

ГОДИНА XXXV

Број 1

ФЕБРУАР, 2006. ГОДИНЕ

ЧАСОПИС ЗА СОЦИЈАЛНУ МЕДИЦИНУ,
ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ, ЕКОНОМИКУ,
ИНФОРМАТИКУ И МЕНАЏМЕНТ У ЗДРАВСТВУ

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА



Уређивачки одбор:

Председник:

Прим. др Илија Трипковић

Чланови:

Др Василије Антић
Светлана Вукајловић, дипл. правник
Раде Николић, дипл. правник
Проф. др Момир Џаревић
Прим. др Тања Кнежевић
Рајко Гргуревић, dipl. есс.
Др Вуко Антонијевић
Прим. др Мирјана Велимировић

Главни и одговорни уредник:

Проф. др сп. мед. Предраг Довијанић

Секретар:

Милка Томић-Каришић

Заменик главног и одговорног уредника:

Проф. др Мирјана Мартинов-Цвејин

ВЛАСНИК И ИЗДАВАЧ: Комора здравствених установа Србије – Београд

За издавача: Рајко Гргуревић, dipl. есс.

Уредништво и администрација: 11000 Београд, Нушићева 25/1

Тел/факс: (+381 11) 3615-358, 3615-371; Жиро-рачун: 205-4707-32

Припрема за штампу: И.П. „Обележја“, Патријарха Јоаникија 20а/54, 11 000 Београд

Лекцијура-корекцију:

Ковилька Дабић, проф.

Технички уредник:

Синиша Ђетковић

Тираж:

500 примерака

Штампа:

,СЛ график“, Умка-Београд

Часопис „Здравствена заштита“ евидентиран је под бројем YU ISSN 0350-3208 у Библиографији Југославије, серијске публикације. Са овим YU ISSN бројем наћи ће се у светској бази о серијским публикацијама (ISSN база) са седиштем у Паризу.

Чланци из часописа објављују се у Библиографији Југославије. Чланци и прилози у серијским публикацијама, Серија Б.

* * *

На основу мишљења Министарства за науку, технологију и развој Републике Србије бр. 413-00-397/2002-01 од 30.04.2002. године часопис „Здравствена заштита“ је ослобођен од налога на пореза на промет, као публикација од посебног интереса за науку.

Стручни и научни радови**Методи евалуације и побољшања ефикасности хоспитализације (партиципација)**Б. Мићић¹

Стално растући трошкови болничког лечења, упоран и брз пораст коришћења болница, приморавао је оне који су финансирали здравствену заштиту, а кроз њу и болничко лечење, да предузимају мере како би повећали ефикасност коришћења болничких капацитета и обуздали и донекле довели под контролу стално растуће трошкове болничког лечења.

Мере које су предузимане одговарале су у суштини духу друштвено-економских односа у земљи, па је тамо где је здравствену заштиту финансирала, и по основу својих цена предузимала мере, иза којих је стајао ауторитет државе. Тамо где је болничко лечење финансирало здравствено осигурање, оно је предузимало мере иза којих није стајала држава, али је стајала не мања снага финансијског притиска. У друштву где није било ни здравственог осигурања, или је оно било слабо заступљено, заштиту приватника – пацијената делом је, мада доста неодлучно, предузимала држава, док су много одлучније, као у САД у предратном и послератном периоду, предузимла лекарска друштва, делом из етичких разлога, а делом из сталешких интереса и покушавала да утичу на неоправдано повећање болничких трошкова. Нека удружења ради одржања репутације лекара предузимала су често и оштре мере према својим члановима који су претеривали у наплаћивању услуга. Наравно да су се ова заштита и мере показале недовољно успешне, што најбоље доказује врло висок пораст осигурања против болничких трошкова у САД од 1940. године од 1960. када се број осигу-

раних попео од 9,6 од укупног броја становништва 1940. на 79,8 одсто 1960. године.

Мере које су предузимане у циљу бољег коришћења болница, биле су по правилу у свим друштвено-економским односима усмене на то да се умањи број пријема у болницу оних лица којима болничко лечење није неопходно и, са друге стране, да се скрати дужина лежања код оних случајева који се дуже задржавају на болничком лечењу него што је то неопходно.

У буџетском систему финансирања, као у СССР-у, социјалистичким земљама у Европи, В. Британији итд., коришћен је систем државне контроле која је добро уходана и поседује велики стручни кадар, као и разрађену методологију и технику извођења контроле, степеновање контроле, унутрашњу контролу у установи по хијерархијском систему итд. Међутим, и у овом систему акција се не ограничава само на контролу и предузимање мера против лица и институција који неправилно раде, јер то није доволјно чак ни у тако развијеном и ефикасном контролном систему, него се у ово ипак укључује финансијски елеменат, додуше кроз планску компоненту, дајући врло јасне и чврсто постављене буџетске оквире за детаљно разрађене планове рада у којима се коришћење болничке службе може кретати. Контролни систем омогућује да се у овако постављеним оквирима коришћења болничких капацитета лече у болници они случајеви којима је то неопходно, и да се задржавају онолико дуго у болници колико је то медицински индицирано.

¹ Прим. др сп. мед. Божидар Мићић, специјалиста социјалне медицине.

Контролни систем, како у В. Британији тако и у ССРУ и источно-европским земљама, спроводи се по државној линији - од министарства здравља па надоле до региона, од стране посебних за то врло квалификованих стручњака, лекара-специјалиста, економиста, правника итд., с тим да је у Великој Британији систем нешто флексибилнији него код осталих. Методи евалуације скоро су исти, како у овом систему тако и код других, и заснивају се на подацима (информацији), методологији изналачења пропуста и неправилности, критеријума за евалуацију (стандарди и нормативи) и мерама корекције и дискриминације према установама и лицима која су имали већи број пропуста и крупније недостатке него што је то друштвено прихватљиво.

Здравствена осигурања, како у развијеним земљама западне Европе тако и на североамеричком континенту, имала су далеко сложенији приступ решавању овог проблема услед специфичности њиховог пословања, што је још више отежавао проблем добровољности осигурања и оштра конкурентска борба поједињих великих осигуравајућих друштава. Синдикалне организације организованих радника да би донекле заштитиле животни стандард својих чланова организовале су посебна здравствена осигурања по гранама делатности, осигурања која су деловала без мотива профита, што је све више отежавало рад комерцијализованих осигуравајућих кућа, тако да су оне своју делатност свеле већ пре десетак година на најмању меру.

С обзиром на добровољност, релативну уситњеност, конкуренцију других, здравствена осигурања су развила читав низ разних метода и система како би обезбедиле што ефикасније, а тиме и економичније пружање болничке заштите својим осигураницима. Методи који су коришћени можемо грубо да поделимо на две групе: а) Методи економско-финансијског деловања и б) Нормативно-аналитички методи. Мада их овако класифицирајмо из методолошких разлога, морамо подврђи да су у крајњем деловању увек постојале знатне повезаности између ове две групе.

Методи економско-финансијског деловања

Ови методи могу се према објекту деловања такође поделити на две групе:

1. Економско-финансијско деловање на осигураника
2. Економско-финансијско деловање на болницу.

Код економско-финансијског деловања на осигураника имамо читав низ мера мање или више успешних, али обично медицински непроучених, по правилу непопуларних код осигураника, са сумњивом вредношћу у погледу доприноса здравственој заштити. Те мере се код нас обично називају мере партиципације, а биле су много коришћене на Западу до пре десет година, када су у здравственом осигурању главну реч водили искључиво економисти, а и сада неки наши економисти те мере сматрају кључем за решавање проблема неоправдане потрошње.

Мере партиципације могу се појављивати у четири облика:

- а) Партиципацију у облику **претплате**, значи за сваку услугу мора се платити суза у тачно одређеном износу, а осигурање плаћа све оно што је изнад тога износа. Овај метод тежи да онемогући или отежа коришћење недовољно оправданих услуга, и да осигураник добро размисли пре него што се реши да затражи услугу.
- б) Партиципација у облику **доплаћивања**, када осигураник плаћа за сваку услугу или за појединачне врсте услуга одређени већи или мањи постотак (део цене).
- в) Партиципација у облику **коосигурања**, када се за сваку услугу или за појединачне услуге плаћа одређена фиксна свота која може бити различита за сваку поједину услугу. Ово се код болничког лечења одражава не само у томе да се плаћа фиксна свота за сваки дан (као код нас 3 н.д. за сваки болеснички дан члана породице осигураника), него се може изразити и ограничењем броја дана које осигурање плаћа

болници (14 дана када је реч о земљорадничком осигурању), док остатак мора осигураник да обезбеди из својих средстава.

г) Партиципација у облику **накнадног обештећења**, када се осигуранику који у току одређеног временског периода (најчешће годишње) није за трошкове здравствене заштите прекорачио одређени износ враћа део тог износа, чиме се стимулирају ретки корисници или они осигураници који у току године уопште не користе здравствену заштиту. Или када осигураник плаћа пуни износ цене, а осигурање му доцније надокнади пуну цену или део цене.

Заговорници партиципације као метода за ограничавање неоправданог коришћења здравствене заштите тврде да она делује на три начина: *прео* – она смањује у одређеној мери плаћање доприноса, јер је код партиципације допринос смањен. Међутим, ове тврђње су у приличној мери доведене у сумњу чињеницом да је знатан део тога умањења „поједен“ повећаним административним трошковима око спровођења партиципације са једне стране, а са друге стране – врло јаким аргументом да он, додуше, смањује величину доприноса али не смањује величину издатака за здравствену заштиту осигураника и то баш оних којима је здравствена заштита неопходна. *Други* аргумент заговорника партиципације стоји много чврше, а то је да партиципација елиминише читав низ тривијалних трошкова око здравствене заштите чија је цена врло мала, а трошкови администрације релативно високи у односу на њихов значај у здравственој заштити. *Трећи* аргумент је најважнији и он чини прекретницу у одлучивању за или против партиципације, а то је тврђња да она ефикасно делује на неопрадано коришћење здравствене заштите својим психолошким ефектом, да ствара баријеру пред осигураником психолошко-моралног карактера, јер га тера да процени да ли је његов захтев оправдан или не. Тиме се, по тврђњи заговорника партиципације, превентивно делује на неоправдане захтеве.

Истраживања у свету показала су, додуше, да је после увођења партиципације коришћење по правилу смањено, али је такође доказано да је после неколико година (четири до пет година) поново порасла на ранији ниво. Такође је доказано да се кроз овај начин ограничења финансирања не ограничава само неоправдано коришћење већ се ограничава и оправдано коришћење. Илузија је да се економско-финансијским методом може решити суптилна материја чисто медицинског карактера – шта је оправдано а шта није у коришћењу здравствене заштите. Читав низ студија доказао је да је партиципација недовољно ефикасан контролни механизам и да је потпуно неефикасан ако се користи у малим „дозама“.

Ефикасно деловање партиципације може се очекивати само у знатном „засецању“ у средства која треба да плаћа осигураник, а то значи 20 одсто и више од цене услуга или здравствене заштите.

Једини и врло снажан аргумент противничка партиципације као основног и јединог облика спречавања неоправданог коришћења здравствене заштите јесте да су економисти и правници у здравственом осигурању, који су главни поборници овога система, пренебрегли основну чињеницу да је оправданост коришћења здравствене заштите деликатна материја чисто медицинског карактера. Оправданост захтева може одређивати само потпуно квалификовано лице као што је то лекар, уз коришћење читавог низа помоћних инструмената и метода, и то ни у ком случају не може да буде сам осигураник, који може да донесе сасвим погрешне, често и фаталне оцене о оправданости нечега у медицини.

Истраживања су доказала да су, додуше, код осигурања са израженом партиципацијом трошкови здравствене заштите нешто спорије расли, али је зато побољшање здравственог стања осигураника врло уочљиво застало у односу на друга осигурања. Диспропорција између ова два показатеља довела је до постепеног напуштања чак и у комерцијалном здравственом осигурању

илузије о партиципацији као једином ефикасном контролном механизму здравствене потрошње.

Економско-финансијско деловање на болници – здравствену установу (уговарање)

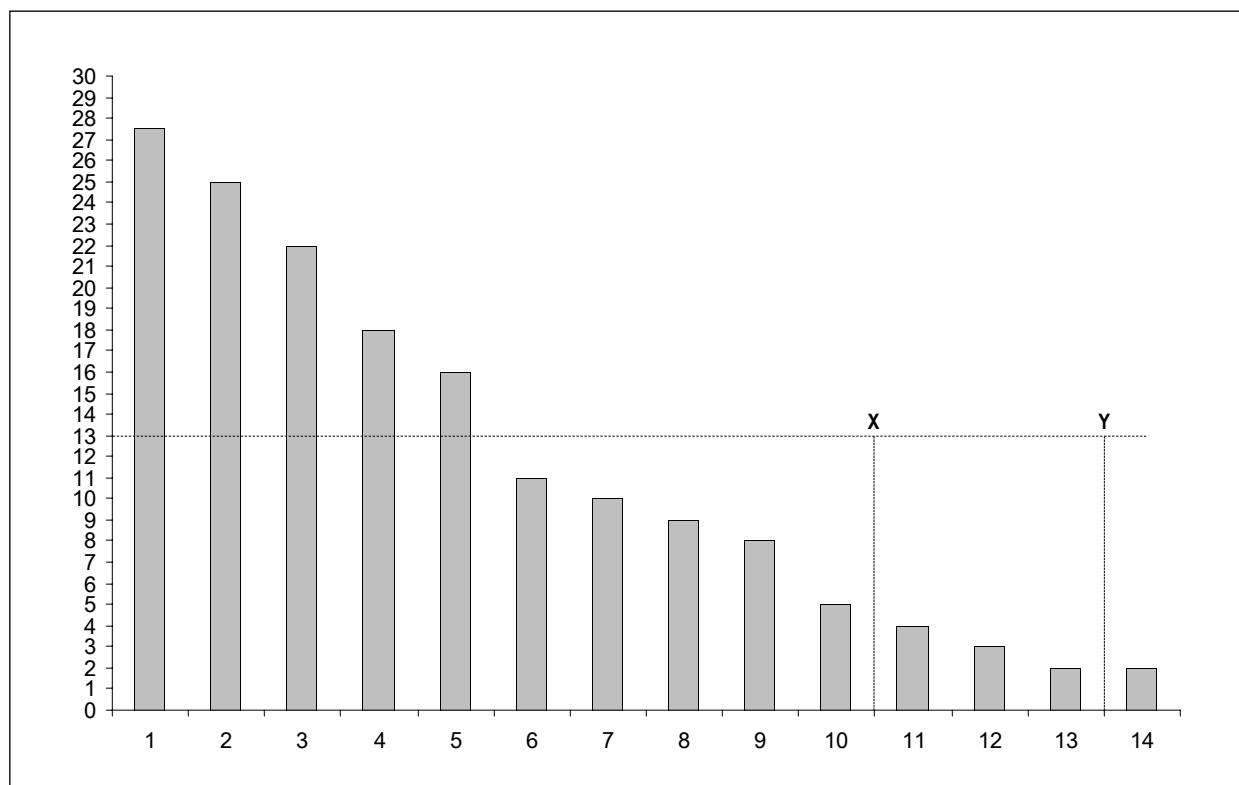
Економско-финансијско деловање на болницу као институцију у целини имало би далеко више изгледа на успех да се здравствена осигурања нису дugo време заваравала илузијом да су управе болница у стању да успешно диригују, без пуног ангажовања свих лекара и без адекватног информационог система, динамиком и ефикасношћу хоспитализације.

Међутим, вредност стимулативног финансирања болничког лечења показала се код првих доста скромних резултата као метод за побољшање ефикасности, који има много из-

гледа да остане као сталан облик финансирања бар дотле док у будућем друштву свест људи буде на тако високом нивоу да им неће бити потребан ни индивидуални ни колективни економски стимуланс.

Делимичан успех стимулативног финансирања, што значи бољег плаћања ефикасније хоспитализације, реструктивног деловања на екстензивну и неекономичну болничку заштиту може се приписати упорној илузији администратора-лаика да се здравствени проблеми, па и проблеми хоспитализације могу решавати са епизодним учешћем носиоца здравствене заштите – здравствених радника. Колика је стварна вредност стимулативног финансирања, али не као јединог решења, него само као основе на коју се права решења надограђују, видећемо тек код најсавременијих решења за евалуацију и побољшање ефикасности хоспитализације.

Метода за економско-финансијско деловање на здравствену установу стимулативним



Графикон 1. Кретање трошкова по дану лечења.

финансирањем било је толико много да се морамо задовољити само са набрајањем најпознатијих и у релативном смислу најуспешнијих:

1. Промењива вредност болничког дана изгледала је на први поглед као идеално решење, јер се болеснички дани нису плаћали подједнако, него је први дан хоспитализације плаћан највише, други дан нешто мање, трећи дан још мање, тако да се после извесног броја дана установи није исплаћивало да држи болесника јер је очигледно била у губитку. На овај начин заговорници овог система сматрали су да су пронашли дефинитивно решење стимултивног финансирања и да ће установе сада знатно скратити дужину лежања. Међутим, иако је правило при хоспитализацији, нарочито акутних случајева, да су први дани, у ствари, дани који изискују највише рада око болесника, највећи број услуга, а следствено томе и највеће трошкове, опет је заборављено да је и ту потребно пуно познавање медицине и да се то правило, узето уопштено, не може применити на све индивидуалне случајеве болничког лечења, јер је сваки случај, у извесној мери, другачији, чак и у истој дијагностичкој категорији. Симплифицирање медицине увек се светило, па се убрзо доказало да овако упрощен метод стимулације скраћеног лежања доноси велики број случајева који одударају од упрощено постављеног правила, те је овај метод после извесног времена напуштен, јер је изазивао установе да држе у болници само лаке болеснике који леже до недељу дана, а да избегавају пријем тежих случајева којима је неопходно лежање дуже него што би изгледало нормално.

2. Плаћање комплексне болничке заштите у одређеном износу за одређен временски период и број осигураника увео је новину, јер је захтевао од болнице проспективно ангажовање уместо ретроспективног, прецизно планирање, процену и предвиђање морбидитета, нарочито морбидитета који захтева болнички третман. Овај метод финансирања показао се могућ тамо где је у региону била једна или две болнице, географски различи-

то лоциране, тако да се могло не само предвидети него и прецизно одредити гравитационо подручје сваке поједине болнице. Међутим, с обзиром на то да је прецизно предвиђање болничког морбидитета врло тешко, систему се пребацивало да је и поред тога што је донекле држао пораст болничких трошкова под контролом имао низ слабости. Међу слабостима система највише се истиче тенденција да се при почетку године примају на лечење и болесници којима није неопходно болничко лечење, док се доцније, пред крај године када се плански број дана исцрпи, лишавају болничког лечења и болесници којима је оно потребно. Овај систем, мада у суштини сличан budgetском финансирању, није имао иза себе снагу и ауторитет државе која га спроводи, па се показивао вишег или мањег успешан, зависно од болница које су га спроводиле.

3. Финансирање болничких трошкова по глави осигураника у суштини је исто што и комплексно уговорање, с том разликом што су прецизније постављени односи између осигурања и болнице. Успешан начин финансирања рада основне здравствене заштите, односно рада лекара оштете медицине, по овом систему уговорања није се оправдало и у болничкој служби. Пре свега зато што је казуистика болничког морбидитета далеко сложенија у градацији тежине оболења, чак и у оквиру једног истог оболења, а да не говоримо за сва оболења која се лече у болници. Различитости у тежини оболења чак и у оквиру исте дијагнозе значе и различитости у количини рада услуга неге и лекова, у суштини трошкова лечења, па је због тога и овај систем сам по себи без компоненте информације, критеријума и евалуације доводио до скромних достигнућа у погледу повећања ефикасности хоспитализације.

4. Финансирање по болестима или групама болести јесте систем финансијске стимулације ефикасне хоспитализације који се већ приближава, и то знатно, постулатима медицине и где се кроз просечну вредност целокупног лечења за одређено оболење даје це-на по болести. Одмах треба нагласити да је

овај систем утолико ближи стварности болничког лечења уколико је детаљније раздарио цене коштања поједињих болести и уколико је обухваћен већи број оболења. Групе болести представљају грубу и нереалну поделу, јер су, у ствари, паушализирање болничког лечења на псеудомедицинском нивоу. Доказано је у току овог истраживања да и у оквиру једног истог оболења имамо врло различите дужине лежања, различит број услуге, неге, лекова, па је цена по просеку за свако поједино оболење доста магловита процена појединачних и укупних трошка већа. Да не говоримо колико је та процена далеко од реалности ако их дамо за групе оболења у којима се налазе елементи крајње хетерогени по економским реперкусијама при хоспитализацији.

Упркос непрецизности, која може бити већа или мања, зависно да ли се дају цене за 200 или 400 или 600 оболења, и да ли су и сама оболења даље подељена (тежи облик, лакши облик, оперисан, неоперисан итд.), систему се мора признати да се приближио медицини и да је најзад одлуку о приоритетима пријема и отпушта ставио у праве руке – руке лекара. По овом систему оболења за која се сматра да хоспитализација није потребна не даје се цена, или је цена дестимултивно мала, док у другој крајности за оболења која су тешка и за која је хоспитализација неопходна даје се пропорционално већа цена. У суштини, добијајући одређену цену за оболења, болници се не исплати да болесника држи ни дан дуже него што је медицински оправдано, нити јој се исплати да одлаже хоспитализацију, јер ће у том случају оболење бити тежег облике те и скупље у третману. Недостатак система је у томе што не покрива трошкове екстремно тешких облика поједињих оболења, што доводи болници у зависност од казуистике и доводи лекаре у искушење да при отпусту агровирају дијагнозу у правцу дијагнозе која има већу цену у ценовнику. Међутим, ови недостаци су управо недостаци које има сваки систем уколико се спроводи без информације, критеријума и евалуације, и до сада нико није ни

успео да предложи, нити ће у догледној будућности моћи да предложи, систем финансирања који ће без сва три елемента моћи успешно да делује.

Погодност овога метода финансирања ипак се ограничава на јасно дефинисане регионе са највише једном болницом, где се може прецизно пратити болнички морбидитет током година, а позната је чињеница да се болнички морбидитет врло споро мења, те је то једно од могућности контроле правилности рада болница, нарочито у погледу најлог мењања болничког морбидитета у правцу „скупљих“ оболења.

Као и систем комплексног финансирања, он је непогодан за финансирање болничке службе у регионима где има више болница, чија се гравитациона подручја међусобно укрштају, јер у том случају је врло тешко пратити промене у болничком морбидитету.

5. Финансирање болничког лечења по ценама услуге јесте најстимулативнији од свих до сада познатих система, даје најшире могућности за спровођење ефикасне и економичне хоспитализације, погодан је за расподелу и повећање продуктивности рада у здравственим установама, али је зато и најопаснији у погледу повећања трошка болничког лечења ако се, осим пансиона (трошка боравка у болници) плаћају услуге лекара, укључујући прегледе, консултације, операције, тестове итд.; затим лабораторијске и рендгенске услуге, лекови, трошкови операционе и порођајне сале, сестринске неге итд. На овај начин трошкови болничког лечења нису подвргнути никаквим процесима, него се наплаћују онако како се болничко лечење спроводи. Уколико су трошкови првих дана знатно већи, они се и више наплате, уколико је код појединог болесника било више услуга, тежа операција, већи број прегледа, онда ће се све то посебно и наплатити, а лечење тог болесника биће скупље.

Овај метод финансирања највише одговара медицинским постулатима лечења, тј. да се лечење болесника чак и од истог оболења увек у извесној разликује, а код извесног малог броја случајева чак и знатно разлику-

је. Зато је груписање болесника чак и у оквирима једног истог оболења или дијагностичке категорије врло сложен процес, а при груписању мора се водити рачуна да се закључци доносе само на основу значајне статистичке масе (већи број случајева) и по добро проученим и одабраним подгрупама.

Финансирање по болесничком дану у ствари је најгрубљи просек свих трошкова за све болеснике у току године па подељен са укупним бројем болесничких дана. Ово при плаћању болничког лечења доводи редовно или до потплаћивања стварних трошкова или ређе до преплаћивања, што, опет, здравствене установе доводи у ситуацију да су објективно приморане овим начином финансирања да или примају углавном лакше случајеве или ако приме и теже да их држе дуже на лечењу како би доцније у реконвалесценцији, када су трошкови мали, надокнадили губитке које су имали у почетку код интензивног лечења. Попут је овај систем директно дестимултиван, овде га наводимо само ради контраста са до сада изложеним методима вишег или мањег стимултивог финансирања.

Систем финансирања по болесничком дану има толико дубоко уgraђен дестимултиван однос да ни деловање информационог система, ни критеријуми, ни евалуација нису у стању да измене његово негативно деловање услед уgraђеног аутоматизма у овом систему, по коме уколико је хоспитализација ефикаснија, квалитет боли, утолико болница финансијски вишег губи.

Ако желимо да утврдимо механизам стимултивног, односно дестимултивног, деловања метода финансирања на хоспитализацију, морамо најпре приказати пресек уобичајеног тока и динамике пружања услуга у току болничког лечења, што се, наравно, одражава аутоматски и на трошкове, јер су они одраз вредности живог рада и материјала уложеног у пружању услуга. Најчешће хоспитализација захтева (ако се савесно ради) првих неколико дана, нарочито код акутних случајева, највише рада како у дијагностици, тако и у терапији, операцијама итд.

Тај интензиван рад доноси по правилу и највеће трошкове који су првих два-три дана и по неколико пута већи него доцнијих дана у току лечења. Тих првих дана неопходно је пружити највећи број лабораторијских, рендгенских анализа, тестова, претрага, прегледа и консултација. Код озбиљних случајева то су дани када је потребно и највише неге и то често и интензивне неге. Операције се у великом броју случајева, поготово хитних, врше у првих неколико дана, што посебно повећава трошкове хоспитализације у почетном периоду. Доцније, уколико лечење дуже траје и процес лечења иде ка излечењу, трошкови се смањују док на крају не буду сведени на трошкове боравка.

С обзиром на познату чињеницу да је тешко наћи и два потпуно идентична случаја у болничком лечењу, али да је могуће груписање сличних случајева, онда би то исто могли рећи и за реалне трошкове болничког лечења. Симплификација основних постулатата медицинске науке на врло уопштене пресеке, као што је просек трошкова код б. о. дана, брзо нам се осветила. Цена болничког дана за целу болницу је уопштавање у највећој могућој мери, у суштини збирање свих трошкова за све болеснике од свих могућих оболења па подељено са бројем дана боравка у току целе године. Цена болесничког дана по одељењу само је нешто мало боља симплификација, док цена по болести доноси приближнију слику праве цене лечења. Дестимултивно деловање финансирања по болесничком дану најбоље ћемо приказати следећим дијаграмом где упоређујемо по данима хоспитализације трошкове, у односу на просек трошкова по б. о. дану. Одмах запажамо чињеницу да ако би болесник био отпуштен било ког дана пре $x - (13)$ дана, установа би претрпела онолико велики губитак колико би га раније отпустила. Значи, дужина лежања не зависи од медицинских индикација, него од економске потребе да болесник што дуже остане у оном периоду хоспитализације када су трошкови мањи него што је вредност б. о. дана, како би се надокнадили губици који су настали у првим

данима хоспитализације. Мада се ради о врло упрошћеном примеру, ипак је доста илустриран и показује и зашто се болницима више исплати лечење лакших него тежих случајева, и због чега установе управо стрепе од пријема изузетно тешких случајева за болничко лечење, јер њихов третман захтева изузетно високе трошкове.

Међутим, док код финансирања по болничком дану нема простора за рационализацију, јер све постелье морају бити пуне, без обзира да ли је потребно или не, он представља зло, али које је врло предвидљиво, јер, такође, нема места ни за „експлозију трошкова“ јер се не може више наплатити него пуни капацитет болнице (изузев ако се не стављају по два болесника у кревет).

