

ГОДИНА XXXVI

Број 1
ЈАНУАР 2007. 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 сц. 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
e-mail: obelezja@yahoo.com

Лекција-корекција:
Ковиљка Дабић

Технички уредник:
Синиша Ђетковић

Тираж:
500 примерака

Штампа:
„Сека“, 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 свећанској бази о серијским публикацијама (ISSN база) са седиштем у Паризу.

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

Резимеи чланака објављују се и у СЦИ индексу (српски научни индекс) при Народној библиотеци Србије.

C a g r ж a j

Из Коморе здравствених установа

Извештај уредништва часописа „Здравствена заштита“ за 2006. годину.....	1
--	---

Програмска оријентација и план излажења часописа „Здравствена заштита“ у 2007. години	9
--	---

Из Министарства здравља Републике Србије	11
---	----

Стручни и научни радови

Мр. си. мед. др Анђелија Нешковић,

Прим. mr. си. мед. др Милена Пауновић, Биљана Будић

Квалитет рада стационарних здравствених установа у Београду	31
---	----

Др Весна Драгићевић, Др си. мед. Зорица Димићијевић

Анализа здравственог стања становништва

Београда у периоду 1997–2005. година	49
--	----

Проф. др М. Јањић

Породични лекар у заштити старијих особа.....	69
---	----

Др Љиљана Црнчевић-Радовић, ћрим. др Ивана Омеђовић,

ћроф. др Томислав Јовановић, дипл. инж. Миодраг Зарић,

ћрим. др си. мед. Даница Вујновић, ћроф. др Марко Бумбаширевић,

док. др Зоран Благојевић

Хипербарична оксигенотерапија (ХБОТ) у Србији	73
---	----

Вести и новости из здравства Србије и о здравству Србије....

Из историје здравства Србије

Проф. др Брана Димићијевић

Загубљени етички разлози.....	87
-------------------------------	----

Приказ књига	89
---------------------------	----

Календар стручних скупова у Европи (мај–јуни 2007.).....	93
---	----

Упутство ауторима	95
--------------------------------	----

Из Коморе здравствених установа Србије

Извештај уредништва часописа „Здравствена заштита“ за 2006. годину

I.

Комора здравствених установа Србије, као и здравствене установе Србије, њене чланице, и у протеклој години омогућили су да се наставе стручне и научне активности, које су у неким областима дала завидне резултате. Ти резултати, као и савремени приступ систему здравствене заштите и нови трендови у области економике, информатике и менаџмента у здравству наше земље, наметали су потребу за стручном елаборацијом и презентацијом стручној јавности у нашим здравственим установама. Један од већ традиционалних облика овог комплекса информисања одвијао се путем објављивања у часопису „Здравствена заштита“.

Цивилизацијска је потреба и обавеза да резултате активности наших установа, проблеме социјално-медицинске генезе у популацији Србије, као и разна питања из области организације здравствене заштите и здравствене службе, здравственог осигурања, здравственог законодавства, информатике, менаџмента у здравственој делатности, обрадимо и забележимо у нашем часопису „Здравствена заштита“.

Управни одбор Коморе и Уређивачки одбор часописа подржали су такав приступ.

Из тих разлога, као и због традиције и подсећања на почетке нашег часописа, и у овом Извештају дајемо „Манифест о издавачкој оријентацији часописа *Здравствена заштита*“, који је Управни одбор Коморе прихватио, а Уређивачки одбор часописа објавио у првом броју „Здравствене заштите“, на самом почетку 1972. године.

Надамо се да ће овај часопис на тим основама наставити и даље да живи и редовно излази уз помоћ његовог издавача – Коморе здравствених установа Србије, самих

здравствених установа, потенцијалних донација и, разуме се, пре свега, захваљујући ауторима који ће у њему објављивати своје радове.

Као и до сада, у часопису ће моћи да се нађу радови (стручни и научни) чланова САНУ, професора Универзитета, лекара и здравствених сарадника из наших здравствених установа, и из других, који у својим радовима износе резултате из своје свакодневне праксе или који анализирају стање и проблеме из свакодневног живота и рада.

Иначе, часопис је регистрован у Библиографији Србије и Црне Горе и са својим ЈУ ИССН бројем налази се у Светској бази о серијским публикацијама (ИССН база са седиштем у Паризу). чланци из часописа објављују се у Библиографији Србије и Црне Горе, серија Б. часопис се у регистру Министарства за науку води као „публикација од посебног интереса за науку“, а похрањује се у Народној библиотеци Србије, Библиотеци САНУ, Универзитетској библиотеци у Београду, библиотекама медицинских, стоматолошких и фармацеутских факултета и др.

Часопис, у „новом“ издању, од прошле године садржајно је и технички осавремењен, како захтевају нове околности и потреба.

Часопис „Здравствена заштита“ и у будуће треба да остане стручна публикација за социјалну медицину, здравствено осигурање, економику, информатику и менаџмент у здравству, дајући шансу Комори здравствених установа Србије да се искаже и у тој области.

II.

Уређивачки одбор и уредници часописа са радошћу констатују да је током 2006. године, од шест бројева часописа, који су Пла-

ном излажења утврђени од стране Управног одбора Коморе, изшло свих планираних шест бројева и један ванредни тематски број посвећен менаџменту у здравству.

У тих шест издатих, планираних бројева и у једном ванредном броју часописа објављено је укупно 129 наслова, научних и стручних радова, чланака, реферата, саопштења. Одштампано је 600 страница текста, а у тим радовима је учествовало 96 аутора и коаутора (лекари и стоматолози, специјалисти опште праксе, социологи, економисти, правници, информатичари и др.). Међу њима је значајан број професора Универзитета, чланова САНУ, директора здравствених установа и других институција од интереса за здравство и здравље, доктора и магистара наука разних ужих специјалности, примарijuса, лекара опште медицине, правника, економиста и сл.

Анализирајући структуру објављених радова и садржај појединих бројева часописа у 2006. години, могу се издвојити неколико главних тематских подручја:

1. Стручни или научни радови, реферати или саопштења из области социјалне медицине, организације здравства, епидемиологије, хигијене, екологије, права, економике, менаџмента, информатике и слично.

У овој групи се нарочито истичу теме које третирају факторе ризика, епидемиологију и социјално-медицинску терапију хроничних незаразних оболења и сличних патолошких појава, које имају значајне здравствене, економске и друге друштвено негативне реперкусије. Један број радова односио се на следеће области: морбидитет и морталитет популације, проблематику праћења потрошње лекова; здравствено-васпитну делатност; проблеме превентивног рада и промоције здравља; факторе и последице загађивања животне средине; превенцију злоупотребе дроге итд.

Посебна пажња и значајан простор у часопису посвећен је темама које се односе на: квалитет здравствених услуга и здравствене заштите, реформе система здрав-

ствене службе и здравственог осигурања, економику здравства; стандарде, менаџмент и информатику у здравству, актуелним легислативним актима – законима, уредбама и правилницима, као и инаугурацији новог јавног здравља у здравственом систему Србије.

2. Стручни прилози из теорије и праксе организације здравствене заштите и здравствене службе.

У оквиру ове тематске области било је радова везаних за савремену организацију и деловање болница, клиничко-болничких и здравствених центара, али и домаћа здравља; поред тога обрађивани су фактори који утичу на обим хоспитализације, рационализацију рада у систему здравства, затим информатичкој делатности и компјутеризацији као факторима значајним за побољшање рада и организације здравствених установа. Значајан простор посвећен је систематизовању медицинских послова у основној здравственој делатности, принципима савременог менаџмента у функцији квалитета итд.

3. Стручни радови који се односе на друштвено-економске односе у области здравствене делатности.

У оквиру ове теме неколико радова се односило на разматрање праваца трансформације својинских односа у здравству, на потребе и правце промена и реформи здравствене делатности, прошле и актуелне проблеме у систему здравственог осигурања, на облике финансирања здравствене потрошње, демографске проблеме у популацији Србије и сл.

Посебна пажња била је посвећена расправи о нацртима нових законских пројекта из области здравствене заштите, здравственог осигурања и лекарске Коморе као и њиховој примени у пракси након ступања на снагу ових аката.

4. Реферати, саопштења и информације о појединим здравственим установама.

Радовима на ове теме посвећено је знатно пажње и простора у бројевима објављеним током 2006. године.

5. Преводи из публикација Светске здравствене организације и иностране стручне литературе.

Преведени текстови из публикација Светске здравствене организације и иностране стручне литературе заступљени су у неколико бројева часописа, али у незадовољавајућем обиму, јер Комора није у могућности да хонорише преводе. Иначе је традиција овог часописа да кроз приказ или директан превод одабраних текстова из иностране стручне публицистике, посебно из публикација Светске здравствене организације, благовремено и на синтетичан начин широм кругу читалаца омогући да се упозна са новинама и достигнућима из области којима се часопис бави.

