravstva je sastavni dio stručnog medicinskog rada zdravstvenih ustanova, nosilaca privatne prakse i drugih osoba koje u okviru svoje djelatnosti obavljaju poslove iz oblasti zdravstva.

Prema Zakonu o evidencijama u oblasti zdravstva („Službene novine Federacije BiH“ br. 37/12) u oblasti zdravstva ustanovljeno je 26 evidencija. To su:

1. Evidencije o stanju i mjerama zaštite života i zdravlja ljudi u životnoj okolini
2. Evidencije o zdravstvenoj ispravnosti hrane i predmeta opće upotrebe
3. Evidencije o zdravstvenoj ispravnosti vode za piće, vode za dijalizu, ljekovitih voda i voda sportsko-rekreativnih bazena
4. Evidencije o posjetama i vrsti pruženih zdravstvenih usluga
5. Evidencije o utvrđenim oboljenjima, stanjima i povredama
6. Evidencije o preventivnim, sistematskim i periodičnim zdravstvenim pregledima stanovništva
7. Evidencije o oboljenjima od većeg socio-medicinskog značaja (maligna oboljenja, šećerna bolest, hronična bubrežna insuficijencija, hronične psihoze i kongenitalne anomalije)
8. Evidencije o zaraznim oboljenjima
9. Evidencije o imunizaciji protiv zaraznih oboljenja
10. Evidencije o poduzetim mjerama dezinfekcije, dezinsekcije i deratizacije
11. Evidencije o porođajima
12. Evidencije o prekidima trudnoće
13. Evidencije o djelatnostima u vezi s planiranjem porodice
14. Evidencije o radnim mjestima s posebnim uslovima rada
15. Evidencije o profesionalnim bolestima
16. Evidencija o povredama na radu
17. Evidencija o povredama u saobraćaju
18. Evidencije o prometu i potrošnji lijekova i medicinskih sredstava
19. Evidencija o prikupljanju, testiranju, preradi, čuvanju, distribuciji, izdavanju i upotrebi ljudske krvi i krvnih sastojaka
20. Evidencija u oblasti transplantacije organa, tkiva i ćelija u svrhu liječenja
21. Evidencija o prijemu i izdavanju opojnih droga
22. Evidencija o liječenim ovisnicima o psihohumanih supstancama (opojne droge, alkohol)
23. Evidencije o izvršenim obdukcijama
24. Evidencije o kadrovskoj strukturi u zdravstvenim ustanovama i privatnoj praksi
25. Evidencije o medicinskoj opremi
26. Evidencije u oblasti zdravstvenog osiguranja.

3.1.1 Osnovna medicinska dokumentacija

Osnovna medicinska dokumentacija koju koriste zdravstvene ustanove, nosioci privatne prakse, zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici prilikom pružanja zdravstvene zaštite predstavljaju osnovni izvor podataka za evidencije. Medicinska dokumentacija se vodi u pisanoj i elektronskoj formi. Osnovna medicinska dokumentacija sadrži podatke o pojedincu/pacijentu, podatke o zdravstvenoj zaštiti (datume posjete, lične, porodične, socijalne anamneze, poduzetih medicinskih mjera u procesu liječenja i rehabilitacije, privremene spriječenosti za rad, upućivanja na više nivoje zdravstvene zaštite i dr.) i druge podatke o zdravstvenoj zaštiti (nalazi i mišljenja).

U osnovnu medicinsku dokumentaciju spadaju:

- Zdravstveni karton pacijenta
- Karton obavezne imunizacije
- Protokol bolesnika
- Matična knjiga za osobe smještene u bolničke zdravstvene ustanove
- Historija bolesti
- Temperaturno-terapijsko-dijetetska lista
- Lista anestezije
- Otpusno pismo
- Lista kliničkog puta pacijenta
- Karton zdravstvene njage
- Karton polivalentne zdravstvene njage
- Karton akušerske zdravstvene njage i
- Knjige (knjiga evidencije zaraznih oboljenja, knjiga evidencije o proizvodnji, prometu ili potrošnji opojnih droga, knjiga evidencije o potrošnji opojnih droga u zdravstvenim ustanovama, knjiga evidencije o sterilizaciji).

Zdravstveni karton pacijenta je osnovna medicinska dokumentacija koja se otvara za svakog pacijenta prilikom prve posjete zdravstvenoj ustanovi primarnog nivoa zdravstvene zaštite/ili privatnoj praksi za koju se pacijent opredijelio po principu slobodnog izbora doktora medicine/doktora stomatologije. U slučaju promjene doktora medicine, zdravstvene ustanove ili mjesta stanovanja pacijenta **zdravstveni karton obavezno se dostavlja novoj zdravstvenoj ustanovi i privatnoj praksi službenim putem. Podatke u zdravstveni karton unosi isključivo ovlašteni doktor medicine/doktor stomatologije.**

Karton obavezne imunizacije je osnovna medicinska dokumentacija koja se otvara za djecu koja se obavezno vakcinišu, i to prilikom dobijanja prve vakcine i prati dijete do 18 godine života, odnosno do potpune provedbe programa obaveznih imunizacija protiv zaraznih bolesti.

Protokol bolesnika je osnovna medicinska dokumentacija koja se uspostavlja u zdravstvenim ustanovama i privatnoj praksi u slučaju da pacijent nije s tog mesta prebivališta, nalazi se na odmoru ili je na propusovanju (protokol prolaznika), zatim prilikom pružanja medicinskih intervencija u zdravstvenim ustanovama, kao što je davanje injekcija, previjanje, mala hirurgija i sl. (protokol intervencija), potom u hitnoj medicinskoj pomoći, u specijalističko-konsultativnim službama, u dijagnostičkim službama (protokol laboratorije), u svim bolnicama i stacionarima za ležeće bolesnike, prilikom kućnih posjeta zdravstvenih radnika, u slučaju pregleda osoba u svrhu izdavanja ljekarskih uvjerenja i pilikom operativnih zahvata. **Ovlašteni doktor medicine/doktor stomatologije unosi medicinske podatke o pacijentu, a lične podatke unosi zdravstveni tehničar/medicinska sestra.**

Matična knjiga za osobe smještene u bolničke zdravstvene ustanove predstavlja, također, osnovnu medicinsku dokumentaciju koju obavezno vode bolničke ustanove za pacijente koji se nalaze bilo na liječenju, rehabilitaciji ili se radi o porođaju.

Historija bolesti je osnovna medicinska dokumentacija koja se vodi u svim bolničkim zdravstvenim ustanovam za ležeće bolesnike i sadrži podatke o bolesti, načinu, trajanju i shodu liječenja, te o uzroku smrti u slučaju letalnog ishoda, a sačinjava je isključivo ovlašteni doktor medicine u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi.

Temperaturno-terapijsko-dijetetska lista je osnovna medicinska dokumentacija koju vode bolničke zdravstvene ustanove za svakog pacijenta na kojoj se evidentiraju vitalni parametri pacijenta (krvni pritisak, puls, tjelesna temperatura, terapija koja se daje pacijentu, te podaci o ishrani), a isključivo je **popunjava ovlašteni doktor medicine u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi**.

Lista anestezije je, također, osnovna medicinska dokumentacija koja se vodi za sve pacijente koji su primili anesteziju u zdravstvenoj ustanovi i mora da sadrži podatke o vrsti i količini anestezije, vremenu trajanja anestezije i samom toku anestezije i **isključivo je popunjava ovlašteni doktor medicine specijalista anestezije i reanimacije u toj zdravstvenoj ustanovi**.

Otpusno pismo, kao osnovnu medicinsku dokumentaciju, izdaje bolnička zdravstvena ustanova pacijentu koji se liječio u toj ustanovi, a sadrži otpusnu dijagnozu, sve postupke i terapiju koja se primjenjivala tokom liječenja, kao i preporuke za dalji tretman i **sačinjava ga ovlašteni doktor medicine u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi**.

Karton zdravstvene njege, karton polivalentne patronaže i karton akušerske zdravstvene njege, također, predstavljaju osnovnu medicinsku dokumentaciju koju vode izvršioci zdravstvene njege i akušerstva za sve provedene postupke za svakog pojedinačnog pacijenta.

Knjige evidencije, kao osnovna medicinska dokumentacija uspostavljaju se pri utvrđivanju određenih oboljenja, stanja i pružanja određenih zdravstvenih usluga (zarazne bolesti, proizvodnja i promet opojnih droga, sterilizacija, izdavanje lijekova koji sadrže psihoaktivne supstance itd.).

3.1.2 Obrasci za vođenje evidencija

U oblasti provođenja zdravstvene zaštite utvrđeni su, pored osnovne medicinske dokumentacije, i izvještajni obrasci i drugi pomoći obrasci za vođenje evidencija kao dijela medicinske dokumentacije. Izvještajni obrasci su:

- Individualni izvještajni obrasci,
- zbirni periodični izvještaji,
- pomoći obrasci.

3.1.2.1 Individualni izvještajni obrasci

U individualne izvještajne obrasce spadaju bolesničko-statistički list, prijave i drugi izvještajni obrasci. To su:

1. Bolesničko-statistički list
2. Prijave:
 - Prijava oboljenja-smrti od zaraznih bolesti
 - Prijava oboljelog od HIV/AIDS-a
 - Prijava oboljelog djeteta od HIV/AIDS-a
 - Prijava smrti oboljelog od HIV/AIDS-a
 - Prijava tuberkuloze
 - Prijava bolničke infekcije
 - Prijava/odjava epidemije zaraznih bolesti
 - Prijava postvakcinalne komplikacije
 - Prijava porođaja
 - Prijava prekida trudnoće
 - Prijava nesreće/povrede na poslu
 - Prijava profesionalne bolesti
 - Prijava privremene spriječenosti za rad
 - Prijava povrede u saobraćaju
 - Prijava oboljelog od maligne neoplazme
 - Prijava oboljelog od šećerne bolesti
 - Prijava oboljelog od hronične bubrežne insuficijencije
 - Prijava kongenitalne malformacije
 - Prijava oboljelog od hroničnih psihoza

- Prijava liječenih ovisnika od psihoaktivnih supstanci
- 3. Recepti
- 4. Uputnica specijalisti, nalaz i mišljenje
- 5. Uputnica u bolnicu
- 6. Uputnica u laboratoriju
- 7. Laboratorijski nalaz
- 8. Ljekarsko uvjerenje
- 9. Sanitarna knjižica
- 10. Zdravstvena knjižica

3.1.2.2. Zbirni periodični izvještaji

Zbirni periodični izvještaji su:

1. Izvještaj o organizacionoj strukturi, kadrovima i medicinskoj opremi ustanove
2. Izvještaj o radu službe porodične medicine
3. Izvještaj o sistematskim, preventivnim i periodičnim zdravstvenim pregledima stanovništva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
4. Izvještaj o radu specijalističko-konsultativnih službi
5. Izvještaj o radu bolničkih zdravstvenih ustanova
6. Izvještaj o izvršenim obdukcijama u bolničkim zdravstvenim ustanovama
7. Izvještaj o radu službe za zaštitu zdravlja usta i zuba
8. Izvještaj o radu službe medicine rada
9. Izvještaj o radu službe za zaštitu zdravlja predškolske djece
10. Izvještaj o radu službe za zaštitu zdravlja školske djece
11. Izvještaj o izvršenim sistematskim pregledima predškolske i školske djece
12. Izvještaj o radu službe za zaštitu reproduktivnog zdravlja žena
13. Izvještaj o provođenju preventivnih pregleda žena
14. Izvještaj o radu službe za liječenje tuberkuloze
15. Izvještaj o radu centra za mentalno zdravlje
16. Izvještaj o radu centra za fizikalnu rehabilitaciju
17. Izvještaj o radu higijensko-epidemiološke službe
18. Izvještaj o radu polivalentnih patronažnih sestara
19. Izvještaj o radu u hitnoj medicinskoj pomoći
20. Izvještaj o radu službe za transfuziju krvi
21. Izvještaj o radu centra za dijalizu
22. Izvještaj o radu laboratorija (vanbolničke i bolničke)
23. Izvještaj o bakteriološko-parazitološko-serološkoj laboratoriji
24. Izvještaj o potrošnji lijekova i medicinskih sredstava
25. Izvještaj o radu apoteka
26. Izvještaj o zdravstveno-higijenskoj ispravnosti vode za piće

27. Izvještaj o zdravstvenoj ispravnosti vode za dijalizu
28. Izvještaj o zdravstvenoj ispravnosti hrane i predmeta opće upotrebe
29. Izvještaj o zdravstvenim uslugama u službi za radiologiju
30. Izvještaj o oboljenjima i stanjima utvrđenim u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
31. Izvještaj o oboljenjima i stanjima utvrđenim u službi za zaštitu reproduktivnog zdravlja žena
32. Izvještaj o oboljenjima, stanjima i povredama utvrđenim u bolničkim zdravstvenim ustanovama
33. Izvještaj o trajanju privremene spriječenosti za rad
34. Izvještaj o obračunu sredstava u zdravstvu; izvještaj o ukupnim sredstvima ostvarenim i utrošenim za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja i izvještaj o obračunu sredstava Fonda solidarnosti Federacije BiH po namjenama
35. Druge prijave i izvještaji za koje Federalno ministarstvo utvrdi da su značajni za vođenje zbirki podataka.

3.1.2.3 Pomoćni obrasci za vođenje evidencija

Pomoćni obrasci služe za sastavljanje zbirnih periodičnih izvještaja i predstavljaju vezu između osnovne medicinske dokumentacije i zbirnih periodičnih izvještaja. Pomoćni obrasci za vođenje evidencija su:

- **Dnevna evidencija o posjetama i pregledima**
- **Tekuća evidencija o utvrđenim oboljenjima, stanjima i povredama**
- **Dnevna evidencija o kretanju bolesnika u bolničkim zdravstvenim ustanovama**

3.1.3 Prikupljanje, dostavljanje i čuvanje podataka

Zdravstvene ustanove i privatna praksa su izvještajne jedinice koje su dužne kontinuirano prikupljati i obrađivati podatke o pojavama, oboljenjima i stanjima koja su predmet evidencija u oblasti zdravstva (26 evidencija) i izvještavati zavode za javno zdravstvo. Zavodi za javno zdravstvo i zavodi zdravstvenog osiguranja mogu sakupljati i druge podatke u vezi sa zdravstvenom zaštitom stanovništva i zdravstvenim osiguranjem, a zdravstvene ustanove i nosioci privatne prakse dužni su tada dostaviti takve tražene podatke ovim ustanovama.

Na lične podatke sadržane u evidencijama u oblasti zdravstva pri prikupljanju, obradi i njihovom dostavljanju, primjenju se odredbe iz Zakona o zaštiti ličnih podataka („Službeni glasnik BiH“, br. 49/06 i 76/11), tako da je zagarantovana tajnost podataka iz medicinske dokumentacije pacijenata koji se obrađuju i dostavljaju za individualne i zbirne periodične izvještaje. Zdravstvene ustanove i nosioci privatne prakse koji vode medicinsku dokumentaciju dužni su čuvati medicinsku dokumentaciju

pacijenata od neovlaštenog pristupa, kopiranja i zloupotrebe neovisno o obliku u kojem su podaci iz medicinske dokumentacije sačuvani (pisani ili elektronski).

Obaveze čuvanja tajnosti podataka zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici mogu biti oslobođeni samo ako postoji pisani ili drugi jasno i nedvosmisleno izrečeni pristanak pacijenata ili na zahtjev tužilaštva, odnosno suda u sudskom postupku.

Medicinska dokumentacija čuva se 10 godina od posljednjeg unosa podataka, osim stomatološkog kartona koji se čuva trajno.

3.1.4 Nadzor

Nadzor nad provođenjem evidencija u oblasti zdravstva ima zdravstvena inspekcija, a zdravstveno-inspekcijski nadzor obavljaju kantonalni i federalni zdravstveni inspektori. Zdravstvena inspekcija prati i proučava prikupljanje, obradu, korištenje, zaštitu i čuvanje podataka iz evidencija, te nadzire zakonitost rada zdravstvenih ustanova i privatne prakse, zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika u oblasti vođenja evidencija.

Prilikom vršenja zdravstveno-inspekcijskog nadzora zdravstveni inspektor ima pravo i obavezu narediti vođenje propisanih evidencija i medicinske dokumentacije zdravstvenim ustanovama i nosiocima privatne prakse ukoliko oni ne vode propisane evidencije u oblasti zdravstva.

3.1.5 Kaznene odredbe

Kaznene odredbe vezane za vođenje propisanih evidencija u oblasti zdravstva definisane su Zakonom o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH,“ br. 46/10) i Zakonom o evidencijama u oblasti zdravstva („Službene novine Federacije BiH,“ br. 37/12).

Prema ovim zakonima, novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 KM do 15.000,00 KM zdravstvena ustanova i pravno lice bit će kažnjeni ukoliko ne vode medicinsku dokumentaciju o osobama kojima se pruža zdravstvena zaštita i ne dostavljaju odgovarajuće izvještaje u tačno propisanoj formi i sadržaju i u propisanim rokovima za dostavljanje izvještaja.

4. ZDRAVSTVENA STATISTKA I ZDRAVSTVENI INFORMACIONI SISTEM

Sabaha Dračić

4.1. Statistika

Statistika je grana nauke koja se bavi prikupljanjem, analizom i tumačenjem podataka različitog tipa posmatranjem masovnih pojava. **Statistički skup ili statistička masa** predstavlja skup pojava koje su predmet statističkog posmatranja. Osnovni element statističkog skupa je **statistička jedinica**, a **statistički podaci su izmjerena i opažena svojstva pojedinih statističkih jedinica u statističkom skupu nad kojim se posmatraju izabrane pojave**. Na primjer, statistički skup su prijavljena lica oboljela od zaraznih oboljenja, a statistička jedinica su bolesnici oboljeli od zaraznih oboljenja, ali svaka od ovih statističkih jedinica, odnosno bolesnika oboljelih od zaraznih oboljenja međusobno se razlikuju po mnogim obilježjima/karakteristikama, kao što je spol, starost, obrazovanje, zanimanje, zaposlenost, mjesto prebivališta, vrsta zarazne bolesti od koje su oboljeli, ishod liječenja, trajanje bolesti, kućno ili bolničko liječenje itd.

Statistička masa može biti konačna, kada su sve jedinice statističkog skupa obuhvaćene statističkim posmatranjem, tzv. **totalno posmatranje** (npr. broj hospitaliziranih bolesnika u toku kalendarske godine). Međutim, ukoliko je **statistički skup beskonačan** i ne mogu se posmatrati sve statističke jedinice unutar tog statističkog skupa, onda se unutar takvog statističkog skupa vrši **djelomično posmatranje**. Dio statističkog skupa izabran za posmatranje naziva se **statistički uzorak**, a posmatranjem statističkih jedinica u izabranom uzorku želi se što preciznije i što pouzданije ocijeniti statistički skup iz kojeg potiče izabrani uzorak. Zbog toga izabrani uzorak treba da bude **reprezentativan**, odnosno da predstavlja osnovne karakteristike statističkog skupa iz kojeg potiče.

Statističke metode su:

1. deskriptivna statistika
2. inferencijalna statistika.

Deskriptivna statistika se bavi prikupljanjem podataka, njihovim grupisanjem, tabelarnim i grafičkim prikazivanjem, izračunavanjem raznih brojčanih pokazatelja/indikatora koji izražavaju karakteristike posmatrane pojave i svi rezultati se odnose na analizirani skup podataka.

Inferencijalna statistika obuhvata skup postupaka kojima se na osnovu rezultata iz uzorka donose zaključci, odnosno procjenjuju se parametri/indikatori ili se testiraju statističke hipoteze.

4.2. Zdravstvena statistika

Zdravstvena statistika je grana statistike koja se bavi prikupljanjem, obradom i tumačenjem podataka o zdravstvenom stanju stanovništva, kadrovima, mreži, kapacitetima i radu zdravstvenih ustanova. Zdravstvena statistika je važna za kreiranje zdravstvenih politika i planiranja u zdravstvu, naročito u pogledu resursa, njihovog razvoja i raspodjele, zatim za monitoring zdravstvenih usluga i zdravstvenih programa i evaluaciju zdravstvenog stanja stanovništva. Osnovne komponente zdravstvene statistike su:

- Prikupljanje podataka
- Kontrola podataka
- Obrada podataka
- Publikovanje podataka
- Pohranjivanje podataka

4.2.1. Prikupljanje podataka

Prikupljanje podataka se vrši vođenjem evidencija po jedinstvenim statističkim standardima i metodološkim principima, a što predstavlja bazu za zdravstveni informacioni sistem. Za sprovođenje statističkih istraživanja, odnosno za prikupljanje podataka koristi se više načina/metoda. To su:

- Statistički popis (census)
- Tekuće registracije
- Ankete.

Statistički popis predstavlja kompletno prikupljanje podataka u cijelokupnoj masi koja se statistički posmatra i u određenom vremenu. Statistički popis daje podatke o određenoj pojavi/pojavama u statističkoj masi samo u vrijeme popisa, kao što su: popis stanovništva, popis zdravstvenog kadra, utvrđivanje broja bolesnika u datom momentu itd. Vremenska tačka u kojoj se vrši popis naziva se **kritičnim vremenom popisa**. **Podaci dobijeni putem statističkog popisa su najprecizniji, najpouzdaniji, ali ovaj način predstavlja najskuplji način prikupljanja podataka, a uslijed promjena u statističkoj masi u određenom periodu, podaci dobijeni na ovaj način brzo zastarijevaju.**

Tekuće registracije predstavljaju stalno prikupljanje podataka bez obzira na dinamiku promjena u statističkoj masi koja se posmatra, odnosno dinamiku promjena u sprovođenju određenih statističkih istraživanja. Tekuće registracije obuhvataju: broj rođenih, broj umrlih, broj oboljelih, broj liječenih, broj posjeta, broj postelja itd.

Ankete služe za povremeno prikupljanje podataka o nekoj posebnoj pojavi za koje se ne prikupljaju podaci popisom ili tekućom registracijom (npr. anketa o ishrani stanovništva, anketa o higijenskim prilikama). Ovaj način (metod) prikupljanja podataka poznat je kao metod „Health survey study“ ili „Health interview survey“. Znatan broj međunarodno prihvaćenih zdravstvenih indikatora zahtijeva podatke dobijene putem ankete/survey studija.

Izvori statističkih podataka u zdravstvu su:

- Zvanična registarcija pojava koja se vodi prema zakonu (rađanje, umiranje)
- Zdravstvene ustanove
- Specijalna istraživanja („Health survey study“ ili „Health interview survey“).

Podaci iz zdravstvenih ustanova (podaci o kadru, podaci o radu, podaci o broju postelja, podaci o broju ispisanih bolesnika, podaci o broju b.o. dana) **dobiju se iz zbirnih periodičnih izvještaja tromjesečnom dinamikom**. Statistički podaci iz zbirnih periodičnih izvještaja zasnovani su na podacima iz tekuće evidencije, odnosno dnevne evidencije o posjetama i pregledima, te dnevne evidencije o tvrđenim oboljenjima, stanjima i povredama, te dnevne evidencije o kretanju bolesnika u bolničkim zdravstvenim ustanovama.

Zbirni periodični izvještaji su jednoobrazni po sadržaju i konstrukciji tabela, ne smiju se proizvoljno mijenjati od strane ustanova i dostavljaju se nadležnim zavodima za javno zdravstvo u tačno određenim rokovima. Izvještaji predstavljaju dokumente kojim se prezentira obim, vrsta i kvalitet rada zdravstvenih ustanova i treba da budu potpisani od strane osobe koja je sastavila izvještaj i koja svojim potpisom potvrđuje ispravnost i tačnost podataka u izvještaju, kao i od strane šefa službe koji potvrđuje vjerodostojnost podataka.

4.2.2. Kontrola podataka

U statističkom posmatranju često sejavljaju greške. Najčešće greške u statističkom posmatranju nastaju zbog:

- Lošeg uputstva
- Nedovoljno stručnog osoblja koje prikuplja podatke/nemarnog i površnog rada
- Loše organizacije samog statističkog posmatranja

Pogrešan izvještaj se ne može koristiti sve dok se greške ne isprave, pa se vrši **kontrola obuhvata, odnosno kompletnosti primljenih izvještaja i kontrola mogućih grešaka** u izvještajima.

Greške koje se najčešće uočavaju u izvještajima su:

- Formalne
- Računske

- Logičke

Formalne greške su greške koje krše samu formu izvještaja, kao što su: neispunjene pojedine rubrike u tabelama ili nepotpuno ispunjen izvještaj.

Računske greške su rezultat pogrešnih računskih operacija, kao što je sumiranje podataka, izračunavanje relativnih brojeva i drugih statističkih veličina.