Код финансирања по цени болести или групи болести нагласили смо да постоји опасност да би преласком на овај начин финансирања болнички морбидитет могао да буде „промењен“ и то у правцу „скупљих“ оболења, што за разлику од система по болничком дану, где нема могућности „изненађења“, захтева врло прецизно праћење преко добро развијеног информационог система, критеријума и евалуације болничког рада.

Систем финансирања по цени услуге још је теже контролисати, јер постоји скоро законитост да уколико је систем финансирања стимултивнији, постоје веће могућности злоупотребе, па следствено томе контрола и евалуација морају бити врло ефикасни, како се не би дозволило да се овај систем претвори од стимулисања рада и резултата рада у своју супротност, да буде систем стимулисања наплаћивања неурађених услуга или услуга које нису биле потребне.

Морамо посебно нагласити да су код било ког система финансирања лекари у установи последњи који ће се решити да у односу на пацијента ради финансирања учине нешто неетички. Ако се, и то под притиском болничке администрације, и задржавају у болници дуже него што је неопходно, то се никада по правилу не чини на штету болесника. То исто важи и код система финансирања по јединици услуге, где ће се вр-

ло ретко и изузетно десити да ће лекари ради финансијског ефекта учинити ишта што би штетило или некорисно деловало на болесника. Примери у току проучавања дужине лечења у појединим болницима са различитим системом финансирања показивали су да су лекари, упркос финансијској стимулацији да из једне комуналне заједнице која плаћа по болесничком дану, за разлику од друге суседне која плаћа по болестима, држали болеснике скоро подједнако дugo, онолико колико је то сматрано за потребно са медицинске тачке гледишта.

Међутим, због малог броја оних који би се можда огрешили о правила понашања, постоји стручна евалуација базирана на информационом систему на основу кога се могу откристи пропусти и предузети мере за корекцију.

Уверење да је стимултивни метод финансирања магична формула која ће само по себи донети ефикасну хоспитализацију, показало се одвећ оптимистично; резултата је било, али су они били далеко испод очекиваног и уколико је и дошло до скраћења дужине лежања, то је било врло скромно у оносу на очекивања.

Први покушај стимултивног финансирања појавио се код нас 1962. и 1963. године у појединим регионима и он се свео на систем комплексног уговарања здравствене заштите, по плану рада или како се популарно називао „паушал“. Пошто је овај систем умногоме зависио од квалитета и прецизности планирања, он се показао у појединим регионима успешан, док се у другим регионима показао неподобним. Овај начин финансирања задржао се у појединим регионима и данас са дosta измена и допуна. Већ 1964. и 1965. године појављује се и брзо се шири систем финансирања по болести и групама болести, али је због недовољне припремљености, нереалних и често апсурдних цена појединих болести, непостојања информационог система за праћење и евалуацију, на многим местима брзо одбачен као метод финансирања који доводи фондове здравственог осигурувања у губитке, а осигураницима не пружа адекватну болничку заштиту. Једино се у СР

Македонији овај систем, примењиван од 1965. године, постепено усавршавао, стално добрађивао, експеси су бивали елиминисани тако да је систем задржан или у потпуности као такав или у комбинацији са комплексним уговарањем. Подаци за број лечених и број болесничких дана показују позитивне ефекте деловања овога система.

Најстимулативнији од свих система – плаћање по јединици услуге – појавио се најпре у Ријеци и Марибору, и дugo је до-

пуњаван и усавршаван тако да већ од 1968. и 1969. године имамо највећи број болница у СР Словенији и СР Хрватској, а посебно у скоро свим болницама у Љубљани и Загребу, које послују по овом систему. У Београду овај систем уведен је експериментално само у две болнице 1972. године и показао се, као и у Словенији и Хрватској, неупоредиво стимулативнији и погоднији за рационалну и ефикасну хоспитализацију од „болесничког дана“.

Стручни и научни радови

Болничке инфекције – проблем савремене медицине*

В. Шуљагић,¹ Ј. Марковић-Денић²

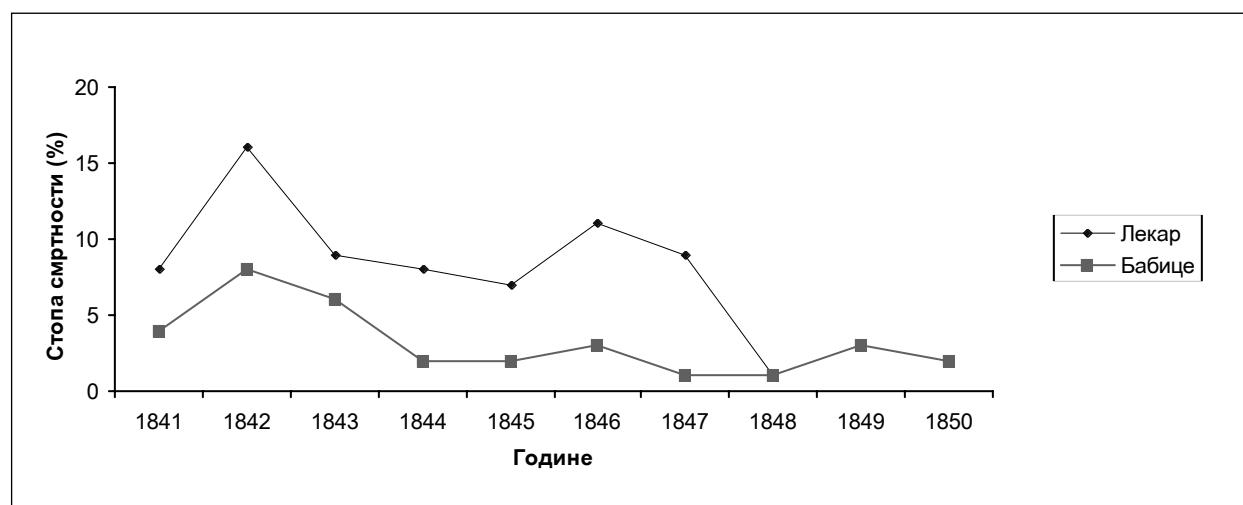
Дефиниција

Болничка (нозокомијална, интрахоспитална) инфекција (БИ) јесте инфекција настала код болесника и особља у болници или некој другој здравственој установи. Испољава се као локално или системско оболење (стапње) које је резултат реакције организма на присуство инфективног агенса (једног или више) или њихових токсина, а које код болесника није било присутно, нити је он био у инкубацији приликом пријема у болницу или неку другу здравствену установу. Ову међународно признату дефиницију установили су стручњаци из Центара за контролу болести (CDC) у Атланти 1988. године.¹ Назив „нозокомијалне“ потиче од грчких речи

νοσος што значи „болест“ и **κομειν** што значи „бринути за“ или латинске речи **nosocomium** што значи „болница“.

Историја БИ

Проблем болничке инфекције (БИ) јавио се са увођењем институције болничког лечења. Савремена хирургија настајала је на територији Европе током претходних века, а пре 150 година инфекције оперативног места биле су тако честе да се гнојење оперативног места сматрало позитивном реакцијом организма на повреду и поред тога што је две трећине ампутација екстремитета имало смртни исход због инфекције.² О узроцима и начинима ширења БИ знало се



Графикон 1. Стопа смртности од инфекција код породиља у Универзитетској болници у Бечу, Аустрија, 1841–1850. године. Извор: Mayhall CG.⁴

* Пренето из: „Војносанитетски преглед“, 7–8, 2005.

¹ Др Весна Шуљагић, ЗПМ – Институт за епидемиологију, Београд, Војномедицинска академија.

² Др Љиљана Марковић-Денић, Институт за епидемиологију, Београд.

мало, а о дезинфекцији, стерилизацији, асептичким техникама готово ништа. Рад Семелвајса (*Ignaz Philipp Semmelweis*) представља значајан напредак у односу на претходни период, као и пример епидемиологије у превенцији и контроли БИ, и то деценију пре појаве микробиолошких открића Пастера и Кога³. Наиме, Семелвајс је уочио разлику у стопи смртности на два различита одељења породилишта у оквиру Универзитетске болнице у Бечу. Виша стопа смртности породила регистрована је на одељењу које је било наставна база, а где су лекари и студенти често, право са аутопсија, без претходне припреме, учествовали у порођајима⁴ (*графикон 1*).

У одељењу са низом стопом смртности порођаје су водиле бабице. Након примена Семелвајсове препоруке о мерама хигијене руку (дезинфекција руку калцијум-хипохлоритом) стопа смртности се значајно смањила у оба одељења, у наставној бази за 89%, а у одељењу где су радиле бабице за 52%.^{2,3}

Међутим, и поред великог напретка у развоју медицине, као и напретку у развоју болничке епидемиологије, БИ и данас представљају значајан здравствени проблем у развијеним земљама, а још већи у земљама у развоју.^{5,6}

Надзор над БИ

Једна од основних активности у савременој стратегији борбе против БИ јесте спровођење надзора над БИ. Надзор над БИ дефинише се као стално прикупљање (откривање и регистровање), обрађивање, упоређивање, тумачење и достављање података о БИ. Основни циљ надзора над БИ јесте њихова превенција и сузбијање. Једну од најважнијих улога у организовању надзора има болнички епидемиолог који координише рад медицинских техничара и сестара обучених за надзор над БИ. Њиховом заједничком активношћу обезбеђују се неопходни подаци за откривање инфицираних болесника, одређивање учесталости и рас прострањености БИ, одређивање фактора који доводе до настан-

ка инфекција и праћење ефикасности мера за њихово спречавање и сузбијање.^{7,8}

Међу земљама са најбоље организованим системом надзора над БИ су Сједињене Америчке Државе (САД) где је развијен Национални систем надзора над болничким инфекцијама (*National Nosocomial Infections Surveillance – NNIS*), који се спроводи на добровољној основи. Овакав систем надзора у САД започет је још 1970. године у 62 болнице у 31 држави, а 2000. године овај систем обухвата више од 300 болница у 42 државе. Надзор над БИ дао је охрабрујуће резултате, тако да је у периоду од 1990. до 1999. године значајно смањен број појединих БИ: урнарних, респираторних и болничких инфекција крви (БИК).⁹

За разлику од САД где се надзор над БИ спроводи већ три деценије, у другим развијеним земљама света квалитетни системи надзора успостављају се у последњих пет до десет година. Тако је у Белгији надзор над БИ на националном нивоу успостављен 1991. године, у Француској 1992, у Енглеској и Норвешкој 1996, у Немачкој и Финској 1997. године.¹⁰ И поред бројних препорука о спровођењу надзора над БИ у нашој земљи још увек није успостављен њихов организовани национални систем надзора. У појединим болницама надзор се спроводи тако што је у рад укључена сестра задужена за БИ одређене болнице и епидемиолошког окружног завода за заштиту здравља. Само Клинички центар Србије има организовану Службу за превенцију и контролу БИ са три болничка епидемиолога и тринест медицинских техничара на 3300 постельја, што одговара стандардима земаља развијеног запада.

Етиологија БИ

Током боравка у болници болесници су у контакту са великим бројем различитих микроорганизама што их доводи у значајан ризик од настанка БИ. Међутим, сваки контакт се не завршава инфекцијом. Карактеристике микроорганизама могу утицати на настанак и исход појединих типова инфекција.

На разлику у заступљености поједињих узрочника БИ утичу тип популације, тип здравствене установе, земља у којој се појава БИ проучава. БИ могу бити изазване вирусима (хепатитис Б, Ц, ротавирус, респираторни синцијални вирус, ентеровируси, вирус узрочник САРС-а), паразитима (*Giardia lamblia*), гљивама (*Candida albicans*, *Aspergillus spp.*, *Cryptococcus neoformans*, *Cryptosporidium*), ектопаразитима (*Sarcoptes scabiei*),^{11,12} а последњих година истиче се и значај приона.¹³ Међутим, бактерије су најучесталији узрочници БИ.¹¹ Опште гледано, треба разликовати две велике категорије бактеријских узрочника БИ. У првој категорији су бактерије нормалне флоре здравих људи, тзв. коменсали, који у нормалним околностима спречавају колонизацију домаћина патогеним бактеријама. Ипак, код особа са ослабљеним природним механизмима одбране коменсали могу изазвати инфекцију. На пример, инфекције удружене са интраваскуларним катетером изазване коагулаза негативним стафилококом (КНС) са коже или уринарне инфекције које изазива *Escherichia coli* (*E. coli*) пореклом из гастроинтестиналног тракта. Другој категорији припадају патогене бактерије које имају изражене факторе вируленције и изазивају инфекцију код домаћина, било спорадично, било епидемијски, без обзира на природне механизме одбране. То су грам-позитивне бактерије (*Staphylococcus aureus*, бета-хемолитички стрептококи), грам-негативне бактерије из породице *Enterobacteriaceae* (*E. coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Serratia marcescens*) и грам-негативни неферментативни бацили (*Pseudomonas spp.*, *Acinetobacter spp.*), анаеробни грам-позитивни штапићи (*Clostridium spp.*). Честа појава код бактеријских узрочника БИ јесте њихова резистенција на антимикробна средства.^{11,14}

Резервоар, извор и јућеви преношења БИ

Према пореклу узрочника болничке инфекције се деле на:

1. ендогене БИ – изазване узрочницима који су део сталне или пролазне флоре домаћина. Оне настају када микроорганизам доспе на место које му није природно станиште (нпр. уринарне инфекције удружене са уринарним катетером који је омогућио продор бактерија пореклом из гастроинтестиналног тракта у примарно стерилну мокраћну бешику), затим при различитим повредама ткива или при неправилној употреби антибиотика (инфекције изазване гљивицама, инфекције које изазива *Clostridium difficile*);¹¹

2. егзогене унакрсне инфекције, изазване узрочницима који се преносе са болесника на болесника:

- директним контактом болесника (руке, капљице пљувачке или других телесних течности);
- аерогено (аеросолом или честицама прашине које су контаминисани бактеријама болесника);
- преко здравствених радника који се трајно или пролазно контаминишу микроорганизмима током контакта са болесником (руке, одећа, слузокожа носа, гуша),
- преко различитих предмета, укључујући и медицинску опрему, који се контаминишу при контакту са болесницима, рукама здравствених радника, посетилаца и других извора у болничкој средини;^{11,15}

3. егзогене инфекције, чији је изврз болничка средина, изазване узрочницима који лако преживљавају у болничкој средини:

- у води, у влажним срединама, а понекад и у примарно стерилним растворима или дезинфекцијоним средствима (*Pseudomonas spp.*, *Acinetobacter spp.*, *Mycobacterium spp.*);
- на рубљу, као и на предметима који се користе за негу болесника;
- у храни.¹¹

Здравствено особље често није свесно своје улоге у преношењу узрочника БИ. Потребно је стално имати на уму да је човек, а не болничка средина, најзначајнији резервоар и извор инфекције.¹¹

Осетљивосћ и оштотрпљеност болесника на БИ

Да би настала нека БИ одбрамбени механизми домаћина, тј. болесника, морају да буду ослабљени тако да се микроорганизму омогући „приступ“. Тако болесници у екстремним животним добима (новорођенчад и старе особе), болесници са хроничним болестима, болесници на имуносупресивној или радиотерапији имају већу осетљивост за настанак БИ. Осетљивост на БИ повећана је и код особа чији су регионални одбрамбени механизми, попут капља, кијања, истицања урина из мокраћних путева и др., онемогућени присуством различитих медицинских помагала, чиме је омогућен продор микроорганизама у примарно стерилне телесне шупљине.¹¹

Учесност и распрострањеност БИ

Болничке инфекције се јављају у свим болницама света. Према локализацији најзначајније БИ су: инфекције уринарног тракта (око 40% БИ),¹⁶ инфекције оперативног места,¹⁷ пнеумоније,¹⁸ и БИК, које чине 10% или 250 000 регистрованих БИ годишње у САД.^{19,20}

Студија Светске здравствене организације (СЗО) изведена у 55 болница у 14 земаља репрезентативних за четири региона света показала је да око 8,7% хоспитализованих болесника добије БИ. Виша преваленција је запажена у регионима источног Медитерана (11,8%) и југоистичне Азије (10,0%) у односу на регион Европе (7,7%) и западног Пацифика (9,0%).¹¹ Преваленција БИ је различита у различитим срединама и у различитом временском периоду. Тако је у првој студији преваленције БИ у Швајцарској, изведеној 1996. године, у појединим одељењима четири универзитетске болнице (Базел, Женева, Лозана, Цирих) запажена преваленција БИ од 11,6%.²¹ Нешто новија студија из 1999. године са истих простора показује преваленцију БИ од 11%.²² У студији БИ у Словенији 2001. године, преваленција БИ била је

5%.²³ У првој студији преваленције у Србији, изведеној 1999. године у 21 општој и шест универзитетских болница, преваленција БИ износила је 7,5%.²⁴

Попут преваленције и инциденција БИ поједињих локализација варира. Добар пример за то су БИК, чија инциденција варира од 1,3 до 18,4 на 1000 пријема, у зависности од карактеристика болесника који се лече у испитиваој болници, величине болнице и одељења у коме се инциденција прати.²⁵⁻²⁷

БИ компликују лечење, повећавајући број дана хоспитализације и трошкове лечења, а неретко су праћене и смртним исходом.²⁸⁻³⁰ Према подацима из литературе, у Енглеској се догоди 100 000 БИ годишње, што здравствене фондове кошта приближно 1,4 милијарде фунти и узрок је смрти 5 000 болесника годишње,³¹ док у Француској на 5 000 хоспитализованих од БИ умре један болесник.³²

Када је реч о БИК, као најтежим БИ, подаци из САД показују да оне продужавају хоспитализацију у просеку за 15 дана, што је додатних 3,5 милиона болничких дана, односно 3,5 милијарди долара додатних трошкова²². У развијеним земљама Европе, попут Италије, лечење једног болесника са БИК, код кога је узрочник инфекције потврђен изолацијом из хемокултуре, кошта 16 356 евра³³.

Поред медицинских и економских последица, у развијеним земљама се пуна пажња поклања и етичким и правним последицама БИ³⁴.

БИ су ендемско-епидемијског карактера.³⁵ Пет до десет посто ових инфекција настаје у епидемијама, а остало су ендемске.^{7,36} Од 223 епидемије БИ, које је истражио CDC у периоду од 1956. до 1979. године, *Staphylococcus aureusom* било је узроковано 19%, бактеријама рода *Klebsiella* узроковано је 14%, а рода *Salmonella* 13% епидемија БИ. Од обрађених епидемија БИ 21% су биле епидемије гастроenterитиса, 18% епидемије инфекција коже, а 12% епидемије БИК.³⁶ Међутим, епидемије БИ често остају неуочене, иако дуго трају и значајно утичу на оболевање и умирање болничке популације. Треба истаћи

и значај епидемија узрокованих мултирезистентним бактеријама.²⁹ Интересантан је податак да до 1965. године грам-негативни узрочници епидемија БИ нису показивали мултиплу резистенцију на антибиотике. Осамдесетих година прошлог века број резистентних грам-негативних узрочника епидемија БИ у односу на осетљиве био је 11 према 15,³⁶ док у данашњим извештајима о епидемијама БИ узрокованих грам-негативним микроорганизмима доминирају мултирезистентне бактерије.³⁷⁻³⁹

Ризик за настајање БИ у јединицама интензивне неге (ЈИН) јесте пет до десет пута већи од ризика у јединицама обичне неге (ЈОН).⁴⁰ ЈИН представљају део здравствене установе за лечење болесника чије су виталне функције угрожене и у коме постоје услови за интензивну опсервацију, дијагностичке и терапијске поступке⁴¹, чиме су максимално омогућени сви путеви ширења БИ. У ЈИН су честе унакрсне инфекције, тј. инфекције једног болесника патогеним микроорганизмима другог и обратно. Неке студије, у којима су примењене осетљиве методе молекулске епидемиологије, показују да најмање 37,5% БИ у ЈИН настаје овим путем, мада се сматра да би овај број могао да буде и знатно већи.⁴² Број постельја у ЈИН значајно расте последњих година, а укупан број постельја се незнатно смањује, о чему говоре подаци ННИС за период од 1988. до 1995. године.⁴³ Због свега наведеног потребно је што боље познавање епидемиологије БИ како у ЈИН, тако и у ЈОН, ради предузимања ефикасних мера превенције.

Превенција и контрола БИ

Савремена болничка епидемиологија указује на то да, поред увођења епидемиолошког надзора над БИ и примене епидемиолошких метода у њиховом проучавању, основу превенције и контроле БИ чини и поштовање концепта асепсе. То подразумева правилно чишћење, дезинфекцију и стерилизацију у болничким установама, као и поштовање асептичких техника, пре свега хигијене руку (најјед-

ноставније, али посебно значајне мере превенције БИ), као и поштовање мера изолације болесника.^{44,45} Бројна упутства о превенцији појединачних типова инфекције (инфекција оперативног места, уринарних инфекција, пневмонија, инфекција удруженых са централним васкуларним катетером), као и упутства о правилном извођењу појединачних процедура (дезинфекција, стерилизација, вакцинација здравственог особља и болесника), доступна су на сајтовима Центра за контролу болести из Атланте, Светске здравствене организације, као и низу других здравствених организација чији рад је посвећен овом проблему. Неопходно је да сви здравствени радници буду упознати са савременим ставовима у превенцији и контроли БИ и да буду обавезни да их примењују у свом свакодневном раду, јер активним радом на превенцији БИ може се спречити трећина ових инфекција.⁴⁶

Литература

- Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infection, 1988. Am J Infect Control 1988;16(3):128–40.
- Farr BM. Prevention and control of nosocomial infections. Business briefing: Global Healthcare 2002;3:37–41.
- Ryan KJ. Nosocomial infections and infection control. In: Ryan KJ. 3rd ed. Sherris Medical Microbiology. Connecticut: Appleton and Lange; 1994. p. 823–30.
- Rotter ML. Hand washing and hand disinfection. In: Mayhall CG, editor. Hospital epidemiology and infection control. 3rd ed. Philadelphia: Williams & Wilkins;2004. p. 1727–46.
- Huskins WC, O'Rourke EJ, Rhinehart E, Goldman DA. Infection control in countries with limited resources. In: Mayhall CG, editor. Hospital epidemiology and infection control. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 1178–201.
- Šuljagić V. Risk factors influencing the acquire and out come of nosocomial bloodstream infections (dissertation). Belgrade: Military Medical Academy; 2003. (Serbia).
- Gaynes R, Richards C, Edwards J, Emori TG, Horan T, Alonso-Echanore J, et al. Feeding back surveillance data to prevent hospital-acquired infections. Emerg Infect Dis 2001;7(2):295–8.
- Gaynes RP, Horan TC. Surveillance of nosocomial infections. CDC definitions of nosocomial infections. In: Mayhall GC, editor. Hospital epidemiology and infection control. Baltimore: Williams & Wilkins;1996. p.1017–31.
- Centers for Diseases Control and Prevention. Monitoring hospital-acquired infections to promote patient safety – Una-

- ted States, 1990–1999. MMWR Mortality Weekly Report 2000;49(8):149–53.
10. Edmond MB. National and International Surveillance Systems for nosocomial infections. In: Wenzel RP, editor. Prevention and control of nosocomial infections. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p.109–19.
 11. Duce G, Fabry J, Nicolle Z, editors. Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide. 2nd ed. Geneva: WHO;2002.
 12. Mc Donald LC, Simor AE, Su IJ, Malony S, Ofner M, Chen KT, et al. SARS in healthcare facilities, Toronto and Taiwan. *Emerg Infect Dis* 2004;10(5):777–81.
 13. World Health Organization. WHO Infection Control Guidelines for Transmissible Spongiform Encephalopathies. Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO;1999.
 14. Šuljagić V, Mirović V, Tomanović B. Surveillance of bacterial causes of hospital infections during periods of war and peace. *Vojnosanit Pregl* 2003;60(4):443–7. (Serbian).
 15. Janković S. The ways of transmission of communicable diseases. In: Radovanović Z, Vlajinac H, editors. General Epidemiology. Beograd: Medicinska knjiga; 2001.p.71–86.
 16. Maki DG, Tambyah PA. Engineering out the risk for infections with urinary catheters. *Emerg Infect Dis* 2001;7(2):342–7.
 17. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Center for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practises Advisory Committee. *Am J Infect Control* 1999;27(2):97–134.
 18. George DL. Nosocomial pneumonia. In: Mayhall GC, editor. Hospital epidemiology and infection control. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.p.175–92.
 19. Wenzel RP, Edmond B. The impact of hospital-acquired bloodstream infections. *Emerg Infect Dis* 2001;7(2):174–7.
 20. Pittet D, Wenzel RP. Nosocomial bloodstream infections. Secular trends in rates, mortality, and contribution to total hospital deaths. *Arch Intern Med* 1995;155(11):1177–84.
 21. Pittet D, Harbarth S, Ruef C, Francioli P, Sudre P, Petignat C, et al. Prevalence and risk factors for nosocomial infections in four university hospitals in Switzerland. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999;20(1):37–42.
 22. Sax H, Pittet D, Swiss-NOSO Network. Interhospital differences in nosocomial infection rates: importance of case-mix adjustment. *Arch Intern Med* 2002;162(21):2437–42.
 23. Klavs I, Bufon Lušnik T, Škerl M, Grgić-Vitek M, Lejko Zupanc T, Dolinšek M, et al. Prevalence of and risk factors for hospital-acquired infections in Slovenia – results of the first national survey, 2001. *J Hosp Infect* 2003;54(2):149–57.
 24. Marković-Denić Lj, Drndarević D, Milić N, Bukumirović K, Janković S. Study of the prevalence of hospital-acquired disease in Serbia. *Glasnik Instituta za zaštitu zdravlja Srbije* 2000;74(1–4):37–39. (Serbian).
 25. Correa L, Pittet D. Problems and solutions in hospital-acquired bacteremia. *J Hos Infect* 2000;46(2):89–95.
 26. Šuljagić V, editor. Risk Factors associated with Nosocomial Bloodstream infections in Intensive Care Units. In: Sekcija lječnika mikrobiologa Društva lječara Crne Gore, edi-
 - tors. Proceedings of the Days of Microbiologists of Serbia and Montenegro. Herceg Novi: NPJ Pobjeda – Podgorica 2004. p. 97–9, (Serbian).
 27. Burke JP. Infection control – a problem for patient safety. *N Engl J Med* 2003;348(7):651–6.
 28. Jarvis WR. Infection control and changing health-care delivery systems. *Emerg Infect Dis* 2001;7(2):170–3.
 29. Weinstein RA. Nosocomial infection update. *Emerg Infect Dis* 1998;4(3):416–20.
 30. Mayor S. Hospital acquired infections kill 5000 patients a year in England. *BMJ* 2000;321(7273):1370.
 31. Bergogne-Berezin E. Nosocomial infections: new agents incidence, prevention. *Presse Med* 1995;24(2):89–97, (French).
 32. Orsi GB, Di Stefano L, Noah N. Hospital-acquired laboratory-confirmed bloodstream infection: increased hospital stay and direct costs. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002; 23(4):190–7.
 33. Bobinski MA. Legal issues in hospital epidemiology and infection control. In: Mayhall GC, editor. Hospital epidemiology and infection control. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p.1138–45.
 34. Brown SM, Benneyan JC, Theobald DA, Sands K, Hahn MT, Potter-Byrne GA, et al. Binary cumulative sums and moving averages in nosocomial infection cluster detection. *Emerg Infect Dis* 2002;8(12):1426–32.
 35. Stamm WE, Weinstein RA, Dixon RE. Comparison of endemic and epidemic nosocomial infection. *Am J Med* 1981; 70(2):393–7.
 36. Bukholm G, Tannæs T, Kjelsberg AB, Smith-Erichsen N. An outbreak of multidrug-resistant *Pseudomonas aeruginosa* associated with increased risk of patient death in an intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002;23(8): 441–6.
 37. Harbarth S, Sudre P, Daharan S, Cadenas M, Pittet D. Outbreak of *Enterobacter cloacae* related to understaffing, overcrowding and poor hygiene practises. *Infect Control Hospital Epidemiol* 1999;20(9):598–603.
 38. Pena C, Pujol M, Ardanuy C, Ricard A, Pallares R, Linares J, et al. An outbreak of hospital-acquired *Klebsiella pneumoniae* bacteraemia, including strains producing extended-spectrum beta-lactamase. *J Hosp Infect* 2001;47(1):53–9.
 39. Weber DJ, Raach R, Rutala WA. Nosocomial infections in the ICU: the growing importance of antibiotic-resistant pathogens. *Chest* 1999;115(3 Suppl):34S–41S.
 40. Drndarević D, Janković S. Nosocomial infections. Definitions. Beograd: Institut za zaštitu zdravlja Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“;1998. (Serbian)
 41. Weist K, Pollege K, Schulz I, Ruden H, Gastmeier P. How many nosocomial infections are associated with cross-transmission? A prospective cohort study in surgical intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002;23(3):127–32.