6. Теме везане за рад Коморе здравствених установа Србије.

Ово посебно поглавље часописа, резервирано за радове и извештаје из рада Коморе, није било довољно искоришћено у 2006. години.

7. Ново поглавље „Из прошлости/историје здравствене делатности у Србији“ замешљено је да буде подсетник на решења и збивања у проходјалим деценијама у области здравства наше земље. У неколико бројева часописа дати су радови и на ову тему у виду приказа значајних пројеката и програма, јубилеја здравствених установа и слично.

8. Посебно поглавље било је посвећено:

- Светској кампањи борбе против пушња,
- Светској кампањи борбе против ХИВ инфекције и СИДЕ
- Светској кампањи борбе против дијабетеса и др.
- Светском дану здравља и другим актуелним темама током кампања.

9. Други натписи и радови који се не могу сврстати у ове групе, али су интересантни са аспекта теорије или су корисни за праксу читалаца часописа.

Анализа садржаја часописа у 2006. години даје основу за оцену да се квалитет објављених радова, разноврсност тематских

подручја и квалификованост аутора прилога, уз примерену графичку обраду и технику штампања, одржава на постигнутом нивоу квалитета, уз задржавање традиционалне форме. Са друге стране, у 2006. години у часопису је било недовољно текстова о актуелним збивањима у здравственим установама.

Очекујемо да Управни одбор Коморе, Уређивачки одбор и стручна публика дају своје оцене, критике и сугестије, које би у даљем уређивању часописа конструктивно допринеле квалитету и богатству његовог садржаја и концепције. Уређивачки одбор ће током 2007. године пратити поштовање принципа и кодекса уређивачке политике и вршити анализу претходно издатих бројева часописа.

Сигурно је да би садржај часописа могао бити богатији уколико би се нашле могућности за хонорисање аутора. Тада би уредници могли наручивати прилоге од афирмисаних личности из науке и струке, као и превођење актуелних тема из иностраних публикација, пре свега из Светске здравствене организације, од које имамо званично одобрење за коришћење њихових издања.

Основна идеја Уредништва часописа јесте, и остаје, усмеравање тематике претежно на стање и појаве које су актуелне или представљају допринос, у ширем смислу, социјално-медицинској теорији, као и свакодневном раду и активностима здравствених установа. Исто тако, путем рецензентског одабира понуђених радова, који бивају спонтано упућени Уредништву, тежи се да избору и објављивању, пре свега, оних прилога који имају и научно-истраживачки карактер. Истини за вољу, уредништво мора доста труда да уложи како би обезбедило радове који одговарају тој основној идеји, као и да анимира ауторе који могу и желе да припремају и објављују радове у нашем часопису, без хонорара.

Уредништво часописа треба још више да се потруди да за следеће бројеве окупи што више аутора са високим стручним и научним титулама и то из различитих области деловања, уз придржавање постављене издавачке политике да часопис обухвата широко тематско подручје у коме суделују стручњаци из соци-

јалне медицине, економије, планирања, права, социологије, информатике, менаџмента, архитектуре, екологије, медицинске технологије, епидемиологије, хигијене, сестринства и сл.

Узимајући у обзор све изложено, може се оценити веома позитивно, како оријентација, тако и садржај, структура и укупни квалитет издатих бројева часописа у току 2006. године.

Исто тако, сматра се да треба наставити са издавањем часописа и убудуће на досадашњој платформи, уз одређене иновације, како у тематском смислу, тако и у техничком погледу. Тематика која се третира у часопису треба да заинтересује што шири круг здравствених радника, нарочито руководиоце здравствених установа, као и стручњаке из парамедицинских дисциплина и да делује позитивно на њих и то на свим нивоима организованости. То је, уистину, суштина програмске оријентације часописа за коју сви заинтересовани треба да се заложе, а посебно чланови Уређивачког одбора часописа.

Потребно је да Управни одбор Коморе потврди одлуку о настављању достављања часописа Библиотеци Светске здравствене организације у женеви и Копенхагену, Националним библиотекама у Вашингтону, Лондону и Москви (што је у ранијем периоду била пракса), као и Библиотеци САНУ и Универзитетској библиотеци у Београду. Поред тога, потребно је и потврђивање сагласности Управног одбора Коморе о размени часописа са другим редакцијама (Медицински преглед, Српски архив, Војно-санитетски преглед, Медикус и др.)

У закључку овог извештаја потребно је подсетити Управни одбор Коморе да наш часопис ове године улази у тридесет шесту годину излажења.

Часопис „Здравствена заштита“ представља својеврстан прозор наше Коморе у свет струке и научне области од интереса за делатност сваке здравствене установе – чланице Коморе. С друге стране, то је једини часопис у нашој земљи, али и у суседним земљама, који се бави комплексом тема из социјалне медицине, здравственог осигурања, економике, информатике, права и менаџмента у здрав-

ству. Овако програмски определjen, поред осталог, омогућава здравственим радницима и сарадницима из одговарајућих области медицине и здравствене делатности да своје стручне и научне радове објављују и тиме стичу услове за доделу стручног звања „примаријус“.

Према томе, довољно је разлога да органи Коморе омогуће да „Здравствена заштита“ и даље живи, односно, да излази бар као двомесечник, како је то практиковано по следњих година.

Корисно би било проширити круг претплатника, повећати тираж, тако да свака чланица Коморе добија бар по пет примерака, а веће установе по десет. Корисно би било такође повећати број пропагандних – маркетингских порука веледрогерија и произвођача лекова, медицинских уређаја и сл.

У току 2006. године остварен је План издавања, захваљујући разумевању и ангажовању председника Управног и Уређивачког одбора прим. др Илије Трипковића, као и залагању и ентузијазму секретара Коморе господина Рајка Гргуревића.

На крају да закључимо да је током 2006. године остварена веома добра сарадња и са Издавачким предузећем „Обележја“ из Београда, када је реч о припреми за штампу, лектури и коректури текстова, прелому, техничком уређивању штампе и, што је веома битно за овај часопис, роковима изласка из штампе. С обзиром на позитивно искуство у сарадњи, било би добро да Комора здравствених установа Србије са овом издавачком кућом оствари уговор као са извршним издавачем часописа, како је то пракса са неким другим часописима, уз овлашћења која би била корисна за Комору у организационом и материјалном погледу.

III.

РЕГИСТАР ОБЈАВЉЕНИХ ТЕМА У ЧАСОПИСУ У 2006. ГОДИНИ

Часопис број 1.

- Методи евалуације и побољшања ефикасности хоспитализације (партиципација)

- Болничке инфекције – проблем савремене медицине
- Карактеристике коришћења стационарне здравствене заштите старих у КБЦ Крагујевац (1999–2002)
- Деца су иконе народа
- Општа медицина у Србији у другој половини двадесетог века
- Изводи из Закона о здравственој заштити (I део)
- Извод из Закона о коморама здравствених радника
- Пре свега – човек
- Најближе небу и људима
- 85 година Медицинског факултета у Београду
- Милан Јовановић-Батут
- Из Клиничког центра Србије – Довољно лекова и материјала
- У Дому здравља „Савски венац“ – Комуникација СМС порукама
- Проглашење најбоље опште болнице и дома здравља – Прва места за Параћин и Сечањ
- Статистика п квалитет лечења – Болнице нису хотели
- На Скупштини Српског лекарског друштва – Додељена признања медицинارима
- Представљени Водичи добре праксе – Помоћ у лечењу пацијената.

Часопис број 2.

- Примарна здравствена заштита у функцији повећања наталитета у Војводини
- Морталитет од кардиоваскуларних болести у популацији Београда старости од 30 до 69 година у периоду од 1990. до 2002. године
- Касне хроничне инфекције у алоартропластичној хирургији – приказ случаја
- Стоматолошка здравствена заштита за 2006. годину
- Изводи из Закона о здравственој заштити (II део)
- Извод из Закона о здравственом осигурању (I део)
- Извештај Уредништва часописа „Здравствена заштита“ за 2005. годину

- Програмска оријентација и план излажења часописа „Здравствена заштита“ у 2006. години
- Приватници без „Хитне помоћи“
- За сваку болест – одређена дужина боловања?
- Први педијатри у Србији
- Др Томица Милосављевић о Ургентном центру – Погон уместо Центра
- шта показују систематски прегледи академаца Београдског универзитета – Расте број малигних оболења
- Захваљујући здравијим државним финансијесама – Почињу јавна улагања
- Годишња стопа смртности од малигних тумора
- Брак и природни прираштај у Србији
- Стопа смртности одојчади у СФРЈ
- Лекари прегледали Србе
- Изузетно признање српском научнику – Солдатовић у Медицинској академији Француске
- Трилион долара за нове бубреже
- Миодраг Стојковић постао гостујући професор ВМА – Клонирањем до здравља
- Дан Београдског универзитета – Проглашени студенти генерације
- Календар стручних и научних састанака у Европи (јули–август 2006).