Logičke greške su greške u izvještaju koje nemaju logiku i absurdne su, kao što su: broj muškaraca koji su abortirali, broj žena oboljelih od adenoma prostate, broj djece oboljele od neke hronične bolesti ili povreda (povreda u sportu kod djece ispod jedne godine života) ili bolesti za koju se zna da obolijevaju samo odrasle osobe, zatim određeni broj kontrolnih pregleda poslije sistematskih ili periodičnih pregleda, pri čemu je broj tih istih sistematskih ili periodičnih pregleda nula.

4.2.3. Obrada podataka

Poslije kontrole obuhvata i pronalaženja mogućih grešaka koje su korigovane pristupa se **statističkoj obradi podataka koja obuhvata grupisanje podataka** (najčešće prema starosti i spolu, prema dijagnozama itd.), **šifriranje (kodiranje)**, **zatim računske radnje** (prebrojavanje, sumiranje itd.), te **tabelarno i grafičko prikazivanje podataka**.

Šifriranje (kodiranje) predstavlja označavanje određenom oznakom pojedinačnih obilježja i pojedinačnih statističkih jedinica posmatrana. Šifriranje može biti prema redoslijedu brojeva (npr. za obilježje „spol“ šifra za muški je „1“, a za ženski „2“) i alfanumeričko šifriranje koje koristi kombinaciju slova i brojeva za šifriranje (npr. 10.MKB).

Tabeliranje je postupak kojim se podaci svrstavaju u redove i kolone tabela i predstavlja sistematski pregled brojčanih podataka o obilježjima posmatrane statističke mase. Tabelarnim prikazivanjem podataka se olakšava praćenje statističkih podataka a time i tumačenje i zaključci o pojavama koje ti podaci predstavljaju. Tabela predstavlja mrežu ukrštenih vertikalnih i horizontalnih linija. Verikalne linije čine „kolone“, a horizontalne linije čine „redove“ u tabelama. U prvu kolonu i prvi red se stavljaju kvantitativna ili kvalitativna obilježja. Prva kolona u tabeli se naziva „predkolona“, prvi red u tabeli se naziva „zaglavje tabele“, a zadnji red i kolona u tabeli se naziva zbirni red, odnosno zbirna kolona. Tabele mogu biti **izvještajne/obradne tabele** i sadrže sve prikupljene podatke, **publikacione tabele** služe za sistematsko prikazivanje statističkih podataka i objavljaju se u godišnjacima i biltenima i **analitičke tabele**, koje sadrže dio uređenih podataka izdvojenih za određenu analizu, odnosno sadrže relativne brojeve i obično su sastavni dio pismenih analiza i studija. Tabele se dijele na:

- **Jednostavne** (sadrže jedan statistički niz)

- **Skupne** (sadrže dva niza ili više statističkih nizova)
- **Kombinirane** (prikazani podaci su grupisani istovremeno prema dva ili više obilježja).

Grafičko prikazivanje statističkih podataka omogućava da podaci prikazani u tabeli budu razumljiviji i pregledniji. Vrste grafikona koji se najčešće koriste su:

Uspravni stubičasti grafikon, koji se koristi za prikazivanje promjene podataka za određenu pojavu tokom određenog perioda ili za komparaciju podataka.

Vodoravni stubičasti grafikon koji se koristi za prikazivanje promjene podataka za određenu pojavu tokom određenog perioda ili za komparaciju podataka.

Histogram je grafikon koji se koristi za prikazivanje podataka za određenu pojavu za različit period na određenom području (npr. broj živorođenih u periodu od 5 godina u određenoj općini), a stupci histograma se dodiruju.

Linijski grafikon, koji se koristi za prikazivanje promjene podataka za određenu pojavu u vremenu kada se želi pratiti kontinuitet kretanja te pojave, odnosno za prikazivanje trendova određenih pojava

Kružni grafikon, koji se koristi za prikazivanje djelomičnih vrijednosti određene cjeline kao dijela kruga, odnosno za prikazivanje strukturnog sastava određene cjeline.

U Federaciji BiH Zakonom o statistici se uređuje organizacija i rad statističke djelatnosti u Federaciji Bosne i Hercegovine, provođenje Programa statističkih istraživanja od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine, metodološka i organizacijska osnova statističkih istraživanja: prikupljanje, obrada, čuvanje, zaštita, analiza i diseminacija statističkih podataka.

Plan provođenja statističkih istraživanja od interesa za Federaciju BiH iz oblasti zdravstvene zaštite obuhvata 18 statističkih istraživanja. Nositelj ovih aktivnosti je Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH, a izveštajne jedinice su zdravstvene ustanove u javnom i privatnom sektoru, druge ustanove koje obavljaju zdravstvenu djelatnost ili vrše pregled životnih namirnica, predmeta opće upotrebe i sredstava za ličnu higijenu. Statistička istraživanja koja se provode u Federaciji BiH u okviru Plana provođenja statističkih istraživanja od interesa za Federaciju BiH su:

1. Izvještaj o prijavljenim slučajevima zaraznih bolesti
2. Izvještaj o obaveznim imunizacijama protiv zaraznih bolesti
3. Izvještaj o liječenju bolesnika u službi za stacionarno liječenje
4. Prijava pobačaja
5. Prijava porođaja
6. Izvještaj o radu u zdravstvenim ustanovama
7. Izvještaj o radu apoteka

8. Izvještaj o oboljenjima od tuberkuloze po prijavi oboljenja
9. Izvještaj o oboljenjima, stanjima i povredama utvrđenim u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
10. Izvještaj o zdravstvenoj ispravnosti životnih namirnica i predmeta opće upotrebe
11. Izvještaj o liječenim ovisnicima
12. Izvještaj o organizacionoj strukturi i kadrovima zaposlenim u zdravstvenim ustanovama
13. Tromjesečni izvještaj o nesrećama na poslu
14. Godišnji izvještaj o nesrećama na poslu
15. Prijava profesionalne bolesti, osobe oboljele ili oštećene od profesionalne bolesti
16. Prijava maligne neoplazme
17. Izvještaj o zaštiti od jonizirajućeg zračenja i radijacionoj sigurnosti
18. Prijava šećerne bolesti.

4.3. Demografska statistika

Seniha Čelik

Statistika u zdravstvenoj zaštiti povezana je i s drugim statistikama, a posebno s demografskom statistikom. Uska povezanost zdravstvene i demografske statistike očituje se u ukupnom kretanju stanovništva (vitalno i mehaničko kretanje stanovništva) na određenom području.

4.3.1. Pojam i predmet demografije

Demografija je nauka o stanovništvu koja istražuje i proučava zakonitosti i pravilnosti u kretanju stanovništva, ustanavljuje kakve su vrste te zakonitosti, njihovo kvantitativno i kvalitativno djelovanje i utvrđuje međusobne odnose kretanja stanovništva s drugim društvenim i ekonomskim pojavama. Pojam i naziv demografija (grč. *demos*–narod, *graphein*–opisati) prvi je u literaturi uveo A.Guillard (1799-1876) u djelu *Elementi humane statistike ili komparativna demografija* (1855). Guillard je demografiju definisao kao „prirodnu i društvenu nauku ljudske vrste“, a u užem smislu kao „matematičko znanje o stanovništvu, o njegovim općim kretanjima, o njegovom fizičkom, građanskom, intelektualnom i moralnom stanju“.

Drugi autori davali su najčešće užu definiciju i po njihovom stanovištu predmet demografije obuhvaća brojnost i prostorni raspored stanovništva, prirodno kretanje stanovništva (natalitet, mortalitet), mehaničko (migracijsko) kretanje stanovništva, kao i starosno-spolnu strukturu stanovništva.

Po današnjem širem gledištu demografija izučava kretanje stanovništva (prirodno i mehaničko), razmještaj i druge pojave, kao i strukturu stanovništva (biološka, socio-ekonomска, ekološka, kulturna, intelektualna), a naročito njihovu međusobnu povezanost i zavisnost.

Predmet demografije je stanovništvo koje živi na nekoj teritoriji i koje se mijenja u pogledu svojih obilježja po zakonomjernostima svojstvenim za izvjesno istorijsko razdoblje. Demografija se bavi projekcijama i prognozama stanovništva, što je naročito značajno za vođenje i planiranje politika u oblasti privrede, zdravstva, prosvjete, socijalne zaštite i osiguranja, kao u i mnogim drugim oblastima (zaposlenost, prostorno i urbanističko planiranje itd.).

Posebna grana statistike koja je primijenjena na demografske pojave i procese naziva se **demografska statistika**. Demografska statistika proučava specifičnosti u pogledu prikupljanja podataka o stanovništvu, i to :

- a) posebno metode popisivanja stanovništva, organizaciju statističke službe u vezi s provođenjem popisa, statistiku prirodnog kretanja stanovništva,

- statistiku migracija, provođenje anketa o ukupnom stanovništvu ili pojedinim skupinama stanovništva,
- b) demografska obilježja stanovništva i klasifikacije,
 - c) problematiku obrade i prezentiranja podataka o stanovništvu.

Demografska istraživanja imaju tri etape istraživanja, i to:

- a) prikupljanje i sređivanje podataka,
- b) analizu (numerička) tih podataka,
- c) istraživanje uzročno–posljedičnih odnosa i veza (kauzalno istraživanje).

4.3.2. Izvori podataka o stanovništvu

Za demografska istraživanja od prvorazrednog su značaja raspoloživi izvori podataka o stanovništvu. Razlikuju se sljedeći izvori tih podataka:

- 1) popisi stanovništva,
- 2) knjige, tzv. demografske (vitalne) statistike,
- 3) posebne statističke publikacije o pojedinim relevantnim skupinama stanovništva,
- 4) ankete o stanovništvu,
- 5) razni upravni i drugi registri pri pojedinim državnim i društvenim službama.

1) Popis stanovništva je najveće statističko istraživanje jedne države kojim se prikupljaju, obrađuju i objavljaju podaci o stanovnicima i domaćinstvima/kućanstvima. Cilj svakog popisa je ustanoviti broj stanovnika, ukupno za cijelu državu i po svim teritorijalnim nivoima: naseljima, općinama, gradovima i kantonima. Osim broja i prostornog rasporeda, popis stanovništva osigurava podatke o demografskim, etničkim, obrazovnim, ekonomskim, migracijskim i drugim obilježjima stanovnika, kao i o broju domaćinstava/kućanstava, obitelji i njihovim karakteristikama, te podatke o stambenom fondu i njegovim karakteristikama.

Iako su se popisi sprovodili još u dalekoj prošlosti (najstariji popis u Kini oko 2000 prije Krista), historija savremenih popisa datira od popisa u Belgiji 1846.godine, a vezuje se za statističara Adolfa Quetleta, koji se smatra tvorcem modernih popisa.

Svi savremeni popisi imaju zajednička obilježja, i to:

- a) popis u pravilu obuhvata cjelokupno stanovništvo jednog teritorija,
- b) popisom se dobiju podaci neposredno od stanovništva,
- c) popisi daju iscrpan pregled podataka o stanovništvu i njegovim obilježjima, a odnose se na određeni trenutak, tzv. kritični trenutak,
- d) kako je nemoguće sve stanovništvo popisati u kritičnom trenutku, u Uputama o provođenju popisa se određuje tzv. „vrijeme popisivanja“,

- e) popisi se provode svakih desetak godina, u čemu se izražava periodičnost popisa.

Najstariji popis stanovništva Bosne i Hercegovine datira još sa samog početka sedamnaestog stoljeća, a sproveden je u vrijeme turske vladavine balkanskim zemljama. Ovi popisi – defteri su rađeni po sandžacima, tadašnjim upravnim jedinicama, a nalaze se u Državnom arhivu Republike Turske, svrstani kao Tapu defteri. Prvi popis stanovništva u Bosni i Hercegovini je izvršen 1879. godine od strane austro-ugarskih vlasti. Posljednji popis stanovništva u našoj zemlji izvršen je 1991.godine.

2) Osnovni izvor podataka o vitalnim događajima (rođenje, smrt, vjenčanje, razvod braka) daju knjige demografske (vitalne) statistike. One predstavljaju sistem tekuće statistike, tj. kontinuiranog praćenja podataka o navedenim vitalnim događajima za ukupno stanovništvo na bazi podataka iz tzv. matičnih knjiga. Posebne obrasce (formulare) o rođenju, smrti, vjenčanju popunjavaju matičari i upućuju ih statističkim zavodima na dalju obradu i publikaciju.

3) Izvori podataka o stanovništvu su i oni podaci koji se odnose na specifične segmente stanovništva ili različita područja društvenog života stanovništva, a objavljaju se u posebnim publikacijama, priopćenjima, biltenima i sl. Tako, na primjer, postoji statistika o zaposlenom osoblju o onom dijelu radne snage, odnosno aktivnih stanovnika koji se nalaze u radnom odnosu, školsku statistiku o svim licima koja se školju, zdravstvenu statistiku o svim licima koja su bila na liječenju u bolnicama i drugim zdravstvenim institucijama, ambulantama, poljoprivrednu statistiku o radnoj snazi unutar poljoprivrednog stanovništva itd.

4) Ankete o stanovništvu (na primjer, antropometrijska mjerenja, sociološke ankete, ankete o životnom standardu, ispitivanja strukture potrošnje, strukture ishrane itd.) takođe su bogat izvor podataka o stanovništvu, porodicama i domaćinstvima.

Razne ankete stavova i mišljenja stanovništva o raznim problemima, kojima se često obuhvataju i pitanja koja su značajna za demografsku analizu (na primjer, o "idealnoj" ili željenoj veličini porodice, o profesionalnoj orientaciji omladine).

Ankete kojima se ispituju dublji problemi u vezi s fertilitetom stanovništva, njegovom uslovljenošću raznim faktorima, dubinske ankete drugih demografskih pojava (smrtnost, migracije, divorcijalitet, nupcialitet itd.)

5) Posljednju grupu podataka o stanovništvu čine razni registri u kojima se vodi evidencija o pojedinim događajima iz života pojedinaca. Takvi podaci se nalaze u arhivama, u matičnim uredima, u dokumentima i materijalima raznih bioloških, medicinskih, genetskih i drugih ispitivanja i analiza.

Studije i analize drugih naučnih područja koja tretiraju problematiku stanovništva ili njegovih grupa (etnologija, antropologija, sociologija, ekonomija itd.) također mogu da budu izvori podataka o stanovništvu.

4.3.3. Struktura stanovništva

Struktura stanovništva je odnos jednog dijela stanovništva naspram drugog.

Biološka struktura stanovništva

Pod biloškom strukturom stanovništva podrazumijevamo njegov sastav po spolu i starosti-životnoj dobi.

Starost (uzrast) jedno je od osnovnih obilježja koja se posmatraju prilikom izučavanja strukture stanovništva. Riječ je o kalendarskoj ili hronološkoj starosti. Obilježje starosti značajno je gotovo za sva demografska istraživanja, naročito za ispitivanje mortaliteta, fertiliteta, nupcijaliteta (sklapanje brakova), divorcijaliteta (razvoda brakova), ali i za mnoga druga ispitivanja, na primjer ispitivanja morbiditeta (obolijevanja), profesionalnog traumatizma, radne sposobnosti, invaliditeta, planiranje i ocjene kvaliteta zdravstvene zaštite i dr. Obilježja starosti ima osobit značaj i za ispitivanje sastava stanovništva po mnogim drugim karakteristikama: struktura stanovništva po starosti i zanimanju, po obrazovanju i starosti itd.

Starost se izražava obično u godinama, čak i u mjesecima i danima (za dojenčad i za umrlu djecu). Najdetaljnije klasifikacije po obilježju "starost" su:

- navršene godine starosti (0,1,2. . .99,100 i više);
- godine rođenja (2008, 2007. . .)

Pored navedenih, u demografskoj statistici i analizi upotrebljava se i klasifikacija starosti po petogodišnjim grupama (0 – 4; 5 – 9; 10 – 14; . . . 60 – 64,85 i više godina).

U općim demografskim analizama često se upotrebljavaju sažete klasifikacije, naročito po velikim starosnim grupama: 0 – 14 godina , 15 – 64 godina i 65 i više godina.

Utvrđivanje biološkog tipa stanovništva na osnovu tri starosne grupe opisao je Sundberg i, prema njegovom stanovištu **tip stanovništva može biti progresivan, stacionaran i regresivan** u zavisnosti od udjela starosnih grupa u ukupnom stanovništvu.

Tabela 1. Biološki tipovi stanovništva u odnosu na procentne odnose starosti stanovništva

Biološki tip stanovništva	Stanovništvo 0-14 god. (%)	Stanovništvo 15-49 god. (%)	Stanovništvo 50 god.i> (%)
Progresivno	40	50	10
Stacionarno	26,5	50,5	23
Regresivno	20	50	30

Izvor: A. Wertheimer-Baletić, Stanovništvo i razvoj, Zagreb 1999., str. 366.

U stanovništvu ne postoji decidna procentualna zastupljenost ovih grupa, tako da postoje prelazi iz jednog tipa u drugi, npr: progresivno- stacionarni tip ili stacionarno-regresivni tip stanovništva. Stanovništvo u BiH pripada stacionarno-regresivnom tipu stanovništva.

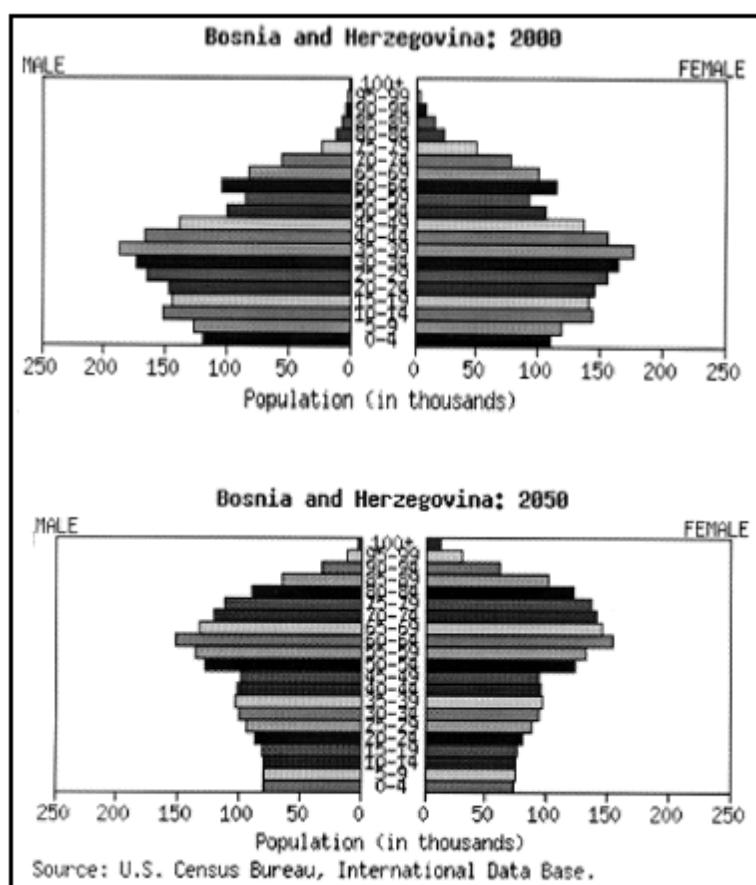
Prema klasifikaciji UN, na osnovu utvrđivanja procentualnog odnosa stanovništva starog 65 i više godina u ukupnom broju stanovništva, utvrđeni su kriterijumi za **ocjenu starosti stanovništva**.

Tabela 2. Klasifikacija za procjene starosti stanovništva

Kriterijum ocjene starosti stanovništva	Procenat stanovništva starog od 65 godina i više u ukupnom broju stanovništva
Mlado stanovništvo	<4%
Zrelo stanovništvo	4%-6%
Staro stanovništvo	6%-10%
Vrlo staro stanovništvo	>10%

Starosna struktura stanovništva grafički se prikazuje u vidu piramide starosti-drvo života (arbor vitae), gdje se dvostrukim histogramom ilustruje udio muškog i ženskog stanovništva prema starosnim kategorijama.

Slika 1. Dobno-spolna piramida BIH za 2000-2050.god. (Prema: US Census Bureau)



4.3.4. Kretanje stanovništva-prirodno i mehaničko kretanje

Kretanje stanovništva podrazumijeva promjene ukupnog broja stanovnika na određenom području i u određenom vremenu (npr. promjene između dva popisa stanovništva).

Ukupno kretanje stanovništva sastoji se i zavisi od prirodnog (natalitet, mortalitet) i mehaničkog (migracijskog) kretanja stanovništva. Na promjene u strukturi i broju stanovništva, osim komponenti prirodnog i mehaničkog kretanja stanovništva, mogu

uticati i tzv. vanjski činioci kao što su ratovi, prirodne katastrofe (potresi, poplave), epidemije i dr.

Ukupno kretanje stanovništva na jednom području može rezultirati porastom stanovništva, stagnacijom broja stanovnika ili smanjenjem broja stanovnika (depopulacijom). Natalitet i imigracija čine pozitivne komponente ukupnog kretanja stanovništva, jer zajednički djeluju u smjeru porasta populacije, dok mortalitet i emigracije čine negativnu komponentu ukupnog kretanja stanovništva, jer zajednički djeluju u smjeru smanjenja broja stanovnika.

Vitalna statistika proučava promjene u prirodnom kretanju stanovništva. Sistem vitalne statistike definira se kao ukupan proces prikupljanja podataka pri tzv. građanskim evidencijama (administrativni izvori podataka-matične knjige) ili popisivanju koje se odnosi na specifične vitalne događaje, zavisno od zakonodavstva pojedine države (rođenja, posvojenja, vjenčanja, razvoda ili poništenja braka, smrti i sl.), karakteristika tih vitalnih događaja, odnosno od osoba na koje se ti vitalni događaji odnose, te na obradu, kontrolu, analizu i diseminaciju tih podataka u statističkom obliku.

Podaci vitalne statistike za nivo Bosne i Hercegovine objavljaju se godišnje u Biltenu „Demografija“. Bilten o stanovništvu je publikacija Agencije za statistiku BiH koja na sveobuhvatan način prikazuje službene statističke podatke o stanovništvu za nivo Bosne i Hercegovine.

Prema Zakonu o statistici BiH („Službeni glasnik BiH“, broj 34/2002, 26/04 i 42/04), Agencija za statistiku BiH nadležna je da u skladu s međunarodno prihvaćenom metodologijom izrađuje i objavljuje statističke podatke za Bosnu i Hercegovinu, a na osnovu podataka zavoda za statistiku entiteta, Distrikta Brčko i drugih institucija na nivou Bosne i Hercegovine. Od međunarodnih publikacija u kojima se iskazuju podaci vitalne statistike Bosne i Hercegovine najvažniji je „Demografski godišnjak UN-a“ (Demographic Yearbook), te publikacija Vijeća Evrope „Recent Demographic Developments in Europe“.

Natalitet (franc. natalité–broj rođenih, rađanje) predstavlja pozitivnu komponentu prirodnog kretanja stanovništva i označava ukupno rađanje na određenom području u određenom vremenu. Najčešće se u razne svrhe razmatranja nataliteta i problematiku koja je vezana uz to koristi stopa nataliteta.

Stopa nataliteta se obično računa na 1.000 stanovnika, i to uz pomoć **formule n=Nx/S x1000**, gdje n označava traženu stopu nataliteta, Nx broj živorodene djece, a S ukupan broj stanovnika na određenom području u razdoblju za koje se izračunava stopa, najčešće u godini dana.

Stopa fertiliteta označava broj živorodenih u odnosu prema broju žena fertilne dobi (u dobi od 15-49 godina).

F= broj živorođene djece/broj žene fertilne dobi x 1000.

Fekonditet podrazumijeva potencijalnu fiziološku plodnost ili fiziološku sposobnost učestvovanja u reprodukciji stanovništva (žene, muškarca ili bračnog para), dok fertilitet podrazumijeva ostvarenje te fiziološke sposobnosti u stvarnom broju potomaka (tzv.stvarna plodnost). Fertilitet je manji od fekonditeta u svim društвima, od primitivnih do savremenih društava, s tom razlikom što je stepen fertiliteta u primitivnim društвима visok i bliži stepenu fekonditeta, dok je u modernim društвима stepen fertiliteta nizak i znatno ispod stepena fekonditeta.

Prema visini stope nataliteta razlikuje se:

- nizak natalitet ako je stopa nataliteta < 14,9%,
- srednji natalitet ako je stopa nataliteta 15-19% i
- visok natalitet ako je stopa nataliteta > 20%.

Vrijednost stope nataliteta u 2011. godini na području Kantona Sarajevo iznosila je 10,76%, i nalazi se kao i prethodnih godina u kategoriji niskog nataliteta. Ovakva stopa nataliteta negativno utiče na prirodno, ali i ukupno kretanje u BiH danas, a ima i negativan odraz na starosnu strukturu stanovništva.