-
- 42. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) report, data summary from October 1986–April 1997, issued May 1997. A report from the NNIS System. Am J Infect Control 1997; 25(6):447–87.
 - 43. Van Den Broek PJ. Historical Perspectives for the new millennium. In: Wenzel RP, editor. Prevention and Control of Nosocomial Infections. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.p.3–13.
 - 44. Šuljagić V. A pragmatic approach to the judicious selection and proper use of disinfectant and antiseptic agents in health-care settings. In: Radonjić VB, editor. Proceeding of the 4th International Symposium on Antisepsis, Disinfection and Sterilization; 2004 Oct 04–08; Beograd, Serbia and Montenegro. Beograd: Pencil Commerce; 2004. p. 95–103. (Serbian)
 - 45. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WN, Emori TG, Munn VP, et al. The efficacy of infection control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. Am J Epidemiol 1985;121(2):182–205.

Стручни и научни радови**Карактеристике коришћења стационарне здравствене заштите старих у КБЦ Крагујевац (1999–2002)**С. Коцић,¹ Ч. Милић,² С. Радовановић³**The Characteristics of Stationary Health Care Use of the elderly In CHC Kragujevac (1999–2002)**

S. Kocić, Č. Milić, S. Radovanović

Сажетак. Циљ истраживања јесве да се сагледају карактеристике коришћења стационарне здравствене заштите старих од 65 и више година у Клиничко-болничком центру Крагујевац (КБЦ), са посебним освртом на структурну мортилитета и леталитета. Као извор података коришћени су извештаји о хоспитализацији, за период 1999–2002. година.

На стационарном лечењу у КБЦ-у у периоду 1999–2002. године било је укупно 26532 особа старости 65 и више година: 42,3 одсто припада старосној доби 65–69 година, 32,9 одсто старосној доби 70–74 година и 24,8 одсто доби 75 и више година. У свим добним групама старих доминирају особе женског пола.

Учешће старих у укупном броју лечених у посматраном периоду износило је 28,7 одсто. Просечна стапа хоспитализације ове добне групе је 21,47.

Аналитички приказ структуре хоспитализација особа од 65 и више година старости, по најучесталијим групама болести, указује да високо прво место заузимају болести система крвоћока, по учештавању следе тумори (најучесталије локализације су дојка, плућа и дебело прево), и болести система за варење.

Summary. The aim of the research is to analyze the characteristics of the stationary health care use with the persons at the age of 65 and above the age in the Clinical hospital center, Kragujevac, with the special attention paid to lethality and mortality structure. The hospitalization reports, for the period 1999–2002, served as the data source.

In the stationary treatment in the Clinical hospital center, Kragujevac during the period 1999–2002 the total number of the persons at the age of 65 and above it was 26532: 42.3% belonged to the age group 65–69 years, 32.9% belonged to the age group 70–74 years, and 24.8% was at the age of 75 and above it. The dominant sex in the mentioned age groups was female.

The participation of the elderly in the total number of those being in the treatment during the analyzed period amounted to 28.7%. The average hospitalization rate with this age group was 21.47.

The analytic account of the hospitalization structure with the persons at the age of 65 and above it, according to the most frequent groups of diseases, points to the fact that circulatory diseases are on the top priority place. Next to it, according to the frequency, are tumors (the most frequent localizations are breast, lung, and colon) and the diseases of digestion system.

¹ Др Санђа Коцић, Институт за заштиту здравља Крагујевац, Медицински факултет Крагујевац.

² Проф. др Часлав Милић, Институт за заштиту здравља Крагујевац, Медицински факултет Крагујевац.

³ Др Снежана Радовановић, Институт за заштиту здравља Крагујевац, Медицински факултет Крагујевац.

Просечна дужина лечења старијих од 65 и више година у КБЦ – Крагујевац у анализираном периоду износила је 16,80 дана, $SD=253,98$. Најкраћа епизода лечења трајала је један дан, а најдужа 170 дана. За највећи број пацијената епизода лечења трајала је 5–9 дана.

У најстаријој добној групи лечених у КБЦ-у Крагујевац, као водећи узрок смрти појављују се болести система крвојотока са учешћем 64,01 одсто, затим следе тумори свих локализација (11,92 одсто) и болести сис система за варење (4,46 одсто).

Просечна стопа леталитета старијих од 65 и више година лечених у КБЦ-у Крагујевац у посматраном периоду износила је 11,6. Посматрано у односу на групе болести највишу вредност има код болести ширкулаторног система.

Увод

У обиму коришћења здравствене заштите старо становништво заузима значајно место. Истраживања у САД показала су да старе особе користе просечно 5,3 лекарска прегледа годишње; две трећине хроничних оболења је у популацији старој 65 и више година (најчешће кардиоваскуларне болести, малигне неоплазме, опструктивне болести плућа и дијабет); особе старије од 75 год. имају у просеку по 10 хроничних болести; потрошња за здравствену заштиту по једној особи старијој од 75 год. већа је шест пута од потрошње по особи узраста 16–64 године.¹

Подаци, такође, показују да је стопа хоспитализације за особе од 65 и више година знатно виша у односу на остале старосне групе: четири пута је већа код малигних неоплазми, а чак више од десет пута већа код болести циркулаторног система од оних које се региструју за исте болести у млађим добним групама.²

Циљ и метод истраживања

Циљ истраживања јесте да се сагледају карактеристике коришћења стационарне

The average duration of the treatment with the persons at the age of 65 and above the age in the Clinical hospital center, Kragujevac was 16.80 days, $SD=253.98$. The shortest treatment episode lasted 1 day, and the longest one 170 days. The treatment episode for the major number of patients lasted 5–9 days.

In the oldest age group, circulatory diseases are the leading cause of mortality, participating with 64.01%, next to it are tumors of all localizations, participating with 11.92% and the diseases of digestion system, participating with 4.46% in overall mortality.

In the analysis of the average lethality rate with this age group it is determined that the average lethality rate is 11.6. In relation to the causes of death, the lethality rate is the highest one with circulatory diseases.

здравствене заштите старијих у КБЦ-у Крагујевац, са посебним освртом на структуру морталитета и леталитет.

Као извор података коришћени су извештаји о хоспитализацији КБЦ-а Крагујевац, за период 1999–2002. година. Обрађени су извештаји о хоспитализацији свих особа ста- рости од 65 и више година у дефинисаном периоду, укупно 26 532.

Подаци су обрађени статистичком научном методологијом: коришћен је метод де- скриптивне (и SD) и инференцијалне статистике (χ^2 -таблице контигенције). За креирање базе подака коришћен је Microsoft Access и SPSS 10.0. Подаци су приказани табеларно и графички.

Резултати истраживања и дискусија

Показатељи коришћења стационарне здравствене заштите старијих у КБЦ-у Крагујевац за период 1999–2002. година

На стационарном лечењу у КБЦ-у у периоду 1999–2002. година било је укупно 26 532 особе старости 65 и више година.

Учешће старих у укупном броју лечених у посматраном периоду износило је 28,7 одсто. У погледу старосне структуре особа старих 65 и више година дистрибуција изгледа овако: 11223 односно 42,3 одсто лечених припада старосној доби 65–69 година, 8729 тј. 32,9 одсто старосној доби 70–74 године и 6580 тј. 24,8 одсто доби 75 и више година. У свим добним групама старих доминирају особе женског пола.

Просечна стопа хоспитализације ове добне групе је 21,47. Највиша стопа је регистрована у добној групи 65–69 година (23,3) и добној групи 70–74 године (23,2), а најнижа у добној групи 75 и више година (18,0).

Најучесталији разлози коришћења стационарне здравствене заштите и утврђено оболевање старих од 65 и више година

Аналитички приказ структуре хоспитализација по најучесталијим групама болести указује да високо прво место заузимају болести система крвотока, са учешћем 27,28 одсто. Потом, по учесталости следе тумори са 15,93 одсто, болести система за варење

са 10,47 одсто и болести система за дисање 6,41 одсто. (*Графикон 1*).

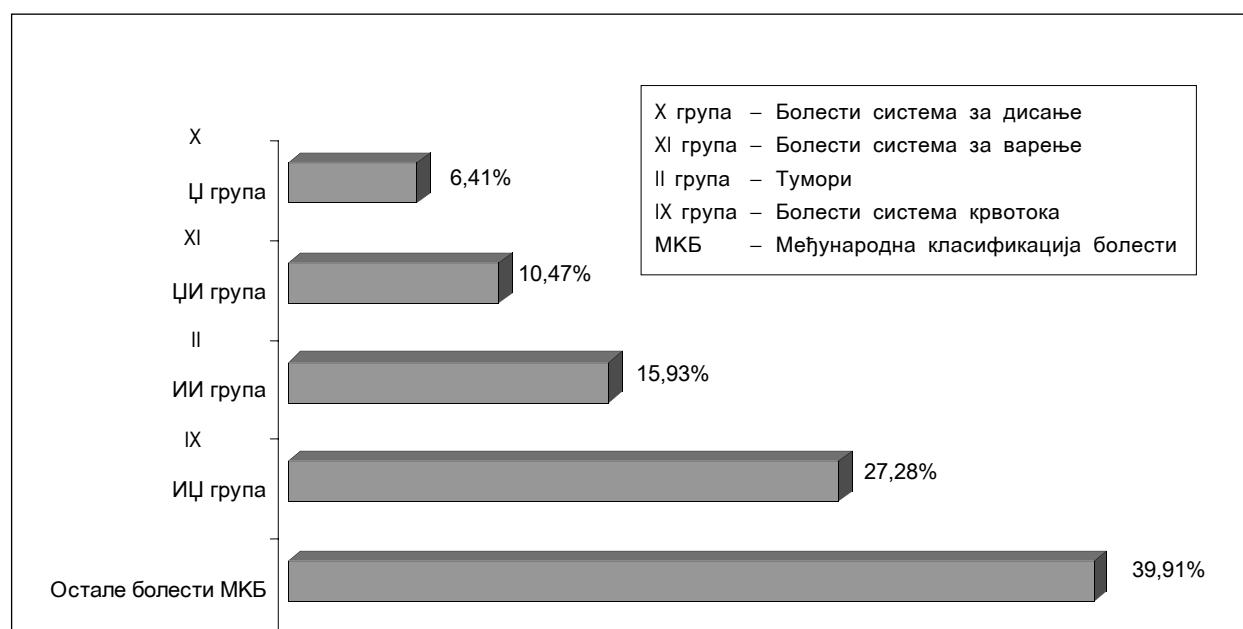
Међу болестима система крвотока најчестије су: I42 – Cardiomyopathia 17,43 одсто, I21 – Infarctus myocardii acutus 9,23 одсто и I10 – Hypertensio arterialis essentialis (primaria) 7,60 одсто.

Међу туморима најчестије локализације су C50 – Neoplasma malignum mammae (15,14 одсто), C33–34 – Neoplasma malignum tracheae, bronchi et pulmonis (13,46 одсто), C20–C21 – Neoplasma malignum recti, ani et canalis ani (6,01 одсто), C18 – Neoplasma malignum colli (4,83 одсто).

Међу болестима система за варење најфрејквентније су K40 – Hernia inguinalis (17,39 одсто), K80–K81 – Cholelithiasis et cholecystitis (16,71 одсто), K56 – Ileus paralyticus et opstrucatio intestinalis, sine hernia (13,14 одсто).

У групи болести система за дисање редослед водећих узрока хоспитализације је J44 – Morbus pulmonis obstructivus chronicus alias (45,18 одсто), J18 – Pneumonia (16,63 одсто), J45 – Asthma bronchiale (15,14 одсто), J43 – Emphysema pulmonum.

Пол је обележје од утицаја на узрок хоспитализације старих ($\chi^2=492.267$, $df=20$,



Графикон 1. Најучесталији узроци хоспитализације.

$p<0,01$). Три водеће групе болести (по Х МКБ класификацији) у укупном болничком морбидитету старих 65 и више година истог су ранга код особа женског и мушких пола: на првом месту је IX група болести – болести система крвотока, на другом месту II група – тумори, а на трећем месту XI група – болести система за варење. Код жена на четвртом месту по учесталости јесу болести из VII групе – болести ока и припоја ока, а код мушкараца из X групе – болести система за дисање.

Између различитих добних група постоји статистички значајна разлика у узроку хоспитализације ($\chi^2=438,458$, $df=40$, $p<0,01$). У свим добним групама три најучесталије болести јесу болести система крвотока, тумори и болести система за варење. На четвртом месту по учесталости у добним групама 65–69 и 70–74 године јесу болести система за дисање, а у групи 75 и више година на четвртом месту су болести ока и припоја ока.

Просечна дужина лечења старих од 65 и више година у КБЦ-у Крагујевац у периоду 1999–2001. јесте =16,80 дана, $SD=253,98$, најкраћа епизода лечења трајала је један дан, а најдужа епизода 170 дана.

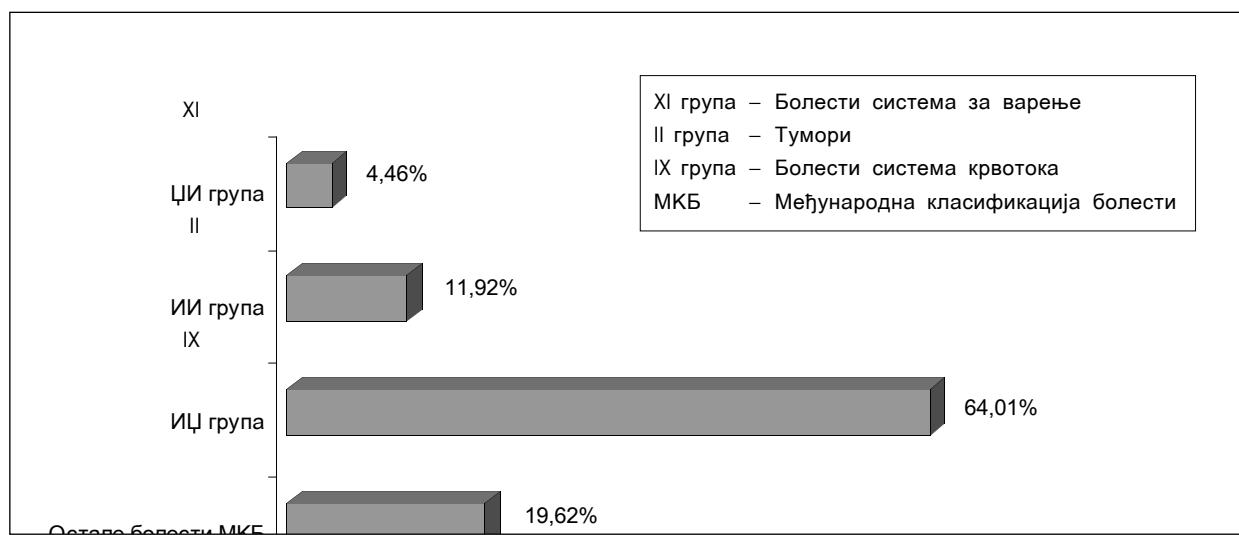
За 1/4 (25,6 одсто) пацијената епизода лечења трајала је 5–9 дана, а за 1/5 (21,5 од-

сто) пацијената 10–14 дана. Најдужу епизоду лечења (20–170 дана) имало је 23 одсто старих особа. Исти проценат (око 15 одсто) је у посматраном периоду лечен 1–4 и 15–19 дана.

Између одељења – клиника постоји високо статистички значајна разлика у дужини лечења старих ($\chi^2=2775,101$, $df=36$, $p<0,01$). Највећи број болесничких дана регистрован је на кардиологији (12,7 одсто) и неурологији (12,4 одсто). Најдужа епизода лечења – преко 20 дана најфrekвентнија је на Неуролошкој клиници (12,3 одсто) и кардиолошком одељењу Интерне клинике (7,9 одсто).

Нешто више од 2/3 (69,1 одсто) особа старих 65 и више година лечених у КБЦ-у Крагујевац у посматраном периоду своју епизоду лечења окончало је са „побољшаним“ исходом. Приближно исти проценат „излечен“ је и са „непромењеним“ стањем (8,6 одсто тј. 9,2 одсто). Око 1/10 лечених је са смртним исходом (0,6 одсто), док су остале градације исхода: погоршан, пребаћен на друго одељење и у другу здравствену установу минимално заступљене (0,2 одсто, 0,6 одсто, 0,8 одсто).

У најстаријој добној групи лечених у КБЦ-у Крагујевац као водећи узрок смрти појављују се болести система крвотока са учешћем од 64,01 одсто, затим следе тумори



Графикон 2. Најучесталији узроци смрти.

свих локализација са 11,92 одсто и болести система за варење са учешћем у укупној смртности од 4,46 одсто. (*графикон 2*)

Статистичком анализом података о умрлим старим особама по полу у КБЦ-у Крагујевац, у посматраном периоду, утврђено је да се мушки и жене високо статистички разликују у узроцима смрти ($\chi^2=65,388$, $df=13$, $p<0,01$). Редослед прва четири узрока смрти код оба пола је исти: мушки и жене најчешће умиру од болести из IX групе – болести система крвотока, на другом месту узрока смрти су болести II групе – тумори, на трећем месту је XI група – болести система за варење. Четврто место у рангу узрока смрти код мушкараца заузимају болести респираторног система, док су код жена то болести жлезда са унутрашњимлучењем, исхране и метаболизма.

Статистичком обрадом података утврђено је да не постоји статистички значајна разлика између лечених старих особа различите старосне доби у погледу узрока смрти ($\chi^2=96,835$, $df=26$, $p>0,05$). Сви стари без обзира на период живота умиру најчешће од болести циркулаторног система.

Леталитет стarih у односу на дефинисане социомедицинске карактеристике

Просечна стопа леталитета стarih 65 и више година лечених у КБЦ-у Крагујевац у посматраном периоду износила је 11,6. Највиша је у најстаријој доброј групи 75 и више година, скоро два пута већа у односу на старосну групу 65–69 година. Посматрано у односу на групе болести највишу вредност има код болести циркулаторног система (26,20) (*табела 1*).

Деловање фактора ризика на здравље стarih има кумулативни ефекат – што значи деловање фактора ризика у дужем временском периоду доводи до већег оптећења здравља стarih. Отуда су старе особе подложније мултиморбидности (присуство више болести код једне особе), коморбидности (да је једна болест повезана и/или доводи до по-

Табела 1. Стопе леталитета

		Број умрлих	Број лечених	Стопа леталитета
Пол	Мушки	1547	13428	11,52
	Женски	1415	13104	10,80
Добне групе (године)	65–69	825	9040	9,13
	70–74	893	7028	12,71
	≥75	883	5299	16,66
Најучес-талије групе болести (МКБ)	IX	1896	7238	26,20
	II	353	4227	8,35
	X	85	1702	4,99
	XI	132	2777	4,75
Укупно		2962	26532	11,60

Легенда:

IX група – Болести система крвотока

II група – Тумори

X група – Болести система за дисање

XI група – Болести система за варење.

јаве интензивирања друге болести) и хрони-цитету (дуготрајности болести).

Аналитичка студија здравственог стања становништва Србије показала је да особе старости 65 и више година болују у просеку од 2,92 болести. Обољења и стања односе се на: срчане слабости 25,4 одсто, инфаркт 5,1 одсто, ангину пекторис 12,3 одсто, повишен притисак 35,0 одсто, бронхитис 7,0 одсто, астму 3,9 одсто, психички поремећаји 5,9 одсто, реуматска оболења зглобова 28,7 одсто, бол у леђима 24,4 одсто, повишен шећер 7,2 одсто.³

Резултати истог истраживања показали су да је специфични морталитет од свих узрока смрти изразито већи међу особама старијим од 85 година, у односу на оне старости 65–69 година. Нешто је већи код мушкараца у свим старосним групама. Стопе специфичног морталитета од хроничних незара-зничих оболења далеко су највише међу осо-бама старијим од 65 година, а нарочито код особа старости 80–84 године. Веће вредности

су код мушкараца. Према узроцима смрти, најучасталија су исхемична оболења срца, која се знатно чешће јављају код мушкараца. При томе су највеће вредности забележене код особа старих између 75 и 84 године, уз напомену да се учсталост код оба пола помера ка млађим узрасним групама.³

Структура водећих узрока умирања старих од 65 и више година, у којој изразиту доминацију имају болести кардиоваскуларног система, а нешто мање учешће малигне неоплазме, уклапа се у ранг водећих узрока умирања који важи за већину европских земаља.

У структури хоспитализација особа од 60 и више година старости, по најучасталијим групама болести у болницима Хрватске у 1998. години, прво место заузимају групе болести циркулаторног система, са уделом од 72,0 одсто у тој добној групи. Више од 2/3 узрока смрти старих људи такође болести су циркулаторног система, тако да је структура узрока смрти целокупног становништва Хрватске, у ствари, однос структуре узрока смрти старих људи. Учешће болести циркулаторног система као узрока смрти у Хрватској у 1999. години и даље је у порасту, са забрињавајућим уделом од 52,11 одсто у укупном броју узрока смрти ($N=51953$). У млађој добној групи популације старих (65–74 године) ове болести као узрок смрти појављују се са уделом од 13,93 одсто, а у доби средње и дубоке старости њихов удео износи 28,14 одсто од укупнога броја узрока смрти.⁴

Закључак

У КБЦ-у Крагујевац на стационарном лечењу у анализираном периоду било је укупно 26532 особе старости 65 и више година. Учешће ове добне групе у укупном броју лечених износило је 28,7 одсто, са просечном стопом хоспитализације 21,47.

У структури хоспитализација високо прво место заузимају болести система крвотока,

по учсталости потом следе тумори (најучасталије локализације су дојка, плућа и дебело црево) и болести система за варење.

Просечна дужина лечења старих од 65 и више година у КБЦ – Крагујевац у анализираном периоду је износила 16,80 дана. За највећи број пацијената епизода лечења је трајала 5–9 дана.

У најстаријој добној групи лечених у КБЦ-у Крагујевац као водећи узрок смрти појављују се болести система крвотока, тумори свих локализација и болести система за варење.

Просечна стопа леталитета старих 65 и више година лечених у КБЦ-у Крагујевац у посматраном периоду износила је 11,6. У односу на врсту болести највишу вредност има код болести циркулаторног система, а посматрано у односу на добне групе у старосној групи 75 и више година.

Литература

1. Јањић М., Тимошић Б., Милић Ч.: Социјална медицина, Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу, Крагујевац, 1998.
2. Тимошић Б., Јањић М., Борић С. и осм.: Социјална медицина, Веларта, Београд, 2000.
3. Здравствено стање становништва Србије 1986–1996, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд, 1998.
4. www.publichealth-zagreb.hr/ Из дијела „Стратегија развијака хрватског здравства до 2020. године“.
5. Брезник Д.: Научноистраживачки рад у области популације људи трећег животног доба, Геронтолошки зборник ГД Србије, Београд, 1992. (46–54 стр.).
6. Радовановић С., Милић Ч., Кошић С. и осм.: Најчешћи узроци смрти старих 65 и више година хоспитализованих у КБЦ-у Крагујевац за период 1997–2000. Интернационални конгрес Здравље за све, Бања Лука, 2003. (454–463 стр.).
7. Илић М., Кошић С.: Преваленција фактора ризика за коронарна срчана оболења код старих људи. VII конгрес интерне медицине Србије и Црне Горе са међународним учешћем, Игало, 2004. (50–51 стр.).

Стручни и научни радови

Ванредна ситуација у популационим крстањима

Деца су иконе народа

М. Младеновић¹

Већ и врапци цвркућу на гранама да Срби као народ убрзано нестају.

Зато је Удружење за борбу против беле куге „Опстанак“ недавно предложило хитне мере као излаз из демографске кризе у којој се Србија налази.

Најважнија од њих је проглашење ванредног стања у области популационе политике, јер су подаци о стању популације у Србији катастрофални: а) стари људи постају доминантна група, б) рапидно се смањује рађање, в) масовни легални абортуси, г) нестанак села, д) масовно исељавање из земље, ђ) убрзани губитак народа у светским и грађанским ратовима, е) отпадање од матице делова српског народа (Косово, Црна Гора), ж) тешка привредна криза, з) губитак оптимизма, сиромаштво, беда и очај итд.

Ванредно стање, које предлажемо, треба да буде осмишљена и организована борба за опстанак српског народа. Не треба дозволити да се кроз 20–30 година одржава конгрес о спасавању Срба, као што је то данас случај са Монголима. Монгола је било много милиона, а сада их има само 1.800.000! Некада су владали планетом, сада су као исушена стабла на пустој земљи. И Руса је сваке године за милион мање, а Срба 40.000.

Свако ванредно стање захтева пуну мобилизацију људи, капитала и идеја. У одбрану опстанка једног народа морају устати сви људи добре воље. Ту престају све идеолошке, страначке и политичке неслоге и трвења. Мора се наћи и новац.

Ниједно друштво није толико сиромашно да нема новац за децу. На пример, зашто нема паре за дечеје јасле и вртиће? Зар смо толико неосетљиви и безобзирни? Уместо у обданишта, нека деца су се сместила у шахтове, испод земље, усред зиме. Враћамо се у праисторију.

Ако знамо да смо угрожени као народ, нове идеје се морају хитно створити. Први задатак је да садашњу антинаталитетску политику (и њено својење на скромну социјалну) хитно заменимос осмишљеном пронаталитетском политиком.

Нове идеје треба сместити у нови Устав Србије, у посебан одељак о подстицању наталитета као трајног задатка Републике.

Конечно, Скупштина Србије треба хитно да донесе Закон о обнављању становништва и о заштити деце. Најпрво је поднело удружење „Опстанак“.

У оквиру овог Закона и других прописа, Скупштина треба да прихвати пројекат „четврто дете“, јер само оно може да подмлади Србију.

Треба увести и порез „Дечји динар“ по принципу да од сваког имовинског посла мали проценат иде за децу. То би био значајан извор из кога би се финансирали и сви други облици пронаталитетске политике.

Недавно су уведене фискалне касе и ПДВ порез. Овај порез ствара велике буџетске резерве у Србији. Када би овај новац, или бар један његов део, био намењен деци, за неколико година дошло би до експлозије наталитета.

¹ Проф. др Марко Младеновић, редовни професор Правног факултета у Београду, емеритус и председник Удружења „Опстанак“.

Рађање се подстиче и добровољним прилозима путем специјалних каса у матици и дијаспори, у храмовима, амбасадама, хуманистарним организацијама, у здравственим, социјалним и просветним установама.

Пажња власти сада је усмерена на обнову храмова, а не на подстицање рађања деце. Имамо доста верских храмова, немамо деце, потребна су нам деца.

Треба, поред осталог, законом предвидети услове да се мајци са четворо и више деце, ако жели, материњство призна као радни однос и да јој се исплата врши из дела донаторских прилога (црквених и других каса и посебних доброчинстава).

За спровођење ових реформи треба створити нове државне органе. Најпре, Министарство за породицу. Једна смо од ретких земаља у свету која га нема, а породица је један од четири стуба сваког друштва.

Нужно је и упоредо оснивање Државног савета за обнављање становништва на челу са председником Србије, а чланови би били најумнији и најугледнији грађани из матице и дијаспоре.

У Републици Србији, али и у свим општинама, треба увести установу омбудсмана (заступника деце).

Потребно је и враћање селу. Стратези морају направити посебан програм деметрополизације градова и ревитализације села.