Часопис број 3.

- Изазови јавног здравља у Републици Србији
- Организација здравствено промотивних активности у локалној заједници и партнерство за здравље
- Финансирање и уговарање здравствене заштите у Републици Србији
- Извод из Закона о здравственој заштити (IV део)
- Извод из Закона о здравственом осигурању (II део)
- Најава министра здравља – Плате веће за 40 одсто
- чему служе Национални здравствени рачун
- Национални план акције о старењу
- Приватизација здравствених установа са вишком капацитета – Природно богатство на продају

- У министарству здравља сумирали успех – Рат пушачима
- Удружење за јавно здравље Србије – О удружењу
- Место удружења за јавно здравље Србије у Европи
- Захваљујући уговору Владе и ЕФГ Евробанк – Корак до пет скенера
- Велики успех нишког радиолога и неуролога – Катетером до мозга
- Нови Сад добио породилиште – Да буде више беба
- Како изгледа национални здравствени картон – Најчешће срце не издржи
- Малигне болести у Србији
- Календар стручних и научних састанака у Европи (септембар–октобар 2006).

Часопис број 4.

- Република Србија, Министарство здравља – Национална комисија за превенцију пушења: Србија против дувансог дима
- Болничке инфекције у одељењима интензивне неге
- Значај особина личности и психосоцијалних фактора за развој коронарне болести срца
- Унапређење рада са родитељима кроз координацију рада поливалентне патронажне службе и других служби у дому здравља и сарадња са структурама у локалној заједници
- Резултати испитивања сatisфакције корисника радом Службе за здравствену заштиту деце Дома здравља Звездара
- Прилагођавање и ментално-хигијенска обележја интерно расељенихadolесцената
- Како написати научностручни рад?
- „Старим колико морам, подмалађујем се колико могу“
- Поводом 70 година Клиничко-болничког центра „Звездара“ - Београд
- Пројекат допунских, немедицинских терапијских активности
- Развој здравствене службе у ужичком крају
- Др Габријел Гарније – оснивач и директор првог дечјег диспанзера у Србији

- Оптимизам професора Батута
- Смањен раст становништва
- Славни здравствени центар у Сремској Митровици – Био је то дом болних
- Основано друштво интерне медицине – Лекари за најтеже случајеве
- Подухват у Ужицкој болници – И камера у stomaku
- Из Дома здравља „Савски венац“ – Ускоро ултразвук
- Зуби на одложено
- Здравствени прегледи Рома
- У Институту за реуматологију КЦС – Отворен део преуређених одељења
- Календар стручних и научних састанака у Европи (септембар–октобар 2006)

Ванредни број – септембар 2006. године

- Делатност Коморе
- Управљачки процес за развој здравства са посебним нагласком на „здравље за све“
- Шта је успешан менаџмент?
- Како успешно руководити? Психологија руководења
- Финансијски „menagement“ – управљање пословањем здравствене установе
- Методологија опремања кадровима у здравству
- Мониторинг и евалуација здравственог стања, потреба и захтева
- Организована обука за управљање у здравству – трајна потреба савременог здравственог менаџера
- Увођење нове организације руководења
- Облици организационе климе и руководење.

Часопис број 5.

- Породични лекар – породична медицина
- Примарна здравствена заштита и здравствено стање одраслог становништва Београда
- Перспективе развоја здравствене службе у 21. веку
- Процес доношења одлукаadolесцента
- Превенција и контрола болничких инфекција у новом миленијуму

- Временске прилике, еко систем и здравље
- Национална стратегија о старењу
- Суптилнији притисци фармацеутских кућа
- Први педијатар у Србији др Платон Папакостопулус
- Батутова оцена здравља српског народа – Домаћи нас лопов поткрада
- Од Контумца до Клиничко-болничког центра Земун–Београд (1730–2005).
- Приказ књиге: „Ивањица претеча система примарне здравствене заштите“
- У Апотекарској установи „Београд“ – Фармацеути мере притисак
- У Заводу за болести плућа и заштиту од туберкулозе – Дијагноза за 24 часа
- Значајан пројекат у здравству – За здравље бебе
- Нови изглед здравствених установа у Србији – Обнова домаћа здравља
- Вакцина против рака грила материце
- Регистар аномалија
- Центар за рано откривање оштећења слуха код најмлађих – „Дечја кућа“ прва у региону
- Основан приватни дом здравља „Др Ристић“ – Бесплатни прегледи
- Календар стручних и научних састанака у Европи (јануар–април 2007. године).

Часопис број 6.

- Квалитет живота у старости
- Здравље и квалитет живота
- Развој специјализованих геријатријских служби
- Да ли стари људи имају будућност?
- Систем интегрисане здравствене заштите
- Сарадња домаћа здравља, геронтолошких центара и других установа социјалне заштите
- Централизација и децентрализација у здравственој заштити у Републици Србији са посебним освртом на град Београд
- Уредба о Плану мреже здравствених установа
- О историјату Клиничко-болничког центра „Бежанијска коса“
- Искуства и резултати у здравственој заштити становништва на подручју региона Титово Ужице и општине Ивањица

- Ивањица конкурише швеђанима
- Монографија о војном санитету
- часови за ћаке о птичјем грипу
- Завод за здравствену заштиту железничара обележава 120 година
- Кућна нега
- Центри за неонаталну интензивну
- Формирана лекарска комора Србије
- Најновији демографски показатељи

IV. РЕГИСТАР АУТОРА САРАДНИКА

- Прим. др сц мед. Божидар Мићић, 1,
Др Весна Шуљагић, 1,5,
Др Љиљана Марковић-Денић, 1,
Др Сања Коцић, 1,
Проф. др часлав Милић, 1,
Др Снежана Радовановић, 1,
Проф. др Марко Младеновић, 1,
Др М. Петковић-Кошћал, 1,
Др Б. Тимотић, 1,
Др В. Дамјанов, 1,
Др И. Јевтовић, 1,
Др В. Пантовић, 1,
Др М. Јовановић, 1,
Проф. др Предраг Довијанић, 1, 4,ВБ,
Прим. др Славко Максимовић, 1,
Прим. др Вида Парезановић, 1,
Мр сц. мед. др Илија Грујић, 2,
Проф. др Љубомир Милашиновић, 2,
Доц. др Зорица Грујић, 2,
Др Сандра Шипетић, 2,
Др Христина Влајинац, 2,
Др Весна Стефановић, 2,
Др Дејана Станисављевић, 2,
Доц. др Зорица Јовановић, 2,
Проф. др Милена Илић, 2,
Доц. др Бранко Ристић, 2,
Асс. др Зоран Грујовић, 2,
Милица Милетић, дипл. ек., 2,
Прим. др сц. Владимира Пешић, 2,
Прим. др сц. Будимир Павловић, 2,
Прим. др Јелена Јовановић-Симић, 2,
Др сц. мед. Зорица Димитријевић, 3,5,
Доц. др Слађана Јовић, 3,
Анђелија Котовић, ВМС, 3,4,
Др Оливер Петровић, 3,
Мр Драгојле Раичевић, 3,

Др Биљана Јовановић, 4,
Др Наташа Мазић, 4,
Др Весна Миољевић, 4
Др Јелена Обреновић, 4,
Др Снежана Јовановић, 4,
Др Драгана Јовановић, 4,
Др Бранко Јаковљевић, 4,
Др Катарина Пауновић, 4,
Др Душан Грубор, 4,
Др сц. мед. Душанка Матијевић, 4,
Прим. mr сц. др Мирјана
Пантелић-Влајковић, 4,
Александра Вучковић, ВМС, 4,
Прим. др Радмила Кандић, 4,
Др Бранка Грујић, 4,
Прим. др Весна Богдановић, 4,
Др Босиљка Угриновић-Склопић, 4,
Др Милош Максимовић, 4,
Др Радојка Коцијанчић, 4,
Др Душан Бацковић, 4,
Др Татјана Илле, 4,
Др Катарина Пауновић, 4,
Проф. др Милутин Даћић, 4,
Проф. др Драган Недељковић, 4,
Душан Јањанин, дипл. соц. тер., 4,
Прим. др Миодраг Јовановић, 4,
Прим. др сц. Владимир Пешић, 4,5,
Прим. др сц. Будимир Павловић, 4,5,
Прим. др Јелена Јовановић-Симић, 4,
Проф. др Војислав Ђукановић, ВБ,
Проф. др сц. Томо Ивовић, ВБ,
Проф. др Иван Штајнбергер, ВБ,