Faktori koji utiču na natalitet su:

- biološki (starosna i spolna struktura, nasljedne osobine),
- socio- ekonomski (nivo ekonomskog razvoja, obrazovanje, zaposlenost, religijske i tradicionalne norme i dr.),
- psihološki (faktori koji su vezani za čovjeka, lične životne aspiracije idr.).

Mortalitet (lat. mortalitas od riječi mors što znači smrt) je negativna komponenta prirodnog kretanja stanovništva i označava učestalost umiranja u jednom stanovništvu. **Stopa mortaliteta** ili stopa smrtnosti je godišnji broj umrlih na 1000 stanovnika. Razlikuju se:

1. Opća stopa mortaliteta, broj umrlih na 1000 stanovnika tokom jedne kalendarske godine.

M= U/S x 1000 (M=stopa mortaliteta; U=ukupan broj umrlih; S=ukupan broj stanovnika)

Specifična stopa mortaliteta označava odnos broja smrtnih slučajeva u odnosu na stanovništvo u kome su se ti smrtni slučajevi dogodili prema određenim obilježjima, kao što su spol, dobne skupine, uzrok smrti).

Msp= Usp/Ssp x 1000. (napr. Msp=specifična stopa mortaliteta žena; Usp=broj umrlih žena; Ssp=ukupan broj žena)

2. Stopa smrtnosti dojenčadi (Infantilni mortalitet) predstavlja odnos između broja umrle djece (do navršenih 365 dana života) i ukupnog broja živorođene djece

Md = Ud/Ž x1000. (Md=stopa smrtnosti dojenčadi; Ud=ukupan broj umrle dojenčadi; Ž=ukupan broj živorodenje djece)

Starosna struktura dojenčke smrtnosti posmatra se prema periodima kao:

- a) **neonatalna smrtnost-od rođenja do 27 dana života :**
 - **rana neonatalna (0-6 dana po rođenju) i**
 - **kasna neonatalna (7-27 dana po rođenju),**
- b) **postneonatalna od 28 dana do kraja prve godine,**
- c) **perinatalna smrtnost (period rane neonatalne smrtnosti i mrtvorodenost).**

Mortalitet dojenčadi je najosjetljiviji pokazatelj i u zavisnosti je od endogenih (genetskih i kongenitalnih poremećaja) i egzogenih faktora (ekonomski i socijalni faktori, zdravstvena kultura, razvijenost zdravstvene službe i dr.).

Kriteriji smrtnosti dojenčadi:

- **vrlo niska(< 9,9%),**
- **niska(10-19%),**
- **srednje visoka(29-39%),**
- **visoka (>40%).**

U Kantonu Sarajevo stopa smrtnosti dojenčadi pripada grupi vrlo niske stope i u 2011 je iznosila 5,08% .

3. Stopa maternalnog mortaliteta je odnos između broja umrlih žena od komplikacija trudnoće, porođaja i u babinjama na 1000 živorodenje djece tokom jedne godine.

Ms = broj žena umrlih od komplikacija trudnoće, poroda i babinja/ broj živorodenih u toku godine x 1000.

Prirodni priraštaj

Prirodni priraštaj odražava odnos razlike između broja rođenih i broja umrlih na 1000 stanovnika na određenom području i odražava vitalnost populacije. Procentualni pokazatelj vitalnosti se naziva **vitalni indeks i izarucanava se po formuli V= Ž/U x100 (V=vitalni index, Ž=broj živorodenih, U=broj umrlih).**

Stopa PP = broj živorodenih-broj umrlih / broj stanovnika x1000.

Stopa prirodnog priraštaja se izračunava tako da se od stope nataliteta oduzme stopa mortaliteta.

Prema visini stope prirodnog priraštaja, razlikuje se:

- izrazito nepovoljan pp (< 5%),
- nepovoljan pp(5-9%),
- povoljan pp(10-12%),
- jako visok pp(>12%).

Prirodni priraštaj u KS spada u grupu izrazito nepovoljnog prirodnog priraštaja. Na tabeli 1. je prikazano prirodno kretanje stanovništva u Kantonu Sarajevo za period 2007-2011. godine.

Tabela 1.Prirodno kretanje stanovništva u KS –period 2007-2011. godina

GODINA	NATALITET u %	MORTALITET u %	DOJENAČKA SMRTNOST u %	PRIRODNI PRIRAŠTAJ u %
2007.	10,22	9,13	9,57	1,09
2008.	10,97	9,11	8,66	1,86
2009.	11,56	9,47	7,15	2,09
2010.	10,77	9,47	6,59	1,30
2011.	10,76	9,38	5,08	1,37

Mehaničko kretanje stanovništva je jedan od elemenata koji djeluju na ukupno kretanje stanovništva, kao i na ostale elemente reprodukcije. Pod pojmom mehaničko kretanje stanovništva podrazumijevaju se useljavanja i iseljavanja stanovništva u jednoj zemlji.

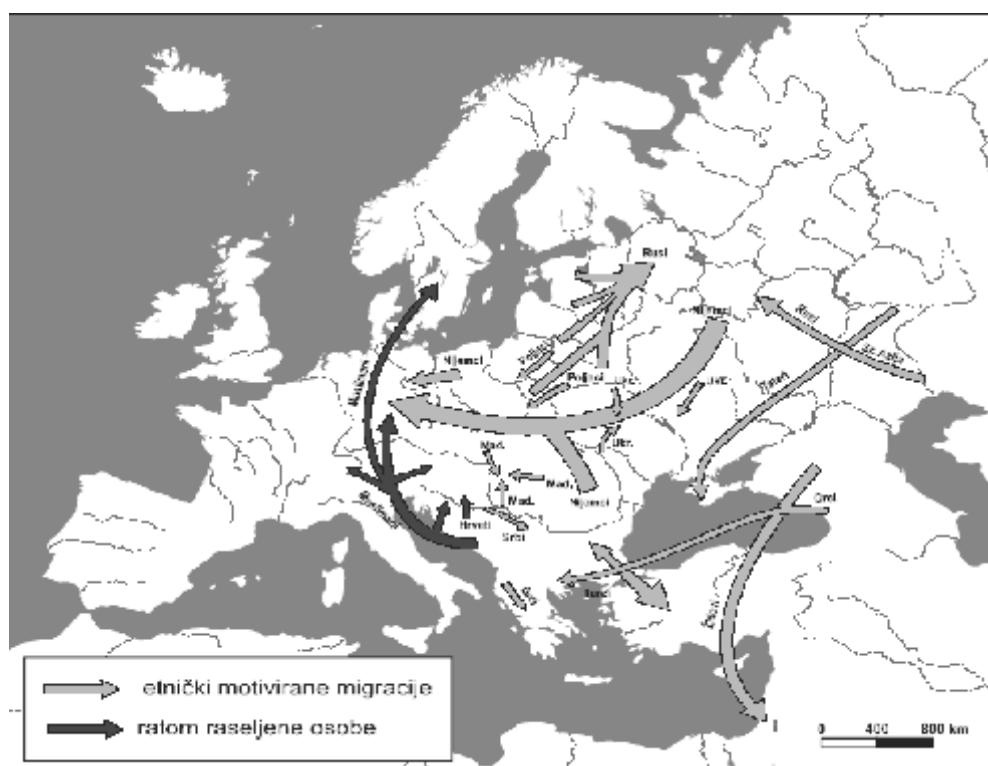
Mehaničko kretanje stanovništva može biti vanjsko i unutrašnje, a prema vremenu može biti dnevno, sedmično, mjesečno, godišnje. Mehaničko kretanje stanovništva se posmatra brojem useljenih i iseljenih stanovnika.

Statistika migracija

Migracije (lat. *migratio*- selidba) podrazumijevaju kretanje pojedinca, većih ili manjih grupa stanovništva, pri čemu to stanovništvo mijenja mjesto stalnog boravka. Riječ je o veoma složenom procesu, koji je rezultat delovanja čitavog spleta faktora i

okolnosti i dovodi za sobom različite posljedice kako u područjima odakle ljudi odlaze (emigraciona područja) tako i u oblastima koje ljudi naseljavaju (imigraciona područja).

Slika 2. Migracije stanovništva u Evropi od 1990. godine



Izvor: Atlas Europe, HCZ , 1997., str.112

Uzroci migracija su raznovrsni, ali u najvećem broju slučajeva su ekonomski prirode. Ljudi se sele u potrazi za boljim uslovima života (bolje plaćenim poslovima, odlaze iz siromašnih oblasti, gde je nizak nivo životnog standarda). Uzroci migratornih kretanja mogu se podijeliti na push i pull faktore. U push faktore spadaju oni faktori koji deluju na ljudi da se iseljavaju s određenih prostora (visoke stope nezaposlenosti, niske zarade, siromaštvo, nedostatak obradivog zemljišta, glad ili, čak, ratovi). Pull faktore čine oni faktori koji privlače stanovništvo da se iseljava iz određenih područja u druga područja koja nude bolje uslove obrazovanja, lakše pronalaženje posla, veće zarade, mogućnost dobijanja većih obradivih površina itd).

Posljedice migracija su brojne i mogu se svrstati u tri kategorije: **demografske, socijalne i ekonomске.**

Demografske posljedice

U migracijama najčešće učestvuju mlađi i obrazovani ljudi, tako da je odlazak ovakvog stanovništva veliki „udarac“ za emigraciona područja u kojima, pored smanjenog broja stanovnika, dolazi i do drugih demografskih posljedica u emigracionim područjima kao što su povećavanje prosječne starosti stanovništva, smanjenje fertilnog kontingenta stanovništva i smanjenje mogućnosti za prirodno obnavljanje stanovništva, opadanje stope rađanja, a rasta stope smrtnosti, te do prirodnog smanjenja broja stanovnika.

Socijalne posljedice se ogledaju u činjenici da stanovništvo koje se doseljava u neko područje sa sobom nosi određene etničke, rasne, kulturne i socijalne karakteristike. Uklapanje, odnosno asimilacija novoprdošlog stanovništva može teći različitim tempom, a može se dogoditi da do nje nikada ni ne dođe. Veoma često se u imigracionim područjima formiraju imigrantske zajednice koje funkcionišu unutar sebe, bez mnogo kontakata i miješanja s autohtonim stanovništvom (imigranti iz Meksika i Kube u SAD).

Ekonomske posljedice migracije su posebno raznovrsne. Bez obzira na karakter i strukturu migranata, migracije pozitivno i dugoročno utiču na ekonomsko stanje područja u koja se doseljavaju (porast kontingenta radne snage). To je, čak, slučaj i sa prinudnim migracijama, koje u kratkoročnom periodu mogu da dovedu do problema u imigracionim područjima, ali koji nakon određenog vremena konsolidacije počinju da se integrišu u društvo i postaju njegovi korisni članovi.

Migracije, mogu biti **prisilne i dobrovoljne**, što zavisi od spleta različitih okolnosti, a najčešće su to istorijske, ekonomski, kulturne i političke prilike. Većina migracija su dobrovoljne, izazvane pomenutim ekonomskim faktorima. Međutim, postoje okolnosti kada se stanovništvo prisilno raseljava ili je prinuđeno da se pomjeri na drugu lokaciju zbog rata, prirodnih katastrofa, epidemija i drugih nepovoljnih pojava.

Posmatrajući kretanje stanovništva u prostoru, migracije se mogu podijeliti i na **unutrašnje i spoljašnje**. Unutrašnje migracije su one koje se odvijaju unutar granica jedne države (migracije selo – grad, migracije na bazi udadbeno-ženidbenih veza, migracije između regionala-kantona). Spoljašnje migracije podrazumijevaju kretanje stanovništva preko državnih granica.

4.4. Statistika obolijevanja/morbiditetna statistika

Statistika obolijevanja ili morbiditetna statistika daje najbolji uvid u zdravstveno stanje stanovništva i predstavlja jedan od najvažnijih indikatora za ocjenu zdravstvenog stanja stanovništva (zdravstveno stanje je opis i/ili mjerjenje zdravlja pojedinca, grupe ili cijele populacije prema prihvaćenim standardima uz pomoć zdravstvenih

indikatora). Međutim, morbiditetna statistika je najteža i najsloženija grana zdravstvene statistike. Za ocjenu zdravstvenog stanja stanovništva uglavnom se koristi morbiditet registrovan u ambulantno-polikliničkoj djelatnosti zdravstvene zaštite, jer morbiditet registrovan u bolnicama daje ograničen uvid u zdravstveno stanje stanovništva, s obzirom na to da je seleкционiran i odnosi se samo na izabrane i izdvojene slučajevi koji se tretiraju u bolnici kao teži ili teški slučajevi.

Zadatak morbiditetne statistike je da proučava:

- pojavu novih slučajeva bolesti (incidencija),
- raširenost bolesti (prevalencija),
- etiološke faktore bolesti,
- uspješnost u prevenciji,
- ekonomske gubitke zbog bolesti.

Mjerila morbiditeta su:

- frekvencija oboljenja/bolesnih
- trajanje bolesti i
- težina bolesti/stanja.

Za prikazivanje **frekvencije oboljenja/bolesnih** koriste se stope morbiditeta.

Opća stopa morbiditeta (OMB) predstavlja broj oboljenja/bolesnih prema broju stanovnika.

OMB=broj oboljenja ili bolesnih/broj stanovnikax 1000

Specifična stopa morbiditeta koristi se kada se oboljenja/oboljeli posmatraju prema određenim biološkim grupama stanovništva, odnosno prema starosti i spolu ili prema uzroku obolijevanja.

Specifični morbiditet prema starosti (SMBst.) predstavlja broj oboljenja/oboljelih određene starosti u odnosu na broj stanovnika te starosne skupine stanovništva.

SMB=broj oboljenja ili bolesnih određene starosti/broj stanovnika te starosti

x10 000 (ili 100 000)

Specifični morbiditet prema spolu (SMB) predstavlja broj oboljenja/oboljelih određenog spola u odnosu na broj stanovnika tog spola.

SMB=broj oboljenja ili bolesnih određenog spola/broj stanovnika tog spola

x10 000 (ili 100 000)

Specifični morbiditet prema uzroku obolijevanja (SMB) predstavlja broj oboljenja/oboljelih od određene bolesti u odnosu na ukupan broj stanovnika.

SMB=broj oboljenja ili bolesnih od određene bolesti/ukupan broj stanovnika

x10 000 (ili 100 000)

Incidencija (I) predstavlja broj novootkrivenih slučajeva određenog oboljenja u odnosu na broj osoba izloženih riziku obolijevanja.

I = broj novootkrivenih slučajeva određenog oboljenja/broj osoba izloženih riziku obolijevanja x 1 000

Prevalencija (P) predstavlja broj svih oboljelih od određenog oboljenja/ broj osoba izloženih riziku obolijevanja.

P = broj svih oboljelih od određenog oboljenja/broj osoba izloženih riziku obolijevanja x 1 000

Trajanje i težina bolesti

Mjerila trajanja bolesti mogu se izraziti kao prosječno trajanje bolesti putem broja dana bolovanja, dok je težinu bolesti teže izraziti, odnosno utvrditi objektivna mjerila za težinu bolesti („laka“, „teška“ ili „ozbiljna“ bolest). Postoji nekoliko načina za utvrđivanje težine bolesti:

- prema traženju zdravstvene zaštite (nije tražena, ambulantna pomoć, kućno liječenje, hospitalizacija),
- prema stepenu nesposobnosti za obavljanje dnevnih aktivnosti (nepromijenjena, promijenjena: ležanje kod kuće sa stručnom ili bez stručne medicinske pomoći, liječenje u zdravstvenoj ustanovi),
- prema rehabilitaciji (potpuna, sa smanjenim fiziološkim funkcijama bez smetnji za dotadašnju radnu sposobnost ili je potrebna prekvalifikacija, trajna onesposobljenost),
- prema letalitetu, odnosno broju umrlih u odnosu na broj oboljelih.

Letalitet

L= broj umrlih od određene bolesti/ broj oboljelih od te bolesti x 100

4.4.1 Klasifikacija bolesti, povreda i uzroka smrti

Klasifikacija bolesti predstavlja sistem kategorija koje se dodjeljuju određenim oboljenjima prema utvrđenim kriterijima. Postoje razni pristupi statističkoj klasifikaciji bolesti, te mogu postojati klasifikacije sa stajališta doktora porodične medicine, specijalista, patologa itd. Zbog toga SZO priprema svakih deset godina novu reviziju međunarodne klasifikacije bolesti, povreda i uzroka smrti. Prva međunarodna

klasifikacija usvojena je 1893. godine pod naslovom Bertilonova (Bertillon) klasifikacija ili međunarodna lista uzroka smrti.

Danas je u upotrebi X revizija Međunarodne klasifikacije bolesti, povreda i uzroka smrti (MKB/ICD), koja ima alfanumeričko šifriranje što znači da se koristi kombinacija slova i brojeva za šifriranje, za razliku od IX MKB koja je imala numeričko šifriranje. X MKB ima 21 poglavlje:

I. poglavlje: Zarazne i parazitarne bolesti (A00-B99)

II. poglavlje: Neoplazme (C00-D48)

III. poglavlje: Bolesti krvi i krvotvornih organa i određeni poremećaji imunog sistema (D50-D53)

IV. poglavlje: Endokrina i metabolička oboljenja (E00-E90)

V. poglavlje: Mentalni i poremećaji ponašanja (F00-F99)

VI. poglavlje: Oboljenja nervnog sistema (G00-G99)

VII. poglavlje: Oboljenja oka i adneksa (H00-H59)

VIII. poglavlje: Oboljenja uha i mastoidnog nastavka (H60-H95)

IX. poglavlje: Oboljenja cirkulatornog sistema (I00-I99)

X. poglavlje: Oboljenja respiratornog sistema (J00-J99)

XI. poglavlje: Oboljenja digestivnog sistema (K00-K93)

XII. poglavlje: Oboljenja kože i potkožnog tkiva (L00-L99)

XIII. poglavlje: Oboljenja koštano-mišićnog sistema i vezivnog tkiva (M00-M99)

XIV. poglavlje: Oboljenja genitourinarnog sistema (N00-N99)

XV. poglavlje :Trudnoća, porođaj i puerperijum (O00-O99)

XVI. poglavlje :Određena stanja porijekлом iz perinatalnog perioda (P00-P96)

XVII.poglavlje: Kongenitalne malformacije, deformacije i hromozomske abnormalnosti (Q00-Q99)

XVIII. poglavlje: Simptomi, znaci i nenormalni klinički nalazi i laboratorijski nalazi koji nisu drugdje klasificirani (R00-R99)

XIX. poglavlje: Povrede, trovanja i druge posljedice spoljašnjih uzroka (S00-S98)

XX. poglavlje :Spoljašnji uzroci morbiditeta i mortaliteta (V01-Y98)

XX. poglavlje :Faktori koji utiču na zdravstveno stanje i kontakt sa zdravstvenim uslugama (Z00-Z99)

4.5. Zdravstveni informacioni sistem

Sabaha Dračić

Informatika je naučana disciplina koja se bavi proučavanjem strukture i svojstva informacija, kao i zakonitostima njihovog stvaranja, prenosa i obrade. Prema definiciji WHO (Svjetska zdravstevna organizacija) **zdravstveni informacioni sistem** je dio općeg informacionog sistema i podrazumijeva mehanizme za prikupljanje, obradu, analizu i prijem informacija potrebnih za organizaciju i provođenje zdravstvene zaštite, ali i za istraživanja i organizaciju u zdravstvu. Pored ove definicije postoji još jedna definicija prema kojoj zdravstveni informacioni sistem predstavlja organizaciju ljudi, mašina i metoda koje uzajamno djeluju radi obezbjeđenja neophodnih podataka i informacija o zdravstvenom stanju stanovništva u svrhu planiranja i upravljanja u zdravstvu. Osnovni cilj zdravstvenog informacionog sistema je organizacija i racionalizacija zdravstvene službe na optimalan način, poboljšanje kvaliteta medicinskog rada i obezbjeđenje tačne, potpune i blagovremene informacije te smanjenje troškova zdravstvene zaštite. Adekvatne, validne i blagovremene zdravstvene informacije treba da imaju ključnu ulogu u politici planiranja i odlučivanja na svim nivoima zdravstvenog sistema, pa je stoga zdravstveni informacioni sistem potreban za:

- Prošlost radi evaluacije pojava i događaja u zdravstvu
- Sadašnjost za planiranje tekućih poslova i organizaciju zdravstvene djelatnosti
- Budućnost radi planiranja razvoja zdravstvene zaštite i zdravstvene djelatnosti.

Osnovni elementi jednog informacionog sistema, pa i zdravstvenog informacionog sistema su:

1. Ljudi i kadrovska podrška
2. Baza podataka
3. Hardver ili mašinska podrška
4. Softver ili programska podrška

Zdravstveni informacioni sistemi treba da djeluju na svim nivoima zdravstvene zaštite: područnih ambulanti, domova zdravlja, bolnica i zavoda za javno zdravstvo. Zdravstveni informacioni sistem može biti: lokalni, institucionalni, regionalni/kantonalni, nacionalni i internacionalni.

U zdravstvenom sistemu stalno se povećava broj podataka zbog porasta ukupnog medicinskog znanja koji je baziran na tehnološkom napretku medicinske nauke, ali i uslijed razvoja i primjene mnogih programa u zdravstvenoj zaštiti za koje je neophodno obezbijediti odgovarajuću dokumentaciju i evidenciju, planiranje i upravljanje, kao i evaluaciju provođenja ovih programa, naročito u pogledu racionalnosti, efikasnosti i ekonomičnosti provedenih programa.

Za definisanje zdravstvenog informacionog sistema potrebni su određeni podaci. To su:

- Demografski podaci
- Vitalni događaji
- Zdravstveno stanje stanovništva (mortalitet, morbiditet, onesposobljenost)
- Resursi zdravstvene zaštite i zdravstvene djelatnosti
- Korištenje i koštanje zdravstvene zaštite (novčana vrijednost zdravstvene zaštite)
- Životni stil
- Okoliš i faktori koji utiču na zdravlje stanovništva
- Proizvodnja, promet i potrošnja lijekova

Poznato je da se u zdravstvenim ustanovama skuplja najveći broj zdravstveno-statističkih podataka koji su detaljni, a ponekad i neprecizni, te je potreban izbor podataka za prikupljanje i obradu, koji se zatim grupišu i standardizuju na nivou zdravstvene ustanove u kojoj su i nastale. Kako se ovi podaci kreću iz zdravstvenih ustanova na više nivoa (kantonalni zavod za javno zdravstvo), zahtijevaju se manje detaljni podaci u odnosu na podatke koji su nastali u individualnom kontaktu sa pacijentom. Zbog toga postoji potreba za standardizacijom termina i izvještaja (definicije, klasifikacije i nomenklature) kako bi se podaci mogli lako grupisati, analizirati i komparirati. Prikupljanje i analiza podataka treba da uključuje samo one podatke koji su zaista potrebni ili potencijalno potrebni, dok prikupljanje „interesantnih podataka“ treba eliminisati. Prikupljeni i analizirani podaci imaju veću vrijednost ukoliko mogu pružiti odgovore na pitanja koja su važna za donošenje odluka. Zdravstvene informacije proizašle iz obrađenih i analiziranih podataka predstavljaju osnovu za formulisanje ciljeva zdravstvene politike definisane za određenu teritoriju i u određenom periodu.

U Federaciji BiH usvojen je novi Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva („Službene novine Federacije BiH“, broj 37/12) sa tačno utvrđenim definicijama koje služe kao izvor podataka za statistička istraživanja u oblasti zdravstva od interesa za

Federaciju Bosne i Hercegovine. Prema ovom Zakonu, bližim propisom federalni ministar uređuje definicije arhitekture zdravstvenog informacionog sistema, nomenklature, protokole za razmjenu podataka, definicije podataka, definisanje standarda u sklopu s važećim evropskim i svjetskim standardima, definisanje jedinstvenih šifrarnika i dodjelu jedinstvenog identifikacionog broja u zdravstvu. Do donošenja i usvajanja ovog propisa važeće je „**Uputstvo o jedinstvenim metodološkim principima i statističkim standardima za vođenje evidencija u oblasti zdravstva**“ („Službeni list SFRJ“, broj 13/79).

4.5.1. Podaci, informacije, indikatori

Sve evidencije sadrže opće podatke koji se odnose na lične podatke osobe/pacijenta i medicinske podatke.

Medicinski podaci su:

1. Vrste izvršenih pregleda (sistemske pregledi, periodični pregledi, kontrolni medicinski pregledi i serijski prgledi)

Sistemska pregled je pregled po sistemima određenih grupacija stanovništva i pojedinaca (predškolska djeca, školska djeca, radnici itd.) radi utvrđivanja zdravstvenog stanja.