Осмислити посебан програм помоћи породицама с посебним проблемима (децом ометеном у развоју, несрћним, непotpуним породицама).

Потребне су посебне мере према деци из угрожених социјалних, етничких, националних средина (Роми, избеглице, расељени итд.).

У значајној мери Законом је потребно ограничiti легални абортус, јер је вишеструко штетан.

Законом треба утврдити право на лечење стерилитета (400.000 захтева), осим када је то очигледно немогуће, или ако је стерилитет последица претеране (зло)употребе легалног абортуса.

Љубав и деца треба да буду икона нове политике. Зато би 14. фебруар (Дан св. Трифуна и светог Валентина) требало прогласити за „Дан српског опстанка“ као спону виноградарства, љубавног напитка и плодова Dana заљубљених! А жене ставити пред дилему: Или мајка, или радница. Свака је слободна да бира, једно, друго, или и једно и друго! Ако изабере децу, добија значајна средства за децу и за себе!

Да би се деца рађала, неопходна је и широка друштвена солидарност.

Треба увести посебан порез на нежене и на бракове без деце („бећарски порез“) сразмерно имовинским могућностима. У свим државама то је озбиљан облик друштвене солидарности.

Ванредно стање било би само привремена мера док се не створе трајни уставни и законски основи за излазак из драматичне демографске кризе.

Ово су и главне поруке и циљеви око којих се окупљамо на годишњој скупштини Удружења „Опстанак“, 14. фебруара.

Најрада за мајку која изроди највише деце

Политика, 19. 12. 1930. године: Један мултимилионар по имену Чарлс Милер оставио је 750.000 долара оној мајци која до краја 1936. буде изродила највећи број деце.

Амерички листови пишу да се до скора веровало да ће ову награду свакако добити г-ђа Бањато, пореклом из Италије, која је за 37 година родила двадесеторо деце и по три пута близанце.

Сада се, међутим, сматра да је главна кандидаткиња за награду Канађанка г-ђа Браун, која је за 20 година родила 26 деце. Она је пет пута родила близанце.

Али дан када ће се исплатити награда још није тако близу: до 1936, можда ће се јавити која нова фавориткиња која ће по броју деце туђи и г-ђу Браун.

Стручни и научни радови**Општа медицина у Србији у другој половини двадесетог века***М. Петковић-Кошћал,¹ Б. Тимотић,² В. Дамјанов,³И. Јевтoviћ,⁴ В. Пантовић,⁵ М. Јовановић⁶**General Practice in Serbia in the Second Half of the Twentieth Century**

M. Petković-Košćal, B. Timotić, V. Damjanov, I. Jevtović, V. Pantović, M. Jovanović

Сажетак. Увод: Општина медицина је важан део система здравствене заштите. Утемељена на првичној здравственој заштити, она је јачка првог медицинског контакта унутар система здравствене заштите, обезбеђујући и неограничен приступ свом корисницима, радећи на свим здравственим проблемима без обзира на стваросћ, пол или друге карактеристике особа које их имају.

Лекари оштре медицине осимарују своју професионалну улогу промовишући здравље, спречавајући болест или обезбеђујући лечење.

Циљ рада јесте анализа развоја и активности оштре медицине у Србији од 1950. до 2000. године.

Метод: Спроведена је ретроспективна лонгитудинална студија.

Резултати: У последњих педесет година број организационих јединица повећао се четири пута, број лекара око седам пута, исто што и број осмилах здравствених радника. Број посета лекару увећао се 3,6 пута, број кућних посета лекара два пута, а осмилах здравствених радника 22 пута. Број

Abstract. Backgraund: General practice is a very important part of health care system. Based on primary health care, it is a point of first medical contact within the health care system, providing open and unlimited access to its users, dealing with all health problems regardless of the age, sex, or any other characteristic of the person concerned.

General practitioners exercise their professional role by promoting health, preventing disease and providing cure.

Objective: The aim of this study was to investigate the development and activity of general practice in Serbia from 1950 to 2000.

Design: We used retrospective long-term study.

Results: In the last fifty years the number of the organisation units increased 4 times, the number of the doctors 7 times and the number of the other health professionals 7 times. The number of the appointments increased 3,6 times. The number of the doctors home visits increased twice, but the other health professionals 22 times. The num-

* Пренето из часописа „ПОНС“ – медицински часопис, 3333 Ђуприја, новембар 2005.

¹ М. Петковић-Кошћал, Дом здравља „Стари град“, Београд.

² Б. Тимотић, Дом здравља „Стари град“, Београд.

³ В. Дамјанов, Дом здравља „Стари град“, Београд.

⁴ И. Јевтoviћ, Дом здравља „Стари град“, Београд.

⁵ В. Пантовић, Дом здравља „Стари град“, Београд.

⁶ М. Јовановић, Дом здравља „Стари град“, Београд.

свих услуга јовећао се 4,5 пута. Значајне су промене у морбидитету: респираторне болести су водеће у свим територијалним деловима и у целом посматраном периоду. У 1950. години на другом месту су дијестивни поремећаји, у 2000. години кардиоваскуларни. У периоду су хроничне непреносиве болести; највећи пораст имају ментални поремећаји, чија се стапања јовећава седам пута.

Закључак: Ошта медицина имала је улогу у континуирању заштити одређеној постребама својих пацијената. Она је имала специфичну одговорност за здравље своје заједнице. Остваривање оште медицине било је у довољној мери засновано на стапајући примарне здравствене заштите.

Увод

Ошта медицина представља веома значајан део система здравствене заштите. Здравствена заштита је организована делатност друштва на очувању и унапређењу здравља, спечавању оболења и поремећаја, њиховом раном откривању, лечењу и рехабилитацији. Све активности друштва у области заштите здравља утемељене су на примарној здравственој заштити (ПЗЗ).

Међународна конференција о примарној здравственој заштити одржана у Алма Ати 1978. године осудила је неједнакост у здрављу¹, јер је здравље основно људско право, а његово унапређење означила као подршку развоју и квалитету живота.¹ Достицање нивоа здравља који омогућује продуктиван живот био би главни друштвени циљ.²

Ошта медицина је основни део ПЗЗ. Она представља улазна врата система здравствене заштите, а за многе кориснике, примарну медицинску заштиту и место првог сусрета са професионалном здравственом заштитом.³ То је место где почиње континуитет одговорности за здравље корисника, односно то је почетак и крај мреже његовог кретања кроз систем.^{4,5}

Лекари оште медицине обезбеђују личну, примарну и континуирану заштиту појединцу, породици и популацији, без обзира на

брзина стапања јовећава седам пута. Значајне су промене у морбидитету: респираторне болести су водеће у свим територијалним деловима и у целом посматраном периоду. У 1950. години на другом месту су дијестивни поремећаји, у 2000. години кардиоваскуларни. У периоду су хроничне непреносиве болести; највећи пораст имају ментални поремећаји, чија се стапања јовећава седам пута.

Закључак: Ошта медицина имала је улогу у континуирању заштите одређеној постребама својих пацијената. Она је имала специфичну одговорност за здравље своје заједнице. Остваривање оште медицине било је у довољној мери засновано на стапајући примарне здравствене заштите.

године старости, пол, категорије становништва и дијагностичке елементе или друге карактеристике оних који имају потребу за том заштитом.

Карактеристике оште медицине су: приступачност, доступност, континуираност, дефинисан број становника по лекару (2500 у већини земаља), оријентација на породицу, разрађен систем упућивања, квалитет рада значајан за систем у целини, релативно константна оболења.⁵

Када се говори о оштој медицини и елементима права на здравље, анализира се доступност, приступачност, прихватљивост и квалитет. Приступачност подразумева физичку, економску приступачност информацијама и одсуство сваке дискриминације; пружена услуга треба да буде прихватљива културално и са аспекта медицинске етике; квалитет значи научну и медицинску подобност.^{6,7}

Лекари оште медицине остварују своју професионалну улогу промовишући здравље, превенирајући болест и лечећи већ настале поремећаје.

Циљ рада

Основни циљ рада јесте критичка анализа развоја, оспособљавања и активности службе оште медицине у Србији од 1950. до 2000. године.

- У оквиру основног циља анализирани су:
- организационе јединице и њихова дистрибуција,
 - кадровско оспособљавање,
 - активности на остваривању ПЗЗ,
 - промене у морбидитету утврђеном у општој медицини.

Истраживачка питања била су следећа: Да ли је остваривање опште медицине у протеклом периоду било у довољној мери засновано на стратегији ПЗЗ, у односу на:

- улогу у систему здравствене заштите,
- најзначајније здравствене проблеме, факторе ризика и понашања,
- ниво права и одредбе закона о здравственом осигурању,
- обезбеђење заштите здравља породице као целине?

Метод рада

Наше истраживање припада групи превентивних истраживања, будући да користи епидемиолошки метод. Истраживања организације, развоја и активности здравствене службе, као и здравственог стања становништва, према научној области у којој се врши, припадају групи истраживања у јавно-здравственим наукама. Некада су била усмерена на пружање истраживачке подршке развоју заштите здравља и механизима од-

лучивања у здравству и називана су „истраживања здравствене службе“. Касније, са увођењем системског концепта, називају се истраживања здравственог система.^{8,9}

Даље, ово је опсервациона студија, аналитичка кохортна студија. Спроведена је ретроспективно лонгитудинална студија организације, оспособљености и активности службе опште медицине у Србији, односно њесним територијалним деловима (Војводини, Косову и Метохији и централној Србији) у периоду од 1950. до 2000. године.

Коришћени су следећи извори података:

- статистички годишњаци о народном здрављу и здравственој заштити СР Југославије, које је за сваку годину издавао Савезни завод за заштиту и унапређење здравља (први број је обухватио 1949. и 1950. годину),
- публикације Института за заштиту здравља Србије, као и
- статистички годишњаци Републичког завода за информатику и статистику Србије.^{10,11}

Подаци су обрађени статистички, а приказани табеларно и графички.

Резултати истраживања

1. Мрежа организационих јединица

Здравствене институције које су обављале здравствену заштиту на нивоу опште медицине

Табела 1. Организационе јединице опште медицине у Србији у периоду од 1950. до 2000. године.

Године	Број јединица				Индекс (1950=1,0)			
	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија
1950.	442	236	187	19	1,0	1,0	1,0	1,0
1961.	1071	579	392	82	2,4	2,5	2,1	4,3
1971.	1514	872	447	195	3,4	3,7	2,4	10,3
1981.	1742	989	464	289	3,9	4,2	2,5	15,2
1991.	6182	3434	1524	1224	14,5	14,5	8,1	64,4
2000.	1686	936	434	316	3,8	4,0	2,3	16,6

имале су различити статус у посматраном периоду од пола века. Одмах после Другог светског рата биле су део српског здравственог центра (српске здравствене станице, како се центар звао одмах иза рата). За запослене раднике ову заштиту пружале су амбуланте социјалног осигурања, које су 1948. године припојене српском здравственом центру, чиме је служба обједињена. Касније се оснивају и самосталне здравствене станице. Од 1953. године оснивају се домови здравља, а од 1960. медицински центри, па тако опште медицина налази своје место у њиховом саставу.

Према подацима из *табеле 1*, број организационих јединица (пунктова) опште медицине на којима се пружа здравствена заштита повећао се у централној Србији четири пута у посматраном периоду, а на Косову и Метохији готово 17 пута. Интензивнији пораст се запажа после 1971. године, односно после доношења закона о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите. Пораст броја пунктова после 1991. године могао би да се објасни другачијим начином свидетиљирања јединица опште медицине, а каснији пад изменењим економским условима.

2. Кадрови у општој медицини

Упоредо са развојем мреже, односно пунктова, развијао се лекарски кадар. Овде истичемо да су се у здравственој статистици

до 1966. године извештаји о оспособљености и активности опште медицине састављали заједно са специјалистичком службом. Због тога смо у овом раду приказали само оне лекаре који нису специјалисти нити на специјализацији, односно само оне који раде у општој медицини. Такође треба рећи да смо за Косово и Метохију за 2000. годину приказали последње податке из 1997. године, сходно одлуци Републичког завода за статистику, што важи за све податке у анализи.

Број лекара у општој медицини се повећао у Србији око седам пута, у централној Србији око осам пута, а на Косову и Метохији чак 16,5 пута (*табела 2*).

Табела 3. Просечан број становника (корисника) на једног лекара у општој медицини у Србији од 1950. до 2000. године

Године	Територија			
	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија
1950.	7410	15079	8439	25666
1961.	4557	4633	3422	10255
1971.	3534	3484	2583	9793
1981.	3214	3047	2446	6685
1991.	2617	2492	2196	4000
2000.	2764	2631	2415	3944
1950/2000.	2,7	5,7	3,5	6,5

Табела 2. Лекари у служби опште медицине у Србији у периоду од 1950. до 2000. године.

Године	Лекари				Индекс (1950=1,0)			
	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија
1950.	515	285	200	30	1,0	1,0	1,0	1,0
1961.	1677	1041	542	94	3,3	3,6	2,7	3,1
1971.	2390	1507	756	127	4,6	5,3	3,8	4,2
1981.	2898	1869	832	237	5,6	6,6	4,2	7,9
1991.	3737	2331	917	489	7,3	8,2	4,6	16,3
2000.	3558	2208	834	496	6,9	7,7	4,2	16,5

Са порастом броја лекара у општој медицини побољшавала се обезбеђеност становништва овим кадром, која се изражава про-

сечним бројем становника (корисника) по једном лекару. Обезбеђеност становништва лекаром у служби опште медицине у посма-

Табела 4. Остали здравствени радници у општој медицини у Србији од 1950. до 2000. године

Године	Број осталих здравствених радника				Индекс (1950=1,0)			
	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија
1950.	1007	664	259	84	1,0	1,0	1,0	1,0
1961.	3441	2123	1050	268	3,4	3,4	4,1	3,2
1971.	4445	2811	1208	426	4,4	4,2	4,7	5,1
1981.	4992	2865	1328	799	5,0	4,3	5,1	9,5
1991.	6182	3434	1524	1224	6,1	5,2	5,9	14,6
2000.	6809	3966	1515	1328	6,8	6,0	5,8	15,8

Табела 5. Проценат осталих здравствених радника по профилима у општој медицини у Србији од 1950. до 2000. год.

Године	Територија	Стручна спрема			
		Виша	Средња	Низа	Свега
1950.	Србија	–	17,78	82,22	100
	Централна Србија	–	22,29	77,71	100
	Војводина	–	6,56	93,44	100
	Косово и Метохија	–	16,67	83,33	100
1961.	Србија	–	53,07	46,93	100
	Централна Србија	–	60,10	39,90	100
	Војводина	–	41,05	58,95	100
	Косово и Метохија	–	44,40	55,60	100
1971.	Србија	5,51	78,79	15,70	100
	Централна Србија	7,04	79,55	13,41	100
	Војводина	3,64	76,16	20,20	100
	Косово и Метохија	0,70	81,22	18,08	100
1981.	Србија	5,03	90,28	4,69	100
	Централна Србија	6,00	89,46	4,54	100
	Војводина	5,20	87,58	7,22	100
	Косово и Метохија	1,25	97,75	1,00	100
1991.	Србија	5,48	92,79	1,73	100
	Централна Србија	6,84	91,15	2,01	100
	Војводина	6,43	91,60	1,97	100
	Косово и Метохија	0,49	98,86	0,65	100
2000.	Србија	5,05	93,41	1,54	100
	Централна Србија	5,80	91,65	2,55	100
	Војводина	6,34	93,47	0,19	100
	Косово и Метохија	1,36	98,57	0,07	100

траном периоду побољшала се у централној Србији око шест пута, а на једног лекара долази 2762 корисника (*табела 3*).

Са развојем лекарског кадра повећаван је и број осталих здравствених радника (*табела 4*) и то око седам пута у Србији, а на Косову и Метохији чак 16 пута. Просечан број осталих здравствених радника био је у складу са кадровским нормативима (око два).

У структури осталих здравствених радника преовлађују радници са средњом стручном спремом у последњим деценијама посма-

траног периода. Међутим, све до 60. година већину осталих здравствених радника чинили су радници са низом стручном спремом. Од 1968. године укидају се школе за здравствене раднике са низом спремом, односно, они се више не сврставају у здравствене раднике, па се њихов број смањује. Са друге стране, здравствени радници са вишом стручном спремом у општој медицини појављују се тек у седмој деценији посматраног периода, њихов број се повећава, али је још увек недовољан (*табела 5*).

Табела 6. Посете лекару опште медицине у Србији од 1950. до 2000. године

Године	Број посета (у 000)				Индекс (1950=1,0)			
	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија
1950.	8322	5437	2641	444	1,0	1,0	1,0	1,0
1961.	20950	12968	6597	1385	2,5	2,4	2,4	3,1
1971.	24454	15922	7673	1859	3,1	2,9	2,8	4,2
1981.	25246	14840	7545	2761	3,0	2,7	2,7	6,2
1991.	22492	12816	7251	2425	2,7	2,4	2,6	5,5
2000.	19249	13406	5843	1601	2,3	2,5	2,1	3,6

Табела 7. Просечан број посета лекару опште медицине по становнику у Србији од 1950. до 2000. године

Године	Територија			
	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија
1950.	1,99	2,48	2,35	0,53
1961.	4,22	4,55	5,14	1,66
1971.	4,45	4,54	5,48	2,30
1981.	3,87	3,56	4,97	3,32
1991.	3,23	2,92	4,76	2,30
2000.	2,61	2,90	3,83	1,30
1950/2000.	1,30	1,17	1,63	2,45

Табела 8. Број поновних прегледа у односу на један први преглед у општој медицини у Србији од 1950. до 2000. године

Године	Територија			
	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија
1950.	0,83	0,72	1,19	0,46
1961.	0,77	0,69	0,95	0,40
1971.	1,11	1,07	1,38	0,65
1981.	1,34	1,31	1,79	0,61
1991.	1,46	1,57	1,83	0,50
2000.	1,81	2,00	1,96	0,64
1950/2000.	2,18	2,78	1,65	1,39

3. Активност оџашће медицине на осигуравању промарне здравствене заштите

3.1. Посете лекару

Број посета лекару стално се повећавао, тако да се у централној Србији повећао 2,5 пута, а највише на Косову и Метохији – 3,6 пута (*табела 6*).

У складу са порастом броја посета лекару, растао је и просечан број посета по једном становнику. Тада је у централном делу Србије био сасвим незнатањ, док се у Војводини повећао 1,63 пута, а на Косову и Метохији чак 2,45 пута (*табела 7*).

Када се посматра однос првих и поновних посета лекару, види се да су, све до осамдесетих година, први прегледи били у превази, док у каснијем периоду доминирају поновни прегледи (изузев на Косову и Метохији). Број поновних на један први преглед у Србији се више него удвоstrучио, а у централном делу Србије скоро утроstrучио за посматрани период.

3.2. Посете осталим здравственим радницима

Број посета осталим здравственим радницима у служби опште медицине (*табела 9*) растао је по вишој стопи него пораст посе-

та лекару. Нарочито је изражен пораст посета у Војводини (скоро 30 пута) и на Косову и Метохији (око 20 пута).

Просечан број посета осталим здравственим радницима по једном кориснику износио је у Србији између 0,34 (1950.) и 3,81 (1971.). Овај број је био у сталном порасту (*табела 10*), тако да је за посматрани период порастао за око девет пута. Највећи пораст био је у Војводини (23 пута) и Косову и Метохији (13,4 пута).

Табела 10. Просечан број посета осталим здравственим радницима у општој медицини по једном становнику у Србији од 1950. до 2000. године.

Године	Територија			
	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија
1950.	0,34	0,50	0,15	0,19
1961.	2,80	2,99	3,10	1,69
1971.	3,81	3,54	4,47	3,88
1981.	3,76	2,89	3,64	8,39
1991.	3,55	2,90	4,03	5,52
2000.	2,98	2,95	3,45	2,54
1950/2000.	8,76	5,90	23,00	13,37

Табела 9. Посете осталим здравственим радницима у општој медицини у Србији од 1950. до 2000. године

Године	Број посета (у 000)				Индекс (1950=1,0)			
	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија
1950.	1445	1106	178	161	1,0	1,0	1,0	1,0
1961.	13924	8529	3984	1411	9,6	7,7	22,4	8,8
1971.	21808	12421	6261	3126	15,1	11,2	35,2	19,4
1981.	24535	12045	5522	6968	17,0	10,9	31,0	43,3
1991.	24732	12761	6142	5829	17,1	11,5	34,5	36,2
2000.	22012	13616	5263	3133	15,2	12,3	29,6	19,5

Табела 11. Кућне посете лекара и осталих здравствених радника опште медицине у Србији од 1950. до 2000. год.

Године	Посете	Број посета (у 000)				Индекс (1950=1,0)			
		Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија
1950.	Лекара	251	126	116	9	1,0	1,0	1,0	1,0
	Осталих	110	64	39	7	1,0	1,0	1,0	1,0
1961.	Лекара	492	268	212	12	2,0	2,1	1,8	1,3
	Осталих	882	548	291	43	8,0	8,6	7,5	6,3
1971.	Лекара	627	293	307	27	2,5	2,3	2,6	2,9
	Осталих	2057	1113	688	256	18,7	17,4	17,7	35,8
1981.	Лекара	546	299	240	7	2,2	2,4	1,2	0,7
	Осталих	2628	1497	898	233	23,9	23,4	23,1	32,6
1991.	Лекара	430	215	196	19	1,7	1,7	1,7	2,1
	Осталих	3139	1599	1291	249	28,5	25,0	33,2	34,8
2000.	Лекара	417	278	133	6	1,7	2,2	1,1	0,7
	Осталих	2439	1323	995	121	22,2	20,7	25,6	16,9

3.3. Кућне посете

Број кућних посета лекара и других здравствених радника је такође стално растао, а нарочито кућних посета осталих здравствених радника (**табела 11**). Тако се у Србији број кућних посета лекара повећао око два пута, а осталих здравствених радника преко 22 пута.

3.4. Укупан број свих услуга у општој медицини

Укупан број свих услуга у општој медицини показивао је тенденцију сталног раста, повећавши се у Србији 4,3 пута. Највеће повећање забележено је на Косову и Метохији, преко седам пута, а у појединим годинама и до 15 пута (**табела 12**).

Табела 12. Све услуге у оштој медицини у Србији од 1950. до 2000. године

Године	Број (у 000)				Индекс (1950=1,0)			
	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија
1950.	10653	6652	3332	669	1,0	1,0	1,0	1,0
1961.	36560	22434	6060	8066	3,4	3,4	1,8	12,1
1971.	50317	30048	14997	5272	4,7	4,5	4,5	7,9
1981.	52855	28681	14205	9969	5,0	4,3	4,3	14,9
1991.	50793	27391	14880	8522	4,8	4,1	4,5	12,7
2000.	46073	28846	12366	4861	4,3	4,3	2,7	7,3

4. Промене у морбидитету становништва

Промене у морбидитету одраслог становништва (деветнаест и више година) сагледане су на бази утврђених оболења и стања у служби опште медицине у првој и последњој години посматраног периода, посматрајући показатеље структуре и стопе оболевања на 1000 одраслих становника.

У структури морбидитета одраслог становништва (**табела 13**) дошло је до значајних промена у посматраном полуековном периоду. У целом овом периоду у Србији и свим њеним територијалним деловима доминирале су болести дисајних путева. Учешће свих других група оболења веома је различито. Тако

у Србији у 1950. години на друго место долазе болести органа за варење, а 2000. године болести срца и крвних судова.

Даље, по учешћу 1950. године долазиле су болести коже и поткожног ткива, болести срца и крвних судова, повреде и тројања, болести ока, мишићнокоштана оболења, заразне и паразитарне болести. У 2000. години редослед је сасвим другачији. После респираторних и кардиоваскуларних болести, следе мишићнокоштана оболења, душевни поремећаји, болести уринарног система, болести коже и поткожног ткива, повреде и тројања. Све остale болести мање су заступљене.

Исто тако постоје значајне разлике у редоследу заступљености, посматрано по појединачним територијалним деловима Србије.

Табела 13. Структура морбидитета утврђеног у оштој медицини у Србији 1950. и 2000. године.

Болести	1950.				2000.			
	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија
Заразне	5,6	5,9	4,6	7,2	1,5	0,9	2,8	1,6
Неоплазме	0,3	0,2	0,3	0,4	0,6	0,6	0,7	0,7
Ендокрине	1,2	1,2	1,1	1,5	2,6	2,5	2,9	2,6
Болести крви	3,9	4,3	2,9	3,9	1,7	1,9	1,2	3,8
Душевне	0,7	0,8	0,5	0,5	6,3	6,5	6,0	2,2
Нервне	3,1	3,3	2,9	2,0	2,5	2,6	2,1	4,0
Болести ока	6,2	6,0	6,7	5,8	2,3	2,3	2,1	3,2
Болести уха	3,1	3,3	2,8	3,4	2,0	1,8	2,6	2,9
Циркулаторне	9,7	9,7	9,7	10,1	19,9	20,5	18,6	14,9
Респираторне	19,1	18,0	21,4	19,9	31,2	34,4	23,1	33,3
Дигестивне	15,1	15,3	14,0	13,8	2,9	0,8	8,0	8,2
Уринарне	1,3	1,5	1,1	1,0	5,1	5,3	4,8	6,5
Гениталне	2,3	2,3	2,3	2,4	1,0	0,8	1,5	2,5
Коже	10,7	10,1	11,5	12,2	3,9	3,8	4,3	3,4
Мишићнокоштане	6,1	6,4	5,6	4,6	10,8	10,5	11,7	8,4
Све друге	3,4	3,1	4,2	2,3	2,4	2,2	3,0	0,6
Повреде	8,2	8,4	7,6	9,2	3,3	2,8	4,6	1,1
УКУПНО	100	100	100	100	100	100	100	100

Табела 14. Стопе евидентираног морбидитета у општој медицини на 1000 становника у Србији 1950. и 2000. године.

Болести	1950.				2000.			
	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија	Србија	Централна Србија	Војводина	Косово и Метохија
Заразне	52,3	67,3	44,4	23,9	10,8	7,7	28,0	0,7
Неоплазме	2,4	2,7	2,6	1,3	4,7	5,0	7,5	0,3
Ендокрине	11,2	13,9	10,3	5,0	19,3	20,7	29,5	1,2
Болести крви	35,9	48,8	28,3	13,0	13,0	16,1	12,5	1,7
Душевне	6,6	9,1	5,3	1,6	46,8	54,6	60,1	1,0
Нервне	28,6	37,1	28,3	6,7	18,4	21,8	21,4	1,8
Болести ока	57,8	68,7	65,1	19,4	16,7	19,2	21,5	1,4
Болести уха	29,0	37,1	26,6	11,4	14,9	14,7	26,5	1,3
Циркулаторне	90,7	110,8	93,7	33,8	147,0	171,3	186,9	6,7
Респираторне	178,1	205,1	206,7	66,7	230,9	288,2	232,1	15,0
Дигестивне	140,5	174,2	145,0	46,0	21,1	6,3	80,1	3,7
Уринарне	12,3	16,7	10,3	3,4	38,8	44,0	47,9	2,9
Гениталне	21,6	26,7	21,8	77,5	7,4	6,7	14,7	1,1
Коже	99,3	115,2	111,4	40,7	29,0	31,4	43,6	1,6
Мишићнокоштане	56,4	73,4	53,9	15,3	80,1	87,9	118,2	3,8
Све друге	13,5	14,8	17,3	4,6	0,8	0,4	2,6	0,3
Симптоми	18,4	22,0	22,8	3,0	16,8	17,8	27,4	0,0
Повреде	76,3	95,2	73,3	30,8	24,1	23,1	46,3	0,5
УКУПНО	930,8	1138,8	967,1	334,4	739,7	837,0	1006,8	45,0

Учесталост јављања поједињих оболења, изражена стопом морбидитета на хиљаду становника, показује да су у Србији најчешће биле болести респираторног система у целом посматраном периоду и у свим територијалним деловима. После њих, у 1950. години најучесталије су биле болести органа за варење, затим коже, поткожног ткива, болести срца и крвних судова, повреде и тровања, болести ока, мишићнокоштана оболења и заразне и паразитарне болести. У 2000. години на другом месту су болести срца и крвних судова, затим мишићнокоштане, душевни поремећаји, уринарне, болести коже и поткожног ткива, дигестивне, ендокрине и болести метаболизма.