Др сц. Гојко Гојковић, дипл. ек., ВБ
Прим. др Предраг Јелача, ВБ,
Проф. др Ђорђе Козаревић, ВБ
Проф. др Здравко Глушница, ВБ,
Проф. др Радојица Бојановић, ВБ,
Др Миланка Бранковић, 5,
Др сц. Весна Томић, 5,
Верица Гбурчик, метеоролог, 5,
Мирјана Рашевић, 5,
Светлана Вукајловић, дипл. прав., 5,
Проф. др Брана Димитријевић, 5,
Др Сања Миленковић, 5,
Др Биљана Путниковић, 5,
Др Милан Б. Јовановић, 5,
Др Ива Берисавац, 5,
Др Марко Марковић, 5,
Проф. др Србобран Ђорђевић, 5,
Проф. др Момир Јањић, 6,
Проф. др Дејан Нешић, 6,
Проф. др Мирослав Симић, 6,
Проф. др Драгослав П. Милошевић, 6,
Проф. др Марко Младеновић, 6,
Прим. др сц. мед. Љиљана Жикић, 6,
Прим. др сц. мед. Христо Анђелски, 6,
Др Рајко Косановић, 6,
Доц. др Никола Милинић, 6,
Прим. др живадин Ђорђевић, 6,
Проф. др Јован Џекић, 6,
Стојанка Петровић, 6,

Главни и одговорни уредник

Проф. др Предраг Довијанић, с. р.

Из Коморе здравствених установа Србије

Програмска оријентација и план излажења часописа „Здравствена заштита“ у 2007. години

I. Програмска оријентација

1. У 2007. години доследно следити утврђену програмску оријентацију часописа. Посебну пажњу поклонити проширивању тематских подручја из области економике здравства, информатике, здравственог права и сличних области од интереса за здравство.

У том циљу уредници, уз помоћ чланова Уређивачког одбора часописа, могли би да ангажују одговарајуће личности којима ће наручивати радове за објављивање у часопису, уз хонорисање.

У 2007. години и убудуће објављивати више радова из делатности Коморе, што обавезује Стручну службу Коморе да се више ангажује у припреми и обради актуелних тема из делатности Коморе и групације чланица Коморе.

2. У 2007. години обезбедити извршење утврђеног **Плана издавања часописа** као двомесечника, тј. шест бројева. Поред тога организовати и објавити ванредни и специјални тематски број часописа са темама од интереса за здравствене установе Србије: о организацији, делатности, облицима деловања и сличним темама, као и о новим законским актима из области здравства.

3. Квалитету радова објављених у часопису у 2007. години убудуће ће допринети и строже рецензирање. У ту ће сврху Уређивачки одбор ревидирати листу рецензената, а рад рецензената требало би да буде хонориран. Висину хонорара одређиваће Управни одбор Коморе.

4. Изабрани преводи из иностране стручне литературе из области којима се бави Комора здравствених установа Србије и часопис представљаје важан елемент квалитета часописа, а поготово имајући у виду да не часопис одавно добио генерално одобрење директора Светске здравствене организације за

праћење текстова из одговарајућих публикација које та Организација издаје и њихово објављивање само уз навођење извора. То је чешће чињено у протеклом периоду. Неопходно је наставити са том праксом и утврдити ценовник за хонорисање превода текстова, по избору Уредника.

5. У овој години треба предузети мере за инсталирање часописа на Интернет, односно Еуронет мрежу, (ев. Провајдер – ПТТ или други), односно унети га у сайт Коморе здравствених установа Србије.

6. Могуће су и неке друге иновације у садржинском погледу, као и новине у техничко-графичким решењима, уколико то допусте материјалне могућности издавача часописа – Коморе здравствених установа Србије. Ово ће омогућити увођење маркетиншких, рекламих анонси познатих фармацеутских и сличних фирм, према утврђеном ценовнику и одговарајућим уговором са извршним издавачем часописа.

II. План и динамика излажења часописа „Здравствена заштита“ у 2007. години

Број 1/07 – фебруар

Специјални број – март

Број 2/07 – април

Број 3/07 – јуни

Број 4/07 – август

Број 5/07 – октобар

Број 6/07 – децембар

Ванредни број (евентуално) – према одлуци Управног одбора.

Децембар, 2006. године

Главни и одговорни уредник
Проф. др Предраг Довијанић, с. р.

Из Министраства здравља Србије

Лекарска комора Србије основана је 1901. године. Године 1945. Комора мења име у Лекарска комора Федеративне Републике Србије. Исте године забрањен је рад Коморе.

Лекарска комора Србије реоснивањем 2006. године наставља традицију Лекарске коморе Србије од 1901. год.

На основу члана 19. став 2. тачка 1) Закона о коморама здравствених радника („Сл. гласник Р. С.“ бр. 107/05), Скупштина Лекарске коморе Србије на седници одржаној 28.09.2006. године донела је

Статут лекарске коморе Србије

I. Ошиће одредбе

Члан 1.

Лекарска комора Србије је обавезна, независна и професионална организација лекара – доктора медицине – који као професију у Републици Србији обављају послове здравствене делатности.

Члан 2.

Овим статутом Лекарске коморе Србије (у даљем тексту: Комора) уређују се: назив, седиште, унутрашња организација и рад Коморе, вршење поверилих послова и осталих задатака и послова, чланство, органи Коморе, посредовање у споровима, стручна служба Коморе, општи акти Коморе, финансирање Коморе и друга питања од значаја за рад и организацију Коморе.

Члан 3.

Назив Коморе је: Лекарска комора Србије. Скраћени назив Коморе је: ЛКС. Седиште Коморе је у Београду.

Назив Коморе на енглеском језику: SERBIAN MEDICAL CHAMBER. При комуницирању са иностранством користи се енглески језик и назив Коморе на енглеском језику.

Члан 4.

Комора је правно лице са правима, обавезама и одговорностима утврђеним законом и овим статутом.

У правном комуницирању са трећим лицима Комора иступа самостално и неограђено у своје име и за свој рачун, а за своје обавезе одговара свим својим средствима.

Комора има право да стиче имовину и имовинска права и да њима самостално расположе.

Средства за рад Коморе обезбеђују се на начин прописан Законом о коморама здравствених радника (у даљем тексту: Закон) и овим статутом.

Члан 5.

Комору представља и заступа директор Коморе.

Члан 6.

Печат Коморе је округлог облика, пречника 35 мм са знаком Коморе у средини и исписаним текстом на ћирилици по ободу: Република Србија, Лекарска комора Србије – Serbian Medical Chamber.

Штамбиль Коморе је правоугаоног облика величине 55 x 25 mm са истим текстом на ћирилици као и за печат, са додатком простора за број деловодног протокола и датум.

Комора има знак, логотип и заставу.

Знак Коморе је стари знак Српског лекарског друштва из 1901. године.

Знак Коморе је заштићен.

Комора има гласило са графичким знаком који је заштићен.

Члан 7.

Рад Коморе и њених органа је јаван.

II. Унущања организација коморе

Члан 8.

Лекарска комора Србије врши поверене послове и остале задатке и послове предвиђене Законом и овим статутом посредством својих органа и органа својих огранака.

Огранци Коморе су регионалне коморе Лекарске коморе Србије.

Регионалне коморе су основни облик територијалног организовања и повезивања чланова, установљене ради непосредног остваривања циљева и задатака Коморе и заједничких интереса чланова на подручју надлежности регионалне коморе.

У саставу Лекарске коморе Србије су:

- 1) Регионална Лекарска комора Београда;
- 2) Регионална Лекарска комора Војводине са седиштем у Новом Саду;
- 3) Регионална Лекарска комора за југоисточну Србију са седиштем у Нишу;
- 4) Регионална Лекарска комора за централну и западну Србију са седиштем у Крагујевцу;
- 5) Регионална Лекарска комора Косова и Метохије са седиштем у Косовској Митровици.

Члан 9.

Подручја регионалних лекарских комора из претходног члана чине општине:

- 1) за територију Лекарске коморе Београда све општине на територији града Београда.
- 2) за територију Лекарске коморе Војводине све општине на територији Аутономне Покрајине Војводине.
- 3) за територију Лекарске коморе југоистичне Србије општине:

Пожаревац, Голубац, Велико Градиште, Мало Црниће, Жабари, Петровац на Млави, Неготин, Кладово, Мајданпек, Кучево, жагубица, Зајечар, Бор, Књажевац, Дољевац, Сврљиг, Алексинац, Соко Бања, Ражањ, Ниш, Пирот, Бела Паланка, Димитровград, Бабушница, Лесковац, Бојник, Лебане, Медвеђа, Гаџин Хан, Власотинце, Врање, Бујановац, Владичин Хан, Сурдулица, Трговиште, Босилеград, Црна

Трава, Прешево, Крушевац, Ђићевац, Варварин, Александровац, Брус, Прокупље, Куршумлија, Дољевац, Мерошина, Житорађа, Блаце.