Periodični pregled je sistemska ili ciljana pregled radnika koji rade na radnim mjestima u posebnim uslovima rada (ugroženim radnim mjestima) i obavljaju se prema propisanom načinu rada (vrsta, sadržina i obim pregleda) i u propisanim rokovima.

Kontrolni medicinski pregled je ponovni pregled određenih grupacija stanovništva i pojedinaca, koji se vrši poslije sistemskih i periodičnih pregleda, a radi utvrđivanja efekta mjera preuzetih poslije sistemskih i periodičnih pregleda.

Serijski pregled je unaprijed određeni pregled stanovništva ili pojedinih grupa stanovništva radi otkrivanja određenog morbidnog stanja/oboljenja.

2. Oboljenje, odnosno stanje utvrđeno prilikom pregleda

Oboljenje, odnosno stanje utvrđeno prilikom pregleda podrazumijeva rezultat ljekarskih i drugih pregleda (laboratorijskih, medicinsko-tehničkih) koji se može podvesti pod jednu od kategorija ili potkategorija važeće revizije Međunarodne klasifikacije bolesti, povreda i uzroka smrti.

Dijagnoza oboljenja, odnosno stanja predstavlja naziv oboljenja, odnosno stanja na latinskom jeziku i može da bude **radna i konačna dijagnoza**.

Ako se kod jednog pacijenta utvrdi nekoliko dijagnoza, a sve se mogu smatrati konačnim, onda se sve bolesti iskazuju kao konačne dijagnoze i upisuju se u određeno polje medicinske dokumentacije.

3. Evidencije o porođajima i prekidima trudnoće

Porođaj predstavlja skup činilaca koji je doveo do ekspulzije ploda i posteljice iz materice.

Porođaj na vrijeme je porođaj kada je ekspulzija ploda i posteljice iz materice nastupila između navršenih 36 i 42 sedmice trudnoće.

Prijevremeni porođaj je porođaj kada do ekspulzije ploda i posteljice iz materice nastupi prije navršenih 36 sedmica trudnoće.

Porođaj sa prolangiranom trudnoćom je porođaj kada do ekspluzije ploda i posteljice iz materice dođe poslije navršene 42 sedmice trudnoće.

Živorodenost je kompletno izbacivanje ili vađenje začeća iz tijela majke, nezavisno od dužine trajanja trudnoće, koji poslije odvajanja od tijela majke diše ili pokazuje druge znake života, kao što su otkucaji srca, pulzacijia pupčane vrpce ili jasni pokreti voljnih mišića, bez obzira na to da li je bila presječena pupčana vrpca ili je placenta pripojena.

Mrtvorodenost je ako je dijete rođeno, odnosno izvađeno iz tijela majke bez ikakvih znakova života, tj. nije disalo, niti pokazivalo neki drugi znak života (kucanje srca, pokreti mišića), ali pod uslovom da je od majke nošeno duže od 28 sedmica.

Prekid trudnoće/pobačaj je namjerno ili spontano izbačen plod nošen manje od 28 sedmica, a koji poslije odvajanja od tijela majke ne pokazuje nikakve znake života

4.Vrsta pružene usluge

Vrsta pružene usluge podrazumijeva uslugu koja je pružena od strane doktora medicine, odnosno od ostalih zdravstvenih radnika ili zdravstvenih saradnika licu koje je tražilo zdravstvenu zaštitu za vrijeme prve, odnosno za vrijeme ponovnih posjeta. Prema tome, u osnovnu medicinsku dokumentaciju upisuju se, na primjer: anamneza, status, nalazi, dijagnoza, laboratorijski nalazi, previjanje, davanje injekcija, stavljanje gipsa, slanje na specijalističke preglede, slanje na bolničko liječenje itd.

Posjeta je svaki kontakt licem u lice s doktorom medicine ili drugim zdravstvenim radnikom, odnosno zdravstvenim saradnikom u ordinaciji ili u kući, odnosno na drugom mjestu radi ostvarivanja zdravstvene zaštite.

Prema mjestu obavljanja, posjete mogu biti:

Posjete u ordinaciji su svaki kontakt licem u lice s doktorom medicine u njegovoj ordinaciji u zdravstvenoj ustanovi.

Kućne posjete su kontakt licem u lice s doktorom medicine ili ostalim zdravstvenim radnicima u kući bolesnika radi pružanja zdravstvene zaštite.

Patronažne posjete podrazumijevaju kontakt zdravstvenih radnika s članom domaćinstva u njihovoј kući, radi davanja savjeta o liječenju, kućnom režimu, njezi, ishrani, kao i radi sagledavanja uslova kućne sredine i davanja savjeta za njeno unapređenje.

Posjeta savjetovalištu podrazumijeva kontakt licem u lice s doktorom medicine, odnosno s ostalim zdravstvenim radnicima u savjetovalištu radi dobijanja savjeta u vezi sa sopstvenim zdravljem, odnosno sa zdravljem nekog člana porodice.

Posjeta školama podrazumijeva posjetu zdravstvenih radnika školi radi sticanja uvida u higijenske prilike škole i davanje drugih neophodnih savjeta.

Posjete školskim kuhinjama su posjete zdravstvenih radnika školskim kuhinjama radi sticanja uvida u higijenske prilike školske kuhinje i pridržavanja higijenskog režima pri distribuciji obroka i radi davanja drugih neophodnih savjeta.

Posjete za svaku epizodu liječenja mogu biti prva posjeta i ponovna posjeta.

Prva posjeta je svaki kontakt licem u lice s doktorom medicine radi pružanja medicinske pomoći za određeno oboljenje ili stanje u izvještajnom periodu.

Ponovna posjeta je svaki kontakt licem u lice s doktorom medicine radi pružanja medicinske pomoći u vezi s oboljenjem ili stanjem navedenim prilikom prve posjete.

Prva posjeta savjetovalištu za trudnice podrazumijeva posjetu koja se učini prvi put u toku odnosne trudnoće.

Prva posjeta savjetovalištu za dojenčad podrazumijeva posjetu savjetovalištu za dojenčad koja se učini prvi put u prvoj godini života.

U službi za zdravstveno prosjećivanje, kao vrste pruženih usluga evidentiraju se:

Predavanje je izlaganje neke teme od općeg značaja iz oblasti zdravstvene problematike od strane zdravstvenog radnika, bez obzira da li je to predavanje propraćeno diskusijom, prikazivanjem filma ili korištenjem drugih audio-vizuelnih sredstava sl. (predavanje o vakcinama, o ishrani, o higijeni i dr.)

Rad s grupom podrazumijeva predavanje s filmovima ili bez filmova ili drugih audio-vizuelnih sredstava, demonstracija i slično vezano za specifičnu problematiku za koju

je zainteresovan određeni dio stanovništva (planiranje porodice, higijensko-dijetetski režim, rano otkrivanje raka i dr.).

Kursevi podrazumijevaju ciklus predavanja vezanih za jednu problematiku s filmovima ili bez filmova ili drugih audio-vizuelnih sredstava, demonstracija i slično i namijenjen je određenim populacionim grupama (prva pomoć, spremanje hrane, demonstracione kuhinje za dojenčad i malu djecu i ostalo).

U službi za bolničko-stacionarno liječenje evidentiraju se podaci o broju postelja, o broju dana liječenja i broju ispisanih bolesnika.

5. Rezultat pregleda

Svaki pregled, bilo kakve vrste i bilo od kojeg zdravstvenog radnika, obavlja se s ciljem da se ustanovi zdravstveno stanje lica kojem se pruža zdravstvena zaštita, a kao rezultat pregleda upisuje se dijagnoza, rendgenološki nalaz, laboratorijski nalaz itd.

Okolnost da se pacijent javlja više puta s istom dijagnozom kako kod hroničnih tako i kod akutnih slučajeva:

Ako jedan **hronični bolesnik** posjeti u toku godine više puta doktora medicine, konačnu dijagnozu doktor medicine će upisati samo jednom, i to pri uspostavljanju dijagnoze za to hronično oboljenje.

U slučaju **akutnog oboljenja** zbog kojeg se pacijent javlja više puta u toku godine doktor medicine će za svaku epizodu bolesti upisati konačnu dijagnozu, jer se radi o novom oboljenju, iako je isto oboljenje.

6. Uzrok smrti

Osnovni uzrok smrti podrazumijeva bolest ili povredu koja je izazvala tok događaja što su direktno doveli do smrti ili okolnosti nesretnog slučaja ili nasilja koje su proizvele smrtonosne povrede.

Na primjer, ako je kod umrlog registrovano da je bolovao od: uremia, retencio urinae i adenom prostate, doktor medicine će kao osnovni uzrok smrti upisati adenom prostate.

Zdravstvena informacija je svaki podatak koji opisuje neki događaj ili pojavu u zdravstvu, odnosno u analitičko-statističkom smislu informacija je rezultat obrađenog i analiziranog podatka.

Zdravstveni indikatori prema definiciji SZO su varijable koje pomažu da se izmjere određene promjene direktno ili indirektno. Zdravstveni indikatori

predstavljaju instrument za ocjenu zdravstvenog stanja stanovništva i djelatnosti zdravstvene zaštite. **Zdravstveni indikatori mogu biti kvantitativne prirode** (predstavljeni absolutnim ili relativnim brojevima) i **kvalitativni** (konstatacija da nešto postoji ili ne postoji u sistemu zdravstvene zaštite, ili su određene pojave predstavljene raznim nivoima gradacije te pojave-Likertova skala: izuzetno dobro, dobro, ni dobro ni loše, loše i izuzetno loše).

Zdravstveni indikatori mogu biti pozitivni i negativni. Negativni zdravstveni indikatori su mortalitet, morbiditet, apsentizam i onesposobljenost. Pozitivni zdravstveni indikatori su pokazatelji stanja uhranjenosti i psihosocijalnog razvoja.

SZO preporučuje liste indikatora koje svaka zemlja članica treba da koristi na regionalnom, nacionalnom i međunarodnom nivou i da obezbijede neophodne podatke za njihovo izračunavanje. Najpoznatija baza podataka SZO je „Zdravlje za sve“ i baza podataka EUROSTAT-a.

Vrste zdravstvenih indikatora su:

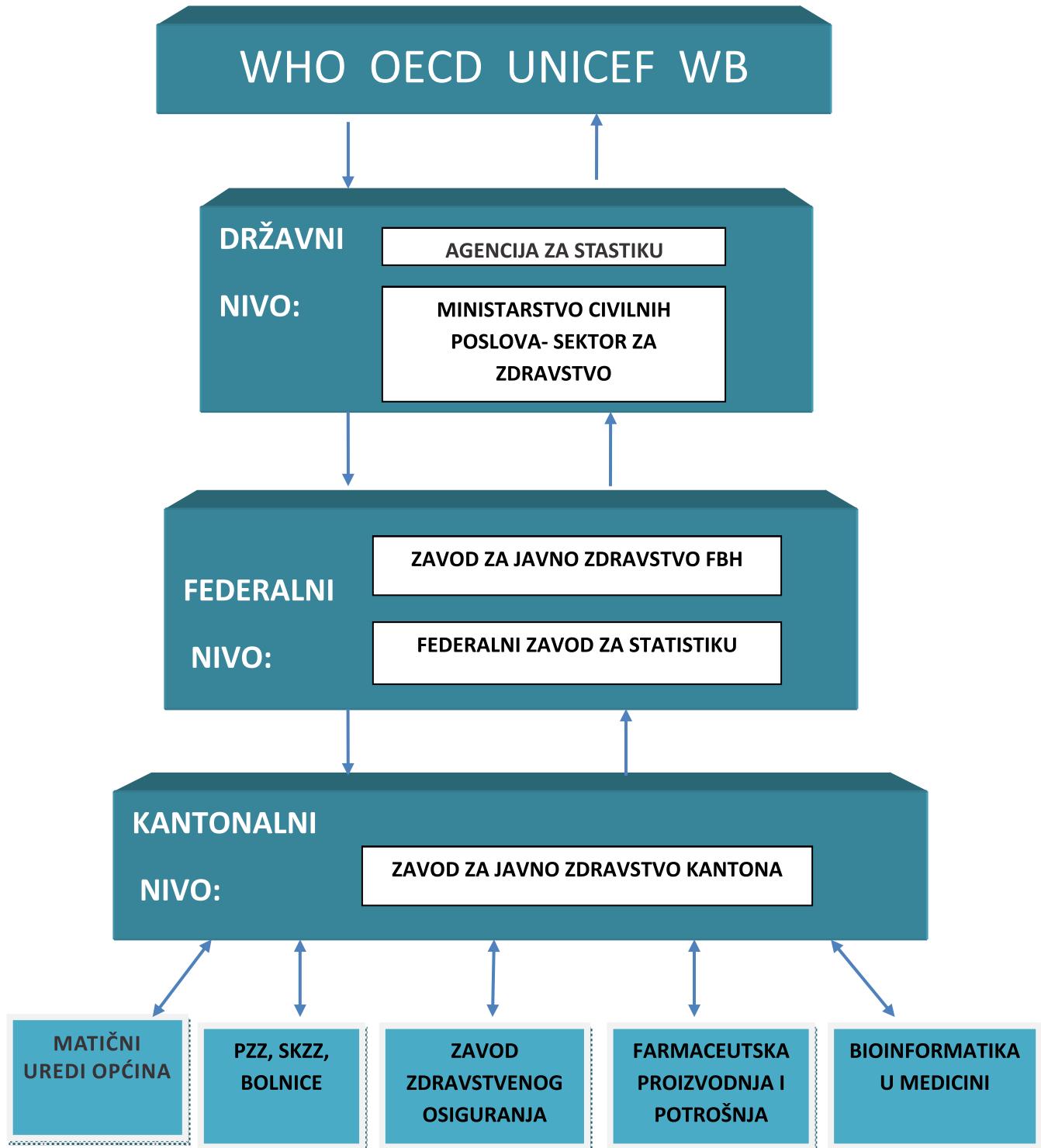
- **Demografski indikatori**
- **Socio-ekonomski indikatori**
- **Indikatori zdravstvenog stanja**
- **Indikatori životne okoline**
- **Indikatori životnog stila**
- **Indikatori zdravstvenih resursa**
- **Indikatori korištenja zdravstvene zaštite i troškova**

Bosna i Hercegovina kao članica Europskog regiona SZO od mjeseca septembra 1992. godine ima obavezu dostavljanja zdravstvenih podataka, odnosno zdravstvenih indikatora u Regionalni ured SZO, a samim tim i obavezu unapređenja i usklađivanja postojećeg zdravstvenog informacionog sistema sa međunarodnim informacionim sistemom.

Stablo zdravstvenog informacionog sistema Federacije Bosne i Hercegovine i Bosne i Hercegovine predstavlja bazu osnovnih podataka na lokalnom, kantonalm, federalnom i državnom nivou.

Stablo zdravstvnog informacionog sistema u Federaciji Bosni i Hercegovini

Shema 1.



5. OSNOVE USTAVNOG UREĐENJA BOSNE I HERCEGOVINE, FEDERACIJE BIH, KAO I ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U FEDERACIJI BIH

Enver Pašić

5.1. Osnove ustavnog sistema

Ustav Bosne i Hercegovine kao najviši pravno-politički dokument, je sastavni dio Općeg okvirnog sporazuma za mir u Bosni i Hercegovini (poznat pod nazivom Dejtonski mirovni sporazum), koji je parafiran 21.11.1995. godine u američkom gradu Dejtonu, a potpisani 14.12.1995. godine u Parizu. Tekst Ustava Bosne i Hercegovine predstavlja Aneks 4 usvojenog mirovnog sporazuma.

Ustavni sistem Bosne i Hercegovine čine:

- Ustav Bosne i Hercegovine,
- Ustav Federacije Bosne i Hercegovine sa ustavima kantona,
- Ustav Republike Srpske.

U Ustavu Bosne i Hercegovine utvrđeni su: kontinuitet BiH, demokratski principi, sastav, kretanje roba, usluga, kapitala i lica, glavni grad, simboli i državljanstvo BiH, ljudska prava i osnovne slobode, nadležnosti i odnosi između institucija Bosne i Hercegovine i entiteta, Parlamentarna skupština, Predsjedništvo i Vijeće ministara, Ustavni sud, Centralna banka i izmjene i dopune Ustava Bosne i Hercegovine u obliku amandmana.

5.1.1. Institucije Bosne i Hercegovine su:

- 1. Parlamentarna skupština**
- 2. Predsjedništvo**
- 3. Vijeće ministara**
- 4. Ustavni sud**
- 5. Centralna banka**

Parlamentarna skupština Bosne i Hercegovine ima dva doma, i to:

- **Dom naroda**, koji se sastoji od 15 delegata, od kojih su 2/3 iz Federacije BiH (5 Bošnjaka i 5 Hrvata) i 1/3 iz Republike srpske (5 Srba)
- **Predstavnički dom**, koji se sastoji od 42 delegata, od kojih se 2/3 biraju na teritoriji Federacije BiH, a 1/3 s teritorije Republike Srpske.

Predsjedništvo Bosne i Hercegovine čine 3 člana: 1 Bošnjak, 1 Hrvat i 1 Srbin. Članovi Predsjedništva Bošnjak i Hrvat biraju se neposredno s teritorije Federacije BiH, a član Predsjedništva Srbin se bira direktno s teritorije Republike Srpske.

Vijeće ministara čini predsjedavajući, koga imenuje Predsjedništvo BiH, a potvrđuje ga Predstavnički dom Parlamenta BiH i devet ministara koji se nalaze na čelu devet ministarstava. Predsjedavajući imenuje ministre.

Najviše 2/3 svih ministara mogu biti imenovani s teritorije Federacije BiH.

Ustavni sud se sastoji od 9 članova. Četiri člana bira Predstavnički dom Parlamenta Federacije BiH, a 2 člana Narodna skupština Republike Srpske. Preostala 3 člana bira Predsjednik Evropskog suda za ljudska prava nakon konsultacije s Predsjedništvom Bosne i Hercegovine.

Centralna banka Bosne i Hercegovine je jedina ovlaštena institucija za štampanje novca i monetarnu politiku na cijelom području BiH. Osnovana je 1997. godine. Najviši organ Centralne banke BiH je Upravno vijeće, koje je nadležno za utvrđivanje monetarne politike i kontrolu njenog provođenja, organizaciju i strategiju Centralne banke u skladu s ovlaštenjima utvrđenim zakonom.

5.1.2. Nadležnost institucija Bosne i Hercegovine

Ustavom Bosne i Hercegovine utvrđene su oblasti koje su u nadležnosti institucija BiH:

- Vanjska politika, spoljno-trgovinska i carinska politika,
- Monetarna politika,
- Finansiranje institucija i međunarodnih obaveza BiH,
- Politika i regulisanje pitanja imigracije, izbjeglica i azila,
- Provođenje međunarodnih i međuentitetskih krivično-pravnih propisa uključujući i odnose s Interpolom
- Uspostavljanje i funkcionisanje zajedničkih i međunarodnih komunikacijskih sredstava,
- Regulisanje međuentitetskog transporta,
- Kontrola zračnog prometa.

5.1.3. Struktura Federalne vlasti

1. Zakonodavna vlast – Parlament Federacije BiH

2. Izvršna vlast u Federaciji BiH

3. Sudska vlast

Parlament Federacije BiH je organ zakonodavne vlasti koji čine: Predstavnički dom i Dom naroda.

- **Predstavnički dom** se sastoji od 140 poslanika koji se biraju tajnim glasanjem, neposrednim izborima na teritoriji Federacije BiH.
- **Dom naroda** se sastoji od po 30 delegata Bošnjaka i Hrvata, kao i ostalih delegata čiji je broj u istom omjeru prema 60 kao što je i broj poslanika kantonalnih zakonodavnih tijela koji se ne izjašnjavaju kao Bošnjaci i Hrvati u odnosu na poslanike Bošnjake i Hrvate u kantonalnim zakonodavnim tijelima.

Izvršnu vlast čine:

- **Predsjednik**
- **Potpredsjednik Federacije BiH i**
- **Vlada Federacije BiH.**

Predsjednik Federacije BiH predstavlja i zastupa Federaciju i šef je federalne izvršne vlasti. **Vladi Federacije BiH** imenuje predsjednik uz saglasnost potpredsjednika Federacije BiH, a potvrđuje je većinom glasova Predstavnički dom. Vladi Federacije BiH čine premijer – koji je predsjednik Vlade, zamjenik premijera i ministri od kojih svaki ima zamjenika.

Sudsku vlast u Federaciji BiH vrše sudovi Federacije, i to:

- Ustavni sud
- Vrhovni sud
- Sud za ljudska prava
- Kantonalni sudovi
- Općinski sudovi.

5.1.4. Struktura kantonalne vlasti

Kantonalnu vlast čine:

1. **Skupština kantona (zakonodavno tijelo)**
2. **Premijer (izvršna vlast)**
3. **Vlada kantona (izvršna vlast)**
4. **Kantonalno sudstvo.**

Skupština Kantona

Skupština je zakonodavno tijelo kantona koje se sastoji od 35 poslanika biranih neposrednim izborima, tajnim glasanjem na cijeloj teritoriji kantona.

Skupština kantona obavlja slijedeće poslove:

- priprema i dvotrećinskom većinom usvaja kantonalni ustav,
- bira premijera kantona i kantonalne sudije,
- utvrđuje nadležnost kantonalnih i općinskih sudova,
- donosi ostale propise za izvršavanje kantonalne nadležnosti,
- usvaja budžet kantona i donosi zakone o oporezivanju i na druge načine osigurava potrebno finansiranje.

Premijer kantona

Premijera kantona bira skupština većinom glasova od ukupnog broja poslanika na mandatni period od 4 godine.

Premijer kantona nadležan je za:

- imenovanje vlade kantona,
- predlaganje sudija kantonalnih sudova,
- potpisivanje međunarodnih sporazuma u ime kantona, koje odobrava skupština, uz suglasnost Parlamenta Federacije BiH u skladu s Ustavom,
- davanje pomilovanja za djela utvrđena kantonalnim zakonima,
- podnošenje zahtjeva Ustavnom суду Federacije BiH radi utvrđivanja da li je ustav kantona, predloženi zakon ili zakon koji je usvojila skupština u skladu sa Ustavom Federacije BiH,
- podnošenje zahtjeva Ustavnom суду Federacije BiH radi utvrđivanja da li je predloženi ili usvojeni propis koji donosi organ kantonalne ili općinske vlasti u skladu sa Ustavom Federacije BiH,
- razmatranje izvještaja ombudsmena i osiguranje uslova za njihov rad,
- staranje o ostvarivanju saradnje s organima Federacije BiH,
- vršenje i drugih poslova koje mu povjeri skupština.

Premijer kantona odgovoran je za:

- provođenje politike i izvršavanje kantonalnih propisa uključujući i osiguranje izvršavanja odluka kantonalnih i federalnih sudova,
- predlaganje i davanje preporuka iz oblasti kantonalnog zakonodavstva,
- predlaganje budžetskih prijedloga skupštini,
- druga pitanja utvrđena Ustavom i zakonom kantona.

Vlada kantona

Vladi kantona imenuje premijer kantona i potvrđuje je skupština većinom glasova od ukupnog broja poslanika. Vlada mora odražavati nacionalni sastav stanovništva kao cjeline i osiguravati zastupljenost konstitutivnih naroda.

Vlada kantona nadležna je za:

- ñ provođenje kantonalne politike i izvršavanje kantonalnih zakona, odluka svakog kantonalnog i federalnog suda i vršenje svake druge nadležnosti povjerene kantonu od federalne vlasti,
- ñ priprema prijedlog budžeta koji donosi skupština kantona, osigurava saradnju kantonalne vlade i ombudsmena,
- ñ nadzor nad istragom i krivičnim gonjenjem u vezi s kršenjem kantonalnih zakona, kao i nad kantonalnom policijom,
- ñ izvršavanje drugih nadležnosti utvrđenih zakonom ili kantonalnim ustavom.

Kantonalno sudstvo

Kanton ima sudove koji su nadležni da raspravljaju o stvarima koje ne spadaju u nadležnost općinskih sudova. Kantonalne sudije predlaže premijer kantona, a bira ih većinom glasova kantonalna skupština. Nacionalna struktura sudstva u cijelini odražava nacionalnu strukturu stanovništva kantona.

5.1.5. Struktura općinske vlasti

Općine su autonomne zajednice u kojima se ostvaruje lokalna samouprava.

Općinsku vlast čine:

1. **općinsko vijeće**
2. **općinski načelnik i**
3. **općinski sudovi.**

Općinsko vijeće

Svaka općina ima općinsko vijeće koje čine općinski vijećnici birani neposredno i tajnim glasanjem na izborima u općini.