Треба истаћи да су неоплазме, ендокрине болести и болести метаболизма, затим психички поремећаји, респираторне, кадриоваскуларне, уринарне и болести мишићнокоштана оболења показивале тенденцију пораста, док су сва друга оболења у знатном опадању. У највећем порасту су психички поремећаји, чија стопа морбидитета повећала око седам пута. У порасту су хронична незаразна оболења, што карактерише морбидитет економски развијених и земаља у развоју (**табела 14**).

Дискусија

Наша ретроспективна логитудинална студија показала је да се, у посматраном пери-

оду од педесет година, број организационих јединица опште медицине у Србији повећао четири пута.

Број лекара опште медицине повећао се осам пута, чиме је обезбеђеност становништва лекаром побољшана око три пута, тако да један лекар долази на 2764 становника Србије. У Европи тај је број различит, од 850 (Италија) до 3000 (Шведска).¹² Број осталих здравствених радника повећао се седам пута, а на једног лекара долазе два остала здравствена радника, сходно важећим нормативима.

Број лекарских прегледа повећао се 2,5 пута, док се број посета лекару по једном одраслом становнику повећао са 1,99 на 2,61 (у Финској тај број износи 3,3, у Шведској 3,0, у Аустрији 5,1, у Чешкој 5,3, у Великој Британији 5,8)¹². Број услуга осталих здравствених радника повећао се око 15 пута. Док се број кућних посета лекара повећао око два пута, код осталих здравствених радника тај број се повећао око 22 пута. Просечан број свих услуга у општој медицини повећао се четири пута.

Сва повећања била су најизраженија после 1971. године (после доношења закона о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите).

Промене у морбидитету односе се на пораст малигних, ендокриних, метаболичких, менталних, мишићнокостијатичких и кардиоваскуларних оболења. Сва остала оболења показују тенденцију опадања. У 1950. години водеће су биле респираторне, дигестивне и кожне болести. У 2000. години иза респираторних су кардиоваскуларна оболења, мишићнокостијатичка и поремећаји менталног здравља.

Закључак

Општа медицина се развијала и оспособљавала у посматраном периоду како би могла да испуни своју улогу у здравственом систему, у великој мери у складу са стратегијом примарне здравствене заштите. У складу са нивоом права и важећим прописима из

области здравственог осигурања,^{13,14,15,16,17,18} решавала је најважније здравствене проблеме, нарочито хронична незараразна оболења и факторе ризика асоциране са њима. Одређени елементи ПЗЗ у нашем систему здравствене заштите спроводили су се и пре конференције у Алма Ати 1978. године. Познато је да је у формирању стратегије ПЗЗ коришћен и „Ивањички модел мултисекторске сарадње“.¹⁹ Не може се рећи да је обезбеђивала здравствену заштиту породице као целине.²⁰

Литература

- WHO. Primary Health Care. Report of International Conference on Primary Health Care. Geneva – New York; WHO, 1978.
- WHO. Health for All in the 21st. Century. WHO, Geneva, 1998.
- WHO/EURO. A Charter for General Practis / Family Medicina. Working draft. Discussion document. Copenhagen, WHO, 1995.
- Koos van der Velden. Where There are a Family Doctor. The contribution of General Practice to Primary Health Care. NIVEL, Utrecht, 1996.
- Баничевић М., Лозановић Д., Сокал-Јовановић Ј., Рајин Г.: Повеља за општу праксу / породичну медицину у Европи – мотиви и циљеви. Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије, 1998.
- WHO. European Health Care Reforms: Citizens' Choice and Patients' Right. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1996.
- Министарство здравља Републике Србије. Болje здравље за све у трећем миленијуму; Здравствена политика, Визија система здравствене заштите и Стратегија реформе система здравствене заштите са акционим планом. Београд, фебруар 2003.
- Јевтић И.: Методологија научно истраживачког рада; Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу. Крагујевац, 2002.
- Тимотић Б., Јањић М., Панићовић В.: Биомедицинска научна информатика. Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу. Крагујевац, 2002.
- Статистички годишњак о народном здрављу и здравственој служби Југославије од 1949/50. до 2001.
- Статистички годишњак СР Србије. Републички завод за статистику за године од 1950. до 2001.
- Grol R. Quality assurance in general practice. The state of art in Europe. Utrecht:NHG, 1993.
- Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите. Сл. гласник СРС, 27/70.
- Одлука о обавезним видовима здравствене заштите. Сл. Гласник СРС, 57/80, 46/86, 40/87, 40/89, 7/90.
- Закон о здравственој заштити. Сл. гласник СРС, 30/79.

16. Закон о здравственој заштити. Сл. гласник СРС, 17/92, 26/92, 50/92, 52/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96.
17. Закон о здравственом осигурању. Сл. Гласник СРС, 18/92, 26/93, 25/96.
18. Стручно-методолошко упутство за спровођење обавезних видова здравствене заштите, Сл. гл. СРС 1/71.
19. Tomić B., Nikolić A., Tomašević V.: Ivanjica: A community conquers health. International Jurnal of health Education, 1977; 22(suppl 2): 12–6.
20. Жигић и сар.: Општа медицина. Нова просвета, Београд; 1988.

Извод из новог Закона о здравству

Изводи из Закона о здравственој заштити (I део)*

I. Основне одредбе

Члан 1.

Овим законом уређује се систем здравствене заштите, организација здравствене службе, друштвена брига за здравље становништва, општи интерес у здравственој заштити, права и обавезе пацијената, здравствена заштита странаца, оснивање Агенције за акредитацију здравствених установа Србије, надзор над спровођењем овог закона, као и друга питања од значаја за организацију и спровођење здравствене заштите.

Здравствена заштита

Члан 2.

Здравствена заштита, у смислу овог закона, јесте организована и свеобухватна делатност друштва са основним циљем да се оствари највиши могући ниво очувања здравља грађана и породице.

Здравствена заштита, у смислу овог закона обухвата спровођење мера за очување и унапређење здравља грађана, спречавање, сузбијање и рано откривање болести, повреда и других поремећаја здравља и благовремено и ефикасно лечење и рехабилитацију.

Право на здравствену заштиту

Члан 3.

Грађанин Републике Србије (у даљем тексту: Република), као и друго лице које има пребивалиште или боравиште у Републици, има право на здравствену заштиту, у складу са законом, и дужност да чува и унапређује своје и здравље других грађана, као и услове животне и радне средине.

Учесници у здравственој заштити

Члан 4.

У обезбеђивању и спровођењу здравствене заштите у Републици учествују грађани, породица, посlodавци, образовне и друге установе, хуманитарне, верске, спортске и друге организације, удружења, здравствена служба, организација за здравствено осигурување, као и општине, градови, аутономне покрајине и Република.

Здравствена делатност

Члан 5.

Здравствена делатност је делатност којом се обезбеђује здравствена заштита грађана, а која обухвата спровођење мера и активности здравствене заштите које се, у складу са здравственом доктрином и уз употребу здравствених технологија, користе за очување и унапређење здравља људи, а коју обавља здравствена служба.

Мере и активности здравствене заштите морају бити засноване на научним доказима, односно морају бити безбедне, сигурне и ефикасне и у складу са начелима професионалне етике.

Здравствене службе

Члан 6.

Здравствену службу у Републици чине здравствене установе и други облици здравствене службе (у даљем тексту: приватна пракса), који се оснивају ради спровођења и обезбеђивања здравствене заштите, као и здравствени радници, односно здравствени сарадници, који обављају здравствену делатност, у складу са овим законом.

* Службени гласник РС, 107/2005.

Финансирање здравствене заштите

Члан 7.

Средства за спровођење здравствене заштите, као и за рад и развој здравствене службе, обезбеђују се у складу са законом.

II. Друштвена брига за здравље становништва

Члан 8.

Друштвена брига за здравље становништва одређује се на нивоу Републике, аутономне покрајине, општине, односно града, последавца и појединца.

У оквиру друштвене бриге за здравље из става 1. овог члана обезбеђује се здравствена заштита која обухвата:

1. очување и унапређење здравља, откривање и сузбијање фактора ризика за настанак оболења, стицање знања и навика о здравом начину живота;
2. спречавање, сузбијање и рано откривање болести;
3. правовремену дијагностику, благовремено лечење, рехабилитацију оболелих и повређених;
4. информације које су становништву или појединцу потребне за одговорно поступање и за остваривање права на здравље.

Друштвена брига за здравље на нивоу Републике

Члан 9.

Друштвену бригу за здравље на нивоу Републике чине мере привредне и социјалне политике којима се стварају услови за спровођење здравствене заштите ради очувања и унапређења здравља људи, као и мере којима се усклађује деловање и развој система здравствене заштите.

Члан 10.

Друштвена брига за здравље на нивоу Републике, у смислу члана 9. овог закона, обухвата:

1. успостављање приоритета, планирање, доношење посебних програма за спровођење здравствене заштите, као и доношење прописа у овој области;
2. спровођење мера пореске и економске политике којима се подстиче развој навика о здравом начину живота;
3. обезбеђивање услова за васпитање за здравље становништва;
4. обезбеђивање услова за развој интегрисаног здравственог информационог система у Републици;
5. развој научноистраживачке делатности у области здравствене заштите;
6. обезбеђивање услова за стручно усавршавање здравствених радника и здравствених сарадника.

Друштвена брига за здравље на нивоу Републике обухвата и доношење републичког програма у области заштите здравља од заштитне животне средине што је проузроковано штетним и опасним материјама у ваздуху, води и земљишту, одлагањем отпадних материја, опасним хемикалијама, изворима јонизујућих и нејонизујућих зрачења, буком и вибрацијама, као и вршење систематских испитивања животних намирница, предмета опште употребе, минералних вода за пиће, воде за пиће и других вода које служе за производњу и прераду животних намирница и санитарно-хигијенске и рекреативне потребе, ради утврђивања њихове здравствене и хигијенске исправности и прописаног квалификованог мониторинга.

Програм из става 2. овог члана споразumno доносе министар надлежан за послове здравља (у даљем тексту: министар) и министар надлежан за послове заштите животне средине.

Средства за спровођење друштвене бриге за здравље на нивоу Републике обезбеђују се у складу са законом.

Члан 11.

Друштвена брига за здравље, под једнаким условима, на територији Републике остварује се обезбеђивањем здравствене заштите

групација становништва које су изложене повећаном ризику обольевања, здравственом заштитом лица у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лечењем болести од већег социјално-медицинског значаја, као и здравственом заштитом социјално угроженог становништва.

Здравствена заштита из става 1. овог члана обухвата:

1. децу до навршених 15 година живота, школску децу и студенте до краја прописаног школовања, а најкасније до 26 година живота, у складу са законом;
2. жене у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;
3. лица старија од 65 година живота;
4. особе са инвалидитетом и ментално недовољно развијена лица;
5. лица која болују од ХИВ инфекције или других заразних болести које су утврђене посебним законом којим се уређује област заштите становништва од заразних болести, малигних болести, хемофилије, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултипле склерозе, лица у терминалној фази хроничне бubreжне инсуфицијенције, цистичне фиброзе, системске аутоимуне болести, реуматске грознице, болести зависности, оболела односно повређена лица у вези са пружањем хитне медицинске помоћи, као и здравствену заштиту у вези са давањем и примањем ткива и органа;
6. монахе и монахиње;
7. материјално необезбеђена лица која примају материјално обезбеђење по прописима о социјалној заштити и заштити борача, војних и цивилних инвалида рата, као чланове њихових породица ако нису здравствено осигурани;
8. кориснике сталних новчаних помоћи по прописима о социјалној заштити као и помоћи за смештај у установе социјалне заштите или у друге породице;
9. незапослена лица и друге категорије социјално угрожених лица чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са законом којим се одређује здравствено осигурање;

10. кориснике помоћи чланова породице чији је хранилац на одслужењу војног рока;
11. лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште, односно боравиште у Републици.

Влада Републике Србије (у даљем тексту: Влада) уређује садржај и обим, начин и поступак, као и услове за остваривање здравствене заштите лица из става 2. овог закона, ако законом није друкчије уређено.

Члан 12.

Здравствена заштита за лица из члана 11. овог закона која су обухваћена обавезним здравственим осигурањем обезбеђује се из средстава обавезног здравственог осигурања у складу са законом којим се уређује област обавезног здравственог осигурања.

Ако законом није друкчије уређено, средства за остваривање здравствене заштите из члана 11. став 3. овог закона за лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем обезбеђују се у буџету Републике и преносе се организацији за обавезно здравствено осигурање.

Друштвена брига за здравље на нивоу аутономне покрајине, општине, односно града

Члан 13.

Друштвена брига за здравље на нивоу аутономне покрајине, општине, односно града, обухвата мере за обезбеђивање и спровођење здравствене заштите од интереса за грађане на територији аутономне покрајине, општине, односно града, и то:

1. праћење здравственог стања становништва и рада здравствене службе на својој територији, као и стварање о спровођењу утврђених приоритета у здравственој заштити;
2. стварање услова за приступачност и уједначеност коришћења примарне здравствене заштите на својој територији;

3. координирање, подстицање, организацију и усмеравање спровођења здравствене заштите која се остварује делатношћу организација јединица локалне самоуправе, грађана, предузећа, социјалних, образовних и других установа и других организација;
4. планирање и остваривање сопственог програма за очување и заштиту здравља од загађене животне средине што је проузроковано штетним и опасним материјама у вазуху, води и земљишту, одлагањем отпадних материја, опасних хемикалија, изворима јонизујућих и нејонизујућих зрачења, буком и вибрацијама на својој територији, као и вршењем систематских испитивања животних намирница, предмета оштре употребе, минералних вода за пиће, воде за пиће и других вода које служе за производњу и прераду животних намирница и санитарно-хигијенске и рекреативне потребе, ради утврђивања њихове здравствене и хигијенске исправности и прописаног квалитета;
5. обезбеђивање средстава за вршење оснивачких права над здравственим установама чији је оснивач у складу са законом и Планом мреже здравствених установа, а која обухвата изградњу, одржавање и опремање здравствених установа, односно инвестиционо улагање, инвестиционо-текуће одржавање просторија, медицинске и немедицинске опреме и превозних средстава, опреме у области интегрисаног здравственог информационог система, као и за друге обавезе одређене законом и актом о оснивању;
6. сарадња са хуманитарним и стручним организацијама, савезима и удружењима, на пословима развоја здравствене заштите.

Општина, односно град, обезбеђује рад мртвозорске службе на својој територији.

Аутономна покрајина, општина, односно град обезбеђује средства за остваривање друштвене бриге за здравље из става 1. овог члана у буџету аутономне покрајине, општине, односно града, у складу са законом.

Аутономна покрајина, општина, односно град може донети посебне програме здравствене заштите за поједине категорије ста-

новништва, односно врсте болести које су специфичне за аутономну покрајину, општину, односно град, а за које није донет посебан програм здравствене заштите на републичком нивоу, у складу са својим могућностима, и утврдiti цене тих појединачних услуга, односно програма.

Друштвена брига за здравље на нивоу послодавца

Члан 14.

Послодавац организује и обезбеђује из својих средстава здравствену заштиту запослених ради стварања услова за здравствено одговорно понашање и заштиту здравља на радном месту запосленог која обухвата најмање:

1. лекарске прегледе ради утврђивања способности за рад по налогу послодавца;
2. спровођење мера за спречавање и рано откривање професионалних болести, болести у вези са радом и спречавање повреда на раду;
3. превентивне прегледе запослених (претходне, периодичне, контролне и циљане прегледе) у зависности од пола, узраста и услова рада, као и појаву професионалних болести, повреда на раду и хроничних болести;
4. прегледе запослених који се обавезно спроводе ради заштите животне и радне средине, ради заштите запослених од заразних болести у складу са прописима којима је уређена област заштите становништва од заразних болести, заштите потрошача, односно корисника и друге обавезне здравствене прегледе, у складу са законом;
5. упознавање запослених са здравственим мерама заштите на раду и њихово образовање у вези са специфичним условима, као и на коришћење личних и колективних заштитних средстава;
6. обезбеђивање санитарно-техничких и хигијенских услова (санитарних услова) у објектима под санитарним надзором и другим објектима у којима се обавља делатност од јавног интереса у складу са законом којим се уређује област санитарног назора...

III. Начела здравствене заштите

Начело приступачности здравствене заштите

Члан 19.

Начело приступачности здравствене заштите остварује се обезбеђивањем одговарајуће здравствене заштите грађанима Републике, која је физички, географски и економски доступна, односно културно прихватљива, а посебно здравствене заштите на примарном нивоу.

Начело правичностии здравствене заштите

Члан 20.

Начело правичностии здравствене заштите остварује се забраном дискриминације приликом пружања здравствене заштите по основу расе, пола, старости, националне припадности, социјалног порекла, вероисповести, политичког или другог убеђења, имовног стања, културе, језика, врсте болести, психичког или телесног инвалидитета.

Начело свеобухватности здравствене заштите

Члан 21.

Начело свеобухватности здравствене заштите остварује се укључивањем свих грађана Републике у систем здравствене заштите, уз примену обједињених мера и поступака здравствене заштите које обухватају промотацију здравља, превенцију болести на свим нивоима, рану дијагнозу, лечење и рехабилизацију.

Начело континуиранистии здравствене заштите

Члан 22.

Начело континуиранистии здравствене заштите остварује се укупном организацијом система здравствене заштите која мора бити

функционално повезана и усклађена по нивоима, од примарног преко секундарног до терцијалног нивоа здравствене заштите и која пружа непрекидну здравствену заштиту грађанима Републике у сваком животном добу.

Начело стапалног унапређења квалитета здравствене заштите

Члан 23.

Начело сталног унапређења квалитета здравствене заштите остварује се мерама и активностима којима се у складу са савременим достигнућима медицинске науке и практице повећавају могућности повољног исхода и смањивања ризика и других нежељених последица по здравље и здравствено стање појединца и заједнице у целини.

Начело ефикасности здравствене заштите

Члан 24.

Начело ефикасности здравствене заштите остварује се постизањем најбољих могућих резултата у односу на расположива финансијска средства, односно постизањем највишег нивоа здравствене заштите уз најнижи утрошак средстава.

IV. Људска права и вредности у здравственој заштити и права љаџијената

1. Људска права и вредности у здравственој заштити

Члан 25.

Сваки грађанин има право да здравствују заштиту остварује уз поштовање највишег могућег стандарда људских права и вредности, односно има право на физички и психички интегритет и на безбедност његове личности, као и на уважавање његових моралних, културних, религијских и филозофских убеђења.

Свако дете са навршених 18 година живота има право на највиши могући стандард здравља и здравствене заштите.

2. Права пацијената

Право на доступност здравствене заштите

Члан 26.

Сваки пациент има право на доступну здравствену заштиту у складу са здравственим стањем, а у границама материјалних могућности система здравствене заштите.

У поступку остваривања здравствене заштите пациент има право на једнак приступ здравственој служби без дискриминације у односу на финансијске могућности, места становања, врсту оболења или време приступа здравственој служби.

Право на информације

Члан 27.

Сваки пациент има право на све врсте информација независно од стања здравља, здравствене службе и начина како је користи, као и на све информације које су на основу научних истраживања и технолошких иновација доступне.

Право на обавештење

Члан 28.

Пацијент има право да од надлежног здравственог радника благовремено добије обавештење које му је потребно како би донео одлуку да пристане или не пристане на предложену медицинску меру.

Обавештење треба да обухвати:

1. дијагнозу и прогнозу болести;
2. кратак опис, циљ и корист од предложене медицинске мере, време трајања и могуће последице предузимања, односно непредузимања предложене медицинске мере;
3. врсту и вероватноћу могућих ризика, болне и друге споредне или трајне последице;

4. алтернативне методе лечења;
5. могуће промене пацијентовог стања после предузимања предложене медицинске мере, као и могуће нужне промене у начину живота пацијента;
6. дејство лекова и могуће споредне последице тог дејства.

Обавештење из ст. 1. и 2. овог члана надлежни здравствени радник дужан је дати и без пацијентовог тражења.

Обавештење даје надлежни здравствени радник усмено и на начин који је разумљив пацијенту, водећи рачуна о његовој старости, образовању и емоционалном стању. Ако пациент не познаје језик који је у службеној употреби на територији здравствене установе, мора му се обезбедити преводилац у складу са прописима о службеној употреби језика и писма, а ако је пациент глувонем, мора му се обезбедити тумач.

Пацијент се може одрећи свог права на обавештење, осим обавештења о томе да је предложена медицинска мера потребна и да није без знатног ризика, односно да је ризично њено непредузимање.

Надлежни здравствени радник може изузетно прећутати дијагнозу, ток предложене медицинске мере и њене ризике, или обавештење о томе умањити, ако постоји озбиљна опасност да ће обавештењем знатно напушдити здрављу пацијента. У том случају обавештење се може дати члану породице пацијента.

Пацијент има право на обавештење и увид у трошкове лечења.

У медицинску документацију надлежни здравствени радник уноси податак да је пацијенту, односно члану породице дао обавештење о подацима из ст. 1. и 2. овог члана.

Право на слободан избор

Члан 29.

Сваки пациент има право на слободан избор доктора медицине, односно доктора стоматологије и здравствене установе, односно слободан избор различитих медицинских

процедура, у складу са законом, на основу одговарајућих информација о могућим ризицима и последицама по здравље пацијента.

Право на приватност и поверљивост информација

Члан 30.

Сваки пациент има право на поверљивост свих личних информација које је саопштио надлежном здравственом раднику, укључујући и оне које се односе на његово стање здравља и потенцијалне дијагностичке и терапијске процедуре, као и право на заштиту своје приватности током спровођења дијагностичких испитивања, посете специјалистима и медицинско-хируршког лечења у целини.

Забрањено је да надлежни здравствени радник саопшти другим лицима личне податке о пациенту из става 1. овог члана.

Прегледу пацијента и предузимању медицинских мера над њим смеју присуствовати само здравствени радници, односно здравствени сарадници.

Пацијент може дати сагласност и за присуност других лица приликом прегледа и предузимања медицинских мера над њим.

Право на самоодлучивање и пристанак

Члан 31.

Пацијент има право да слободно одлучује о свему што се тиче његовог живота и здравља, осим у случајевима када то директно угрожава живот и здравље других лица.

Без пристанка пацијента не сме се, по правилу, над њим предузети никаква медицинска мера.

Медицинска мера противно вољи пацијента, односно заступника пословно неспособног пацијента, може се предузети само у изузетним случајевима који су утврђени законом и који су у складу са лекарском етиком.

Члан 32.

Пацијент може дати пристанак на предложену медицинску меру изричito (усмено или писмено), односно прећутно (ако се није изричito противио).

Пристанак коме није претходило потребно обавештење у складу са чланом 28. овог закона не обавезује, а надлежни здравствени радник који предузме медицинску меру у том случају сноси ризик за штетне последице.

Пристанак на предложену медицинску меру пациент може усмено опозвати све док не започне њено извођење, под условима прописаним овим законом.

Пацијент има право да одреди лице које ће у његово име дати пристанак, односно које ће бити обавештено уместо пацијента о предузимању медицинских мера, у случају да пациент постане неспособан да донесе одлуку о пристанку.

Члан 33.

Пацијент има право да предложену медицинску меру одбије, чак и у случају када се њоме спасава или одржава његов живот.

Надлежни здравствени радник дужан је да пацијенту укаже на последице његове одлуке о одбијању предложене медицинске мере и да о томе од пацијента затражи писмену изјаву која се мора чувати у документацији о лечењу, а ако пациент одбије давање писмене изјаве, о томе ће се сачинити службена белешка.

У медицинску документацију надлежни здравствени радник уписује податак о пристанку пацијента на предложену медицинску меру, као и о одбијању те мере.

Члан 34.

Над пациентом који је без свести, или из других разлога није у стању да саопшти свој пристанак, хитна медицинска мера може се предузети и без његове сагласности.

Ако је пациент без свести, или из других разлога није у стању да саопшти свој приста-

нак, медицинске мере над њим у здравственој установи могу се предузети на основу конзилијарног налаза.

Члан 35.

Ако је пациент малолетан или је лишен пословне способности, медицинска мера над њим може се предузети уз обавештење и пристанак његовог законског заступника (родитељ, усвојитељ или старатељ).

Надлежни здравствени радник који сматра да законски заступник пацијента не поступа у најбољем интересу детета или лица лишеног пословне способности дужан је да о томе одмах обавести орган старатељства.

Дете које је навршило 15. годину живота и које је способно за расуђивање може само дати пристанак на предложену медицинску меру.

Пословно неспособан пациент треба и сам да буде укључен у доношење одлуке о пристанку на предложену медицинску меру, у складу са његовом зрелошћу и способношћу за расуђивање.

Право на увид у медицинску документацију

Члан 36.

Пацијент има право увида у своју медицинску документацију.

У случају када је пациент новорођенче или малолетно лице, право увида у медицинску документацију имају родитељи, старатељ, односно законски заступник.

Надлежни здравствени радник дужан је да уредно води медицинску документацију, у складу са законом, и да евидентира све медицинске мере које су предузете над пацијентом, а посебно анамнезу, дијагнозу, дијагностичке мере, терапију и резултат терапије, као и савете дате пацијенту.

Чланови породице пацијента имају, изузетно, право увида у медицинску документацију свог члана породице ако су ти подаци од значаја за његово лечење.

Право на тајност података

Члан 37.

Подаци из медицинске документације спадају у личне податке о пацијенту и представљају службену тајну.

Службену тајну из става 1. овог члана дужни су да чувају сви здравствени радници и здравствени сарадници, као и друга лица зајаслена у здравственим установама, приватној пракси, односно организацији здравственог осигурања код које је пациент здравствено осигуран, а којима су ти подаци доступни и потребни ради остваривања законом утврђених надлежности.

Службеном тајном сматрају се и подаци о људским супстанцама на основу којих се може утврдити идентитет лица од кога оне потичу.

Дужности чувања службене тајне надлежни здравствени радници и здравствени сарадници, као и друга лица из става 2. овог члана, могу бити ослобођени само на основу писменог или другог јасно и недвосмислено изреченог пристанка пацијента или одлучком суда.

Ако је пациент дао пристанак надлежни здравствени радник може саопштити податке о здравственом стању пацијента пунолетном члану породице пацијента.

Надлежни здравствени радник може саопштити податке о здравственом стању пацијента пунолетном члану породице и у случају када пациент није дао пристанак а саопштавање података о здравственом стању пацијента је неопходно ради избегавања здравственог ризика члана породице.

Подаци из медицинске документације пацијента, односно из здравствене евиденције, могу се достављати на увид, као и у облику записа, односно извода из медицинске документације, само на захтев судских органа, органа старатељства, организације здравственог осигурања, органа надлежног за послове статистике када је то прописано законом, друге законом овлашћене здравствене установе, као и на захтев других органа и организација када је то прописано законом.

Подаци из става 7. овог члана достављају се као службена тајна.

Лица из става 2. овог члана, као и друга лица која неовлашћено, односно без пристанка пацијента или пунолетног члана породице пацијента, располажу подацима из медицинске документација из ст. 1. и 3. овог члана и неовлашћено износе у јавност те податке, одговорна су за одавање службене тајне у складу са законом.

Право пацијента над којим се врши медицински оглед

Члан 38.

Медицински оглед може се предузимати само над пунолетним пословно способним пацијентом и само уз његов пристанак.

Пацијент пристанак мора дати у писменом облику, након што је довољно обавештен о смислу, циљу, поступцима, очекиваним резултатима, могућим ризицима, као и о непријатним пратећим околностима огледа.

Пацијент мора бити посебно упозорен да је слободан да оглед одбије и да пристанак на оглед у свако време опозове.