- 4) за територију Лекарске коморе централне и западне Србије општине:
Смедерево, Смедеревска Паланка, Велика Плана, Богатић, шабац, Владимирац, Лозница, Коцељева, Уб, Крупањ, Лајковац, Мали Зворник, Осечина, Ваљево, Љубовија, Мионица, Аранђеловац, Топола, Рача, Баточина, Свилајнац, Крагујевац, Кнић, Ћуприја, Јагодина, Горњи Милановац, Коцјерић, Бајина Башта, Пожега, чачак, Ужице, Чајетина, Рекавац, Параћин, Варварин, Лучани, Ариље, Краљево, Врњачка Бања, Трстеник, Ивањица, Нова Варош, Прибој, Пријепоље, Сјеница, Рашка, Нови Пазар, Тутин и Љиг.
- 5) за територију Лекарске коморе Косова и Метохије све општине на територији Аутономне Покрајине Косово и Метохија.

Регионалне коморе ради што квалитетније децентрализације својих активности могу формирати, на предлог чланства на својим територијама, одређен број Канцеларија регионалних комора у зависности од потреба чланства и материјалних могућности регионалних комора.

III. Послови и задаци Коморе

Поверени послови

Члан 10.

Комора обавља следеће поверене послове као јавна овлашћења:

- 1) доноси Кодекс медицинске етике Коморе;
- 2) врши упис лекара у Комору и издаје чланску карту;
- 3) издаје, обновља и одузима одобрење за самостални рад (у даљем тексту: лиценца) члановима Коморе на основу чланова 190–198. Закона о здравственој заштити;
- 4) води именике чланова Коморе;
- 5) води централну евиденцију свих чланова Коморе;

- 6) води Именик о издатим, обновљеним и одузетим лиценцима;
- 7) води Именик изречених дисциплинских мера члановима Коморе;
- 8) утврђује висину месечне чланарине за чланове Коморе;
- 9) утврђује једнократни износ накнаде за упис у Именик Коморе;
- 10) утврђује износ накнаде за издавање и обнављање лиценце;
- 11) утврђује износ накнаде за издавање извода, уверења и потврда из евиденција које Комора води;
- 12) организује судове части Коморе;
- 13) посредује у споровима између чланова Коморе и између чланова Коморе и пацијената;
- 14) издаје изводе из Именика Коморе;
- 15) издаје уверења и потврде о чињеницама о којима води евиденцију, а које представљају јавне исправе;
- 16) издаје идентификациони број члановима Коморе.

Поверене послове органи Коморе и органи регионалних комора врше по поступку прописаном у Закону о општем управном поступку, ако Законом није друкчије одређено.

За вршење поверилих послова Комора доноси правилнике.

Комора води посебне евиденције за лекаре на стажу, лекаре опште медицине, лекаре на специјализацији, лекаре специјалисте и уже специјалисте, уз посебну евиденцију чланства у државној пракси и приватној пракси и евиденцију почасних чланова.

Евиденција чланства и именици чланова Коморе воде се као књиге и као збир података укњижених електронским путем.

Подаци из књиге уписаных чланова и подаци у електронској обради морају бити идентични.

Идентификациони број из тачке 16. овог члана мора одговарати броју под којим је члан уписан у Именик Коморе.

На све одредбе овог члана сагласност даје Министарство Републике Србије надлежно за послове здравља.

Одлуке из става 1. тачке 8) 9) 10) и 11) овог члана објављују се у гласнику Коморе и „Службеном гласнику Републике Србије“.

IV. Остали Послови и задаци Коморе

Члан 11.

Поред послова из члана 10. које Комора обавља као повериене, Комора:

- 1) штити професионалне интересе лекара;
- 2) води рачуна о угледу лекара;
- 3) разматра начине унапређења услова за обављање здравствене делатности;
- 4) у сарадњи са медицинским факултетима, Српским лекарским друштвом и другим стручним удружењима координира континуирану медицинску едукацију чланова Коморе;
- 5) води евиденцију прикупљених бодова у оквиру континуиране едукације чланова Коморе неопходних за обнављање лиценце;
- 6) даје мишљење о признавању диплома и других стручних и научних степена образовања лекара, страних држављана, стечених у иностранству;
- 7) покреће иницијативу за утврђивање професионалних стандарда у струци ради унапређења здравствене заштите;
- 8) покреће иницијативу за уређивање начина обављања приправничког стажа и полагања стручног испита;
- 9) покреће иницијативу за одређивање услова које морају испуњавати државне здравствене установе и приватна пракса за обављање приправничког и специјалистичког стажа;
- 10) покреће иницијативу за доношење закона, прописа, уредби и правилника у области здравствене заштите и здравственог осигурања;
- 11) покреће иницијативу и предузима мере за осигурање чланова Коморе од лекарске грешке код носиоца осигурања.
- 12) покреће иницијативу за припрему норматива и критеријума за процену вредности послова у лекарској пракси и препоручује минималне цене услуга лекара у државној и приватној пракси;

- 13) у циљу заштите чланова Коморе реагује на неоправдане и неутемељене изјаве у средствима јавног информисања;
- 14) прати стање запослености лекара и даје предлоге за њихово запошљавање;
- 15) оснивањем посебних фондова помаже својим члановима и њиховим породицама;
- 16) препоручује члановима Коморе начин обавештавања грађана о врстама, облицима и методама здравствене заштите и покреће иницијативу за предузимање мера предвиђених Законом о здравственој заштити у случају недозвољеног рекламирања здравствене делатности;
- 17) прати, разматра и даје мишљење члановима о алтернативним начинима лечења и сузбија надрилекарство;
- 18) предузима мере у циљу сузбијања рада лекара у виду „сиве“ економије;
- 19) пружа стручну помоћ члановима Коморе;
- 20) даје мишљење за добијање назива примаријус члановима Коморе у складу са Законом о здравственој заштити;
- 21) заступа интересе чланова Коморе у приватној пракси код закључивања уговора са организацијама здравственог осигурувања;
- 22) сарађује са одговарајућим министарствима, секретаријатима и државним органима ради остварења својих циљева и задатака и унапређења здравствене заштите;
- 23) сарађује са комором стоматолога, фармацеута и комором биохемичара Србије ради остваривања заједничких интереса у координацији на доследном поштовању Закона о здравственој заштити;
- 24) остварује међународну сарадњу са лекарским коморама у иностранству;
- 25) издаје своје гласило, часописе, књиге и друге публикације из области здравствене заштите и рада Коморе;
- 26) обавља и друге послове у складу са Законом и овим статутом.

V. Чланство

Члан 12.

Чланство у Комори је част, право и обавеза за све лекаре који обављају професију здравствене делатности у државним здрав-

ственим установама, приватној лекарској пракси, установама социјалне заштите, заводима за извршење затворских санкција, у државним органима, на медицинским факултетима, односно у школама здравствене струке, амбулантама медицине рада, као и у другим установама где се обавља здравствена делатност у складу са Законом о здравственој заштити.

Комора осим редовних чланова из става 1. овог члана има и почасне чланове.

Почасни чланови су лица која су посебно допринела развоју и организацији медицинске струке или лица која су дала изузетан допринос раду, циљевима и задацима Коморе, а за почасне чланове су изабрана одлуком скупштине Коморе на предлог Управног одбора Коморе, без права да бирају и да буду бирани у органе и тела Коморе.

Члан 13.

Захтев за упис у чланство Коморе подноси се у писаној форми извршном одбору регионалне коморе на чијој територији надлежности члан Коморе живи, а према Правилнику о вођењу централне евиденције и Правилнику о вођењу Именика чланова Коморе.

Извршни одбор регионалне Коморе може, по службеној дужности, проверити податке о кандидату.

Држављанин друге државе, који по праву те државе испуњава услове за бављење лекарском делатношћу, има право на рад у Републици Србији уз знање српског језика, упис у Именик Коморе и добијање лиценце, уз остала правила о признавању дипломе.

Члан 14.

Извршни одбор регионалне коморе може да одбије захтев из члана 13. став 1. овог статута ако нису испуњени услови из Закона о здравственој заштити, Правилника о вођењу централне евиденције и Правилника о вођењу Именика чланова Коморе и овог статута.

Члан 15.

Подносилац захтева за упис у Именик

Коморе има право да присуствује седници извршног одбора регионалне коморе на којој се одлучује о његовом захтеву и да по одобрењу председавајућег даје потребна усмена објашњења и предлоге.