Općinsko vijeće je nadležno da:

- ñ priprema i dvotrećinskom većinom glasova usvaja statut općine, koji mora biti u skladu sa Ustavom, kantonalnim ustavom i kantonalnim zakonodavstvom,
- ñ bira općinskog načelnika,
- ñ usvaja općinski budžet i donosi propise o oporezivanju i na druge načine osigurava potrebno finansiranje koje nisu osigurale kantonalne ili federalne vlasti,
- ñ donosi i druge propise u izvršavanju općinskih nadležnosti.

Općinski načelnik

Općinski načelnik je nadležan za:

- ñ imenovanje i razrješenje općinskih službenika,

- provođenje općinske politike, izvršavanje općinskih propisa i delegiranih ili prenesenih nadležnosti općini od kantonalne ili federalne vlasti,
- osigurava saradnju općinskih službenika sa ombudsmenima,
- podnošenje izvještaja općinskom vijeću i javnosti o provođenju općinske politike i svojim aktivnostima.

Općinski sudovi

Općina ima sudove koji su nadležni da odlučuju u građanskim i krivičnim stvarima, osim ako je ustavom ili zakonima dio ove nadležnosti prenen na drugi sud. Sudije općinskih sudova imenuje predsjednik najvišeg kantonalnog suda nakon konsultacije s općinskim načelnikom.

5.1.6. Gradske vlasti

Ustavom Federacije BiH utvrđeno je da je grad jedinica lokalne uprave i samouprave. Za područje dvije ili više općina koje su urbano i teritorijalno povezane svakodnevnim potrebama građana formira se grad kao jedinica lokalne uprave ili samouprave u skladu sa Federalnim zakonom.

Odgovornosti grada obuhvataju:

- finansijsku i poresku politiku u skladu sa Federalnim, odnosno kantonalnim zakonima,
- zajedničku infrastrukturu,
- urbanističko planiranje,
- javni promet,
- druge nadležnosti koje gradu povjeri kanton, odnosno prenese općina.

Struktura gradske vlasti:

- 1. Gradsko vijeće i**
- 2. Gradonačelnik**

Gradsko vijeće

Grad ima gradsko vijeće, koje ne može imati manje od 15, niti više od 30 vijećnika. Gradsko vijeće čini jednak broj vijećnika iz svake općine.

Gradsko vijeće je nadležno da:

- priprema i dvotrećinskom većinom usvaja statut grada koji mora biti u skladu sa Ustavom Federacije BiH, kantonalnim ustavom i kantonalnim zakonodavstvom,
- bira gradonačelnika,
- donosi budžet grada,

- donosi propise o izvršavanju prenesenih ovlaštenja i vrši druge poslove utvrđene statutom.

Gradonačelnik

Gradonačelnik je odgovoran za:

- imenovanje i razrješenje gradskih funkcionera,
- provođenje gradske politike i izvršavanje gradskih propisa,
- osiguranje saradnje gradskih funkcionera s ombudsmenima,
- podnošenje izvještaja gradskom vijeću i javnosti o provođenju gradske politike.

6. SISTEM ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U BIH

Seniha Čelik

Sabaha Dračić

Pod sistemom, generalno, podrazumijeva se skup međusobno povezanih elemenata koji zajedno dovode do postizanja ciljeva u sredini u kojoj sistem postoji, a za zdravstveni sistem to je obezbjeđenje i ostvarenje zdravstvene zaštite i poboljšanje zdravlja pojedinca, porodice i zajednice. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, sistem zdravstvene zaštite obuhvata zdravstvenu infrastrukturu koja obezbjedjuje sektor programa i usluga i pruža zdravstvenu zaštitu pojedincima, porodicama i zajednicama. Svrha sistema zdravstvene zaštite je očuvanje i unapredjenje zdravlja ljudi obezbjedjivanjem zdravstvenih usluga stanovništvu kako moderne, tako i tradicionalne medicine na efikasan način, a koje su u isto vrijeme dostupne i prihvatljive ljudima.

Funkcionisanje i organizacija zdravstvenog sistema, iako su različiti širom svijeta, imaju zajedničke osnovne karakteristike. Tako osnovne elemente sistema zdravstvene zaštite čine resursi: ljudski resursi, tj. zdravstveni radnici, zdravstveni saradnici, organizacija, administracija i rukovođenje i obezbjeđenje zdravstvenih usluga stanovništvu.

U okviru nacionalnih zdravstvenih sistema jedne zemlje, tri su bitne karakteristike koje obrađuju i opisuju sistem zdravstvene zaštite:

- prava iz zdravstvene zaštite koje sistem obezbjeđuje stanovništvu,
- obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom i
- finansiranje sistema zdravstvene zaštite.

Osnovni ciljevi savremenog sistema zdravstvene zaštite su:

- **Univerzalnost**-obezbijediti pristup pravima iz zdravstvenog osiguranja svim stanovnicima
- **Ekonomičnost**-očuvanje troškova zdravstvene zaštite na određenom nivou
- **Pravičnost**-ljudima koji imaju jednake zdravstvene potrebe mora biti osiguran jednak kvalitet zdravstvenih usluga
- **Sloboda izbora**-za korisnike zdravstvenih usluga i
- **Autonomija**- za davaoce zdravstvenih usluga.

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, načela zdravstvene zaštite su:

1. **Pristupačnost zdravstvene zaštite**, koja uključuje fizičku, geografsku i ekonomsku dostupnu zdravstvenu zaštitu, a posebno primarnu zdravstvenu zaštitu.

2. **Pravičnost zdravstvene zaštite**, koja se ostvaruje zabranom diskriminacije prilikom pružanja zdravstvene zaštite po bilo kom osnovu (starosti, spolu, nacionalnoj ili vjerskoj pripadnosti, socijalnom porijeklu, imovnom stanju, kulturi, seksualnoj orijentaciji, vrsti bolesti i onesposobljenosti).
3. **Solidarnosti u zdravstvenoj zaštiti**, koja se ostvaruje sistemom zdravstvenog osiguranja u kojem su svi građani obuhvaćeni zdravstvenom zaštitom bez obzira na to da li su bogati, siromašni, mlađi, stari, zdravi ili bolesni.
4. **Sveobuhvatnost zdravstvene zaštite**, koja se ostvaruje uključivanjem svih građana u sistem zdravstvene zaštite uz primjenu objedinjenih mjera i postupaka u zdravstvenoj zaštiti i obuhvataju promociju zdravlja, prevenciju bolesti, ranu dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju.
5. **Kontinuiranost zdravstvene zaštite**, koja obuhvata pružanje zdravstvene zaštite građanima u svakom životnom dobu i na svim nivoima zdravstvene djelatnosti od primarnog, preko sekundarnog do tercijarnog nivoa zdravstvene djelatnosti.
6. **Specijalizovani pristup zdravstvenoj zaštiti** se osigurava organizovanjem i razvojem posebnih specijalizovanih kliničkih javno-zdravstvenih dostignuća i znanja i njihovom primjenom u praksi.
7. **Stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite**, koje obuhvata mjere i aktivnosti kojima se u skladu sa savremenim dostignućima medicinske nauke i prakse povećava mogućnost povoljnog ishoda i smanjenje rizika i drugih neželjenih posljedica po zdravlje pojedinca i zdravstveno stanje zajednice u cjelini.
8. **Efikasnost zdravstvene zaštite** se ostvaruje postizanjem najboljih mogućih rezultata u odnosu na raspoložive resurse u zdravstvu, odnosno postizanjem najvišeg nivoa zdravstvene zaštite uz racionalno korištenje raspoloživih resursa.

Subjekti zdravstvenog sistema su :

- davaoci usluga - oni koji sprovode zdravstvenu zaštitu (zdravstveni radnici, zdravstveni saradnici i zdravstvene ustanove),
- korisnici usluga - cijelo stanovništvo (zajednica, pojedinci),
- posrednik- osiguravatelj, naručitelj ili treća strana koja plaća-oni koji uređuju odnose korisnika i davaoca usluga, razna dobrovoljna ili obavezna osiguranja, državni fond, ministarstvo ili lokalna vlada.

6.1. Pojam zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja

Zdravstvena zaštita obuhvata organizovanu i sveobuhvatnu djelatnost društva radi očuvanja zdravlja građana, odnosno, prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, zdravstvena zaštita obuhvata sistem društvenih, grupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti, rano otkrivanje

bolesti, blagovremeno liječenje, te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju, kao i primjenu zdravstvenih tehnologija. Pored zdravstvenih usluga, ovaj pojam uključuje i područje upravljanja i finansiranja u svim segmentima društva koji su značajni za socijalnu sigurnost i zaštitu stanovništva.

Zdravstveno osiguranje predstavlja poseban oblik društvene organizovanosti, pri kojoj se pacijenti osiguravaju od rizika obolijevanja i povređivanja, posredstvom ustanova zdravstvenog osiguranja, koje preuzimaju taj rizik nadoknađujući štetu osiguraniku u slučaju odštetnog zahtjeva.

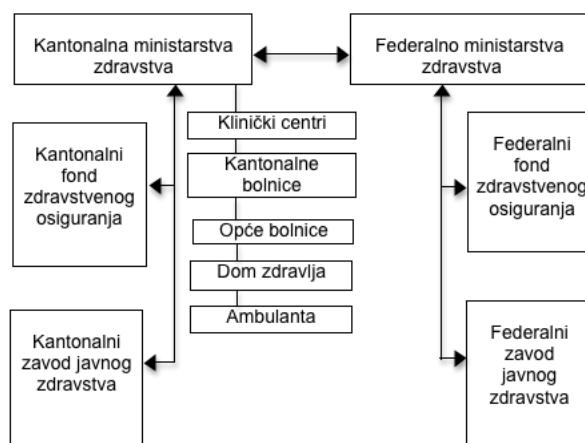
Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju, zdravstveno osiguranje, kao dio socijalnog osiguranja građana čini jedinstveni sistem u okviru koga građani ulaganjem sredstava, na načelima uzajamnosti i solidarnosti, obavezno u okviru kantona osiguravaju ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu i druge oblike osiguranja na način koji je utvrđen ovim zakonom, drugim zakonima i propisima donesenim na osnovu zakona.

6.2. Zdravstveni sistem i zdravstvena zaštita u FBiH

Zdravstveni sistem u FBiH organizovan je u skladu s odredbama zakona o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine“, br 46/10), Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine“, br. 30/97) s izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine“, br. 07/02; 70/08 i 48/11) te drugih podzakonskih akata donesenih u skladu s odredbama ovih zakona.

Svaki od entiteta u Bosni i Hercegovini je odgovoran za vođenje zdravstvene politike, dok je cijelokupno operativno zdravstvo u Federaciji BiH preneseno na nivo kantona.

Slika 1. Organizaciona struktura sistema zdravstvene zaštite u Federaciji BiH.



Izvor. Health Care Systems in Transition (2002.)

Zdravstvena zaštita, u smislu Zakona o zdravstvenoj zaštiti Federacije BiH, jeste organizovana i sveobuhvatna djelatnost društva s osnovnim ciljem da se ostvari najviši mogući nivo očuvanja zdravlja građana i porodice.

Zdravstvena zaštita, u smislu ovog zakona, obuhvata sistem društvenih, grupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, blagovremeno liječenje, te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju, kao i primjenu zdravstvenih tehnologija.

Mjere koje se primjenjuju u zdravstvenoj zaštiti dijele se na :

- mjere za unapređenje zdravlja (obezbjedenje što povoljnijih higijenskih, ekonomskih, socijalnih i drugih uslova koji utiču na zdravlje),
- mjere za suzbijanje i sprečavanje bolesti,
- mjere za rano otkrivanje bolesti - svakodnevni pregledi, sistematski i kontrolni pregledi, skrining pregledi,
- mjere za liječenje bolesti,
- mjere rehabilitacije (ublažavanje posljedica bolesti), koja može biti medicinska, psihička, profesionalna i socijalna rehabilitacija.

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, društvena briga za zdravlje na nivou kantona obuhvata **mjere za osiguranje i provođenje zdravstvene zaštite** od interesa za građane na području kantona.

To su:

1. donošenje zakona i podzakonskih akata iz nadležnosti kantona,
2. uređenje i vođenje zdravstvene politike i provođenje reforme iz oblasti zdravstva od interesa za područje kantona,
3. praćenje zdravstvenog stanja stanovništva i rada zdravstvenih ustanova na području kantona, kao i staranje o provođenju utvrđenih prioriteta u zdravstvenoj zaštiti,
4. donošenje strateškog plana zdravstvene zaštite za područje kantona,
5. stvaranje uslova za pristupačnost i ujednačenost korištenja primarne i sekundarne zdravstvene zaštite na području kantona,
6. uspostavljanje sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite,
7. osiguranje palijativne njage za neizlječivo bolesne, odnosno umiruće u saradnji sa ustanovama iz oblasti socijalne zaštite, karitativnim i drugim udruženjima i pojedincima,
8. planiranje i ostvarivanje kantonalnog programa za očuvanje i zaštitu zdravlja od zagađene životne okoline što je prouzrokovano štetnim i opasnim materijama u zraku, vodi i zemljištu, odlaganjem otpadnih materija, opasnih hemikalija, izvorima jonizirajućih i nejonizirajućih zračenja, bukom i vibracijama

na svojoj teritoriji, kao i vršenjem sistematskih ispitivanja životnih namirnica, predmeta opće upotrebe, mineralnih voda za piće, vode za piće i drugih voda koje služe za proizvodnju i preradu životnih namirnica i sanitarno-higijenske i rekreativne potrebe radi utvrđivanja njihove zdravstvene i higijenske ispravnosti i propisanog kvaliteta od interesa za kanton u skladu sa programom mjera koje donosi vlada kantona na prijedlog kantonalnog ministra i kantonalnog ministra nadležnog za zaštitu okoliša,

9. provođenje epidemiološke, zdravstveno-statističke, socijalno-medicinske i zdravstveno-ekološke djelatnosti, te unapređenje zdravlja i prevenciju bolesti na području kantona,
10. provođenje mjera zaštite stanovništva od zaraznih bolesti iz svoje nadležnosti u skladu s propisima o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti,
11. sprečavanje pojave ovisnosti i liječenje s ciljem suzbijanja težih posljedica po zdravlje ovisnika,
12. ostvarivanje prava iz oblasti zdravstvenog osiguranja u skladu sa propisima o zdravstvenom osiguranju, te praćenje provođenja, zaštitu i unapređenje tih prava,
13. organizaciju i rad mrtvozorničke službe,
14. saradnja sa humanitarnim i stručnim organizacijama, savezima, komorama i udruženjima na poslovima razvoja zdravstvene zaštite na svom području.

6.3. Zdravstvena djelatnost

Zdravstvena djelatnost predstavlja organizovano pružanje zdravstvene zaštite putem rada zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika u okviru zdravstvenih ustanova ili privatne prakse u skladu sa stručno-medicinskom doktrinom i uz upotrebu zdravstvene tehnologije. Zdravstvena djelatnost se provodi kao:

- primarna zdravstvena djelatnost,
- sekundarna zdravstvena djelatnost,
- tercijarna zdravstvena djelatnost i
- djelatnost javnog zdravstva na nivou federalnih i kantonalnih zavoda.

Nivou primarne zdravstvene zaštite prethodi neprofesionalni, nulti nivo zaštite, tj. **nivo samozaštite** i ostvaruje se u krugu porodice, škole i lokalne zajednice u svrhu unapređenja zdravlja, prevencije bolesti, samodijagnoza, samoliječenja, samomedikacije, kao i socijalna podrška i njega oboljelim i slabim članovima porodice. Korištenje ovog nivoa zaštite zavisi od sistema finansiranja zdravstvene zaštite i tradicije u načinu liječenja.

Zdravstvena djelatnost na primarnom nivou zdravstvene zaštite predstavlja prvi nivo kontakta i mjesto ulaska pojedinca, porodice i zajednice u zdravstveni sistem . PZZ približava, što je moguće više, zdravstvenu zaštitu ljudima, a organizira se tako

da je korisnicima dostupna u mjestu živjenja i rada, te predstavlja prvi segment u kontinuiranom procesu zdravstvene zaštite.

Primarna zdravstvena zaštita predstavlja osnov cjelokupnog sistema zdravstvene zaštite, što znači da se u okviru PZZ rješava najveći dio zdravstvenih problema (najmanje 80%) i zdravstvenih potreba stanovništva uz aktivnu podršku pojedinca, porodice i zajednice u cijelini.

Zdravstvena zaštita na primarnom nivou obuhvata:

- djelatnost porodične medicine,
- djelatnost zdravstvene zaštite djece,
- djelatnost polivalentnih patronažnih sestara u zajednici,
- higijensko-epidemiološku zaštitu,
- hitnu medicinsku pomoć,
- zaštitu reproduktivnog zdravlja žena,
- zdravstvenu zaštitu kod nespecifičnih i specifičnih plućnih oboljenja,
- fizikalnu i mentalnu rehabilitaciju u zajednici,
- specifičnu zdravstvenu zaštitu radnika, kao dio medicine rada, ako je ugovorena sa poslodavcem,
- zubozdravstvenu zaštitu,
- laboratorijsku i radiološku dijagnostiku primarnog nivoa,
- apotekarsku djelatnost.

Zdravstvena zaštita na primarnom nivou, pored navedenog, obuhvata:

- praćenje zdravstvenog stanja stanovnika i provođenje mjera za zaštitu i unapređenje zdravlja stanovnika,
- prevenciju, liječenje i rehabilitaciju bolesti i povreda,
- otkrivanje i suzbijanje faktora rizika masovnih nezaraznih bolesti,
- specifičnu preventivnu zdravstvenu zaštitu mladih, naročito u osnovnim i srednjim školama, te visokim školama na svom području,
- imunizaciju protiv zaraznih bolesti,
- liječenje i rehabilitaciju u kući,
- palijativnu njegu.

Zdravstvena djelatnost na primarnom nivou zdravstvene zaštite (PZZ) se organizira tako da je korisnicima dostupna u općini njihovog prebivališta.

Na primarnom nivou zdravstvene zaštite može se organizovati i provoditi nastavna i naučno-istraživačka djelatnost. Nastava iz oblasti porodične medicine se organizira i provodi u centrima za edukaciju iz porodične medicine koji su nastavna baza fakulteta zdravstvenog usmjerenja.

Zdravstvena djelatnost na primarnom nivou zdravstvene zaštite (PZZ) se provodi i organizira timskim radom u kojem učestvuje najmanje zdravstveni radnik visoke stručne spreme: doktor medicine, doktor stomatologije i magistar farmacije, kao i medicinska sestra/tehničar.

Zdravstvena djelatnost na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite obuhvata:

- specijalističko-konsultativnu djelatnost i
- bolničku zdravstvenu djelatnost .

Specijalističko-konsultativna zdravstvena djelatnost na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite predstavlja dio zdravstvene djelatnosti koja pruža vanbolničke usluge i osigurava podršku primarnoj i bolničkoj zdravstvenoj djelatnosti, a čiji je cilj povećanje stepena rješavanja zdravstvenih problema pacijenata i racionalnije korištenje resursa u zdravstvu. **Specijalističko-konsultativnu zdravstvenu djelatnost na sekundarnom nivou osigurava bolnica.**

Specijalističko-konsultativna djelatnost iz opće interne medicine, opće hirurgije, neurologije, otorinolaringologije, oftalmologije, ortopedije, dermatologije i radiološke dijagnostike primarnog nivoa organizira se tako da je dostupna u općini njihovog prebivališta, dok se dostupnost ostalih specijalističko-konsultativnih djelatnosti osigurava u prostoru bolničkih zdravstvenih ustanova.

Bolnička zdravstvena djelatnost obuhvata dijagnosticiranje, liječenje i medicinsku rehabilitaciju, zdravstvenu njegu, boravak i prehranu pacijenata u bolnicama.

Zdravstvena djelatnost na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite je visokodiferencirani vid zdravstvene zaštite na kome se obavljaju najsloženiji oblici zdravstvene zaštite iz pojedinih specijalističko-konsultativnih i bolničkih zdravstvenih djelatnosti, naučno-istraživački rad i stručno osposobljavanje i obrazovanje svih profila stručnosti, odnosno izvođenje nastave za potrebe fakulteta zdravstvenog usmjerenja.

Djelatnost federalnih zdravstvenih zavoda obuhvata stručne i naučno-istraživačke aktivnosti u oblasti:

- javnog zdravstva i
- transfuzijske medicine.

Djelatnost kantonalnih zdravstvenih zavoda obuhvata stručne i naučno-istraživačke aktivnosti u oblasti:

- javnog zdravstva,
- medicine rada,
- bolesti ovisnosti i
- sportske medicine.

Djelatnost javnog zdravstva obuhvata djelatnost:

- socijalne medicine s organizacijom i ekonomikom zdravstva,
- epidemiologije,
- higijene i zdravstvene ekologije,
- sanitарne mikrobiologije i
- sanitарne hemije.

Apotekarska djelatnost je dio zdravstvene djelatnosti koja se obavlja na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, a osigurava snabdijevanje stanovništva, zdravstvenih ustanova i privatnih praksi lijekovima i medicinskim sredstvima.

6.4. Vrste zdravstvenih ustanova

Zdravstvene ustanove organiziraju svoj rad kao zdravstvene ustanove primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite, zatim kao specijalizirane zdravstvene ustanove i kao ostale zdravstvene ustanove.

1. Zdravstvene ustanove primarne zdravstvene zaštite su:

- Dom zdravlja
- Ambulanta porodične medicine
- Centar za mentalno zdravlje u zajednici
- Centar za fizikalnu rehabilitaciju
- Ustanova za hitnu medicinsku pomoć
- Ustanova za zdravstvenu njegu u kući
- Apoteka
- Ustanova za palijativnu njegu (zdravstveno-socijalna ustanova)
- Zdravstvena zaštita u ustanovama socijalne zaštite (ustanove za djecu bez roditelja, za socijalno zapuštenu djecu, za djecu ometenu u razvoju, za odrasle osobe, za nemoćne i stare osobe u kojima se zdravstvena zaštita provodi putem domova zdravlja ili zdravstvenog radnika u privatnoj praksi).

Dom zdravlja je zdravstvena ustanova za pružanje zdravstvene zaštite stanovništvu određenog područja u sklopu zdravstvene djelatnosti na primarnom nivou zdravstvene zaštite.

Ambulanta porodične medicine je dio zdravstvenog sistema koja se organizira kao dio doma zdravlja ili privatna praksa i koja osigurava primarni nivo zdravstvene zaštite i u kojem radi tim porodične medicine.

Centar za mentalno zdravlje u zajednici obavlja promociju i prevenciju mentalnog zdravlja, rehabilitaciju mentalno oboljelih osoba, prevenciju invaliditeta i rehabilitaciju, te brigu i pomoć onesposobljenim.

Centar za fizikalnu rehabilitaciju obavlja zdravstveno-promotivni rad iz oblasti fizikalne medicine, vanbolničke terapeutske i rehabilitacione postupke iz domena fizikalne medicine, okupacione tretmane i sarađuje s drugim službama radi unapređenja tretmana pacijenata.

Ustanova za hitnu medicinsku pomoć je zdravstvena ustanova koja provodi mjere hitne medicinske pomići i osigurava prevoz oboljelih, stradalih i povrijeđenih u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu i pruža medicinsku pomoć za vrijeme prevoza.

Ustanova za zdravstvenu njegu u kući je zdravstvena ustanova koja provodi zdravstvenu njegu i rehabilitaciju bolesnika po uputama doktora medicine-porodičnog lječnika.

Apoteka je zdravstvena ustanova koja vrši nabavku lijekova i medicinskih sredstava, skladištenje, čuvanje pod propisanim režimom, izdavanje i distribuciju lijekova i medicinskih sredstava, kao i izradu galenskih i magistralnih pripravaka u skladu sa propisom o apotekarskoj djelatnosti.

Ustanova za palijativnu njegu je socijalno-zdravstvena ustanova koja ima palijativni interdisciplinarni tim, ambulantu za bol i palijativnu njegu.

2. Zdravstvene ustanove sekundarne zdravstvene zaštite:

- Poliklinika
- Centar za dijalizu
- Bolnica
- Zavod
- Lječilište.

Poliklinika je zdravstvena ustanova u kojoj se obavlja specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita, dijagnostika i medicinska rehabilitacija, a osniva se kao samostalna zdravstvena ustanova ili kao dio bolnice.

Centar za dijalizu je zdravstvena ustanova koja obavlja dijagnostiku i liječenje pacijenata tretmanom hemodialize i peritonealne dijalize.