Изузетно, медицински оглед може се предузети и над малолетним и другим пословно неспособним пациентом, али само ради његове непосредне користи и уз писмени пристанак његовог законског заступника који је претходно обавештен у смислу става 2. овог члана.

Надлежан здравствени радник који врши медицински оглед дужан је да води рачуна о томе да заштита живота и здравља пацијента увек има предност у односу на интерес друштва и науке.

Пацијент који због медицинског огледа претрпи штету на свом телу или здрављу има право на накнаду штете у складу са законом, без обзира на кривицу.

Здравствена установа дужна је да пре почетка медицинског огледа осигура пацијента који је подвргнут медицинском огледу, за случај настанка штете по здравље тог лица која је изазвана медицинским огледом, у

складу са законом, као и да закључи уговор са пацијентом којим се одређује износ неопходних трошкова који припадају пацијенту који учествује у медицинском огледу.

Пацијент има право да учествује у клиничком испитивању лекова и медицинских средстава, у складу са законом којим се уређује област лекова и медицинских средстава.

Етички одбор здравствене установе, пре почетка медицинског огледа, доноси одлуку о предузимању медицинских огледа над пацијентима у здравственој установи.

Забрањено је предузимање медицинских огледа у приватној пракси.

Право на приговор

Члан 39.

Пацијент коме је ускраћено право на здравствену заштиту, односно пацијент који није задовољан пруженом здравственом услугом, односно поступком здравственог или другог радника здравствене установе, може поднети приговор здравственом раднику који руководи процесом рада или лицу запосленом у здравственој установи које обавља послове заштите пацијентових права (у даљем тексту: заштитник пацијентових права).

Здравствена установа дужна је да организује рад заштитника пацијентових права.

Директор здравствене установе одређује заштитника пацијентових права.

Приговор се подноси усмено на записник или писмено.

По приговору из става 4. овог члана заштитник пацијентових права, одмах а најкасније у року од пет дана од дана подношења приговора, утврђује све битне околности и чињенице у вези са наводима изнетим у приговору.

О свом налазу, одмах а најкасније у року од три дана, заштитник пацијентових права обавештава руководиоца организационе јединице, директора здравствене установе, као и подносиоца приговора.

Пацијент који је нездовољан налазом по приговору може се, у складу са законом,

обратити здравственој инспекцији, односно надлежном органу организације здравственог осигурања код које је пациент здравствено осигуран.

Заштитник пацијентових права подноси месечни извештај о поднетим приговорима директору здравствене установе, а шестомесечни и годишњи извештај управном одбору здравствене установе и Министарству.

Заштитник пацијентових права самосталан је у свом раду и директор здравствене установе, односно други здравствени радник не може утицати на његов рад и одлучивање.

Право на накнаду штете

Члан 40.

Пацијент који због стручне грешке здравственог радника, односно здравственог сарадника, у остваривању здравствене заштите претрпи штету на свом телу или се стручном грешком проузрокује погоршање његовог здравственог стања има право на накнаду штете према општим правилима о одговорности за штету.

Право на накнаду штете не може се унапред искључити или ограничити.

3. Обавештавање јавности

Члан 41.

Грађани Републике имају право на информације које су потребне за очување здравља и стицање здравих животних навика, као и информације о штетним факторима животне и радне средине, који могу имати негативне последице по здравље.

Грађани Републике имају право да буду обавештени о заштити свог здравља за случај избијања епидемија и других већих непогода и несрћа (опасност од јонизујућег зрачења, тровања и др.).

Надлежна здравствена установа и приватна пракса дужне су да о избијању епидемија и непогодама из става 2. овог члана бла-

говремено и истинито достављају податке надлежним органима општине, града, аутономне покрајине и Републике, који о томе обавештавају јавност.

V. Дужносћи пацijената

Члан 42.

За време лечења и остваривања здравствене заштите у здравственим установама пациенти су дужни да се придржавају општих аката здравствене установе о условима боравка и понашања у њој.

У случају да пациент захтева да прекине лечење и поред упозорења доктора медицине, односно доктора стоматологије на могуће последице због овакве одлуке, дужан је да о томе да писмену изјаву.

Ако пациент из става 2. овог члана одбије да да писмену изјаву, о томе ће се сачинити службена белешка, која се уписује и чува у медицинској документацији пацијента.

Члан 43.

Пацијент је дужан да при остваривању здравствене заштите у здравственој установи и приватној пракси:

- активно учествује при заштити, очувању и унапређењу свог здравља;
- у потпуности информише надлежног здравственог радника о истинитим подацима о свом здравственом стању;
- придржава се упутства и предузима мере прописане терапије од стране надлежног здравственог радника.

Ако се пациент не придржава обавеза из става 1. овог члана, надлежни здравствени радник може отказати пружање даље здравствене заштите пациенту изузев хитне медицинске помоћи, о чему је дужан да обавести директора здравствене установе, односно оснивача приватне праксе, као и да у медицинску документацију пацијента унесе разлоге за одбијање пружања здравствене заштите.

V. Обавезно ућућивање у психијатријску установу

Члан 43.

Ако доктор медицине, односно специјалиста психијатар, односно специјалиста неуропсихијатар процени да је природа душевне болести код болесника таква да може да угрози живот болесника или живот других лица или имовину, може га упутити на болничко лечење, а надлежни доктор медицине одговарајуће стационарне здравствене установе примити на болничко лечење без пристанка са-

мог болесника у складу са законом, с тим да наредног дана по пријему, конзилијум стационарне здравствене установе одлучи да ли ће се болесник задржати на болничком лечењу.

О пријему болесника из става 1. овог члана стационарна здравствена установа дужна је да у року од 48 сати од дана пријема болесника обавести надлежни суд.

Начин и поступак, као и организација и услови лечења душевно болесних лица, односно смештај ових лица у стационарне здравствене установе, уредиће се посебним законом.

Извод из новог Закона о здравству

Извод из Закона о коморама здравствених радника*

I. Уводна одредба

Члан 1.

Овим законом оснивају се коморе здравствених радника, као независне, професионалне организације, уређује се чланство у коморама здравствених радника, послови, организација и рад комора, посредовање у споровима и судови части, као и друга питања од значаја за рад комора.

II. Врсте комора здравствених радника

Члан 2.

Ради унапређивања услова за обављање професије доктора медицине, доктора стоматологије, дипломираних фармацеута, дипломираних фармацеута медицинске биохемије и доктора медицине специјалиста клиничке биохемије, медицинских сестара и здравствених техничара, заштите њихових професионалних интереса, организованог учешћа на унапређивању и спровођењу здравствене заштите и заштите интереса грађана у остваривању права на здравствену заштиту – оснивају се:

1. Лекарска комора Србије;
2. Стоматолошка комора Србије;
3. Фармацеутска комора Србије;
4. Комора биохемичара Србије;
5. Комора медицинских сестара и здравствених техничара Србије.

Члан 3.

Лекарска комора Србије, Стоматолошка комора Србије, Фармацеутска комора Србије, Комора биохемичара Србије, односно Комора медицинских сестара и здравствених

техничара Србије (у даљем тексту: комора) има својство правног лица, са правима, обавезама и одговорностима утврђеним законом и статутом коморе.

Комора има рачун.

Седиште коморе је у Београду.

Комора има огранке коморе, у складу са статутом.

III. Чланство у комори

Члан 4

Чланство у комори је обавезно за све докторе медицине, докторе стоматологије, дипломиране фармацеуте, дипломиране фармацеуте медицинске биохемије, дипломиране фармацеуте специјалисте медицинске биохемије и докторе медицине специјалисте клиничке биохемије, медицинске сестре и здравствене техничаре, који као професију у Републици Србији обављају послове здравствене делатности у здравственим установама и у другим облицима здравствене службе (у даљем тексту: приватна пракса).

Под обављањем професије, у смислу овог закона, подразумева се непосредно обављање здравствене делатности од стране здравствених радника који имају одговарајуће стручно образовање здравствене струке и који своју делатност обављају у здравственим установама и приватној пракси, као и код послодавца из става 2. овог члана, под условима прописаним законом којим се уређује здравствена заштита.

Члан 5.

Чланство у комори добровољно је за докторе медицине, докторе стоматологије, ди-

* Службени гласник РС, 101/2005.

пломиране фармацеуте, дипломирани фармацеуте медицинске биохемије, дипломирани фармацеуте специјалисте медицинске биохемије и докторе медицине специјалисте клиничке биохемије, медицинске сестре и здравствене техничаре који не обављају као професију послове здравствене делатности.

Комора може имати и почасне чланове, као и чланове донаторе, у складу са статутом коморе.

Члан 6.

Чланови Лекарске коморе Србије јесу доктори медицине који као професију у Републици Србији обављају послове лекара у здравственим установама и приватној пракси, односно код другог послодавца из члана 4. став 2. овог закона (у даљем тексту: лекари).

Чланови Стоматолошке коморе Србије јесу доктори стоматологије који као професију у Републици Србији обављају послове стоматолога у здравственим установама и приватној пракси, односно код другог послодавца из члана 4. став 2. овог закона (у даљем тексту: стоматолози).

Чланови Фармацеутске коморе Србије јесу дипломирани фармацеути који као професију у Републици Србији обављају послове фармацеута у здравственим установама и приватној пракси, односно код другог послодавца из члана 4. став 2. овог закона (у даљем тексту: фармацеути).

Чланови Коморе биохемичара Србије јесу дипломирани фармацеути медицинске биохемије, дипломирани фармацеути специјалисти медицинске биохемије и доктори медицине специјалисти клиничке биохемије, који као професију у Републици Србији обављају послове биохемије у здравственим установама и приватној пракси, односно код другог послодавца из члана 4. став 2. овог закона (у даљем тексту: биохемичари).

Чланови Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије јесу медицинске сестре и здравствени који као професију у Републици Србији обављају послове медицинских сестара и здравствених техничара у здравственим установама и приватној прак-

си, односно код другог послодавца из члана 4. став 2. овог закона (у даљем тексту: медицинске сестре и здравствени техничари).

IV. Послови коморе

Поверени послови

Члан 7.

Комора, у складу са законом, обавља следеће послове као јавна овлашћења:

1. доноси кодекс професионалне етике (у даљем тексту: етички кодекс);
2. врши упис здравствених радника, под условима прописаним законом, и води именник свих чланова комора;
3. издаје, обнавља и одузима одобрење за самостални рад (у даљем тексту: лиценца) члановима коморе који су уписаны у именик чланова коморе из тачке 2) овог става и води именик о издатим, обновљеним и одузетим лиценцима;
4. посредује у споровима између чланова коморе, односно између чланова коморе и корисника здравствених услуга;
5. организује судове части за утврђивање повреде професионалне дужности и одговорности чланова коморе, као и за изрицање мера за те повреде;
6. води именик изречених дисциплинских мера члановима коморе;
7. на захтев члана коморе или дугог овлашћеног правног или физичког лица издаје изводе из именника, уверења и потврде о чињеницама о којима води евиденцију, а који представљају јавне исправе;
8. утврђује висину чланарине за чланове коморе;
9. утврђује износ накнаде за упис у именик чланова коморе из тачке 2) овог става, износ надокнаде за издавање и обнављање лиценце, као и надокнаде за издавање извода из именника, уверења и потврда о евиденцијама које комора води;
10. издаје легитимацију члановима коморе који имају лиценцу;
11. издаје идентификацијациони број члановима коморе који имају лиценцу.

Послове из става 1. овог члана комора обавља као поверене послове.

У вршењу поверених послова из става 1. тач. 2), 3) и 7) овог закона примењују се одредбе закона којим се уређује општи управни поступак, ако законом није друкчије одређено.

На одлуку о висини чланарине и надокнада из става 1. тач. 8) и 9) овог члана сагласност даје министарство надлежно за послове здравља.

Одлуку из става 4. овог члана комора објављује у „Службеном гласнику Републике Србије“.

Организација обавезног здравственог осигурања дужна је да прихвати идентификациони број из става 1. тачка 11) овог члана као један од неопходних елемената за издавање идентификационог броја за потребе организације обавезног здравственог осигурања.

Осигурали послови коморе

Члан 8.

Поред послова из члана 7. овог закона, комора обавља и следеће послове:

1. заступа и штити професионалне интересе чланова коморе у обављању професије;
2. стара се о угледу чланова коморе, односно о обављању послова здравствене делатности у складу са стичким кодексом;
3. води евидентију чланова коморе који обављају приватну праксу, а који су уписаны у регистар код надлежног органа, у складу са законом;
4. предлаже листу надзорника за редовну и ванредну спољну проверу квалитета стручног рада, у складу са законом којим се уређује здравствена заштита;
5. даје иницијативу за ближе уређивање начина обављања приправничког стажа и полагања стручног испита, као и стручног усавршавања здравствених радника, односно услова које морају испуњавати здравствене установе и приватна пракса за обављање приправничког и специјалистичког стажа здравствених радника;
6. учествује у утврђивању номенклатуре здравствених услуга, критеријума и мерила за утврђивање цена здравствених услуга које се обезбеђују из средстава обаве-

злог здравственог осигурања, као и у утврђивању критеријума и мерила за закључивање уговора о пружању здравствене делатности, у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање;

7. предлаже критеријуме и мерила за утврђивање цена здравствених услуга које се пружају у приватној пракси, односно цења здравствених услуга које се пружају у здравственим установама, а које се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, као и висину цена тих здравствених услуга;
8. даје иницијативу за доношење прописа у области здравствене заштите и здравственог осигурања;
9. даје иницијативу и предузима мере за осигурање чланова коморе код носиоца осигурања за ризик који може наступити због стручне грешке у вршењу послова здравствене делатности, у складу са законом;
10. пружа помоћ грађанима у остваривању права на здравствену заштиту у случају нестручног или неетичког рада чланова коморе;
11. пружа стручну помоћ члановима коморе;
12. заступа интересе чланова коморе који обављају приватну праксу при закључивању уговора са организацијом здравственог осигурања;
13. даје предлог за добијање назива примаријуса, у складу са законом којим се уређује здравствена заштита;
14. прати и покреће иницијативу за предузимање законом прописаних мера у вези са повредом прописа о забрани рекламирања (оглашавања) у области здравствене заштите;
15. обавља и друге послове, у складу са законом и статутом коморе:

Издавање, обнављање и одузимање лиценце

Члан 9.

Комора издаје, обнавља или одузима лиценцу здравственим радницима, под условима прописаним законом којим се уређује здравствена заштита.

Директор коморе доноси решење о издавању, обнављању или одузимању лиценце.

Упис у именик коморе

Члан 10.

Комора, односно огранак коморе, у складу са овим законом, води именике коморе, и то:

1. именик свих чланова коморе;
2. именик издатих, обновљених или одузетих лиценци;
3. именик изречених дисциплинских мера члановима коморе.

У именику чланова коморе из става 1. тачка 1) овог члана води се посебна евиденција о члановима коморе који су приправници, специјализанти, специјалисти или који имају ужу специјалност.

Именик из става 1. тач. 1) и 3) овог члана води огранак коморе, а именик из тачке 2) води комора.

Комора, на основу извештаја огранака о упису у именик из става 1. тач. 1) и 3) овог члана, води евиденције о члановима коморе уписаним у именик, односно о изреченим дисциплинским мерама члановима коморе.

Члан 11.

На захтев здравственог радника, решење о упису у именик из члана 10. став 1. тачка 1) овог закона доноси огранак коморе, у року од 15 дана од дана доношења захтева, у складу са законом и статутом коморе.

Решење из става 1. овог члана доноси одговорно лице у огранку коморе које је одређено статутом коморе.

Против решења из става 1. овог члана може се изјавити жалба надлежном органу коморе, у року од 15 дана од дана доношења решења.

Решење из става 3. овог члана коначно је у управном поступку и против њега може се покренути управни спор.

Огранак коморе дужан је да надлежном органу коморе доставља месечне извештаје о извршеном упису у именик из члана 10.

став 1. тач. 1) и 3) овог закона, ради вођења евиденције.

Члан 12.

У комори се по службеној дужности врши упис издатих, обновљених или одузетих лиценци у именик издатих, обновљених или одузетих лиценци из члана 10. став 1. тачка 2) овог закона, у року од 15 дана од издавања, обнављања или одузимања лиценце.

У огранку коморе се по службеној дужности врши упис изречене дисциплинске мере члановима коморе у именик изречених дисциплинских мера из члана 10. став 1. тачка 3) овог закона, у року од 15 дана од дана изврицања дисциплинске мере.

Члан 13.

Чланови коморе дужни су да надлежном огранку коморе пријаве све промене које су битне за упис у именик из члана 10. овог закона, као и друге битне чињенице из надлежности коморе, у року од 30 дана од дана сазнања за те промене, односно чињенице.

Члан 14.

Именици из члана 10. овог закона су јавне књиге.

Члан 15.

Комора уређује садржај и податке који се воде у именику, начин вођења и образац именика, образац извода из именика, уверења, потврда и евиденција, као и поступак уписа у именике, у складу са статутом коморе.

V. Организација и рад коморе

Органи коморе

Члан 16.

Органи коморе јесу:

1. скупштина;
2. управни одбор;
3. надзорни одбор;
4. директор;
5. етички одбор коморе;

6. комисија за посредовање;
7. суд части првог степена;
8. суд части другог степена;
9. одбори коморе;
10. друга тела утврђена статутом коморе.

Мандат чланова органа коморе из става 1. тач. 1) до 4) овог члана траје четири године.

Овлашћења и начин рада органа из става 1. овог члана ближе се уређују статутом коморе, у складу са законом.

Члан 17.

Директор, чланови управног и надзорног одбора не могу бити лица изабрана, постављена или именована на функцију у државном органу, органу територијалне аутономије или локалне самоуправе, лица изабрана у органе управљања, односно пословања високошколских установа, Српског лекарског друштва, удружења здравствених установа и других стручних удружења здравствених радника.

Члан 18.

Органи коморе из члана 16. овог закона организују се на начин којим се обезбеђује равноправно учешће у раду и одлучивању чланова коморе који професију здравственог радника обављају у здравственим установама или приватној пракси.

Члан 19.

Скупштина је највиши орган коморе.

Скупштина:

1. доноси статут коморе и друге опште акте;
2. доноси етички кодекс;
3. доноси годишњи програм рада коморе;
4. доноси пословник о свом раду и пословник о раду радних тела које образује;
5. бира и разрешава председника скупштине;
6. бира и разрешава директора и чланове управног и надзорног одбора;
7. бира и разрешава председника и чланове етичког одбора коморе;
8. бира и разрешава судове части првог степена, као и суд части другог степена;
9. утврђује висину чланарине за чланове коморе;

10. утврђује износ надокнада за упис у именник чланова коморе, надокнада за издавање и обнављање лиценце, као и износ других надокнада за издавање извода, увеђења и потврда из евиденција које води комора;
11. доноси одлуку о висини издавања прихода коморе у фонд узајамне помоћи чланова коморе, који се води на посебном подрачуни коморе;
12. разматра извештаје о раду органа коморе и огранака коморе;
13. усваја извештај о раду и финансијском пословању у коморе са годишњим обрачуном, као и друге извештаје које доставља управни и надзорни одбор коморе;
14. остварује сарадњу са коморама у земљи и иностранству;
15. обавља друге послове утврђене законом и статутом коморе:

Члан 20.

Скупштина има председника, кога бира из својих редова.

Председник скупштине представља скупштину, сазива седнице скупштине и врши друге послове у складу са законом и статутом коморе.

Члан 21.

Скупштина може образовати скупштинска већа, скупштинске одборе, стална и повремена радна тела ради боље организације рада коморе, разматрања поједињих питања из свог делокруга, у складу са статутом.

Статутом се ближе уређују овашћења, начин рада и избора скупштинских већа, скупштинских одбора, односно радних тела из става 1. овог члана, као и друга питања од значаја за њихов рад.

Члан 22.

Управни одбор:

1. спроводи одлуке скупштине;
2. утврђује предлог статута и других општих аката коморе;
3. утврђује предлог годишњег програма коморе;

4. предлаже државним органима мере за унапређење здравствене заштите и здравственог осигурања;
5. уврђује план прихода и расхода коморе и стара се о његовом извршењу;
6. усваја периодични обрачун и подноси скупштини на усвајање извештај о раду и финансијском пословању коморе са годишњим обрачуном;
7. разматра примедбе и предлоге чланова коморе, министарства надлежног за послове здравља, других државних органа и органа територијалне аутономије и локалне самоуправе, факултета и школа здравствене струке, организације обавезног здравственог осигурања, о чему подноси извештај скупштини;
8. разматра и друге извештаје о раду коморе у вези са пословима које комора у складу са законом обавља;
9. прати и покреће иницијативу за предузимање законом прописаних мера у вези са повредом прописа о забрани рекламирања (оглашавања) у области здравствене заштите и о томе подноси извештај скупштини;
10. врши и друге послове у складу да законом и статутом, као и послове које му повери скупштина.

Члан 23.

Чланове управног одбора, као председника управног одбора бира и разрешава скупштина из реда својих чланова.

Члан 24.

Надзорни одбор врши контролу пословања коморе и унутрашњи надзор над радом коморе.

Чланове надзорног одбора и председника надзорног одбора бира и разрешава скупштина из реда својих чланова.

Члан 25.

Директор коморе:

1. руководи комором, представља и заступа комору;
2. одговара за законитост рада и пословања коморе;
3. припрема годишњи програм рада коморе;

4. подноси управног одбору извештаје о извршењу годишњег програма рада и плана прихода и расхода коморе;
5. решењем издаје, обнавља и одузима лиценцу;
6. извршава одлуке скупштине и управног одбора;
7. одлучује о правима, обавезама и одговорностима запослених у стручној служби коморе;
8. утврђује правилник о систематизацији радних места у комори;
9. обавља друге послове одређене законом и статутом.

Члан 26.

Директора именује и разрешава скупштина из реда својих чланова.

За директора може бити именовано исто лице највише два пута узастопно.

Члан 27.

Етички одбор коморе:

1. разматра стичка питања која се односе на обнављање лекарске, стоматолошке, фармацеутске професије, професије биохемичара, односно професије медицинских сестара и здравствених техничара;
2. даје мишљење о раду чланова коморе у складу са етичким кодексом;
3. промовише принципе професионалне етике ради успостављања етичког понашања чланова коморе у обављању професије здравственог радника;
4. обавља друге послове у вези са применом и поштовањем етичког кодекса.

Састав етичког одбора коморе, избор чланова и председника, као и начин рада, ближе се уређују статутом коморе, у складу са законом.

Територијална организација коморе

Члан 28.

Комора има огранке као своје организационе јединице.

Огранци коморе из става 1. овог члана обављају послове коморе из члана 7. тач.

2), 4), 5), 6) и 7) и члана 8. овог закона, у складу са овим законом и статутом коморе.

Подручје за које се образује огранак, број огранака, седиште огранка, организација и начин рада и руковођење огранком, стручна служба огранка, начин рада комисије за посредовање и суда части првог степена, као и друга питања неопходна за рад огранка, уређују се статутом коморе.

Оћишћи акти коморе

Члан 29.

Комора доноси статут и друге опште акте у складу да законом и статутом коморе.

Статутом коморе ближе се уређују: послови које комора обавља у оквиру законских овлашћења; начин обављања послова коморе; унутрашња организација и рад коморе; састав, начин и поступак избора и надлежност органа коморе; број чланова у органима коморе; начин избора и опозива чланова у органима коморе; орган коморе који именује посредника, поступак посредовања; орган коморе који образује судове части, састав судова части, услови и начини избора и разрешења судија, надлежност судова части, лакше и теже повреде професионалних дужности и угледа члана коморе, поступак за покретање и утврђивање одговорности члана коморе, поступак пред судом части, изрицање мера, начин извршења изречених мера и рокови за покретање поступка и извршење мера, као и друга питања од значаја за решавање спорова; права и дужности чланова коморе; огранци коморе; организација и органи огранака коморе и њихово седиште; обављање стручних послова за комору, као и друга питања од значаја за рад и организацију коморе.

Министарство надлежно за послове здравља даје сагласност на статут коморе у делу који се односи на обављање јавних овлашћења коморе из члана 7. овог закона.

Статут коморе објављује се у „Службеном гласнику Републике Србије“.

Члан 30.

Скупштина коморе доноси етички кодекс којим се утврђују етичка начела у обаљању професионалних дужности чланова коморе.

Етичким кодексом утврђују се и односи чланова коморе према пациентима, као и међусобни односи чланова коморе.

Етички кодекс комора објављује у „Службеном гласнику Републике Србије“.

VI. Средства за оснивање и рад коморе

Члан 31.

Средства за оснивање коморе обезбеђују се из:

1. буџета Републике Србије;
2. донација, поклона и легата.

Члан 32.

Комора стиче средства за рад од:

1. чланарине коју плаћају чланови коморе;
2. надокнаде за упис у именик чланова коморе;
3. надокнаде за издавање и обнављање лиценце;
4. легата;
5. поклона;
6. других извора, у складу са законом.

Чланови коморе дужни су да уредно плаћају чланарину, надокнаду за упис у именике, као и друге надокнаде за рад коморе, у складу са законом.

Члан 33.

Средства коморе воде се на рачуну.

Огранак коморе има подрачун на коме се налазе и воде средства за обављање послова и задатака огранка у складу са овим законом и статутом коморе.

Актом коморе уређује се износ средстава из члана 32. овог закона који се уплаћује на рачун коморе и део средстава који се уплаћује на подрачун огранка.

Средства из члана 32. став 1. тачка 3) овог закона уплаћују се на рачун коморе.

Легати и поклони из члана 32. став 1. тач. 4) и 5) овог закона воде се на посебном подрачују коморе и користе се за обављање послова из надлежности коморе и развој коморе.

Наредбодавац за употребу средстава коморе јесте директор коморе, а изузетно лице које он овласти.

Наредбодавац за употребу средстава ограника коморе јесте лице утврђено статутом коморе.

Комора одговара за своје обавезе целокупном имовином којом располаже.

Члан 34.

Комора на посебном подрачују води средства намењена за фонд узајамне помоћи чланова коморе.

Средства фонда из става 1. овог члана могу се употребити за пружање непосредне помоћи члановима коморе, за осигурање чланова коморе код носиоца осигурања за ризик који може наступити због стручне грешке у складу са законом којим се уређује здравствена заштита, као и за стручно усавршавање чланова коморе, у складу са статутом коморе.

VII. Јавносӣ рада коморе

Члан 35.

Комора је дужна да обавештава јавност о свим питањима из надлежности коморе.

Комора је дужна да обавештава министарство надлежно за унутрашње послове, надлежне правосудне органе и министарство надлежно за послове здравља о дисциплинским поступцима који се воде против чланова коморе пред надлежним органима коморе, као и о поступцима издавања, обнављања или одузимања лиценце, ако се у тим поступцима установи да постоји сумња да је извршено кривично дело.

Комора је дужна да на захтев органа из става 2. овог члана достави потребне податке о чињеницама о којима има сазнања.

Министарство надлежно за послове здравља, факултети и школе здравствене струке, организација обавезног здравственог

осигурања, најмање једном годишње дају мишљење о раду коморе, које разматра скупштина коморе.

Члан 36.

Комора, самоиницијативно или по захтеву обавештава министарство надлежно за послове здравља, друге државне органе, надлежне органе територијалне аутономије и локалне самоуправе, као и организацију обавезног здравственог осигурања, о проблемима у вези са обављањем здравствене делатности чланова коморе, као и о проблемима грађана у остваривању здравствене заштите, и предлаже мере за њихово решавање.

Комора сарађује са Српским лекарским друштвом, Друштвом фармацеута Србије, факултетима и школама здравствене струке, референтним здравственим установама, струковним удружењима здравствених радника и организацијом обавезног здравственог осигурања, као и организацијама добровољног здравственог осигурања, у вези са питањима значајним за рад коморе и здравствене заштите становништва.

VIII. Посредовање у споровима и дисциплински поступак

Посредовање у споровима

Члан 37.

Ради вансудског решавања спорова између чланова коморе, као и између члана коморе и пацијената, у вези са обављањем здравствене делатности, именује се посредник.

Члан 38.