У поступку већања и гласања искључена је јавност.

Члан 16.

Извршни одбор регионалне коморе одлучује о захтеву за упис и утврђује постојање услова за издавање лиценце и упис у Именик Коморе у року који не може бити дужи од 15 дана од подношења захтева.

На основу коначног решења о упису у Именик коморе, директор Коморе доноси решење о издавању лиценце. Решење из става 2. овог члана коначно је у управном поступку и против њега се може покренути управни спор.

Лиценца се издаје за период од 7 година, а обновља се према Правилнику о издавању, продужавању и одузимању лиценци и Закону о здравственој заштити.

Комора ће поништити упис и лиценцу ако се накнадно утврди да за упис нису постојали прописани услови.

Регионалне коморе достављају Комори месечне извештаје о извршеним уписима у Именик ради вођења централне евиденције лекара у Републици.

Члан 17.

Лекар чији је захтев за упис у Именик и издавање лиценце усвојен, дужан је да у року од 30 дана, пред председником или чланом Извршног одбора регионалне коморе кога председник одреди, положи заклетву.

Заклетва се полаже читањем и потписивањем текста заклетве. Текст заклетве гласи:

„Заклињем се да ћу лекарску делатност обављати стручно и савесно и да ћу се у свом раду придржавати свих правила лекарске професије, закона и других прописа, Статута Коморе и Кодекса медицинске етике Коморе“.

Након полагања заклетве лекар се уписује у Именик и уручују му се: решење о упи-

су у Именик Коморе, лиценца, примерак Статута, примерак Кодекса медицинске етике и чланска карта Коморе.

Члан 18.

Чланови коморе дужни су да надлежном органу регионалне коморе пријаве све промене које су битне за упис у Именик као и друге битне чињенице неопходне за рад Коморе у року од 30 дана од сазнања за те промене, односно промена чињенице.

Члан 19.

Чланови Коморе имају следећа права:

- 1) да се баве професијом за коју су стекли лиценцу;
- 2) да бирају и буду бирани у органе и остале радна тела Коморе, ако имају најмање 5 година радног стажа;
- 3) да постављају и разматрају сва питања из делатности Коморе са циљем да се унапређује лекарска пракса и рад Коморе;
- 4) да учествују у доношењу програма и планова рада Коморе;
- 5) да непосредно, или посредством својих представника у органима Коморе, дају предлоге и износе мишљења ради заштите општег и појединачног интереса у обављању лекарске праксе и унапређења здравства;
- 6) да користе стручне, пословне и друге информације којима располаже Комора;
- 7) да користе све повластице које Комора уговори са другим правним и физичким лицима;
- 8) да користе материјалну помоћ из посебног фонда Коморе за узаямну помоћ члановима Коморе;
- 9) да користе активност Коморе у тражењу запослења;
- 10) да добијају бесплатно гласило Коморе.

Члан 20.

Чланови Коморе имају следеће обавезе:

- 1) да поштују Статут и Кодекс медицинске етике;
- 2) да положе заклетву;
- 3) да активно учествују у раду Коморе;

- 4) да поштују професионалне стандарде и нормативе здравствене делатности;
- 5) да стално прате достигнућа у медицини;
- 6) да испуњавају обавезе у органима и телима Коморе у која су изабрани;
- 7) да обавештавају Комору о свим подацима који прописују акти Коморе;
- 8) да уредно плаћају чланарину Комори.

Члан 21.

Чланство редовним члановима престаје:

- 1) на основу захтева члана, од дана достављања решења о брисању из Именика Коморе;
- 2) лишењем пословне способности, од дана правноснажности одлуке о лишењу пословне способности;
- 3) изрицањем мере Врховног суда части Коморе о одузимању лиценце, од дана коначности одлуке Врховног суда части;
- 4) не плаћањем чланарине у току једне календарске године, након истека те године;
- 5) смрћу члана Коморе.

Члан 22.

Решење о одузимању лиценце доноси директор Коморе. Решење о брисању из Именика Коморе доноси председник регионалне коморе.

Члан 23.

члан Коморе, којем је престало чланство, дужан је да у року од 15 дана Комори преда чланску карту и лични печат.

У случају да их не преда у том року, решење о одузимању лиценце и престанку чланства објављује се у гласилу Коморе.

VI. Органи Коморе

Члан 24.

Органи Коморе су:

- 1) Скупштина
- 2) Управни одбор
- 3) директор и два помоћника директора
- 4) Етички одбор
- 5) посебни одбори

- 6) судови части
- 7) Надзорни одбор
- 8) Комисија за посредовање

Члан 25.

Скупштина Коморе бира из редова својих чланова:

- 1) председника и два потпредседника Скупштине;
- 2) чланове, председника и два потпредседника Управног одбора;
- 3) директора Коморе и два помоћника директора;
- 4) председника, заменика председника и чланове Надзорног одбора.

Мандат чланова органа Коморе је четири године. Вршење свих функција у органима Коморе је почасно и бесплатно. Накнада материјалних трошкова члановима Коморе уређује се Правилником.

Директор, чланови Управног одбора и Надзорног одбора не могу бити лица изабрана, постављена или именована на функцију у државним органима, органима територијалне аутономије или локалне самоуправе, органима управљања или пословања високошколских установа, Српског лекарског друштва, Друштва лекара Војводине и Друштва лекара Косова и Метохије, органима удружења здравствених установа и других удружења здравствених радника.

Руководећа функција у органима Коморе није спојива са функцијама у политичким партијама, о чему кандидат за руководећу функцију у органима Коморе прилажеписану изјаву.

Начин избора и опозива и начин рада органа Коморе ближе се уређују правилником. Против коначне одлуке органа Коморе може се покренути управни спор.

Скупштина Коморе

Члан 26.

Скупштина је највиши орган Коморе који врши сва права и обавезе предвиђене Законом и овим статутом.

Број делегата Скупштине утврђује се на основу Правилника о поступку кандидовања, начину избора и опозива делегата Скупштине и других органа Коморе, који доноси Скупштина Коморе, изабраних по принципу да се на 200 уписаних чланова Коморе бира један делегат Скупштине.

Скупштину регионалне коморе чине изабрани делегати Скупштине Коморе, уз изабране делегате скупштине регионалне коморе изабраних по принципу један на 100 уписаних чланова.

Скупштину регионалне коморе Косова и Метохије чине изабрани делегати скупштине Коморе уз изабране делегате скупштине регионалне коморе, изабраних по принципу један на 20 уписаних чланова.

Ако делегат не обавља своје функције или их обавља у супротности са ставовима лекара своје изборне јединице, може се опозвати у складу са Правилником о поступку кандидовања, начину избора и опозива делегата Скупштине и других органа Коморе.

Члан 27.

Скупштина Коморе

а) доноси:

- 1) Статут;
- 2) Кодекс медицинске етике;
- 3) пословнике о свом раду и раду радних тела која образује;
- 4) годишње и вишегодишње планове и програме рада;
- 5) финансијски план.

б) бира и опозива:

- 1) председника и два потпредседника Скупштине Коморе;
- 2) директора и два помоћника директора Коморе, уз заступљеност државне и приватне праксе;
- 3) председника, два потпредседника и чланове Управног одбора;
- 4) председника, заменика председника и чланове Надзорног одбора;
- 5) председника, заменика председника и судије Врховног суда части.

и) утврђује:

- 1) ставове и смернице за рад органа и тела Коморе;
- 2) ликовно решење за знамења Коморе (знак, логотип и застава), лиценцу Коморе и чланску карту;
- 3) износ чланарине за чланове Коморе;
- 4) износ накнаде за упис у Именик чланова Коморе;
- 5) износ накнаде за издавање и обнављање лиценце;
- 6) износ накнада за издавање извода, уверења и потврда из евиденције које води Комора.

г) одлучује и решава:

- 1) о свим питањима достављеним од Управног одбора;
- 2) о усвајању извештаја о финансијском пословању;
- 3) о другим извештајима органа Коморе;
- 4) о висини издавања прихода Коморе у Фонд узајамне помоћи чланова Коморе;
- 5) о другим пословима предвиђеним Законом и овим статутом.

д) додељује:

- 1) одликовање Коморе;
- 2) годишње награде Коморе.

За обављање одређених послова Скупштина Коморе може именовати комисије и радна тела, утврђујући њихов састав и задатак.

Члан 28.

Редовну седницу Скупштине сазива председник Скупштине Коморе најмање два пута годишње. Задаци председника Скупштине су:

- 1) сазива и води Скупштину;
- 2) потписује одлуке и друга документа која Скупштина усвоји.