Bolnica je zdravstvena ustanova koja obavlja djelatnost dijagnostike, liječenja, medicinske rehabilitacije i zdravstvene njege bolesnika i osigurava boravak i prehranu bolesnika. Bolnice mogu biti:

- Opće bolnice
- Specijalne bolnice

- Kantonalne bolnice i
- Univerzitetsko-kliničke bolnice.

Opća bolnica je zdravstvena ustanova koja obavlja najmanje djelatnost:

- Interne medicine
- Hirurgije
- Pedijatrije
- Ginekologije i akušerstva.

Specijalna bolnica je zdravstvena ustanova za specijalističko-konsultativno i bolničko liječenje određenih bolesti ili određenih dobnih skupina stanovništva.

Kantonalna bolnica se osniva za područje jednog ili više kantona.

Univerzitetsko-klinička bolnica je bolnica koja obavlja tercijarnu zdravstvenu zaštitu iz više od polovine registrovanih specijalističkih djelatnosti, stručno usavršavanje, dodiplomsku i postdiplomsku nastavu, kao i naučno-istraživački rad za djelatnosti za koje se osniva.

Zavod je specijalizirana zdravstvena ustanova u kojoj se obavlja specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita, uz posebnu djelatnost medicinske tehnologije i u kojoj se vrše određena medicinska ispitivanja.

Lječilište je zdravstvena ustanova u kojoj se prirodnim ljekovitim izvorima provodi preventivna zdravstvena zaštita, specijalistička i bolnička rehabilitacija.

3. Zdravstvene ustanove tercijarne zdravstvene zaštite

Zdravstvene ustanove tercijarne zdravstvene zaštite su one zdravstvene ustanove koje ispunjavaju uslove u pogledu prostora, opreme i kadra, kao i primjenjenih tehnologija za obavljanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz specijalističko-konsultativnih i bolničkih zdravstvenih djelatnosti.

4. Federalni i kantonalni zdravstveni zavodi

Federani i kantonalni zavodi su zdravstvene ustanove koje obavljaju djelatnost u oblasti javnog zdravstva, transfuzijske medicine, medicine rada, bolesti ovisnosti i sportske medicine.

To su:

- Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH
- Zavod za transfuzijsku medicinu Federacije BiH
- Zavod za javno zdravstvo kantona
- Zavod za medicinu rada kantona
- Zavod za bolesti ovisnosti kantona

- Zavod za sportsku medicinu kantona.

5. Zdravstvene ustanove u kojima se izvodi nastava

Obrazovanje studenata i učenika za potrebe zdravstva vrše fakulteti i škole zdravstvenog usmjerenja. U bolnicama koje imaju status univerzitetske bolnice organizuju se nastava za studente fakulteta zdravstvenog usmjerenja, dodiplomska i postdiplomska nastava. Dio nastave koji se odnosi na porodičnu medicinu, djelatnost službi u zajednici, javnog zdravstva, medicine rada, bolesti zavisnosti izvodi se u zavodima za javno zdravstvo, zavodima za medicinu rada, zavodima za bolesti zavisnosti i domovima zdravlja koji ispunjavaju zakonom propisane uslove.

6. Referalni centar

Referalni centar može biti zdravstvena ili dio zdravstvene ustanove koja ispunjava uslove za obavljanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite. Zdravstvena ustanova koja obavlja funkciju referalnog centra, pored osnovne djelatnosti, obavlja poslove vezane uz primjenu i praćenje jedinstvene doktrine i metodologije u dijagnostici i terapiji pojedinih bolesti, u prevenciji i rehabilitaciji i koja se svojim inovativnim pristupom i realizacijom razvojnih projekata izdvaja od drugih zdravstvenih ustanova iste djelatnosti.

6.5. Zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici

Zdravstveni radnici su osobe koje imaju obrazovanje zdravstvenog usmjerenja i neposredno u vidu zanimanja pružaju zdravstvenu zaštitu stanovništvu, uz obavezno poštivanje moralnih i etičkih načela zdravstvene zaštite.

Zdravstveni radnici se obrazuju na medicinskom, stomatološkom, farmaceutskom fakultetu, fakultetu zdravstvenih studija i u srednjim školama zdravstvenog usmjerenja.

Zdravstveni radnici, ali i sve druge osobe, u vršenju svojih dužnosti u zdravstvenim ustanovama su dužni **čuvati kao profesionalnu tajnu sve što saznaju o zdravstvenom stanju pacijenta**, izuzev ako postoji zahtjev nadležnog ministarstva zdravstva, drugih organa državne uprave u skladu s posebnim propisima, nadležne komore ili u krivičnom, odnosno parničnom postupku. Pored ovoga, **zdravstveni radnici su dužni uredno voditi medicinsku dokumentaciju i primjenjivati propis o zaštiti osobnih podataka pacijenta**.

Zdravstveni radnici sa završenim fakultetom zdravstvenog usmjerenja, odnosno srednjom školom zdravstvenog usmjerenja, **obavezni su nakon završenog obrazovanja obaviti pripravnički staž u trajanju od 6 mjeseci, a nakon obavljenog pripravničkog staža zdravstveni radnici** koji su završili fakultet zdravstvenog usmjerenja **polažu stručni ispit** pred ispitnom komisijom Federalnog

ministarstva zdravstva. Zdravstveni radnici sa završenom srednjom školom polažu stručni ispit pred ispitnom komisijom kantonalnog ministarstva zdravstva.

Nakon položenog stručnog ispita zdravstveni radnici **obavezno se upisuju u nadležne komore (komora lječnika, komora doktora stomatologije, komora magistara farmacije, komora medicinskih biohemičara, komora zdravstvenih tehničara svih profila, komora diplomiranih medicinskih sestara/tehničara, komora diplomiranih zdravstvenih inžinjera svih profila)** u registar zdravstvenih radnika i na taj način stiču pravo na izdavanje licence.

Licenca za rad je javna isprava koju izdaje nadležna komora nakon dobijanja uvjerenja o položenom stručnom ispitu s rokom važenja od 6 godina uz obavezu obnavljanja licence.

Zdravstveni radnici imaju pravo i obavezu stručno se usavršavati radi održavanja i unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite, a stručno usavršavanje obuhvata specijalizacije, subspecijalizacije i kontinuiranu medicinsku edukaciju. Zdravstvene ustanove u javnom i privatnom sektoru donose plan stručnog usavršavanja zdravstvenih radnika svake kalendarske godine.

Zdravstveni saradnici su osobe koje nisu završile obrazovanje zdravstvenog usmjerenja, a rade u zdravstvenim ustanovama i učestvuju u dijelu zdravstvene zaštite.

Privatna praksa

Privatnu praksu mogu obavljati zdravstveni radnici s visokom stručnom spremom, zatim zdravstveni radnici sa završenim fakultetom zdravstvenih studija, kao i zdravstveni radnici s višom ili srednjom stručnom spremom iz svoje stručne spreme. Zahtjev za obavljanje privatne prakse podnosi se nadležnom kantonalnom ministru zdravstva. Zdravstveni radnik ne može početi raditi u privatnoj praksi dok nadležni kantonalni ministar zdravstva rješenjem ne utvrdi da su ispunjeni uslovi za početak rada.

Privatna praksa se može obavljati u samo jednoj ordinaciji/apoteci osobno, uz rad dva tima zdravstvenih radnika iste struke u smjenskom radu ili uz grupnu privatnu praksu.

Zdravstveni radnici privatne prakse obavezni su:

- Pružati hitnu medicinsku pomoć
- Učestvovati u radu na sprečavanju i suzbijanju zaraznih bolesti i na zaštiti i spašavanju stanovništva u slučaju katastrofe
- Voditi zdravstvenu dokumentaciju i druge evidencije o osobama kojima pružaju zdravstvenu zaštitu i podnosići izvještaj nadležnoj zdravstvenoj ustanovi u skladu s propisima o evidencijama u djelatnosti zdravstva

- Vršiti redovnu kontrolu sterilizacije i voditi evidenciju o tome
- Posjedovati anafilaktički set s ampulama ispravnog roka valjanosti
- Voditi redovnu kontrolu valjanosti lijekova i medicinskih sredstava koje primjenjuju u privatnoj praksi
- Davati podatke o svom radu na zahtjev nadležnog organa
- Dostavljati izvještaje o obračunu ukupnih sredstava u privatnoj praksi na zahtjev kantonalnog ministarstva u skladu s propisima o zdravstvenom osiguranju.
- Zabranjeno je oglašavanje, odnosno reklamiranje zdravstvenih usluga, stručno-medicinskih postupaka i metoda zdravstvene zaštite, kao i usluga i metoda alternativne medicine koje se obavljaju u privatnoj praksi u sredstvima javnog informisanja, dok se dozvoljava oglašavanje naziva zdravstvene ustanove, odnosno privatne prakse, sjedište, djelatnost i radno vrijeme.

Javno-zdravstvena djelatnost socijalne medicine, epidemiologije i higijene koje su od interesa za Federaciju, odnosno kanton, hitna medicinska pomoć, djelatnost heterologne transplantacije organa i tkiva i autologne transplantacije koštane srži, prikupljanje, testiranje, prerada i distribucija krvi i krvnih sastojaka, vještačka oplodnja, ako nije u pitanju darivanje sjemena od supruga, patologija, izuzev patohistološke djelatnosti, sudska medicina i mrtvozornička djelatnost **ne mogu biti predmet privatne djelatnosti** (Član 51. Zakona o zdravstvenoj zaštiti).

6.6. Osnovni izvori finansiranja zdravstvene zaštite

Finansiranje i pružanje zdravstvene zaštite može se prikazati kao razmjena sredstava između ključnih aktera u zdravstvenom sistemu, odnosno između korisnika zdravstvene zaštite, davaoca zdravstvene zaštite i posredne ustanove koja skuplja prihode i plaća usluge.

Najjednostviji način finansiranja zdravstvene zaštite je **direktno plaćanje**, pri kojem korisnik, odnosno pacijent direktno plaća davaocu zdravstvene zaštite za pruženu zdravstvenu uslugu. U zdravstvenim sistemima najčešće postoji **indirektni način plaćanja** putem treće strane, odnosno nekog posrednog administrativnog tijela, koje može biti državna, javna ili privatna ustanova. U ovom načinu finansiranja finansiranje zdravstvenih usluga se obavlja tako da posredna ustanova sakuplja prihode od građana bilo cijele populacije ili samo njenog jednog dijela, kao što su zaposleni, te ih distribuirala davaocima zdravstvenih usluga (zdravstveni radnici i zdravstvene ustanove).

Način finansiranja zdravstvene zaštite u raznim zemljama svijeta je različit kako prema izvorima tako i načinu njihovog korištenja. Najčešće korištenu i najpoznatiju podjelu sistema zdravstvene zaštite predložila je Organizacija za ekonomsku saradnju i razvoj (OECD) 1987.godine, po kojoj se svi sistemi mogu grupisati u tri osnovna modela:

- **sistem nacionalne zdravstvene službe** - Beveridžov model (karakteristike ovog sistema su da zdravstvenu zaštitu finansira država iz državnog budžeta, a sredstva se prikupljaju općim oporezivanjem, kao što je u Velikoj Britaniji, Švedskoj, Kanadi, Danskoj, Finskoj, Italiji, Grčkoj, Portugalu i Norveškoj),
- **sistem socijalnog zdravstvenog osiguranja** – Bizmarkov model (karakteristika ovog sistema je da se cijelokupno stanovništvo ili samo zaposleni s dohotkom zakonski obavezuju na osiguranje za zdravstvenu zaštitu, kao što je u Njemačkoj, Švicarskoj, Austriji, Francuskoj, Belgiji i ...)
- **sistem privatnog osiguranja** – model “nezavisnih ili suverenih korisnika” (karakteristika ovog sistema je da sam korisnik bira program osiguranja za zdravstvenu zaštitu, a program osiguranja se finansira putem premija, kao što je u SAD).

Osnovni izvori finansiranja i karakteristike sistema u Federaciji BiH

Prema važećim ustavnim rješenjima i vazećim zakonskim propisima, osnovne karakteristike zdravstvenog sistema i zdravstvenog osiguranja u BiH su:

- sistem socijalnog osiguranja (Bizmarkov sistem), pri čemu su doprinosi na plate i iz plata osnovni izvor za ostvarivanje prava iz zdravstvene zaštite,
- zdravstveni sistem i sistem zdravstvenog osiguranja je decentralizovan i pravo na zdravstvenu zaštitu ostvaruje se preko jedanaest fondova zdravstvenog osiguranja u Federaciji BiH (deset kantonalnih izvanbudžetskih fondova zdravstvenog osiguranja i jednog Federalnog zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja),
- svojstvo osiguranika i osiguranog lica stiče se prijavom na obavezno zdravstveno osiguranje i dokazuje propisanom ispravom (zdravstvena legitimacija),
- rizici za veće troškove zdravstvene zaštite su na entitetskom i kantonalnom nivou,
- neograničena solidarnost u sistemu obveznog zdravstvenog osiguranja, za istu zdravstvenu potrebu osigurano lice ima istu zdravstvenu uslugu, a prava na zdravstvenu zaštitu su u direktnoj ovisnosti o ekonomskoj snazi entiteta, kantona,
- učešće u troškovima zdravstvene zaštite utvrđuje se odlukama entiteta.

7. ZAKON O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

(„Službene novine Federacije BiH“, broj: 30/97, s izmjenama i dopunama objavljenim u „Službenim novinama Federacije BiH“, broj: 7/02, 70/08 i 48/11)

Zdravstveno osiguranje, kao dio socijalnog osiguranja građana, čini jedinstveni sistem u okviru koga građani ulaganjem sredstava, na načelima uzajamnosti i solidarnosti, obavezno u okviru kantona, osiguravaju ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu i druge oblike osiguranja na način koji je utvrđen Zakonom o zdravstvenom osiguranju, drugim zakonima i propisima donesenim na osnovu zakona.

Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju, građani Federacije BiH imaju pravo na zdravstveno osiguranje koje obuhvaća:

- 1) Obavezno zdravstveno osiguranje**
- 2) Prošireno zdravstveno osiguranje**
- 3) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje**

7.1 . Obavezno zdravstveno osiguranje

Obavezno zdravstveno osiguranje, prema ovom zakonu, imaju lica koja su u radnom odnosu, druga lica koja vrše određene djelatnosti ili imaju određeno svojstvo, kao i članovi njihovih porodica. Obavezno zdravstveno osiguranje se zasniva na načelima uzajamnosti i solidarnosti osiguranika u okviru kantona, a osiguranim licima obezbeđuje se:

- pravo na korištenje zdravstvene zaštite
- pravo na novčanu naknadu i
- pomoć utvrđenu ovim zakonom.

Prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na teret fonda obveznog zdravstvenog osiguranja, a sredstva za ostvarivanje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se doprinosima od kojih se obrazuju fondovi zdravstvenog osiguranja kod zavoda zdravstvenog osiguranja kantona.

Pri ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu, iz obveznog zdravstvenog osiguranja prema odredbama ovog zakona, **osigurano lice ima pravo na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite**. Osigurano lice bira doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite na period od najmanje godinu dana. Ovo pravo može ostvariti samo osigurano lice čije svojstvo utvrđuje Kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja i izdaje mu zdravstvenu knjižicu.

Osiguranici su lica koja su u radnom odnosu, druga lica koja vrše određene djelatnosti ili imaju određeno svojstvo, kao i članovi njihovih porodica.

Članovi porodice osiguranika se smatraju, prema ovom Zakonu:

- Supružnik (bračni i vanbračni)
- Djeca (rođena u braku, van braka, usvojena ili pastorčad)
- Roditelj (otac, majka, očuh, mačeha, usvojitelji)
- Unuci, braća, sestre, djed i baka ako su nesposobni za samostalan život i rad i ako nemaju sredstava za izdržavanje.

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koja se osiguravaju **osiguranicima** su:

- a) Zdravstvena zaštita
- b) Naknada plaća
- c) Naknada putnih troškova u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite.

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koja se osiguravaju **članovima porodice osiguranika** su:

- a) Zdravstvena zaštita
- d) Naknada putnih troškova u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite.

Zdravstvena zaštita

Zdravstvena zaštita koja se ovim zakonom osigurava obuhvaća:

- hitnu medicinsku pomoć,
- liječenje zaraznih bolesti,
- liječenje akutnih, hroničnih bolesti u slučajevima i stanjima kada ugrožavaju život,
- zdravstvenu zaštitu djece do navršene 15. godine života,
- zdravstvenu zaštitu redovnih učenika i studenata,
- otkrivanje i liječenje endemske nefropatije,
- liječenje malignih oboljenja i inzulo ovisnog dijabetesa,
- zdravstvenu zaštitu u trudnoći i materinstvu,
- zdravstvenu zaštitu oboljelih od duševnih bolesti koji zbog prirode i stanja bolesti mogu da ugroze svoj život i život drugih lica ili oštete materijalna dobra,
- zdravstvenu zaštitu oboljelih od progresivnih neuromišićnih oboljenja, paraplegije, kvadriplegije, cerebralne paralize i multipleks skleroze,
- provođenje obavezne imunizacije protiv dječijih zaraznih oboljenja,
- liječenje povreda na radu i profesionalnih oboljenja,

- zdravstvenu zaštitu građana iznad 65 godina života, pod uslovom da po članu domaćinstva nemaju prihode veće od prosječne plaće na području Federacije, ostvarene u prethodnom mjesecu,
- liječenje narkomanije,
- službu prikupljanja krvi.

7.2 Prošireno zdravstveno osiguranje

S ciljem osiguranja prava iz zdravstvene zaštite, odnosno obima prava koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, zakonodavno tijelo kantona može vesti prošireno zdravstveno osiguranje.

Ukoliko zakonodavno tijelo kantona uvede prošireno zdravstveno osiguranje, odlukom će odrediti vidove zdravstvene zaštite, odnosno prava i pogodnosti koja se osiguravaju proširenim zdravstvenim osiguranjem, visinu doprinosa za prošireno zdravstveno osiguranje, uslove i način pristupanja proširenom obaveznom zdravstvenom osiguranju, kao i način poslovanja proširenog zdravstvenog osiguranja. Za provođenje proširenog zdravstvenog osiguranja obrazuju se posebni fondovi, čije se poslovanje vodi odvojeno od poslovanja ostalih fondova, a sredstva za ostvarivanje prava iz proširenog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se dodatnim doprinosima u skladu s propisima kantona.

7.3 Dobrovoljno zdravstveno osiguranje

Građani-osiguranici mogu za sebe i za svoje članove porodice dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem osigurati dodatna prava iz zdravstvene zaštite koja nisu obuhvaćana obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Uslove i način korišćenja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja utvrđuju zavodi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Zavodi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja finansiraju se iz premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje plaćaju građani, preduzeća ili druga pravna lica.

8. PROPISI IZ OBLASTI RADNIH ODNOSA

8.1 Zakon o radu

(“Službene novine Federacije BiH”, broj: 43/99, sa izmjenama i dopunama objavljenim u „Službenim novinama F.BiH“, broj 32/00 i 29/03)

Zasnivanje radnog odnosa

Radni odnos se zasniva zaključivanjem ugovora o radu između poslodavca i zaposlenika.

Prema Zakonu o radu, **poslodavac** je fizičko ili pravno lice koje zaposleniku daje posao na osnovu ugovora o radu, a **zaposlenik** je fizičko lice koje je zaposleno na osnovu ugovora o radu.

Ugovor o radu ne može se sklopiti s licem koje nije navršilo 15. godina života, dok se maloljetnik (lice između 15 i 18 godina) može zaposliti pod uslovom da od ovlaštenog ljekara ili nadležne zdravstvene ustanove pribavi potvrdu kojom dokazuje da ima opću zdravstvenu sposobnost za obavljanje tih poslova.

Ugovor o radu

Ugovor o radu može se zaključiti na **neodređeno vrijeme i na određeno vrijeme**. Ugovor o radu koji ne sadrži podatak u pogledu trajanja smatraće se **ugovorom o radu na neodređeno vrijeme**.

Ugovor o radu na određeno vrijeme ne može se sklopiti za period duži od dvije godine. Ako zaposlenik izričito ili prečutno obnovi ugovor o radu na određeno vrijeme s istim poslodavcem, odnosno izričito ili prečutno zaključi s istim poslodavcem uzastopne ugovore o radu na određeno vrijeme na period duži od dvije godine bez prekida, takav ugovor smatrat će se ugovorom o radu na neodređeno vrijeme ako kolektivnim ugovorom nije drugačije određeno.

Ugovor o radu zaključuje se u pismenoj ili usmenoj formi. Ugovor o radu u pismenoj formi sadrži, naročito, podatke o:

1. Nazivu i sjedištu poslodavca
2. Imenu i prezimenu, prebivalištu odnosno boravištu zaposlenika
3. Trajanju ugovora o radu
4. Danu otponinjanja rada
5. Mjestu rada
6. Radnom mjestu na koje se zaposlenik zapošljava i kratak opis poslova

7. Dužini i rasporedu radnog vremena
8. Plati, dodacima na platu, naknadama, te periodima isplate
9. Trajanju godišnjeg odmora
10. Otkaznim rokovima kojih su se dužni pridržavati zaposlenik i poslodavac
11. Druge podatke u vezi s uslovima rada utvrđenim kolektivnim ugovorom.

Prilikom zaključenja ugovora o radu, može se ugovoriti probni rad, koji ne može trajati duže od šest mjeseci.

Prijem pripravnika

Poslodavac može zaključiti ugovor o obavljanju pripravničkog staža s pripravnikom na onoliko vremena koliko traje pripravnički staž propisan za zanimanje na koje se odnosi. Ugovor se zaključuje u pisanoj formi

Pripravnikom se smatra lice sa završenom srednjom ili višom školom, odnosno fakultetom, koje prvi put zasniva radni odnos u zanimanju, a koje je, prema Zakonu, obavezno položiti ispit ili mu je za rad u zanimanju potrebno prethodno radno iskustvo.

U toku obavljanja pripravničkog staža pripravnik ima pravo na novčanu naknadu u iznosu najmanje 80% od najniže plaće. Poslodavac i pripravnik mogu se dogovoriti i o većem iznosu novčane naknade, ovisno od stručne spreme pripravnika.

Poslodavac osigurava pripravnika za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti, a zdravstveno osiguranje osigurava nadležna služba za zapošljavanje.

Pripravnik ima pravo na odmor u toku radnog dana, dnevni odmor između dva uzastopna radna dana i sedmični odmor.

Volonterski rad

Ako je stručni ispit ili radno iskustvo utvrđeno Zakonom ili Pravilnikom o radu uslov za obavljanje poslova određenog zanimanja, poslodavac može lice koje završi školovanje za takvo zanimanje primiti na stručno osposobljavanje za samostalan rad bez zasnivanja radnog odnosa (**volonterski rad**).

Ugovor s volonterom zaključuje se u pisanoj formi. Kopiju ugovora poslodavac dostavlja nadležnoj službi za zapošljavanje u roku od pet dana od dana zaključenja ugovora radi evidencije i kontrole.

Trajanje volonterskog rada računa se u pripravnički staž i radno iskustvo kao uslov za rad na određenim radnim mjestima ili za polaganje stručnog ispita.

Radno vrijeme

Puno radno vrijeme zaposlenika traje najduže 40 sati sedmično. Ugovor o radu može se zaključiti i za rad s nepunim radnim vremenom. Zaposlenik koji je zaključio ugovor o radu s nepunim radnim vremenom, može zaključiti više takvih ugovora kako bi na taj način ostvario puno radno vrijeme. Na poslovima na kojima, uz primjenu mjera zaštite na radu, nije moguće zaštititi zaposlenika od štetnih utjecaja, radno vrijeme se skraćuje srazmjerno štetnom utjecaju uslova rada na zdravlje i radnu sposobnost zaposlenika. Ovakvi poslovi, kao i trajanje radnog vremena, utvrđuju se pravilnikom o radu i ugovorom o radu u skladu sa zakonom. Pri ostvarivanju prava na platu i drugih prava po osnovu rada i u vezi s radom, ovakvo skraćeno radno vrijeme izjednačava se s punim radnim vremenom.

U slučaju više sile (požar, potres, poplava) i iznenadnog povećanja obima posla, kao i u drugim sličnim slučajevima neophodne potrebe, zaposlenik, na zahtjev poslodavca, obavezan je da radi duže od punog radnog vremena, a najviše do 10 sati sedmično.

Zaposlenik može dobrovoljno, na zahtjev poslodavca, raditi prekovremeno. Međutim, i u slučaju dobrovoljnog i obavezognog prekovremenog rada, on ne može trajati duže od 10 sati sedmično.

Odmori i odsustva

Zaposlenik koji radi puno radno vrijeme ima pravo na dnevni odmor u trajanju od 30 minuta, koji se ne računa u radno vrijeme, zatim između dva uzastopna radna dana na odmor od najmanje 12 sati neprekidno i na sedmični odmor od najmanje 24 sata neprekidno.