Поступак посредовања покреће се на захтев страна у спору из члана 37. овог закона.

О личности посредника неопходно је да се сагласе стране у спору.

Поступак посредовања окончава се измирењем, односно споразумом страна у спору или констатацијом да посредовање није успешно, о чему се доноси закључак.

Посредовање у сјоровима

Члан 39.

Члан коморе дисциплински одговара пред судом части ако чињењем или нечињењем изврши повреду професионалне дужности или угледа члана коморе.

Члан 40.

Члан коморе врши повреду професионалне дужности или угледа члана коморе ако:

1. поступа у супротности са одредбама закона којим се уређује здравствена заштита и закона којим се уређује здравствено осигурање у пружању здравствене заштите пацијентима;
2. повреди етички кодекс;
3. обавља здравствену делатност нестручно, односно у супротности са савременим достигнућима медицинске, стоматолошке, односно фармацеутске науке и праксе, или ако начини стручну грешку;
4. својим понашањем према пацијентима, другим члановима коморе или трећим лицима повреди углед професије;
5. у обављању здравствене делатности злоупотреби средства здравственог осигурања;
6. не испуњава обавезе члана коморе утврђене законом, статутом и другим општим актима коморе.

Статутом коморе одређују се и друге повреде професионалне дужности или угледа члана коморе.

Кривична или прекрајна одговорност, односно одговорност члана коморе из радног односа код послодавца, не искључује дисциплинску одговорност члана коморе по овом закону.

Члан 41.

Ако се на основу чињеница до којих комора дође у поступку посредовања из члана 38. овог закона, као и из притужби грађана или из других околности, посумња да је члан коморе извршио повреду професионалне дужности или угледа члана коморе из члана 40. овог закона, комора покреће дисциплински поступак против свог члана пред судом части.

Члан 42.

Суд части образује се као:

1. суд части првог степена;
2. суд части другог степена.

Суд части првог степена образује се у седишту огранка коморе, а суд части другог степена у седишту коморе.

Члан 43.

За повреде професионалне дужности или угледа члана коморе из члана 40. овог закона суд части може изрећи једну од следећих дисциплинских мера:

1. јавну опомену;
2. новчану казну у висини од 20% од просечне месечне зараде по запосленом у Републици, у месецу који претходи месецу у коме се казна изриче, по подацима републичког органа надлежног за послове статистике;
3. привремену забрану самосталног рада у обављању одређених послова здравствене делатности;
4. привремену забрану самосталног рада у обављању здравствене делатности.

Члан 44.

Дисциплинске мере из члана 43. тач. 1) и 2) овог закона изричу се за лакше повреде професионалне дужности и угледа члана коморе.

Дисциплинска мера из члана 43. тачка 2) овог закона може се изрећи у трајању од једног до шест месеци.

Дисциплинске мере из члана 43. тач. 3) и 4) овог закона изричу се за тежу повреду професионалне дужности и угледа члана коморе.

Дисциплинске мере из члана 43. тач. 3) и 4) овог закона не могу трајати краће од шест месеци, ни дуже од једне године, а у изузетним случајевима могу трајати до пет година.

Члан 45.

У поступку пред судом части сходно се примењују одговарајућа правила управног поступка о усменој расправи, доказивању, за-

писнику и достављању, ако овим законом није друкчије одређено.

Члан коморе чија се дисциплинска одговорност утврђује мора бити саслушан у дисциплинском поступку и мора му се омогућити одбрана.

О саслушању члана коморе и спровођењу других доказа у дисциплинском поступку пред судом части води се записник.

О жалби против одлуке суда части првог степена решава суд части другог степена.

Члан 46.

Против коначне одлуке суда части којом је изречена дисциплинска мера из члана 43. тачка 1) овог закона члан коморе не може покренути управни спор.

Против коначне одлуке суда части којом је изречена дисциплинска мера из члана 43. тач. 2), 3) и 4) овог закона члан коморе може покренути управни спор.

Комора, односно огранак коморе, о коначној одлуци суда части којом је изречена ди-

циплинска мера из члана 43. тач. 3) и 4) овог закона обавештава министарство надлежно за послове здравља у року од осам дана.

Члан 47.

Застарелост покретања поступка пред судом части наступа истеком једне године од дана учињене повреде професионалне дужности и угледа члана коморе из члана 40. овог закона.

Застарелост извршења мере из члана 43. тач. 1) до 4) овог закона наступа по истеку шест месеци од дана правоснажности одлуке о изреченој мери.

Застарелост се прекида сваком радњом која се предузима ради покретања поступка пред судом части или извршења мере.

После сваког прекида рок застарелости почиње поново да тече, с тим да застарелост настаје у сваком случају када протекне два пута онолико времена колико је по овом закону потребно за застарелост покретања поступка, односно извршења изречене мере.

Из историје здравства Србије

Здравствена служба Београда 1944–1974

Пре свега – човек*

П. Довијанић,¹ С. Максимовић²

Све до почетка другог светског рата ванболничка здравствена заштита грађана Београда обезбеђивана је највећим делом путем приватне иницијативе у ординацијама, а само мањим делом у јавним здравственим установама амбулантно-поликлиничког типа, док је стационарно лечење обезбеђивано у оквиру клиника и института Медицинског факултета и у приватним санаторијумима. После оснивања Медицинског факултета у Београду 1920. године, дошло је до релативно интензивног раста броја постельja на клиникама и институтима, које су највећим делом основане у периоду од 1921. до 1926. Од тада здравствена служба Београда добија све квалитетнију болничку здравствену заштиту, док ванболничка амбулантно-поликлиничка служба остајe неразвијена.

После завршетка Другог светског рата здравствена служба Београда нашла се пред веома тешким и компликованим здравственим проблемима, као што су: заразне болести, маларија, туберкулоза, трахом, венерична оболења, болести због недовољне и неадекватне исхране, висока смртност дојенчади, и многи други. Све те проблеме ваљало је решавати са малобројним здравственим кадровима (који су у току рата десетковани), са преполовљеним постельјним фондом у болницама, и са неразвијеном амбулантно-поликлиничком службом. Уз то, ваљало је издвојити знатан део здравствених кадрова у унутрашњост Србије, Косова и друге крајеве наше земље, где је, такође, требало решава-

ти тешке здравствене проблеме. У таквим условима оскудице у материјалним доброма и кадровима, морало се ићи на решавање приоритетних здравствених проблема. Тако је развој и рад здравствене службе Београда у протеклом временском периоду био у директној међузависности од развоја Београда уопште, од раста материјалних могућности друштва, развоја друштвено-економских односа, итд.

Један од првих задатака које је требало решавати после рата био је повећање броја кадрова у здравству. Ради тога се приступило припремама за обнову рада Медицинског факултета. Тешко је и набројати све кадровске, просторне и друге проблеме везане за почетак наставе и вежби, али је чињеница да је око 1200 младића и девојака, још у војничким, партизанским униформама, оружје заменило новим наоружавањем – учењем.

Није било одмора. Ентузијазам је био основа у свим акцијама на Медицинском факултету, како у реформи и модернизацији наставе, у напорима да се опреме институти и клинике, да се избори за нова схватања у настави и уведе нова идејност у политичком образовању, тако и у напорима за образовањем новог наставног, научног и стручног кадра, неопходно потребног не само Факултету и Београду, већ здравственој служби широм наше земље. Већ 1945. године дипломирало је на Медицинском факултету 8 студената, следеће године 34, па 61, 107, 173, да

* Из: Монографије „Београд 1944–1974“, Скупштина града Београда, 1974.

¹ Прим. др Предраг Довијанић, градски секретар за здравство и социјалну заштиту.

² Др Славко Максимовић, начелник одељења у Градском секретаријату.

би до 1950. године из ове школе изашло 617 нових лекара. Од тада Медицински факултет у Београду обезбеђује у просеку 400 нових лекара годишње, а за 30 послератних година дао је преко 12.000 лекара или преко половине расположивих лекарских кадрова у нашој земљи.

Здравствена служба Београда проширивала је своју кадровску базу у зависности од рада и развоја Медицинског факултета.

Пораст броја лекара у здравственим установама у Београду од 1952. до 1974. године

У 1941. години у свим болничким и амбулантно-поликлиничким установама у Београду радио је укупно 313 лекара (185 у болницама и 128 у ванболничким установама).

Већ 1952. године здравствена служба Београда располаже са 700 лекара, да би се тај број за наредних 10 година повећао на 2000. У 1974. години здравствене установе у Београду располажу са 4.000 лекара или за преко 12 пута више него 1941. године. Упоредо је дошло до повећања броја фармацеута (од 224 у 1957. години на 786 у

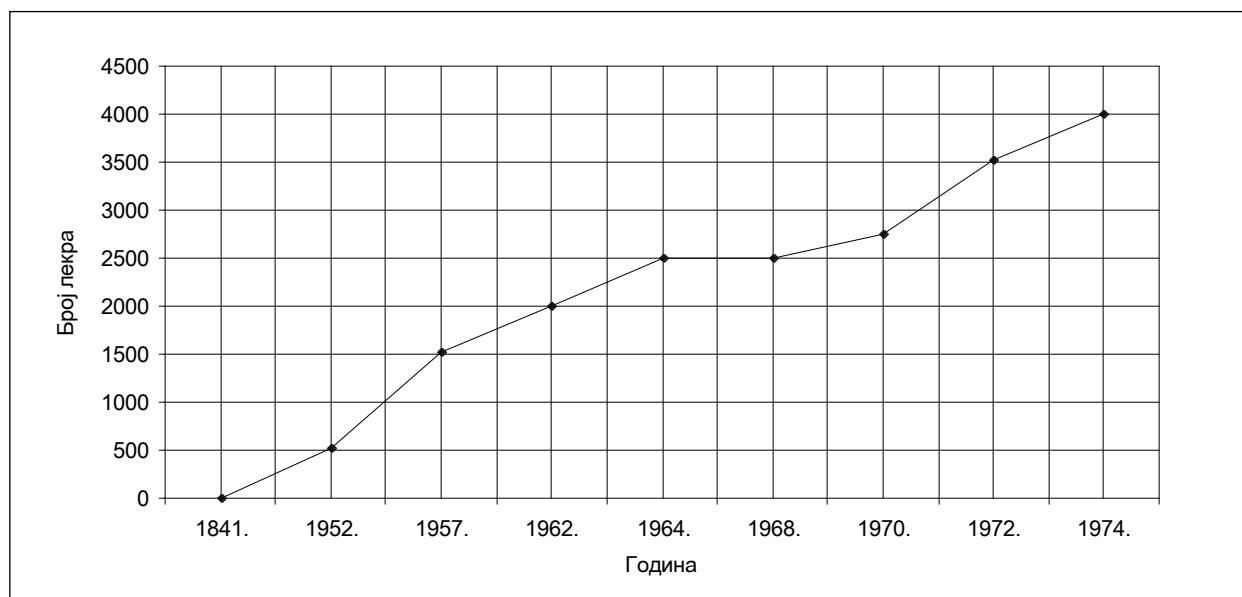
1973. години), стоматолога (од 134 у 1957. години на 600 у 1973. години). Такође, повећан је број вишег и средњег медицинског особља (од 1.529 у 1957. години на 8.253 у 1973. години).

Сада у здравственим установама у Београду ради 20.713 здравствених и других радника. Од тога броја је 13.387 (или 65%) здравствених и 7.326 (или 35%) административно-техничких и других радника.

Сем повећања броја здравствених радника, дошло је до перманентног повећања броја специјалиста и субспецијалиста за поједине гране медицине или здравствене проблеме.

Мрежа болничких здравствених установа у Београду развијала се у тесној међузависности од развоја Медицинског факултета и његових клиника и института. Захваљујући томе, Београд је 1941. године располагао са 5.178 постеља (рачунајући све клинике, институте и приватне санаторијуме). Само у тој години у болницама је лечено 59.778 болесника и остварено око 1.600.000 болесничких дана.

Након ослобођења Београд је располагао са непуне 3.000 постеље у свим врстама



Графикон 1. Пораст броја лекара у здравственим установама у Београду од 1952. до 1974. године.

здравствених установа. Стално растуће потребе за болничким постељама захтевале су материјална улагања, без обзира на недовољно нарасле економске могућности друштва.

Број болесничких постеља повећан је у посматраном периоду за четири пута. Сем клинике Медицинског факултета и специјалних завода и института дошло је до повећања броја постеља и у осталим клиничким болницама у Београду.

Ако упоредимо 1941. и 1973. годину, можемо видети да је у 1973. години у болница-ма лечено 3,2 пута више болесника, остварено 2,6 пута више болничких дана, а да је здравствену заштиту у болница-ма обезбеђивало 10 пута више лекара него 1941. године. Овоме треба додати и чињеницу да у болница-ма данас ради преко 70% лекара специјалиста и субспецијалиста.

Поред наведених болничких капацитета у Београду, значајну улогу у обезбеђивању овог вида заштите на цивилно становништво имају капацитети Војномедицинске академије, јер је то високоспецијализована здравствена институција са концентрацијом стручних кадрова и савремене опреме.

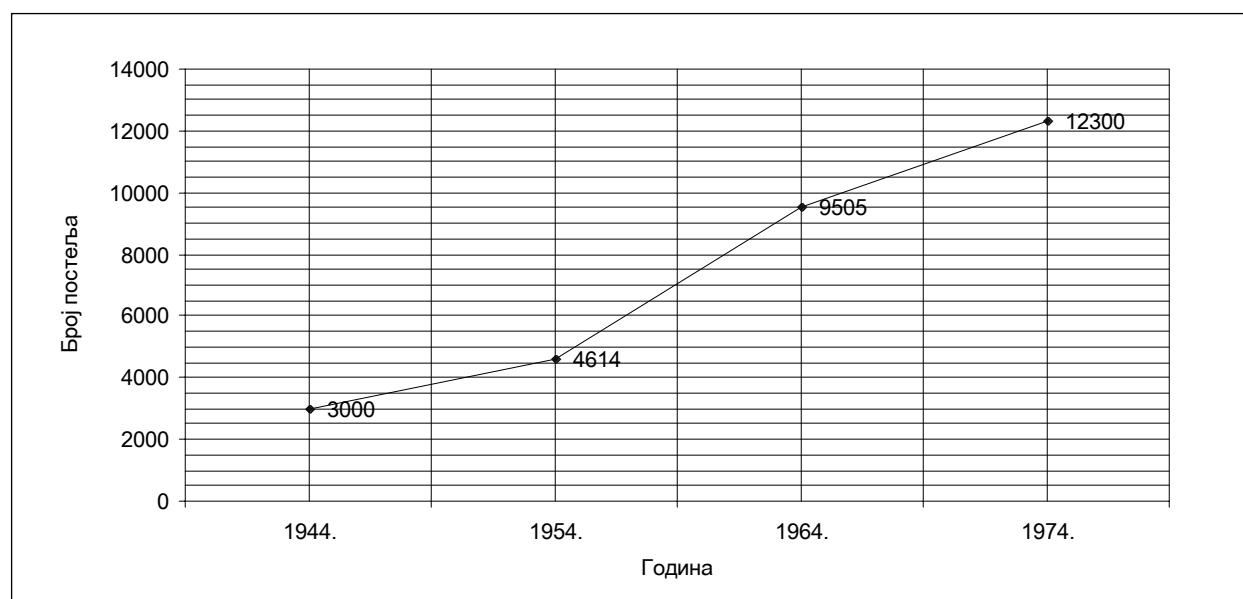
Кретање броја болничких постеља у здравственим установама Београда (у периоду 1944. до 1974. год.)

У послератном развоју здравствене службе у Београду нарочити значај и интензитет има развој амбулантно-поликлиничких капацитета намењених за ванболничку здравствену заштиту.

Већ је истакнуто да је пре рата ванболничка здравствена заштита била углавном у рукама приватне иницијативе лекара у приватним ординацијама. Резултат таквог стања је и чињеница да је у Београду у 1941. години постојала веома слаба мрежа здравствених установа амбулантно-поликлиничког типа: пет поликлиника; шест самосталних здравствених станица; десет здравствених станица у привредним предузећима; четири дејча диспанзера; пет школских диспанзера и два антитуберкулозна диспанзера.

У наведеним амбулантно-поликлиничким установама радило је укупно 128 лекара.

Педијатријску здравствену заштиту у 1941. години обављало је 7 лекара педијата-



Графикон 2. Кретање броја болничких постеља у здравственим установама Београда (у периоду 1944. до 1974. год.)

ра који су у тој години извршили 26.465 прегледа, од чега 7.789 прегледа у саветовалишту и 18.673 прегледа у амбуланти.

Здравствена заштита школске деце обављана је у поменутих пет диспанзера, а још пет амбуланти је постојало при школама. На здравственој заштити школске деце радио је 7 лекара специјалиста и 13 лекара опште праксе. У тој години обављено је укупно 154.858 разних медицинских услуга.

У антитуберкулозним диспанзерима радила су два лекара.

После ослобођења посвећена је посебна пажња стварању услова за коришћење ванболничке здравствене заштите. Тако је већ до 1952. године број поликлиника нарастао на 10, самосталних здравствених станица на 24, здравствених станица у привредним организацијама на 46, дечјих диспанзера на 15, школских диспанзера на 8, антитуберкулозних диспанзера на 10, а у међувремену је и формиран Хигијенски завод града Београда. Укупан број лекарских места у амбулантама и здравственим станицама порастао је на 306. Створена је широка мрежа здравствених установа амбулантно-поликлиничког типа. Међутим и поред великих могућности које је за ванболничку здравствену заштиту пружала широка мрежа од 248 амбулантно-поликлиничких здравствених установа, све више су долазиле до изражaja тешкоће око успешне координације у извршењу одређених задатака у области здравства. Владало је и велико шаренило међу појединим установама у погледу кадровских капацитета, простора и опремљености. Недостатак јединствених критеријума, јединствене методологије, велики број малих установа, повећање захтева за административним апаратом, чинило је ову службу гломазном, скупом и недовољно ефикасном.

Увиђајући ове слабости и недостатке овако нарасле амбулантно-поликлиничке службе у Београду, same здравствене установе, а и друштвено-политичке заједнице и други друштвено-политички фактори покренули су 1962. године иницијативу за интеграцију

здравствених установа. На основу стручних анализа и искуства стеченог у пракси, усвојена је концепција обједињавања здравствених станица у насељу, дечјих и школских диспанзера са домовима здравља у оквиру територије општине. Интеграција је спроведена поступно, при чему су узете у обзир и специфичности поједињих терена. Процес интеграције је спроведен у зависности од конкретних прилика у свакој општини, од просторних и кадровских могућности, и зависно од сазревања схватања о потреби и преимућствима интеграције.

Захваљујући процесу интеграције, од 248 амбулантно-поликлиничких установа 1962. године, већ следеће, 1963. године, створена је 101 крупнија, кадровски јача, ефикаснија и економичнија амбулантно-поликлиничка установа.

У истој години, од 90 самосталних здравствених установа створено је 11 домаћа здравља. Тиме је омогућено да се на територијалном принципу организује модерна, своебухватна, на савременим принципима организована, планирана, координирана и стручно-методолошки вођена основна здравствена заштита у Београду. Постепено је стварана материјална база, просторни капацитети, опремљеност и кадрови за савремене домаће здравља који су оспособљени да решавају здравствене проблеме на далеко ефикаснији начин.

У оквиру домаћа здравља организоване су следеће службе: служба опште медицине, служба за заштиту деце, служба за заштиту жена, специјалистичка служба, лабораторијска служба, служба неодложне лекарске помоћи, патронажна служба, стоматолошка служба, служба медицинског снабдења.

Данас у Београду основну здравствену заштиту спроводи 17 домаћа здравља (у свакој општини по један) и 14 диспанзера медицине рада.

У домаћа здравља у Београду данас ради 970 лекара (608 лекара специјалиста, 352 лекара опште медицине и 10 лекара на специјализацији), 291 стоматолог, 71 фармацеут.

Сем тога запослено је 289 здравствених радника са вишом, 1.628 са средњом и 335 здравствених радника са низом спремом.

Специјалистичку здравствену заштиту обезбеђују поликлиничке службе у оквиру болничких средстава а такође и домови здравља.

Решавање одређених специфичних проблема и задатака обавља се у оквиру појединачних здравствених установа које врше функцију за целу територију града. Своје специфичне задатке на целој територији града спроводе: Градски завод за здравствenu заштиту, Градски завод за антитуберкулозну заштиту, Градски завод за кожне и венеричне болести, Градски завод за зубно-лекарску заштиту, Градски завод за хитну медицинску помоћ, Апотекарска установа „Београд“.

Непосредно после рата здравствена служба Београда била је суочена са тешким здравственим проблемима, као што су: заразне болести (најчешће цревне и трахом), малярија, туберкулоза, болести које настају услед недовољне и неадекватне исхране, висока смртност дојенчади, итд.

У протеклом 30-годишњем периоду здравствена служба Београда постигла је значајне резултате у решавању здравствених проблема.

Заразне болести, које су карактеристичне за неразвијене средине, сведене су „под контролу“. Неке од њих, као што су пегавац, трахом, дечја парализа врло ретко се јављају у нашој средини. Друге су сведене на најмању меру по броју случајева (дифтерија, тетанус, велики кашаљ) захваљујући редовном спровођењу вакцинације одређених добнох група становништва Београда.

Иако је група такозваних цревних зараза (трбушни тифус, дизентерија, заразне жутица) углавном под контролом здравствене службе, она ипак (и даље) представља значајан здравствено-социјални проблем Београда. Подизањем хигијенско-санитарног стања Београда и здравствене посвећености становништва, све успешније се решава и овај здравствени проблем.

Превентивном здравственом заштитом за време трудноће и порођаја, развијеном здравственом заштитом деце и благодарећи измени општих услова живота, смртност дојенчади у Београду смањена је са изванредним успехом. Док је 1945. године на сваких 1.000 новорођене деце умирало 110, тај број је у 1956. години пао на 50,3. а у 1973. години на 24,3%.

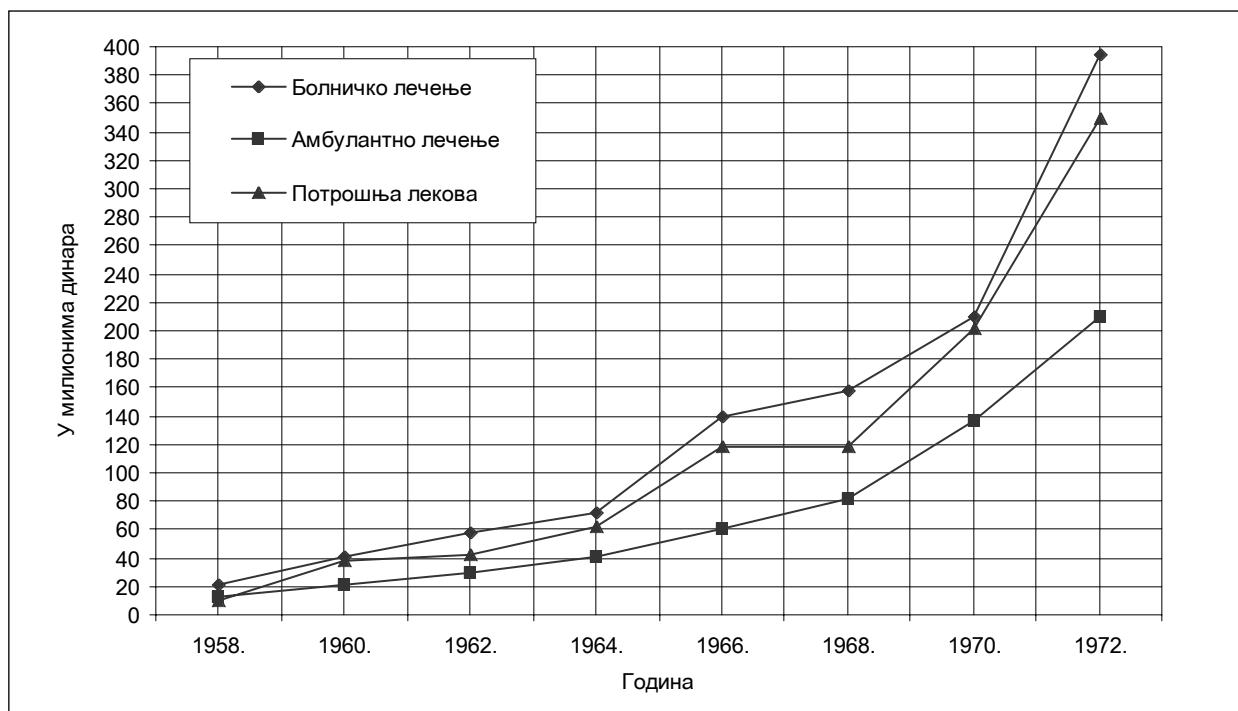
Упоредо са ликвидацијом неких и успесима на решавању других здравствених проблема јављају се нови или долазе више до изражавају специфични здравствени проблеми у Београду.

Промене у животном стандарду, начину живота, у технологији рада, у саобраћају, итд. доводе до важних и значајних проблема, као што су: кардиоваскуларна оболења, трауматизам у саобраћају и на раду, хронична и дегенеративна оболења, малигна оболења, загађивање хране, воде и ваздуха.

Решавање здравствених проблема је компликовано јер се истовремено морају решавати и проблеми који су карактеристични за неразвијене средине (неке заразне болести) а и они које собом носи савремени живот.

Комплексност и комплексност у решавању савремених здравствених проблема у Београду захтева перманентно усклађивање и осавремењивање организације и рада здравствене службе и свих других фактора (друштвено-политичке заједнице, друштвено-политичке организације, радне организације итд.). Скупштина града Београда (као заједница општина и посебна друштвено-политичка заједница), интересне заједнице и друштвено-политичке организације (уз адекватну и на савременим принципима организовану здравствену службу) – то је пут којим треба ићи у решавању наведених проблема.

Финансирање здравствене заштите становништва непосредно после ослобођења вршено је углавном из средстава које је обезбеђивала држава. Касније, са развојем социјалног осигурања финансирање се делимично врши из средстава фондова социјалног



Графикон 3. Кретање потрошње за најважније видове здравствене заштите осигураника Београда (у периоду 1958-1972. год.)

осигурања, а превентивна здравствена делатност из буџета друштвено-политичких заједница.

Преласком здравствених установа на самостално финансирање, највећи део трошкова здравствене заштите пада на терет фондова здравственог осигурања, док мањи део обезбеђују радне организације, друштвено-политичке заједнице и (минимално) сами грађани.

Доношењем нових прописа о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва, сви запослени грађани, пензионери, лица која самостално врше професионалну делатност, земљорадници и њихови чланови породице, осигуравају се на обавезне видове здравствене заштите као и проширени обим права – о чему самостално одлучују.

У Београду број активних осигураника радника се стално повећава (од 430.253 у 1968. години на 551.272 осигураника у 1972. години).

Крећање потрошње за најважније видове здравствене заштите осигураника Београда (у периоду 1958. до 1972. године)

Потрошња за здравствену заштиту из фонда здравственог осигурања радника расте из године у годину. Највеће „ставке“ у потрошњи за здравствену заштиту су: болничко лечење, амбулантно лечење и трошкови за лечење. Нарочито велики пораст ове потрошње забележен је у 1965. и 1969. години.

Здравствена служба Београда преузела је после рата капацитете здравствених установа (углавном стационарних, клиника и института и мањих капацитета за неке будуће клиничке болнице). Највећи недостатак у просторним капацитетима био је за потребе амбулантно-поликлиничких установа као и неких специјалних завода и института.

Извори средстава за инвестиције у здравству били су, углавном, буџет града и општина, фондови здравственог осигурања и средства радних организација.

Из историје здравства Србије

Најближе небу и људима

B. Парезановић¹

Данас званично почињемо са нашом анкетом на терену. Зато смо и овога узбуђени! Више осећамо него што за сада знамо да ћемо се суочити са толико непознаница у животу људи овог краја, који, то је очигледно, противе под веома сложеним условима.