На предлог Управног одбора, Надзорног одбора, регионалне коморе или једне четвртине чланства Скупштине Коморе, председник Скупштине је дужан да сазове ванредну седницу Скупштине у року од 30 дана од дана пријема предлога.

Предлог из става 3. овог члана мора бити састављен у писаној форми са предлогом дневног реда и материјалом који се односи на предлог.

У случају да председник Скупштине не сазове седницу у року одређеном у ставу 3. овог члана, предлагачи могу сазвати седницу Скупштине, у даљем року од 30 дана.

Члан 29.

Скупштина ради у јавним седницама, а седница се може одржати ако јој присуствује више од половине делегата.

Седницом Скупштине руководи председник Скупштине.

Рад Скупштине уређује се Пословником о раду Скупштине.

Гласање у Скупштини је по правилу јавно, сем уколико Скупштина не одлучи другачије.

Статут Коморе, његове измене и допуне и промену статуса огранка, Скупштина доноси двотрећинском већином гласова укупног броја делегата Скупштине Коморе.

Ако се ради о промени статуса огранка, тј. регионалне коморе, потребна је и сагласност огранка, тј. скупштине регионалне коморе.

Остале одлуке Скупштина доноси првом већином гласова присутних делегата.

Управни одбор Коморе

Члан 30.

Управни одбор је орган Коморе надлеђан за послове утврђене овим статутом и другим општим актима.

Управни одбор Коморе чине председник и два потпредседника (по један из државне и приватне праксе), по један представник посебних одбора Коморе и по један представник регионалних комора .

Чланове Управног одбора, из редова чланова Скупштине Коморе, предложу регионалне коморе и то по два члана из регионалних комора, док посебни одбори регионалних комора предложу по једног члана.

Бира их скупштина Коморе у складу са Правилником о поступку кандидовања, на-

чину избора и опозива делегата Скупштине и других органа Коморе.

Избрани чланови Управног одбора између себе предложу Скупштини Коморе председника Управног одбора.

Председник Управног одбора предлаже Скупштини два потпредседника Коморе, од којих је један из редова државне праксе, а други из приватне праксе, са образложењем за сваки предлог.

Члан 31.

Управни одбор Коморе:

- 1) спроводи одлуке, закључке и друга акта Скупштине Коморе;
- 2) утврђује предлоге Статута, Кодекса медицинске етике и других општих аката које доноси Скупштина;
- 3) утврђује начин вођења централне евидентације примљених чланова и издатих лиценци и начин вођења Именика чланова Коморе;
- 4) утврђује предлог финансијског плана Коморе;
- 5) предлаже критеријуме за избор у органе Коморе;
- 6) предлаже за усвајање знамење Коморе (знак, логотип, застава) и изглед лиценце и чланске карте чланова Коморе;
- 7) предлаже Скупштини Коморе висину чланарине, уписнине и накнаде за издавање лиценце;
- 8) организује и обезбеђује обављање поверених послова, као и послова од значаја за професионалну лекарску праксу и унапређење рада Коморе;
- 9) разматра и доноси одлуке у односу на предлоге и иницијативе посебних одбора Коморе и одлуке о предлозима секретара Коморе;
- 10) припрема материјале које разматра и усваја Скупштина;
- 11) предлаже годишње и вишегодишње планове рада Коморе;
- 12) припрема извештаје о раду Коморе;
- 13) образује повремена и стална радна тела за извршавање послова из своје надлежности;
- 14) доноси Пословник о свом раду;

- 15) доноси Правилник о организацији и систематизацији стручне службе Коморе и друга општа акта чије доношење није у надлежности Скупштине;
- 16) одлучује о институционалним облицима сарадње, у складу са Законом и овим статутом;
- 17) остварује сарадњу са стручовним лекарским организацијама у земљи и иностранству;
- 18) предлаже почасне чланове;
- 19) именује и разрешава секретара Коморе на основу јавног конкурса;
- 20) бира и разрешава благајника Коморе на основу јавног конкурса;
- 21) обезбеђује издавање гласила Коморе и ажурирање Интернет странице Коморе;
- 22) предлаже Скупштини кандидате за одликовање Коморе;
- 23) одлучује о додели награда и других признања Коморе;
- 24) одређује представнике Коморе у другим организацијама и органима;
- 25) одлучује о пословима и питањима који Законом, овим статутом и другим општим актом нису стављени у делокруг рада Скупштине или неког другог органа Коморе;
- 26) обавља друге послове у складу са Законом, овим статутом и одлукама Скупштине.

За обављање одређених послова Управни одбор може именовати комисије, утврђујући њихов састав и задатак.

Члан 32.

Управни одбор ради у седницама којима мора присуствовати већина од укупног броја његових чланова. Радом Управног одбора руководи председник Управног одбора Коморе. Седнице Управног одбора припрема секретар Управног одбора, а заказује их председник Управног одбора.

У одсуству председника седницом Управног одбора руководи један од потпредседника Управног одбора Коморе.

Редовне седнице одржавају се најмање једанпут у два месеца.

На седнице Управног одбора обавезно се позивају и директор и председник скупштине Коморе са правом учествовања у дискусији, али без права гласа.

Управни одбор за свој рад одговара Скупштини Коморе. Рад Управног одбора уређује се Пословником.

Управни одбор подноси извештај о свом раду Скупштини Коморе два пута годишње, а члановима Скупштине доставља информацију о раду писменим путем једанпут у три месеца.

Директор Коморе

Члан 33.

Директор Коморе представља и заступа Комору и одговара за законитост рада Коморе. Директора Коморе бирају између себе чланови Скупштине Коморе.

За директора Коморе може да се кандидује сваки члан Скупштине Коморе ако му подршку да регионална комора са надполовинском већином чланова скупштине регионалне коморе или једна трећина чланова Скупштине Коморе са потписом.

Директор има два помоћника.

Помоћници директора су по један представник државне и приватне лекарске праксе, а бира их Скупштина Коморе на предлог директора Коморе са образложењем за сваки предлог.

Директор Коморе обавља следеће послове:

- извршава одлуке Скупштине и Управног одбора Коморе;
- закључује материјалне послове Коморе уз сагласност Управног одбора Коморе;
- руководи радом Коморе и усклађује рад и активности Коморе и њених органа;
- припрема годишњи програм рада Коморе;
- подноси Управном одбору Коморе извештаје о извршењу годишњег програма рада и плана прихода и расхода Коморе;
- решењем издаје, обновља и одузима лиценцу;
- организује, усмерава и усклађује сарадњу са државним органима и другим организацијама уз сагласност Управног одбора;

- даје саопштења за јавност или за то овлашћује одређеног члана Управног одбора Коморе;
- даје пуномоћ другим члановима Коморе за представљање и заступање Коморе у земљи иностранству;
- обавља и друге послове одређене овим статутом или другим општим актом Коморе;

За свој рад директор Коморе одговара Скупштини Коморе која оцењује његов рад и која га на његов захтев или, када делује у супротности са статутом и одлукама Скупштине, на предлог Управног одбора, регионалне коморе или једне трећине делегата Скупштине може превремено разрешити дужности директора Коморе.

Мандат директора и помоћника директора је четири године.

Директора Коморе у одсуности замењује један од помоћника директора Коморе.

Директор Коморе може за поједини случај пренети на помоћника или члана Управног одбора одређена овлашћења из свог делокруга рада.

Посебни одбори Коморе

Члан 34.

Посебни одбори су самостални органи Коморе за:

- 1) Стручна питања и стручни надзор;
- 2) За јавно здравство и примарну здравствenu заштиту у државној пракси;
- 3) За секундарну и терцијерну здравствену заштиту у државној пракси;
- 4) За примарну здравствену заштиту у приватној пракси;
- 5) За секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси;
- 6) Медицинску етику;
- 7) Медицинско образовање;
- 8) Међународну сарадњу.

Посебни одбори Коморе под тачкама 1) 6) 7) и 8) имају по 10 чланова, који из својих редова бирају председника и потпредседника одбора, уважавајући равноправну заступљеност регионалних комора и државне и приватне праксе.

Посебни одбори за државну и приватну праксу имају по 10 чланова, који из својих редова бирају председника и потпредседнике одбора, а чине их искључиво лекари из државне, односно приватне праксе.

Мандат председника и потпредседника посебних одбора Коморе је четири године.

Седнице посебног одбора сазива и њима руководи председник посебног одбора.

За обављање одређених послова посебни одбор може именовати комисије, утврђујући њихов састав и задатак.

Начин рада посебних одбора уређује се Пословником о раду посебних одбора.

Члан 35.