Zaposlenik za svaku kalendarsku godinu ima pravo na plaćeni godišnji odmor od najmanje 18 radnih dana.

Zaposlenik koji je maloljetan ima pravo na odmor od najmanje 24 radna dana, a zaposlenik koji radi na poslovima gdje je radno vrijeme skraćeno po osnovu štetnog uticaja uslova rada na njegovo zdravlje, ima pravo na godišnji odmor od najmanje 30 radnih dana.

Zaposlenik stiže pravo na godišnji odmor nakon 6 mjeseci neprekidnog rada, a ako zaposlenik nije stekao pravo na godišnji odmor, ima pravo na najmanje jedan radni dan godišnjeg odmora za svaki navršeni mjesec rada.

Zaposleniku se ne može uskratiti pravo na godišnji odmor, niti mu se može isplatiti naknada umjesto korištenja godišnjeg odmora.

Odsustvo sa rada

Zaposlenik može odsustvovati s rada uz naknadu plate (plaćeno odsustvo) od 7 radnih dana u jednoj kalendarskoj godini u slučaju stupanja u brak, porođaja supruge, teže bolesti ili smrti užeg člana porodice, odnosno domaćinstva.

Poslodavac može zaposleniku odobriti neplaćeno odsustvo, a dužan je to učiniti u slučaju zadovoljenja vjerskih, odnosno tradicijskih potreba zaposlenika u trajanju od četiri dana u jednoj kalendarskoj godini, s tim da se odsustvo od dva dana koristi uz naknadu plaće-plaćeno odsustvo.

Zaštita žena i materinstva

Za vrijeme trudnoće, porođaja i njege djeteta, žena ima pravo na porođajno odsustvo u trajanju od jedne godine neprekidno. Na osnovu nalaza ovlaštenog lječnika, žena može da otpočne porođajno odsustvo 28 dana prije očekivanog datuma porođaja. Žena može koristiti kraće porođajno odsustvo, ali ne kraće od 42 dana poslije porođaja.

Nakon isteka porođajnog odsustva, žena s djetetom najmanje do jedne godine života ima pravo da radi polovinu punog radnog vremena, a za blizance, treće i svako slijedeće dijete ima pravo da radi polovinu punog radnog vremena do navršene dvije godine života djeteta ako propisom kantona nije predviđeno duže trajanje ovog prava. Ovo pravo može koristiti i zaposlenik – otac djeteta ako žena za to vrijeme radi u punom radnom vremenu.

Žena ne može biti zaposlena na poslovima pod zemljom (u rudnicima) osim u slučaju ako je zaposlena na rukovodećem mjestu koje ne zahtijeva fizički rad ili u službama zdravstvene i socijalne zaštite, odnosno ako žena mora provesti izvjesno vrijeme na obuci pod zemljom ili mora povremeno ulaziti u podzemni dio rudnika radi obavljanja zanimanja koje ne uključuje fizički rad.

Naknade štete

Zaposlenik koji na radu ili u vezi s radom namjerno ili zbog krajnje nepažnje prouzrokuje štetu poslodavcu, dužan je štetu nadoknaditi. Zaposlenik koji na radu ili u vezi s radom namjerno ili zbog krajnje nepažnje prouzrokuje štetu trećem licu, a štetu je nadoknadio poslodavac, dužan je poslodavcu nadoknaditi iznos naknade isplaćene trećem licu. Ako zaposlenik pretrpi štetu na radu ili u vezi s radom, poslodavac je dužan zaposleniku nadoknaditi štetu po općim propisima obligacionog prava.

Prestanak ugovora o radu

Ugovor o radu prestaje:

1. Smrću zaposlenika
2. Sporazumom poslodavca i zaposlenika
3. Kad zaposlenik navrši 65 godina života i 20 godina staža osiguranja, odnosno navrši 40 godina staža osiguranja, ako se poslodavac i zaposlenik drugačije ne dogovore
4. Danom dostavljanja pravosnažnog rješenja o utvrđivanju gubitka radne sposobnosti
5. Otkazom poslodavca odnosno zaposlenika
6. Istekom vremena na koje je sklopljen ugovor o radu na određeno vrijeme
7. Ako zaposlenik bude osuđen na izdržavanje kazne zatvora u trajanju dužem od tri mjeseca – danom stupanja na izdržavanje kazne
8. Ako zaposleniku bude izrečena mjera bezbjednosti, vaspitna ili zaštitna mjera u trajanju dužem od tri mjeseca - početkom primjene te mjere
9. Odlukom nadležnog suda koja ima za posljedicu prestanak radnog odnosa.

Poslodavac može otkazati ugovor o radu zaposlenika uz propisani otkazni rok ako:

1. je takav otkaz opravdan iz ekonomskih, tehničkih ili organizacijskih razloga,
2. zaposlenik nije u mogućnosti da izvršava svoje obaveze iz radnog odnosa.

Poslodavac može otkazati ugovor o radu zaposleniku bez obaveze poštivanja otkaznog roka u slučaju da je zaposlenik odgovoran za teži prijestup, ili za težu povredu radnih obaveza iz ugovora o radu, a koji su takve prirode da ne bi bilo osnovano očekivati od poslodavca da nastavi radni odnos. U slučaju lakših prestupa ili lakših povreda radnih obaveza iz ugovora o radu ugovor o radu se ne može otkazati bez prethodnog pismenog upozorenja zaposleniku.

Zaposlenik može otkazati ugovor o radu bez davanja predviđenog otkaznog roka u slučaju da je poslodavac odgovoran za prestup ili povredu obaveza iz ugovora o radu, a koji su takve prirode da ne bi bilo osnovano očekivati od zaposlenika da nastavi radni odnos.

Otkaz se daje u pismenoj formi uz obrazloženje razloga za otkaz.

Zaštita prava iz radnog odnosa

Ako sud utvrdi da je otkaz nezakonit, može poslodavca obavezati da:

1) vrati zaposlenika na posao, na njegov zahtjev, na poslove na kojima je radio ili druge odgovarajuće poslove i isplati mu naknadu plate u visini plate koju bi uposlenik ostvario da je radio i naknadi mu štetu, ili

2) isplatiti zaposleniku:

- naknadu plate u visini plate koju bi zaposlenik ostvario da je radio,
- naknadu štete za pretrpljenu štetu,
- otpremninu na koju zaposlenik ima pravo u skladu sa zakonom, kolektivnim ugovorom, pravilnikom o radu ili ugovorom o radu,
- druge naknade na koje zaposlenik ima pravo, u skladu sa zakonom, kolektivnim ugovorom, pravilnikom o radu ili ugovorom o radu.

Zaposlenik koji smatra da mu je poslodavac povrijedio neko pravo iz radnog odnosa može zahtijevati od poslodavca ostvarivanje toga prava. Zaštitu svoga prava zaposlenik može tražiti i pred nadležnim sudom u roku od jedne godine od dana dostave odluke kojom je povrijeđeno njegovo pravo, odnosno od dana saznanja za povredu prava iz radnog odnosa.

8.2. Penzijsko-invalidsko osiguranje i pojam i sticanje prava iz penzijsko-invalidskog osiguranja

(Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju- "Službene novine Federacije BiH" br.29/98, s izmjenama i dopunama objavljenim u „Službenim novinama F.BiH“, broj: 49/00,32/01,73/05,59/06 i 04/09)

Penzijskim i invalidskim osiguranjem osiguranicima se osiguravaju prava za slučaj invalidnosti, starosti, smrti i fizičke onesposobljenosti. U ova prava spadaju:

- 1) pravo na starosnu penziju,
- 2) pravo na invalidsku penziju,
- 3) pravo na porodičnu penziju,
- 4) prava osiguranika sa promijenjenom radnom sposobnošću,
- 5) pravo po osnovu fizičke onesposobljenosti

Starosna penzija

Osiguranik stiče pravo na starosnu penziju kada navrši 65 godina života i najmanje 20 godina penzijskog staža, ili kada navrši 40 godina penzijskog staža bez obzira na godine života.

Invalidska penzija

Osiguranik kod koga je utvrđena prva kategorija invalidnosti stiče pravo na invalidsku penziju:

- ako je invalidnost prouzrokovana povredom na radu ili profesionalnom bolešcu bez obzira na dužinu penzijskog staža,
- ako je invalidnost prouzrokovana povredom van rada ili bolešcu, pod uvjetom da je prije nastanka invalidnosti imao navršen penzijski staž koji mu pokriva najmanje jednu trećinu razdoblja od navršenih najmanje 20 godina života do dana nastanka invalidnosti računajući radni vijek na pune godine.

Osiguranik kod koga je utvrđena prva kategorija invalidnosti do navršene 30. godine života stiče pravo na invalidsku penziju ako je invalidnost prouzrokovana povredom van rada ili bolešcu, pod uslovom da prije nastanka invalidnosti ima navršen penzijski staž koji mu pokriva najmanje jednu trećinu radnog vijeka, ali najmanje jednu godinu osiguranja. Invalidnost, u smislu ovog zakona, postoji kada osiguranik zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju prouzrokovanih povredom na radu, profesionalnom bolešcu, povredom van rada ili bolešcu koje se ne mogu otkloniti liječenjem ili mjerama medicinske rehabilitacije, postane potpuno nesposoban za obavljanje

poslova radnog mjesa na koje je bio raspoređen i koje je obavljao prije nastanka invalidnosti.

Promijenjena radna sposobnost postoji kod osiguranika koji može da radi puno radno vrijeme na drugim poslovima koji odgovaraju njegovim tjelesnim i psihofizičkim sposobnostima s prekvalifikacijom ili bez prekvalifikacije, odnosno dokvalifikacije. Gubitak radne sposobnosti postoji kod osiguranika koji u prethodno navedenom slučaju ne može obavljati poslove.

Porodična penzija

Porodičnu penziju mogu ostvariti članovi porodice :

- 1) Bračni drug
- 2) Djeca rođena u braku, van braka, usvojena, pastorčad koju je osiguranik izdržavao, unučad i druga djeca bez roditelja koju je osiguranik izdržavao do svoje smrti. Porodičnu penziju može ostvariti i bračni drug iz razvedenog braka ako mu je sudskom odlukom utvrđeno pravo na izdržavanje.

Članovi porodice stiču pravo na porodičnu penziju ako je umrli osiguranik ispunjavao jedan od uslova:

- ispunio uslove za starosnu penziju,
- po osnovu ostvarenog staža, stekao uslove za invalidsku penziju;
- bio korisnik starosne ili invalidske penzije.

Ako je smrt osiguranika nastala kao posljedica povrede na radu ili profesionalne bolesti, članovi porodice stiču pravo na porodičnu penziju bez obzira na dužinu penzijskog staža osiguranika.

Novčana naknada za fizičku onesposobljenost

Fizička onesposobljenost postoji kada je osiguranik pretrpio gubitak, ozbiljnu povredu ili značajanu onesposobljenost organa ili dijelova tijela što pogoršava prirodnu aktivnost organizma i zahtijeva veći napor za zadovoljavanje životnih potreba bez obzira na to da li je na taj način prouzrokovana invalidnost ili ne.

Pravo na novčanu naknadu zbog fizičke onesposobljenosti stiče osiguranik čija je fizička onesposobljenost u iznosu od najmanje 30% nastala kao rezultat povrede na radu ili bolesti uzrokovane radom.

Vrste fizičke onesposobljenosti na osnovu koje se stiće pravo na novčanu naknadu kao i procenat takve onesposobljenosti, utvrđuje se zakonom.

9. LITERATURA:

1. Puvačić Z. Epidemiologija zaraznih bolesti. Sarajevo: JEŽ d.o.o. Sarajevo, 2007.
2. Puvačić Z., Arnautović A. Opšta i specijalna epidemiologija. Sarajevo: Gradski zavod za zdravstvenu zaštitu, 1997.
3. Dautović Krkić S., Čengić DŽ. Osnove infektologije. Fojnica: Štamparija Fojnica, 2010.
4. Gaon J. Opšta epidemiologija zaraznih i nezaraznih bolesti. Sarajevo: IRO „Veselin Masleša“ OO Izdavačka djelatnost Sarajevio, 1981.
5. Gaon J., Borjanović, B., Vuković A., Turić A., Puvačić Z. Specijalna epidemiologija akutnih zaraznih bolesti. Sarajevo: „Svetlost“ Sarajevo, 1989.
6. World Health Organisation. Constitution, WHO, Geneva, 1948.
7. Glossary of Terms used in Health for All series (N^o9). WHO, Geneva, 1984.
8. Primary Health Care: Report on the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR. WHO, Geneva, 1978.
9. Declaration of Alma Ata, 1978. International Conference on Primary Health Care. World Health Organization. Available from URL:
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
10. Twaddle, A. C. and R. M. Hessler. 1987. The Sociology of Health, 2nd edition. New York: McMillan Publishing Company.
11. The B&H Household Budget Survey, Agency for Statistics of Bosnia and Herzegovina 2007.
12. Marmot, M and Wilkinson, R (Eds) 1999, *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford
13. Wilkinson, R and Marmot, M. 2003, *Social Determinants of Health: The Solid Facts. 2nd edition*, World Health Organisation, Copenhagen
14. Graham H, Kelly MP. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. NHS and Health Development Agency, briefing paper, 2004.
15. Tulchinsky T., Varavikova E. What is the “New Public Health”. *Public Health Reviews*, 2010, 32(1):25-53.
16. Kickbusch I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 2003, 93(3):383–388.
17. Mechanic, D. (1999), Issues in promoting health. *Social Science & Medicine*, 48, pages 711-718.
18. Awofeso N. What's new about the new public health?- a perspective. *American Journal of Public Health*.2004,94:705-9.
19. World Health Organisation. *Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO / HPR / HEP / 95. 1. WHO, Geneva, 1986.
20. World Health Organisation. *Health for all targets: the health policy for Europe*. WHO, Regional Office for Europe: Copenhagen, 1993 (European Health for All series, No. 4).

21. World Health Organisation. *Health for all in twenty-first century World Health Organisation.* WHO, Geneva, 1998 (document A 51.5).
 22. Vilnius Resolution. 3rd European Conference on health promoting schools: 'Better Schools through Health', 2009, Vilnius, Lithuania.
 23. O. Gröne, S. J. Jorgensen, M. G. Barbero. Standards for Health Promotion Hospitals: Self-Assessment Tool for Pilot Implementation, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004.
 24. World Health Organisation. *Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991.
 25. World Health Organisation: *Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals,* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1997.
 26. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. WHO/HPR/HEP/95.2.WHO, Geneva, 1988.
 27. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. WHO/HPR/HEP/95.3.WHO, Geneva, 1991.
 28. Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991.
 29. Communication, Education and Participation: A Framework and Guide for Action. WHO Regional Office for the Americas/Pan American Sanitary Bureau, Washington, 1996.
 30. Promoting Health through Schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. WHO Technical report Series N°870. WHO, Geneva, 1997.
 31. The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. HPR/HEP/4ICHP/BR/97.4.WHO; Geneva, 1997.
 32. Health Promotion Glossary, WHO, Geneva, 1998.
 33. Adelaide Recommendations: www.who.int/hpr/archive/docs/adelaide.html.
 34. Declaration of Alma Ata: www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html.
 35. Jakarta Declaration: www.who.int/hpr/archive/docs/jakarta/english.html.
 36. Ottawa Charter: www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html.
 37. Mexico conference report: www.who.int/hpr/conference/index.html.
 38. Sundsvall Statement: www.who.int/hpr/backgroundhp/sundsvall.htm.
 39. Zakon o evidenciji u oblasti zdravstva. „Službene novine Federacije BiH“ broj 37/12.
 40. Pravilnik o pripravničkom stažu i stručnom ispitu zdravstvenih radnika. „Službene novine Federacije BiH“ broj 6/11
 41. Pirc B. Osnove istraživanja u zdravstvu. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, 1970.
 42. Hrabač B. Socijalna medicina. Mostar: Sveučilište u Mostaru, 2010.
 43. Biljan-August M., Pivac S., Štambuk A. Uporaba statistike u ekonomiji. Rijeka: Ekonomski fakultet Sveučilišta u Rijeci, 2009.
 44. Zdravstvena statistika i informacioni sistemi.(5. Novembar 2012.): WWW.mefmo.ba/eucenje/claroline/backends/download.ppp?...
 45. Petković D. Zdravstveni informacioni sistemi. Zenica: Univerzitete u Zenici-Zdravstveni fakultet, 2008.
 46. Kovačić L. Organizacija i upravljanje u zdravstvu. Zagreb: Medicinska naklada Zagreb, 2003.
 47. Cucić V. Socijalna medicina. Beograd: Savremena administracija Beograd, 2000.
-

48. Puvačić Z. Statistika u medicini. Sarajevo, 2004.
49. Salihbašić Š. Specifičnost finansiranja zdravstvene zaštite u BiH Ispor BH Newsletter, decembar 2012.
50. Puđa N. Zdravstveni informacioni sistem-savremena organizacija zdravstva. Vršac, 2006.
51. Cain J., Duran A., Fortis A., Jakubowski E. Health Care Systems in Transition-Bosnia and Herzegovina. EUR/02/5037245 (BiH) 2002.
52. Wertheimer-Baletić A. Stanovništvo i razvoj. Zagreb: MATE d.o.o., Zagreb, 1999.
53. Ustav Bosne i Hercegovine-prijevod na bosanski jezik.(12. decembar 2012): www.ccbh.ba/public/down/UStAV-Bosne_i_HERCEGOVINE_bos.pdf
54. Ustav federacije Bosne i Hercegovine. (12. decembar 2012): WWW.skupstinabd.ba/ustav/f/ustav_federacije_bosne_i_hercegovine.pdf
55. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. „Službene novine Federacije BiH“ broj 46/10
56. Zakon o zdravstvenom osiguranju. „Službene novine Federacije BiH“ broj 30/97, 7/02, 70/08 i 48/11.
57. Zakon o radu. „Službene novine Federacije BiH“, broj: 43/99, 32/00 i 29/03.
58. Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju. "Službene novine Federacije BiH" br.29/98, 49/00,32/01,73/05,59/06 i 04/09.
59. Nurković S. Suvremeni socijalno-geografski problemi regionalnog razvoja BiH. Annales. Ser.hist. sociol.01.05.0206.
60. Demografija stanovništva (2. novembar 2012): www.docstoc.com
61. Nikšić D. Praktikum iz socijalne medicine sa teorijskim osnovama. Sarajevo:Univerzitet u Sarajevu medicinski fakultet. Sarajevo, 2007.

ANEX I

Prevela i adaptirala Emira Tanović-Mikulec

Ključni termini vezani za teorijski okvir promocije zdravlja i zdravstvenog odgoja /edukacije za zdravlje

Zdravlje za sve (Health for All)

Zdravlje za sve je postignuće svih ljudi svijeta onog stupnja zdravlja koji će im omogućiti vođenje socijalno i ekonomski produktivnog života.

Zdravlje za sve kao okvirna strategija služi kao važan izvor za strategije zdravlja za WHO i države članice gotovo dvadeset godina. Premda različito interpretirana u različitim zemljama u kontekstu socijalnih i ekonomskih karakteristika , zdravstvenog statusa, morbiditeta populacije, kao i stupnja razvoja zdravstvenih sistema, predstavlja željeni cilj zasnovan na konceptu jednakosti i zdravlju kao fundamentalnom pravu. Strategija Zdravlje za sve je prestrukturirana da bi osigurala kontinuitet za 21. stoljeće.Novu politiku Zdravlja za sve Skuština SZO je usvojila kao Zdravlje 2020.

Referenca: Riječnik termina korištenih u Zdravlje za sve izdanjima: WHO, Geneva , 1984.

Javno zdravstvo (Public Health)

Javno zdravstvo je nauka i umjetnost promoviranja zdravlja, prevencije bolesti i produženja života ljudi putem organizovanih npora društva.

Javno zdravstvo je socijalni i politički koncept s ciljem unapređenja zdravlja, produženja života i unapređenja kvalitete života među stanovništvom putem promocije zdravlja, prevencije bolesti i ostalih zdravstvenih intervencija.

Postoji razlika koju u poslijednje vrijeme posebno naglašava literatura u oblasti promocije zdravlje između javnog zdravstva i novog javnog zdravstva s ciljem naglašavanja značajno različitog pristupa u definiranju i analizi determinanti zdravlja, ,kao i metoda vezanih za rješavanje zdravstvenih problema.

Novo javno zdravstvo zasnovano je na sveobuhvatnom razumijevanju načina na koji životni stilovi i životni uvjeti određuju zdravstveni status, kao i na uvažavanju potrebe za mobilizacijom resursa, odnosno značajnog ulaganja u politike, programe i službe koje su osnovane da održavaju i štite zdravlje podrškom zdravim stilovima života i kreiranjem okruženja koja podržavaju zdravlje.

Ova razlika između 'novog' i 'starog' možda neće biti potrebna u budućnosti s obzirom na ključno usmjereno javnog zdravstva u svijetu koje u osnovi sve više prelazi u koncept 'novog javnog zdravstva '.

Koncept ekološkog javnog zdravstva također se sve više spominje u literaturi. Sastoji se u odgovoru na promjene koje se dešavaju u prirodi i na njihov utjecaj na zdravlje u okviru međusobnog odnosa globalnih okolišnih problema. Ovi problemi uključuju pitanja globalnih okolišnih rizika, kao što su: destrukcija ozonskog omotača, nekontrolirano zagađenje vode i zraka, globalno zagrijavanje itd. Ova pitanja imaju snažan učinak na zdravlje ljudi.

Ekološko javno zdravstvo naglašava zajedničku osnovu između dosezanja optimalnog zdravlja i održivog razvoja, te se usmjerava na ekonomске, socijalne i okolišne determinante zdravlja, ali i na načine na koje ekomska ulaganja moraju biti vođena u pravcu osiguranja najboljih ishoda po zdravlje ljudi, veće jednakosti u zdravlju i održive upotrebe resursa.

Referenca: "Acheson Report ", London, 1988.

Primarna zdravstvena zaštita (Primary Health Care)

Primarna zdravstvena zaštita je osnovna zdravstvena zaštita koja ima dostupnu cijenu koju država i zajednica mogu priuštiti, s metodama koje su praktične, na nauci zasnovane i socijalno prihvatljive.

Deklaracija iz Alma Ate naglašava da svako ima pravo na pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti, u koju svako treba biti uključen. Pristupi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti imaju sljedeće ključne komponente: jednakost, uključenje zajednice /učešće, intersektoralnost, odgovarajuće tehnologije i cijenu koja se može priuštiti.

Kao set aktivnosti primarna zdravstvena zaštita bi trebala uključivati i edukaciju za zdravlje na nivou pojedinaca i zajednice, kao i metode preveniranja i kontrole problema vezanih za zdravlje. Ostale bitne aktivnosti uključuju: adekvatno snabdijevanje hranom i pravilnu ishranu; dostačno snabdijevanje sigurnom vodom i sanitaciju; zaštitu materinstva i zdravstvenu zaštitu djece; obiteljsko planiranje, imunizaciju; odgovarajuće liječenje vodećih bolesti i povreda, kao i obezbeđenje osnovnih lijekova .

Referenca Deklaracija iz Alma Ate , WHO, Geneva, 1978.

Prevencija bolesti (Disease Prevention)

Po svojoj definiciji prevencija je proaktivni proces, koji se usmjerava ka građenju kapaciteta za očuvanje i unapređenje zdravlja i dobrobiti ljudi, uključujući i specifično identificirane pojedince i populacione skupine izložene visokom stupnju rizika. Prema Gordonovoj operativnoj klasifikaciji, prevencije bolesti-preventivne interventne staregije- dijele se na: univerzalne preventivne interventne strategije, selektivne preventivne interventne strategije i indicirane preventivne interventne strategije

Zagovaranje za zdravlje (Advocacy for Health)

Zagovaranje za zdravlje je kombinacija individualnih i društvenih akcija kreiranih radi postizanja političke odgovornosti, političke podrške, društvene prihvatljivosti ili podrške sistemu za određeni zdravstveni cilj ili program.

Ovakve akcije mogu poduzimati pojedinci ili skupine s ciljem kreiranja poboljšanja životnih uvjeta koji vode ka zdravlju ili dosezanju zdravijih životnih stilova.

Zagovaranje za zdravlje je jedna od tri ključne strategije za promociju zdravlja i može imati mnogo formi uključujući korištenje mas-medija, direktno političko lobiranje, mobilizaciju zajednice putem formiranja koalicija okupljenih oko zajedničkog interesa vezanog za određeno zdravstveno pitanje. Profesionalci u zdravstvu imaju najveću odgovornost kada je u pitanju djelovanje u pravcu zagovaranja za zdravlje na svim nivoima društva .