Много од свега тога чули смо на званичним састанцима. Изложили су га отресити, озбиљни и веома срдачни људи који се достојанствено боре са многим животним недаћама у овој недовољно развијеној општини. Са великим уважавањем прихватили су предлог Института за здравствено васпитање Србије да се испита здравствено стање становништва општине, упоредо са хигијенским приликама живота и, посебно, да се изуче обичаји, навике и ставови према здрављу, како би се сагледали узроци честих епидемија разних болести и пре свега стопе смртности одојчади и мале деце. Како би се заједно са њима, људима, мењало постојеће стање.

Али, сада више нема састанака, договора, претпоставки. Остале смо само сестра Олгица и ја, колико биле у клупама још јуче, без праксе, са мноштво научених симптома, синдрома, дијагноза – да се суочимо са људима и њиховим проблемима.

Како ће нас прихватити?... Да ли ћемо се снаћи?...

Однекуд су ми довели коња, чини ми се више због некакве почести, јер не одмичемо много брже од осталих чланова екипе који иду пешаче.

И зашто баш данас овакво невреме? Септембар је! Показују нам горе у Больарима пада снег, а нас ледена кипча шиба по лицу, рукама.

А само два дана раније пут од Сјенице до Каражукића Бунара био је незабораван. Сунчано јутро нас је испратило из „Борића“, пратила Вапа са волшебним меандрама на 1000 метара надморске висине и зелене, најзеленије ливаде на којима је до скора, рекли су нам, било на стотину разнобојних цветова. А онда испред златних обронака Голије изненада се отворио видик и прострла Пештерска висораван као фатаморгана. Ни труцкања „Газа“, ни облаци прашине нису могли да помуте наше усхићење.

Од бројних утисака које просто упијам: мајла планинска насеља расперкана на пропланку или стиснута у удолици; невелике куће од брвна и чатме, најчешће покривене шиндром или сламом; бела стада оваца са пастирима и обавезним пском-чуваром; ретки пролазници; групице деце у игри око кућа, а на два-три места поред потока, где су њихове мајке здушно ударале пратњачом и прале веш дубоко повијене над водом – од свега издвајамо НЕБО. Поверијем да је само овде небо тако чисто, тако нежно плаво, овога простирано, овога близу нас. „Ми овога близу небу и звездама“... изговарам полугласно. „Али не и Богу“ – прекида ме Мулаз, возач „Газа“ и додаје: „Овом народу Бог је окренуо леђа“... Свесна сам да ћу имати чешће оваква „трежњења“ и „спуштања на земљу“, и не љутим се на Мулаза, али осећам да ми је баш овакав занос потребан, да морам толико лепог да накупим, да бих издржала.

Данас је небо тмурно, сиво-модре боје, а због тешких, оловних облака који нам долазе у сусрет и пливају преко наше главе – изгледа још ближе. Имам утисак да га руком могу

¹ Прим. др Вида Парезановић, специјалиста педијатрије, емеритус.

додирнути! Али то не чиним, не пружам руке према небу, јер се одједном од саме те помисли увлачи у мене неко неспокојство и зебња.

УГАО је прво село где се заустављамо, а наши први домаћини су Хукићи. Отварају нам широм врата и срце са дирљивом добро дошлицом. Брзо схватају циљ нашег доласка, захваљују се што ће многе од њих први пут лекар да прегледа, али је искренија њихова радост што смо им дошли у госте. Зато и преузимају иницијативу да се тако и осећам.

Одмах нас онако покисле смештају око ватре, поред мангала, да се сушимо. Образи су нам зажарени, очи пуне суза од дима. Но, да ли само од дима? Ови људи су нас освојили, ганули до суза. „Будите као код својих“ – говорили су. И ми смо били код својих. Више од два сата провели смо са њима. Док сам завршавала прегледе последњих чланова домаћинства, дошао је и хоџа. Био је ћутљив, достојанствен, а за мене и тајанствен. Замолио је да послушам и његово срце. Свлачио се полако, капут, кошуљу, а кад је скинуо чалму као да је пред нама одједном нестало оне тајанствености. Мештани су то одмах и искористили. „Пишеш ли му запис“ – задиркавали су га док сам преписивала лекове.

Дуго смо се и срдачно опраштали. Морала сам на силу да обучем некакав мушки дугачи кожни капут, па нисам могла да се попнем на коња. Пришао је домаћин, чучнуо поред мене, преплео прсте својих рук и показао ми да станем ногом. Одбијала сам. Но, топао, пријатељски осмех нагнао ме је да пристанем. „Дођите нам опет“ – одозвањало је долином док смо одлазили. „Доћи ћемо“ – одговарали смо, чак и ако не доћемо, знали смо – не можемо вас никад заборавити.

Обишли смо још две куће у Углу, а онда пошли у Долиће. Пут нас води према школи. Одједном неко комешање, жагор. Из сваког дворишта, из куће, излазе мештани да нас поздраве. „Је ли то учитељица?“ – питају углас. „Не, лекар“ – одговори неко из наше екипе. „Ex“ – тужно одмахују руком – „нама је учитељ потребан!“ Школски курир Тица, без капе и капута, с кључевима у руци, трчи нам у сусрет. „А ја мислио... деца скчују од радости,

малишани наши. Начекасмо се, вала, искривисмо вратове гледајући низ друм... школа нам је лепа, а затворена“. Тешко ми је на срцу. Осећам се кривцем што сам разочарала ове људе. Што су се за тренутак узбудили малишани. Не знам шта бих дала да сам могла да учествујем у њиховој срећи. Да примим кључеве од овог симпатичног човека и отворим школу. Тица као да погађа моје мисли. „Истина, нама треба и лекара, има и болесних. Но, ово је прече, слепило код очију. Тежа је то болест – не лечи се“.

Стigli смо и до усамљене куће под планином. Унутра је прљаво и загушљиво, јер се много ложи. Уз четворо мале деце, од јуће је још једно, новорођенче. Мајка је на ногама, већ послује. Треба нам много времена да је одобровољимо за разговор. Преморена је, и некако одсутна. Тражим да расповије бебу. Умотана је у дроњке. Страх ме је да пиtam чиме је пресечен и подвезан пупчаник.

„Бритвом сам пресекла“, каже она – „а овим подвезала“. Гледам груби вунени конац испреден из различних старих крпа, тканица, појасева. На мој неми поглед, мајка одговара: „Тако се ваља“.

Није могуће! Па то младо биће не само да није заштићено већ, напротив, изложено је одмах најопаснијем ризику, као пред некаквим судбоносним тестом: или-или! Стављам стерилну газу на пупак, и преко ње завој. То је све што могу да урадим.

За повратак нам треба више од три сата пешачења. Одавно је пао мрак. Понегде, по негде зашкиљи светлост петролејке. Важно је да не изгубимо пут. Ни сам водич није сигуран. „Ако само мало скренемо“ – упозорава нас – „вратићемо се одакле смо пошли“... „Да докажемо да је земља округла“ – рече неко.

Али не и једноставна, проста као круг. Јуђи су је учинили оваквом каква је – усложили и обогатили пре свега. „Не брините, сутра ће бити леп дан. Код нас се за 24 часа измене сва четири годишња доба. То је и једино што се овде најбрже мења“ – говоре нам на расстанку. Као да им ово није довољно, додају: „Не бо ће се избистрiti, а још ноћас појавити звезде. Једино вам за Бога не гарантујемо“.

Из историје здравства Србије

85 година Медицинског факултета у Београду

Медицински факултет у Београду ових дана слави значајан јубилеј, 85 година од оснивања. Звање лекара стекао је 33.051 студент, специјализацију је завршило 23.266, а уже специјализације 1.150 лекара. Магистарске тезе су одбранила 2.734 кандидата, а докторирало је 2.259 научника.

Првим српским Законом о универзитету, који је донет 12. марта 1905. године, чланом четири, установљен је Медицински факултет, али је тек 15 година касније, 9. децембра 1920. године, почeo са радом и то предавањем професора анатомије др Ника Миљанића у свечаној сали Ректората. Истог дана је и први декан Медицинског факултета др Милан Јовановић Батут у свечаној сали Капетан-Мишиног здања (Ректората Универзитета у Београду), одржао свечани говор који је означио почетак рада факултета.

Тај датум се обележава и као датум оснивања Медицинског факултета у Београду, који је до 1960. године био и једини медицински факултет у Србији.

Милан Јовановић - Батут

Изашла је најновија књига нашег познатог хигијенича, социјалног радника и одличног пропагатора и популаризатора медицине у нашем народу, професора др Милана Јовановића - Батута о нежењама и старожењењима са здравственог, социјалног и расног гледишта.

Ова књига згодно је дошла баш у време објављивања закона о порезу на нежење и тако одмах добила и директно признање, али њена појава је истовремено врло корисна да објасни каква опасност прети од нежења за друштво, народ и расу.

Само када мушкарци и жене буду свесни својих дужности, када буду схватили да од њихове хармоничне заједнице зависи опстанак породице, народа и расе, само ће тада бити осигурана будућност једне државе.

Политика, 5. јануар 1931. године

Вести и новости из здравствених установа у Србији

Из Клиничког центра Србије *Довољно лекова и материјала*

Ако неко од пациентата тражи неки лек или материјал за операцију или преглед – чини прекршај, јер у овом часу у Централној апотеци Клиничког центра Србије, као и свим службама које се брину за потрошни медицински материјал, свега имаово, каже за „Политику“ др Вojко Ђукић, директор КЦС.

Ђукић оставља могућност да се у изузетним ситуацијама појави недостатак неког лека или друге потрепштине, али онда одговарајућа служба има задатак да то набави у року од 24 часа. Ко ради другачије крши процедуре и наши грађани могу у таквим ситуацијама да се обрате управи КЦС. Управа КЦС најавила је да ће такве примере непотребних захтева пациентима и њиховој родбини санкционисати.

Др Ђукић каже да су последњих месеци унапређене листе чекања за поједине најсложеније и најскупље медицинске процедуре, па се тачно зна ко и када стиже на преглед за срце (на катетеризације), а ко добија пејсмејкер, за који је практично листа чекања сведена на минимум. Листе чекања су прецизно урађене и за ортопедске интервенције.

– Ових дана почеће да раде две нове ангио-сале. За наше пациенте то значи да ће имати бржу и бољу дијагностику, па самим тим и бољу терапију – објашњава професор Ђукић.

У току је и монтирање нове магнетне резонанце, уређаја који је до сада био „уско грло“ у нашој највећој здравственој установи. Наш саговорник најављује да ће нова магнетна резонанца, купљена уз помоћ Ми-

нистарства здравља, бити смештена у истим просторијама где се налази и до сада једина постојећа. Уз три постојећа, ускоро КЦС добија и нови скенер, намењен пациентима Неуролошке клинике. Неупућенима може изгледати необично да се и поред пратично четири скенера у КЦС, на овај преглед чека недељама и месецима, али, како др Ђукић каже, нелогичност постоји само на први поглед.

У току наредне године Клинички центар Србије могао би да добије заиста врхунску медицинску опрему. Др Ђукић каже да је у планове за 2006. већ „ушла“ набавка – такозваног „64-слајсног“ скенера, који сада код нас има једна приватна клиника, а планирана је и набавка ПЕТ скенера.

Из: „Политике“, 7. децембар 2005.

И дому здравља „Савски венац“ *Комуникација СМС порукама*

Акција под називом „Проверите своје здравље“ у којој пациенти могу да закажују преглед СМС поруком показала је одличне резултате у Дому здравља „Савски венац“. програм је у септембру почeo да се примењује на Одељењу дечје стоматологије, јер су лекари сматрали да деца од малих ногу морају да науче да брину о свом здрављу – зубима, исхрани и прегледима. Правило је та кво да дете када дође код стоматолога остави број мобилног телефона и касније га лекар СМС поруком обавештава о датуму и времену прегледа.

– Да бисмо корисницима здравствених услуга олакшали комуникацију са лекарима

и подигли ниво пружања услуга, покренули смо пројекат под називом „Остваривање комуникације са корисницима здравствених услуга путем СМА-а“. У првој фази пројекта изабрали смо школску децу и омладину, јер ова популација највише користи мобилне телефоне и поруке. Такође, важно је најмлађе мотивисати да посете стоматологе – објаснило је Зоран Симоновић, задужен за односе са јавношћу у Дому здравља „Савски венац“.

За време лета набављена је потребна опрема, а са софтверском кућом „СМС мост“, која је задужена за израду стоматолошког информационог система, довршена је апликација за комуникацију СМС порукама.

Услов да би се она остварила јесте да се приликом посете лекару – стоматологу у картон упише и број мобилног телефона корисника.

– Друга фаза пројекта предвиђа да се прегледи СМС-ом закazuју на свим одељењима у Дому здравља „Савски венац“, а ако све буде текло по плану, то ће почети почетком следеће године. На обрасцима за опредељивање пацијената за изабраног лекара налазиће се и рубрика са подацима који су неопходни за комуницирање порукама – истакао је Симоновић.

Др Мирјана Велимировић, директорка овог дома здравља, нагласила је да је ово само један корак који помаже да се људскости, која се изгубила у здравственим установама, врати на велика врата. Она је објаснила да је у дому здравља завршен ремонт грејања и да је на Сењаку здравствена станица комплетно преуређена.

– Неопходан нам је апарат за скопију који служи за снимање плућа и систематске прегледе запослених у овој општини. На недавно одржаном хуманитарном турниру у тенису који је организовала Општина Савски венац прикупљено је око 100.000 динара. Планирамо да од тог новца купимо холтер за мерење крвног притиска. Да би се смањили редови, увели смо нови систем пружања услуга у коме се упути и рецепти заказују данас за сутра. По угледу на здравствене уста-

нове у Краљеву, наши пациенти бирају који ће лекар да их лечи. Сваки лекар брине о 1 600 пациентата, а ако неко не буде задовољан лекаром, може следеће године да изабере другог – рекла је Велимировићева.

Из: „Политике“, 7. децембар 2005.

Проглашене најбоље опште болнице и дома здравља

Прва месета за Параћин и Сечањ

Краљевчани изгубили прво месето због појгрешне операције, а болнице у Мајданпеку и Сmederevu lošije prošle zbož afera

Опште болнице у Параћину, Панчеву, Ђутији и Ваљеву, као и домови здравља у Сечињу, у београдској општини Савски венац, Краљеву и Пећинцима проглашени су најбољим здравственим установама у Србији на Конференцији о сталном унапређењу квалитета здравствене заштите.

Иако је највиши скор према квалитету рада имала Општа болница у Краљеву, ова установа је прво место изгубила због недавне тешке грешке када је на хируршком одељењу пацијенткињи оперисана погрешна нога. Висока места (четврто) због посете здравствене инспекције и великог броја представници грађана изгубила је и Општа болница у Бору, а затим и болнице у Мајданпеку и Сmederevu због умешаности лекара у афера са инвалидским пензијама.

Министар здравља, професор др Томица Милосављевић, јуче је, уз подсећање да је квалитет здравствене заштите код нас, за разлику од света и развијених здравствених система, још „врућа тема“, представио прво рангирање здравствених установа према квалитету. Рангирано је укупно 167 домова здравља и 40 општих болница. Није далеко дан када ће, попут праксе у Британији у којој постоје болнице са три, две, једном или ниједном звездицом, и у Србији тачно да се зна које су установе најбоље и то врло прецизним критеријумима, а не празним рекламирањем.

Др Татјана Станковић представила је резултате праћења квалитета рада у домовима здравља. Лекари, у просеку, годишње напишу 2.487 рецепата, 250 упута за лабораторију, 211 налога за ампулиране, значи најскупље, лекове, 43 упута за преглед на ултразвуку... Анализе су показале да је било и педијатара који за годину дана нису издали ниједан упут за ултразвучни преглед или лекара који на рецепт није написао ниједан ампулирани лек.

У општим болницама у Србији једна медицинска сестра долази на два кревета, просечан број преоперативних дана лежања је само 1,1 дан, а просечна дужина болничког лечења је 8,2 дана, подаци су праћења квалитета лечења у овој врсти здравствених установа. Др Весна Хорозовић, која је представила ове резултате, указала је да се најдуже, 12 дана, лежи на интерним одељењима у Војводини, а дан мање у централној Србији. На хируршким одељењима просечно се лежи осам, а на гинекологији пет дана. У општим болницама у просеку један лекар месечно обави 5,6 операција.

Јуче су представљени и резултати испитивања задовољства корисника, што је субјективан начин процене квалитета. Професорка др Снежана Симић, помоћни министар здравља, рекла је да је ове године обрађено чак 70.000 упитника и да је Србија једна од ретких земаља која на овај начин утврђује и оцењује квалитет рада у здравству. Докторка Симић је рекла да су овогодишњи резултати показали да су наши пациенти све критичнији. Анкета је била анонимна. У области примарне здравствене заштите, односно у домовима здравља, грађани су најнездовољнији медицинским сестрама у општој медицини, а напозитивније оцене добиле су стоматолошке сестре.

Кад је реч о болесницима који су лежали у болницама, у анонимној анкети се за четири одсто у односу на прошлу годину повећао број веома нездовољних пруженом услугом. Порастао је за 17 одсто број нездовољних, али за 23 одсто опада број веома нездовољних. Грађани су најзадовољнији

интернистичким болничким одељењима, а веома нездовољни квалитетом пружене здравствене услуге на гинеколошким одељењима. Др Весна Кораћ, која се бавила овим сегментом праћења квалитета здравствене услуге, поручила је да здравствени радници могу да буду задовољни оценама које су добили од грађана, али да увек буду свесни да пациенти можда не знају шта желе, али увек знају да процене шта су добили.

Из: „Политике“, јануар 2006.

Статистика о квалитету лечења **Болнице нису хоћели**

Хирурђ месечно обави шест јоперија, а једна сесија се симара о два болесника

Лекари нас уз помоћ најновије статистичке убеђују да у болничким креветима лежимо знатно дуже него већина болесних Европљана – просечно осам дана. Међутим, много је већи број грађана који тврде да су из болничког кревета били „избављени“ много брже него што су субјективно и лаички сматрали да је било довољно. Нажалост, и у нашем здравству усталило се схватање да је болнички дан најскупљи и да болнице нису ни прихватилишта, ни места за опоравак и реконвалесценцију. Зато се и код нас иде на смањење болничких дана и велики део лечења се пребацује на дневне клинике или амбуланте.

Најкраће се у болничком кревету лече Данци – свега 3,6 ана, а најдуже Руси – више од 12 дана. Ми се, уз Словаке, Хрвате и Чехе, држимо златне средине, подаци су др Весне Хорозовић, која је за потребе Друге конференције о сталном унапређењу квалитета здравствене заштите анализирала квалитет рада у општим болницама у Србији.

Сасвим друга прича је у клиничко-болничким центрима и специјализованим клиникама: док се у Енглеској, у болници у Манчестеру, на онкологији лежи просечних пет дана, код нас је просек лежања на онкологији 10 дана, а у нишкој болници чак 13 дана.

Др Оливера Јовановић, која је анализира-ла какав је квалитет лечења у овој области, указала је на једну нелогичност: три практично исте установе – Институт за кардио-васкуларне болести „Дедиње“ у Београду, институт у Сремској Каменици и Клинички центар Србије – толико се разликују по начину рада, броју и врсти пацијената, пријему тешких и хитних случајева, да је могућност поређења веома мала. Број дана уочи операције, када болесник практично само чека и заузима кревет у овим установама, износи од три до шест, а у Британији само један дан! За интервенцију уградње коронарног бајпаса разлика међу овим установама је четири дана, па на хиљаду болесника то је чак 4.000 изгубљених дана, израчунала је Јовановићева, указујући да у тој области надлежне чека уједначавање и побољшавање рада, а за добробит пацијената.

У клиничко-болничким центрима и специјализованим клиникама код нас просечна дужина лежања је девет дана, мада је, на пример, у крагујевачком болничком центру чак 13 дана. Поређења ради, у Енглеској у сличним установама лежи се свега три до четири дана, а на одељењима гинекологије од пет до седам и по дана, док за исте проблеме жене у Холандији, на пример у болници у Маастрихту, у болници проводе свега два и по дана.

Први пут су грађани Србије добили и податак о томе колико раде наши лекари. На пример, у општим болницама широм Србије један хирург месечно у операциону салу улази 5,6 пута, а готово невероватно звучи податак да једна сестра долази на два кревета. У општим болницама у Србији, а анализа квалитета је урађена у 40 ових установа, постоје мале разлике у лечењу. Бар по статистикама, смањио се број преоперативних дана, а повећао се број операција у општој анестезији по лекару. Мождани удар, са стопом смртности од 25,6 одсто, представља водећи узрок смрти, а следи висока смртност од инфаркта мокарда – само у општим болницама је 14,3 одсто, док је у Београду проценат много виши.

Већа контрола издавања лекова на рецепт дала је резултате: у дому здравља просечан број издатих рецепата по лекару је 2.487. Налога за ампулиране лекове у домовима здравља је свега, просечних, 211, што је у принципу задовољавајуће, јер је намера саставља-ча позитивне Листе лекова и била да се лекови у ампулама, значи разне инјекције, дају у болничким условима. Ипак, статистика по-казује да је било и лекара коју у току целе године нису написали ниједан налог за ампулирани лек, као што је забележен и случај дечјег лекара који за годину дана није издао ниједан упут за снимање ултразвуком. То је, наравно, претерана штедња на рачун пацијената, с обзиром на то да метода ултразвука, као безболна и релативно доступна, ипак, слу-жи за рано откривање поремећаја и болести.

Из: „Политике“, 9. јануар 2006.

На Скупштини Српског лекарског друштва **Додељена признања медицинарима**

На годишњој скупштини Српског лекарског друштва која је одржана јуче у Дому гарде на Топчићеву, додељена су признања и награде члановима Друштва.

Награда „Велики печат“ додељена је проф. др Константину Бранковану, а признање за животно дело добили су проф. др Петар Дрча, проф. др Звонимир Левић и проф. др Драган Кубуровић.

Лекари проф. др Слободан Голубовић и проф. др Миодраг Чолић, као и проф. др Драгослав Стаменковић, стоматолог, награђени су за свој научноистраживачки рад.

Признање за организацију здравствене службе добио проф. др Зоран Иванковић.

Српску медицину у овој години највише су афирмисали проф. др Предраг Пешко и проф. др Божина Радевић.

Најактивније секције биле су гинеколо-шко-акушерска, педијатријска и хируршка.

Овом приликом седморо лекара добило је посебне повеље, а награђени су најбољи

дипломирани студенти и најактивније подруžнике у 2004. години.

По завршетку додељивања награда и подношења извештаја о раду свих комисија, гости су присуствовали културно-уметничком програму под диригентском палицом Даринке Матић-Маровић.

Из: „Политике“, 22. децембар 2005. године

Представљени водичи добре праксе

Помоћ у лечењу паацијенаша

Национални водичи добре клиничке праксе представљени су јуче у Центру „Сава“ у присуству великог броја здравствених радника. Према речима проф. др Вере Поповић, председнице Републичке стручне комисије за израду водича, десет публикација имају за циљ да дају прпоруке према којима ће се, на исти начин, лечити болесници у Лесковцу, Београду и другим градовима.

— Водичи служе за јачање квалитета и уједначавање критеријума лечења и досад су дали позитивне резултате, наишли су на добар пријем код лекара. О томе најбоље го-

вори и чињеница да је 73 одсто лекара учествовало на семинарима за припрему ових публикација. Оптерећење болестима и велике варијације у лечењу били су основни критеријуми за селекцију тема — нагласила је Поповићева.

Лекари ће у 10 представљених водича моћи да прочитају новине у превенцији дијабетеса, малигних, кардиоваскуларних и цереброваскуларних оболења, али и о главобобљама, губитку свести, праћењу трудноће, артеријској хипертензији, крварењу из дигестивног тракта и реуматоидном артритису.

Др Томица Милосављевић, министар здравља, објаснио је да ће следеће године Министарство урадити истраживање оптерећења друштва болестима, када ће моћи и да се види „шта је транзиција у последњих пет година донела здравственом стању нације“.

Рад на публикацијама стручњаци ће наставити и после фебруара наредне године, када се завршава пројекат изrade 23 водича из различитих здравствених области, а који је припреман уз финансијску помоћ Европске агенције за реконструкцију.

Из: „Политике“, 21. децембар 2005. године

Упутство ауторима

У часопису „Здравствена заштита“ објављују се оригинални научни радови, претходна саопштења, прегледи и стручни радови, из социјалне медицине, из историје медицине и здравствене службе, здравственог осигурања, економије у здравству, информатике и менаџмента.

Уз рукопис чланка треба приложити изјаву с потписима свих аутора да чланак није објављиван. Сви приспели радови упућују се на рецензију. Радови се не хоноришу. Рукописи се не враћају. Рукопис рада у два примерка и евентуално дискуту са ознаком програма (текст процесора) слати на адресу: **Уређивачки одбор часописа „Здравствена заштита“, Комора здравствених установа Србије, 11000 Београд, Нушићева 25.**

Ошића правила

Рукопис чланка писати дуплим проредом са маргинама од 2,5 цм, на папиру формата А4 и то само са једне стране. Графитном оловком на маргини текста означити места за табеле, слике, шеме и графиконе. Литературни подаци у тексту означавају се арапским бројевима у заградама, редоследом којим се појављују у тексту. Пошто се часопис штампа ћирилицом, **црвеном оловком подвучи речи које треба штампати латиницом.**

На посебној страници (у једном примерку) навести наслов чланка без скраћеница, затим пуна имена и презимена аутора и њихове стручне титуле и називе установа и места у којима раде. Имена аутора повезати са називима установа индексираним арапским бројкама. На дну странице откуцати име и презиме аутора са којим ће се обављати ко-

респоденција, његову адресу, број телефона и евентуално e-mail адресу.

Текст чланка писати кратко и јасно на српском језику. Скраћенице користити изузетно и то само за веома дугачне називе хемијских супстанција, али и за називе који су познати као скраћенице (нпр. АИДС, РИА итд.).

Обим рукописа

Обима рукописа (не рачунајући кратак садржај и списак литературе) за прегледни рад може износити највише шеснаест страна, за оригиналан рад десет страна, за стручни рад осам страна, претходно саопштење четири стране, а за извештај, приказ књиге и писмо две стране.

Кратак садржај

Уз оригинални научни рад, саопштење, прегледни и стручни рад треба приложити на посебној страници **кратак садржај до 250 речи на енглеском и српском језику.** У њему се наводе битне чињенице, односно кратак приказ проблема, циљеви и метод рада, главни резултати и основни закључци рада.

Уз све врсте чланака за које је потребан кратак садржај, откуцати на посебној страници наслов рада, резиме и иницијале имена и презимена аутора, називе установа.

Табеле

Свака табела се куца на посебној страници. Табеле се означавају арапским бројкама по редоследу навођења у тексту. Наслов табеле који се куца изнац табеле приказује

њен садржај. Коришћење скраћенице у табели обавезно објаснити у легенди табеле.

Слике (фотографије)

Приложити само квалитетно урађене фотографије и то у оригиналу. На полеђини сваке слике написати презиме првог аутора, скраћени назив члanka, редни број слике, а врх слике означити вертикално усмереном стрелицом. Наслов слике написати на посебном листу.

Претежи (шеме, графикони)

Примају се само прегледно урађени цртежи на белој хартији.

Списак литературе

Куца се на посебној страни, двоструким проредом, а троструким између поједињих референци, с арапским бројевима према редоследу навођења у тексту. број референци у списку не треба да прелази 20, осим за прегледни рад. Стил навођења референци је по угледу на „Index Medicus“.

НАПОМЕНА: Ово упутство је сачињено према Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, који је објавио „International committee of medical journal editors“ у N. Eng. J. Med. 1997;336; 309–15.

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

614

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА : Часопис за социјалну медицину, здравствено осигурање, економику и менаџмент / главни и одговорни уредник Предраг Довијанић. - Год. 1, бр. 1 (1972)-. -Београд (Нушићева 25) : Комора здравствених установа Србије, 1972 - (Београд : Обележја). - 27 см.

Двомесечно.

ISSN 1451–5253 = Здравствена заштита
COBISS.SR-ID 3033858