Alijanse (Alliance)

Alijanse za promociju zdravlja predstavljaju partnerstvo između dvije ili više strana okupljenih oko definiranih ciljeva vezanih za promociju zdravlja .

Građenje alijansi uključuje i posredovanje između različitih skupina u definiranju zajedničkih ciljeva, etičke osnove, zajedničkih područja djelovanja, kao i sporazuma o obliku suradnje koja će se reflektirati na uspostavljeno partnerstvo.

Zajednica (Community)

Zajednica je specifična skupina ljudi koja živi na definiranom geografskom području, koji dijele zajedničke kulturnalne vrijednosti i norme u socijalnoj strukturi uspostavljenoj prema odosima što su se razvijali u zajednici u određenom periodu.

Članovi zajednice imaju svoj osobni i socijalni identitet, dijele zajednička uvjerenja i norme koje su se razvile u zajednici u prošlosti, a koje mogu biti modificirane tokom vremena. Članovi zajednice ispoljavaju svjesnost svoga identiteta kao skupine, dijele i ispunjavaju zajedničke potrebe, kao i zajedničku odgovornost za ispunjavanje određenih potreba.

U mnogim društvima, posebno u razvijenim zemljama, pojedinci ne pripadaju isključivo jednoj određenoj zajednici, nego su istovremeno članovi širokog spektra zajednica ovisno o geografskom području gdje žive, zanimanju kojim se bave, socijalnoj strukturi kojoj pripadaju, kao i posebnim interesima koja imaju.

Razvoj zajednice (Community Development)

Razvoj zajednice odnosi se na ohrabrvanje ljudi da otkriju vlastite resurse i mogućnosti s namjerom da rade na pozitivnim promjenama u svojoj zajednici.

Ljudi imaju pravo da sudjeluju u odlukama koje se odnose na njih, ali oni, također, napreduju i preuzimanjem direktne odgovornosti za vlastite uspjehe, ali i neuspjehe u određenoj zajednici. Zajednica je bazirana na osjećaju pripadnosti i zajedničkog sistema vrijednosti.

Članovi zajednice ne napreduju ukoliko su isključeni iz procesa odlučivanja. Oni napreduju ukoliko su priznati i ukoliko preuzimaju odgovornost.

Suština razvoja zajednice nije samo puko omogućavanje usluga (servisa) ili resursa nego omogućavanje procesa otkrivanja i zajedničkog učenja na čijim osnovama život u zajednici počiva (Wendy Godfrey 1985)

Akcija zajednice za zdravlje (Community Action for Health)

Akcija zajednice za zdravlje odnosi se na kolektivne napore koji su usmjereni ka povećanju kontrole zajednice nad determinantama zdravlja i unapređenju zdravlja. Povelja iz Ottawe naglašava značaj konkretnih i efektivnih akcija zajednice s ciljem

uspostavljanja prioriteta za zdravlje, donošenja odluka, planiranja i implementiranja strategija usmjerenih ka unapređenju zdravlja. Koncept osnaženja zajednice (community empowerment) je usko povezan s definicijom akcije za zdravlje .

Referenca: Povelja iz Ottawe za promociju zdravlja : WHO, Geneva ,1986.

Determinante zdravlja (Determinants of Health)

Determinante zdravlja čine spektar individualnih, socijalnih, ekonomskih i okolišnih faktora koji direktno određuju zdravstveno stanje pojedinaca i skupina.

Faktori koji utiču na zdravlje su multipli i djeluju interaktivno. Promocija zdravlja je u osnovi usmjerena na akciju i zagovaranje definiranja širokog spektra potencijalno promjenjivih determinanti zdravlja, ne samo onih koje su vezane za akcije pojednica, kao što je zdravstveno ponašanje i životni stilovi, nego i na faktore kao što su prihod, socijalni status, stepen obrazovanja, zaposlenost, radni uvjeti, dostupnost odgovarajućih zdravstvenih službi i usluga, fizičko okruženje itd.

Osnaženje za zdravlje (Empowerment for Health)

U terminologiji promocije zdravlja osnaženje je proces kroz koji ljudi postižu veću kontrolu nad odlukama i akcijama koje imaju direktni utjecaj na njihovo zdravlje.

Osnaženje može biti socijalni, kulturni, psihološki ili politički proces kojim se pojedincima i socijalnim skupinama omogućava da iskažu svoje potrebe i zabrinutost za određena pitanja, da razviju strategije za uključenje u proces donošenja odluka putem socijalnog, političkog i kulturnog uključenja koje će im omogućiti odgovarajuće učešće u zadovoljenju iskazanih potreba i prepoznatih problema.

Ovakvim procesom ljudi uspostavljaju adekvatne odnose između postavljenih ciljeva i načina na koji se oni mogu potići. Promocija zdravlja ne usmjerava se samo na akcije jačanja osnovnih životnih vještina i kapaciteta pojedinca nego i na mogućnosti njihovog direktnog utjecaja na poboljšanje životnih i ekonomskih uvjeta i fizičkog okruženja koji su u direktnoj vezi s unapređenjem zdravlja. U ovom smislu promocija zdravlja direktno kreira uvjete koji nude veće šanse za poboljšanje svakodnevnih uvjeta života, što rezultira i boljim ishodom po zdravlje pojedinca i skupina.

Postoji razlika u definiciji individualnog osnaženja (individual empowerment) i osnaženja zajednice (community empowerment). Individualno osnaženje odnosi se primarno na sposobnost svake osobe da ima kontrolu i sposobnost donošenja odluka u svom osobnom životu. Osnaženje zajednice uključuje pojedince koji djeluju kolektivno s ciljem postizanja većeg utjecaja i kontrole nad odrednicama zdravlja i kvalitetom života u svojoj zajednici.

Jednakost u zdravlju (Equality in health)

Jednakost u zdravlju odnosi se na ljudsku potrebu i njihovo osnovo ljudsko pravo na pravednu distribuciju prilika i resursa da ostvare puno zdravlje i vlastitu dobrobit.

WHO u globalnoj strategiji za dosezanje Zdravlja za sve usmjerava se ka smanjenju razlika u zdravlju između različitih skupina i unutar njih, kao i između zemalja na području Evropskog regiona. Osnove ovog strateškog usmjerjenja počivaju na

jednakim šansama za razvoj i očuvanje zdravlja pravičnim pristupom resursima za zdravlje.

Jednakost u zdravlju ne znači samo jednakost u zdravstvenom statusu. Nejednakost se pojavljuje kao posljedica razlika u mogućnostima, odnosno kao rezultat npr. nejednakog pristupa zdravstvenim službama i uslugama, ishrani, adekvatnom stanovanju, obrazovanju itd. U tim slučajevima nejednakost u zdravstvenom statusu je direktna posljedica nejednakosti u životnim prilikama i socijalnom isključenju pojedinca i skupina .

Ponašanje usmjereni ka zdravlju (Health Behaviour)

Ponašanje usmjereni ka zdravlju je bilo koja aktivnost koju poduzima pojedinac bez obzira na zdravstveni status radi promoviranja, zaštite ili očuvanja zdravlja, bez obzira na to da li takvo ponašanje objektivno ima efekt na stvarno poboljšanje zdravstvenog statusa.

Postoje razmatranja da gotovo sve vrste ponašanja i aktivnosti koje poduzima pojedinac imaju utjecaj na zdravlje. Unutar ovog konteksta bitno je napraviti razliku između ponašanja koje je usvojeno radi zaštite zdravlja i ponašanja koje pojedinac usvaja bez obzira na posljedice po zdravlje. Ponašanje usmjereni ka zdravlju razlikujemo po definiciji u odnosu na rizično ponašanje koje je definirano kao posebno ponašanje što povećava učinak specifičnih uzroka bolesti.

Ponašanje usmjereni ka zdravlju i rizično ponašanje su uvijek u klasterima i u mnogo kompleksnijem i sveobuhvatnijem obrascu ponašanja koje referira s terminom životni stil.

Komunikacija za zdravlje (Health Communication)

Komunikacija za zdravlje je ključna strategija usmjereni ka informiranju javnosti o zdravstvenim problemima i ka održavanju određenih važnih zdravstvenih pitanja u fokusu javnosti. Upotreba mas-medija i ostalih tehnoloških inovacija s ciljem diseminacije korisnih zdravstvenih informacija usmjereni je ka javnosti i povećanju svijesti o specifičnim aspektima individualnog i kolektivnog zdravlja, kao i aktualiziranju pitanja vezanih za unapređenje zdravlja i zdravstvene zaštite.

Komunikacija za zdravlje usmjereni je ka unapređenju zdravstvenog statusa pojedinaca i populacionih skupina. Veliki dio moderne kulture prenosi se mas-medijima koji imaju značajan udio u pozitivnim, ali i negativnim utjecajima na zdravlje. Istraživanja pokazuju da na teoriji zasnovano programiranje promocije zdravlja može dati značajan doprinos za vidljivost pitanja zdravlja u javnosti, dati veću snagu porukama vezanim za zdravlje u javnosti i stimulirati ljudi da traže više informacija o zdravlju, a do određene mjeru mogu imati utjecaj na očuvanje zdravih stilova života.

Komunikacija za zdravlje sastoji se od više segmenata uključujući: edukaciju, zdravstveno novinarstvo, interpersonalnu komunikaciju, zagovaranje u medijima, organizacionu komunikaciju, komunikaciju vezanu za rizike, socijalnu komunikaciju i socijalni marketing.

Postoji mnogo oblika komunikacije za zdravlje od mas-medijiske komunikacije preko multi-medijiske komunikacije do tradicionalne i kulturno specifične

komunikacije kao što su priče i pjesme. Možemo govoriti i o formi diskretnih poruka za zdravlje koje mogu biti integrirane u različite forme postojećih medijskih komunikacija, kao npr. filmovi, TV spotovi i sl.

Napredak u medijskoj komunikaciji, kao i nove informacione tehnologije omogućavaju kontinuitet unapređenja dostupnosti zdravstvene informacije.

Referenca: Communication , Education and Participation: A Framework and Guide to Action.WHO(AMRO/PHAO), Washington, 1996.

Razvoj zdravlja / unapređenje zdravlja (Health Development)

Razvoj zdravlja/unapređenje zdravlja je proces kontinuiranog, progresivnog unapređenja zdravstvenog statusa pojedinaca i populacionih skupina.

Deklaracija iz Jacarte definira promociju zdravlja kao ključni element razvoja /unapređenja zdravlja.

Očekivano zdravlje (Health Expectancy)

Očekivano zdravlje mjeri se unutar određene populacije i definira se kao očekivana dužina života bez bolesti i onesposobljenja prema postojećim socijalnim normama i profesionalnim standardima.

Očekivano zdravlje pripada novoj generaciji indikatora zdravlja. Primjeri indikatora očekivanog zdravlja koji se u posljednje vrijeme najviše koriste, godine su života bez onesposobljenja (DFLY) i kvalitetu prilagođene godine života (QALY). Ovi indikatori primarno se fokusiraju na vremensku dužinu unutar životnog ciklusa do koje svaka osoba ima iskustvo optimalnog zdravlja bez onesposobljenja, poremećaja zdravlja ili hroničnih bolesti.

Cilj za zdravlje (Health Goal)

Cilj za zdravlje sumira ishode vezane za zdravlje koji u svjetlu postojećeg znanja i resursa određena zemlja ili zajednica može doseći za određeni period.

Ključni ciljevi za zdravlje su opće izjave, opredjeljenja i aspiracije koje reflektiraju vrijednosti zajednice općenito, posebno u sektoru zdravstva, a koji se odnose na zdravije društvo. Mnoge zemlje prihvatile su pristup definiranja ključnih ciljeva za zdravlje kao zdravstvene ciljeve i izjave o njihovim namjerama i pravcima djelovanja vezanim za investiranje u zdravlje.

WHO podržava razvoj ključnih ciljeva za zdravlje i promovira implementaciju definiranih ciljeva na svim nivoima uključujući: globalni, regionalni, nacionalni i lokalni nivo.

Zdravstveni indikator (Health Indicator)

Zdravstveni indikator je karakteristika pojedinaca, populacije ili okoliša koji je subjekt direktnog ili indirektnog mjerjenja i koji možemo koristiti za definiranje i opis jednog ili više aspekata zdravlja na nivou pojedinca ili populacione skupine kroz kvalitet, kvantitet ili vrijeme.

Zdravstveni indikatori mogu se koristiti za definiranje javnozdravstvenih problema u određenom vremenskom terminu ili mogu indicirati promjene koje se događaju tokom određenog perioda kada je u pitanju zdravlje pojedinaca ili populacionih skupina. Zdravstveni indikatori, također, služe za procjenu do koje mjere su dostignuti ciljevi dređenih programa i politika koji su usmjereni na zdravlje pojedinca ili populacionih skupina.

Zdravstvena pismenost (Health Literacy)

Zdravstvena pismenost predstavlja kognitivne i socijalne vještine za poduzimanje akcija za unapređenje osobnog zdravlja i zdravlja zajednice putem promjene osobnih životnih stilova i životnih uvjeta.

Zdravstvena politika (Health Policy)

Zdravstvena politika je formalna izjava ili skup procedura koje definiraju prioritete i parametre za akciju kao odgovor na zdravstvene potrebe, dostupne resurse i političke zahtjeve (država, korisnici zdravstvenih usluga, davaoci zdravstvenih usluga itd.).

Bolnice za promociju zdravlja (Health Promoting Hospitals)

Bolnice za promociju zdravlja uključuju, pored sveobuhvatih medicinskih usluga i usluga njene, i ciljeve promocije zdravlja razvojem organizacione strukture, kulture, aktivnosti, participatorne uloge pacijenata i cjelokupnog osoblja, fizičkog okruženja bolnice, kao i zajednice u kojoj se bolnica nalazi.

Škole za promociju zdravlja (Health Promoting Schoool)

Škole za promociju zdravlja imaju karakteristike škola koje konstantno jačaju kapacitete za zdravije okruženje za život, učenje i rad.

Zdravstveni sektor (Health Sector)

Zdravstveni sektor sastoji se od organiziranih javnih i privatnih službi (uključujući promociju zdravlja, prevenciju bolesti, dijagnostiku, liječenje i njegu), politike i aktivnosti zdravstvenih odjela i ministarstava, NVO organizacija koje se bave pitanjem zdravlja i profesionalnih udruženja i asocijacija.

Zdravstveni status (Health Status)

Zdravstveni status je opis i /ili mjerjenje zdravlja pojedinca ili skupina u određenom vremenu i u okviru identificiranih standarda, najčešće mјeren zdravstvenim indikatorima.

Zdravi gradovi (Healthy Cities)

Zdravi gradovi su gradovi koji pripadaju inicijativi što u središtu ima usmjerenje ka unapređenju fizičkog i socijalnog okruženja i povećanju resursa zajednice, koji omogućavaju međusobnu podršku njenih članova za osnaženje svih životnih funkcija i razvijanje maksimalnog potencijala kako pojedinaca, tako i skupina.

Zdrava javna politika (Healthy Public Policy)

Zdrava javna politika karakterizirana je eksplisitnim uvažavanjem zdravlja i jednakosti, kao i odgovornošću za utjecaj na zdravlje.

Infrastruktura za promociju zdravlja (Infrastructure for Health Promotion)

Infrastrukturu za promociju zdravlja čine ljudski i materijalni resursi, kao i administrativne strukture, politike, te regulatorne aktivnosti koje omogućavaju organizovani odgovor promocije zdravlja na javnozdravstvena pitanja i izazove.

Intersektorska suradnja (Intersectoral Collaboration)

Intersektorsku suradnju čine prepoznatljive relacije između različitih sektora ili njihovih segmenata u društvu, formirane za poduzimanje akcija za dosezanje efektivnijih i efikasnijih pozitivnih ishoda po zdravlje stanovništva.

Investiranje/ulaganje u zdravlje (Investment for Health)

Investiranje /ulaganje u zdravlje odnosi se na resurse koji se isključivo ulažu u zdravlje i zdravstvene ciljeve. Ovi resursi mogu se ulagati u javne i privatne ustanove, u stanovništvo, pojedince ili različite populacione skupine. Strategije investiranja u zdravlje zasnovane su na poznavanju determinanti zdravlja i zahtijevaju političku obvezanost i odgovornost za zdrave javne politike.

Životne vještine (Life Skills)

Životne vještine su sposobnosti za prihvatanje pozitivnog ponašanja koje omogućava pojedincima efektivno suočavanje sa zahtjevima i izazovima svakodnevnog života.

Životne vještine sastoje se od personalnih, interpersonalnih, kognitivnih i fizičkih vještina, koje omogućavaju ljudima direktnu kontrolu nad vlastitim životom, kao i kreiranje pozitivnih promjena u vlastitom okruženju. Primjeri životnih vještina uključuju: vještine za donošenje odluka i rješavanje problema, kreativno i kritičko mišljenje, samosvijest i empatiju, komunikacione i interpersonalne vještine, vještine suočavanja sa stresom. Životne vještine čine fundamentalnu osnovu za razvijanje personalnih vještina za promociju zdravlja, opisanu kao jednu od ključnih oblasti u Povelji iz Ottawe.

Životni stil /životni stilovi usmjereni ka zdravlju (Lifestyles Conductive to Health)

Životni stil je način života zasnovan na prepoznatljivom načinu ponašanja koje je određeno kompleksnim odnosom između individualnih karakteristika, socijalne interakcije i socio-ekonomskih i okolišnih uvjeta života svake osobe.

Životni uvjeti (Living Conditions)

Životni uvjeti su svakodnevno okruženje ljudi u mjestu gdje žive i rade. Životni uvjeti su produkt socijalnog, ekonomskog i fizičkog okruženja od kojeg svaki može imati pozitivni ili negativni utjecaj na zdravlje.

Mreža (Network)

Mreža je grupiranje pojedinaca, organizacija i agencija organizirana na nehijerarhijskoj osnovi oko zajedničkih pitanja i prioriteta, koja djeluje proaktivno i sistematično u duhu odgovornosti i uzajamnog povjerenja.

Partnerstvo za promociju zdravlja (Partnership for Health Promotion)

Partnerstvo za promociju zdravlja je dobrovoljni sporazum između dva ili više partnera radi suradnje i rada usmjerenog ka zajedničkim pozitivnim ishodima po zdravlje.

Partnerstva mogu biti formirana kao dio intersektorske suradnje za zdravlje ili biti zasnovana na alijansama za promociju zdravlja .

Kvalitet života (Quality of Life)

Kvalitet života definira se kao individualna percepcija vlastite pozicije u životu u kontekstu kulture i sistema vrijednosti u kojem svaka osoba živi, kao i u odnosu na ciljeve, očekivanja, standarde i prioritete koje svaka osoba postavlja za sebe. Ovo je dosta širok koncept koji inkorporira na kompleksan način fizičko zdravlje svake osobe, psihološko stanje, stupanj neovisnosti, socijalne odnose, osobna uvjerenja, odnose sa fizičkim okruženjem, te socijalnim i ekonomskim okruženjem svake osobe.

Kvalitet života reflektira percepciju pojedinaca o stupnju do kojeg su njihove potrebe zadovoljene, kao i o stupnju do kojeg su postigli sreću, ispunjenje itd. bez obzira na fizičko-zdravstveni status i socijalne i ekonomске uvjete. Kvalitet života posebno je značajan kada su u pitanju osobe starije životne dobi, hronično oboljele osobe, osobe sa onesposobljenjem i osobe u terminalnoj fazi bolesti.

Rizično ponašanje (Risk Behaviour)

Rizično ponašanje je specifičan oblik ponašanja koji se povezuje s povećanjem mogućnosti nastanka specifičnih bolesti ili 'bolesnog zdravlja'.

Rizično ponašanje se najčešće definira na osnovu epidemioloških ili ostalih socijalnih podataka. Promjena rizičnog ponašanja je osnovni cilj prevencije bolesti i tradicionalno

zdravstveni odgoj se koristi za dostizanje ovog cilja. U širem razumijevanju okvira promocije zdravlja, rizično ponašanje može biti promatrano i kao odgovor ili mehanizam za suočavanje s nepovoljnim životnim uvjetima. Strategije koje predstavljaju odgovor na ovakvo ponašanje su razvoj životnih vještina i kreiranje okruženja povoljnih za zdravlje .

Rizični faktor (Risk Factor)

Biološko nasljeđe, socijalni, ekonomski status, ponašanje ili okruženje koji su povezani s uzrokom povećane mogućnosti nastanka određene specifične bolesti, 'bolesnog zdravlja' ili povrede nazivamo rizični faktor.

Kao i u slučaju rizičnog ponašanja, kada se identificira rizični faktor, onda je to polazna osnova za usmjeravanje strategija i akcija promocije zdravlja.

Samopomoć (Self-help)

U kontekstu promocije zdravlja samopomoć predstavlja akcije koje poduzimaju osobe što nisu zdravstveni profesionalci u svrhu mobiliziranja resursa za promoviranje, održavanje ili poboljšanje zdravlja pojedinaca i zajednica.

Najčešće se koncept samopomoći veže za akcije što poduzimaju pojedinci ili zajednice koje će imati direktnu korist od ovog pristupa. Samopomoć također uključuje i pitanje samozaštite, kao što je npr. pravovremena upotreba propisanih lijekova, prva pomoć u normalnom svakodnevnom okruženju itd.

Okruženja za zdravlje (Settings for Health)

Okruženja za zdravlje predstavljaju socijalni kontekst u kojem su ljudi angažirani u svojim svakodnevnim aktivnostima unutar kojih okolišni, organizacioni i personalni faktori koji su u interakciji imaju utjecaj na njihovo zdravlje i dobrobit.

Socijalni kapital (Social Capital)

Socijalni kapital predstavlja socijalnu koheziju koja postoji u određenoj zajednici. Odnosi se na proces između ljudi koji uspostavljaju mreže, norme, socijalno povjerenje i suradnju na obostranu dobit.

Socijalni kapital je generiran iz svakodnevne interakcije između ljudi i veza unutar različitih struktura, kao što su građanske i religijske skupine, članovi porodice, neformalne mreže u zajednici, norme, volontarizam, altruizam i povjerenje .

Što su ovakve mreže jače povezane, članovi tih zajednica bolje surađuju na obostranu dobit. Na ovaj način socijalni kapital značajno utiče na kreiranje zdravlja, ali istovremeno može povećati korist od ulaganja u zdravlje.

Socijalne mreže (Social Networks)

Socijalne mreže predstavljaju veze između pojedinaca koje mogu omogućiti dostupnost ili mobilizaciju za socijalnu podršku za zdravlje.

Stabilno društvo je ono koje ima uspostavljene socijalne mreže što omogućavaju dostupnost socijalne podrške. Destabilizirajući utjecaji kao što je visoka stopa

nezaposlenosti, rapidna urbanizacija itd. mogu dovesti do značajne dezintegracije socijalnih mreža. U ovakvima okolnostima akcije vezane za promociju zdravlja usmjeravaju se na podršku jačanju i ponovnom uspostavljanju socijalnih mreža.

Socijalna odgovornost za zdravlje (Social Responsibility for Health)

Socijalna odgovornost za zdravlje reflektira se akcijama vezanim za donošenje odluka u javnom i privatnom sektoru, koje imaju utjecaj na politike i praksu što promoviraju i štite zdravlje .

Politike i prakse u javnom i privatnom sektor moraju isključivati štetan utjecaj na zdravlje pojedinaca,štitići okoliš, osigurati održivu upotrebu resursa, smanjiti proizvodnju i trgovinu štetnih proizvoda i supstanci.

Socijalna podrška (Social Support)

Socijalna podrška je pomoć dostupna pojedincima i grupama u zajednici koja istovremeno smanjuje posljedice negativnih utjecaja vezanih za određene nepovoljne životne događaje i životne uvjete, uz istovremeno osiguranje pozitivnih resursa za povećanje kvalitete života .

Okruženja koja podržavaju zdravlje (Supportive Environments for Health)

Okruženja koja podržavaju zdravlje nude ljudima zaštitu od prijetnji po njihovo zdravlje, uz istovremeno omogućavanje jačanja njihovih sposobnosti i odgovornosti za vlastito zdravlje. Odnose se na područja u kojima ljudi žive i obitavaju, kao što je npr. lokalna zajednica, vlastiti dom, mjesta gdje ljudi rade i uče, provode slobodno vrijeme itd.

Održivi razvoj (Sustainable Development)

Održivi razvoj se definira kao razvoj koji odražava potrebe sadašnjosti bez ugrožavanja mogućnosti budućih generacija da se razvijaju i zadovoljavaju svoje potrebe vezane za okolišni, ekonomski i socijalni kontekst.



ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO KANTONA SARAJEVO
Dr. Mustafe Pintola 1/III, 71210 Ilidža
www.zzjzks.ba