Посебан одбор за стручна питања и стручни надзор:

- даје мишљење и предлоге Управном одбору за покретање иницијативе на активности Коморе у циљу унапређења норматива и стандарда здравствених услуга;
- даје мишљење и предлоге Управном одбору за покретање иницијативе на активности Коморе у циљу измене и допуне прописа из области здравствене заштите и здравственог осигурања;
- из редова чланова Коморе предлаже листу надзорника за редовну и ванредну спољну контролу стручног рада здравствених установа, у складу са Законом о здравственој заштити;
- разматра стручна питања, даје о њима предлоге и заузима становишта;
- стара се о могућностима унапређења квалитета здравствених услуга;
- предузима мере за сузбијање надрилекарства;
- прати научне поступке у превенцији, дигјагностици, лечењу и рехабилитацији;
- обавештава Управни одбор о свим питањима из своје делатности која су од значаја за остварење циљева и задатака Коморе;
- обавља и друге послове у складу са Законом, овим статутом и општим актима Коморе.

Члан 36.

Посебан одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној лекарској пракси:

- доприноси квалитету, организацији и доступности примарне здравствене заштите;
- припрема мере и предлоге Управном одбору Коморе за унапређење јавног здравља;
- прати и учествује у припреми утврђивања стандарда, норматива и мреже примарне здравствене заштите;
- прати начине располагања државним здравственим установама у примарној здравственој заштити;
- заступа интересе лекара у примарној здравственој заштити при уговарању са организацијама за здравствено осигурање и другим осигуравајућим друштвима;
- стара се о условима рада и принадлежностима лекара у примарној здравственој заштити;
- препоручује минималну цену здравствених услуга у примарној здравственој заштити;
- предузима мере за сузбијање рада лекара у форми „сиве“ економије;
- даје мишљење на опште акте који се односе на обављање здравствене делатности на примарном нивоу здравствене заштите у државним здравственим установама;
- покреће иницијативу према Управном одбору о свим питањима из своје делатности која су од значаја за остварење циљева и задатака примарне здравствене заштите и Коморе;
- обавља и друге послове у складу са Законом, овим статутом и општим актима Коморе.

Члан 37.

Посебан одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној лекарској пракси:

- доприноси квалитету, организацији и доступности секундарне и терцијарне здравствене заштите;

- прати и учествује у припреми стандарда и норматива секундарне и терцијарне здравствене делатности;
- прати начине располагања државним здравственим установама у секундарној и терцијарној здравственој делатности;
- заступа интересе лекара у овим делатностима пред осигуравајућим друштвима;
- стара се о условима рада и принадлежностима лекара у секундарној и терцијарној здравственој делатности;
- препоручује минималну цену здравствених услуга у секундарној и терцијарној делатности;
- предузима мере за сузбијање рада лекара у форми „сиве“ економије;
- покреће иницијативу према Управном одбору о свим питањима из своје делатности која су од значаја за остваривање циљева секундарне и терцијарне здравствене заштите и Коморе;
- обавља и друге послове у складу са Законом, овим статутом и општим актима Коморе.

Члан 38.

Посебан одбор за примарну здравствену заштиту у приватној лекарској пракси:

- стара се о квалитету, организацији и доступности приватне лекарске праксе у примарној здравственој заштити и њеној усклађености са целокупном здравственом заштитом;
- припрема предлоге Управном одбору за активност Коморе на унапређењу стандарда, норматива и прописа у области примарне здравствене заштите у приватној лекарској пракси;
- даје мишљење на опште акте којима се прописују услови за обављање приватне лекарске праксе;
- препоручује минималну цену здравствених услуга у приватној лекарској пракси;
- даје мишљење на цене здравствених услуга из приватног здравственог осигурања;
- заступа интересе лекара у приватној пракси при уговарању са Републичким за-

- водом за здравствено осигурање и са другим осигурувајућим друштвима;
- препоручује начин оглашавања и истицања назива ординација приватне лекарске праксе;
 - предузима мере за сузбијање рада лекара у форми „сиве“ економије;
 - обавештава и покреће иницијативу према Управном одбору о свим питањима из своје делатности која су од значаја за остварење циљева и задатака приватне праксе и Коморе;
 - одлучује о другим питањима од значаја за услове рада и рад у приватној лекарској пракси;
 - обавља и друге послове у складу са Законом, овим статутом и општим актима Коморе.

Члан 39.

Посебан одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној лекарској пракси:

- стара се о квалитету, организацији и доступности секундарне и терцијарне приватне лекарске праксе и њеној усклађености са целокупном здравственом заштитом;
- припрема предлоге Управном одбору за активност Коморе на унапређењу стандарда, норматива и прописа у области секундарне и терцијарне здравствене делатности у приватној лекарској пракси;
- даје мишљење на опште акте којима се прописују услови за обављање приватне лекарске праксе;
- даје мишљење на опште акте којима се прописују услови под којима лекари из приватне лекарске праксе могу обављати послове из своје струке и научноистраживачки рад у установама државне здравствене делатности;
- препоручује минималну цену здравствених услуга у приватној лекарској пракси;
- даје мишљење на цене здравствених услуга из приватног здравственог осигурања;
- заступа интересе лекара у приватној пракси при уговарању са Републичким за-

водом за здравствено осигурање и са другим осигурувајућим друштвима;

- препоручује начин оглашавања и истицања назива приватне лекарске праксе;
- предузима мере за сузбијање рада лекара у форми „сиве“ економије;
- покреће иницијативу према Управном одбору о свим питањима из своје делатности која су од значаја за остварење циљева и задатака приватне праксе и Коморе;
- одлучује о другим питањима од значаја за услове рада и рад у приватној лекарској пракси;
- обавља и друге послове у складу са Законом, овим статутом и општим актима Коморе.

Члан 40.

Посебан одбор за медицинску етику:

- прати поштовање правила Кодекса медицинске етике од стране чланова Коморе;
- прати међународне стандарде медицинске етике;
- предлаже измене и допуне Кодекса медицинске етике;
- даје мишљења и тумачења о значењу правила Кодекса медицинске етике;
- обавештава и покреће иницијативу према Управном одбору о свим питањима из своје делатности која су од значаја за остварење циљева и задатака Коморе;
- обавља и друге послове у складу са законом, овим статутом и општим актима Коморе.

Члан 41.

Посебан одбор за медицинско образовање:

- стара се о условима и начинима стручног образовања чланова;
- даје мишљење и предлоге Управном одбору за покретање иницијативе према надлежним органима изван Коморе, у области планова и програма студија на медицинском факултету, специјализација, стипијања научних звања, приправничког и специјалистичког стажа;

- у сарадњи са медицинским факултетима, Српским лекарским друштвом и другим стручним удружењима води рачуна о унапређењу начина лиценцирања чланова Коморе и начина стручног усавршавања и размене стручних знања чланова;
- даје мишљење о признавању диплома и других степена образовања страних држављана стечених у иностранству;
- обавештава и покреће иницијативу ка Управном одбору о свим питањима из своје делатности која су од значаја за континуирано медицинско образовање чланова и остварење циљева и задатака Коморе;
- обавља и друге послове у складу са Законом, овим статутом и општим актима Коморе.

Члан 42.

Посебан одбор за међународну сарадњу:

- успоставља и одржава везе са лекарским коморама и сродним удружењима у иностранству;
- прати рад међународних медицинских организација;
- обавештава чланове о међународним скуповима лекара у земљи и иностранству;
- обавештава и покреће иницијативу ка Управном одбору о свим питањима из своје делатности која су од значаја за остварење циљева и задатака Коморе;
- обавља и друге послове у складу са Законом, овим статутом и општим актима Коморе.

Судови части Коморе

Члан 43.

Судови части се образују као:

- 1) Судови части првог степена при регионалним коморама;
- 2) Врховни суд части на нивоу Коморе Србије.

Суд части првог степена је самосталан и независан орган регионалне Коморе који у првом степену покреће поступак по пријави физичког или правног лица или органа Ко-

море и одбације или утврђује одговорност члана Коморе.

У случају утврђивања одговорности изриче му меру за дисциплинску повреду професионалне дужности или угледа члана Коморе.

Суд части првог степена има председника, заменика председника и пет чланова.

Суд части првог степена одређује једног од својих чланова да спроведе истражне радње.

Врховни суд части у другостепеном поступку одлучује о жалбама на првостепене одлуке судова части регионалних комора

Врховни суд части чине председник и заменик председника и 10 чланова, уважавајући равноправну заступљеност регионалних комора и државне и приватне праксе.

Начин рада и вођење поступка судова части Коморе уређују се правилницима о раду судова части.

Члан 44.

Ради вансудског решавања спорова између члана Коморе, као и између члана Коморе и пацијената, у вези са обављањем здравствене делатности врши се посредовање.

Поступак посредовања покреће се на захтев страна у спору.

Улогу посредника има Комисија за посредовање на нивоу регионалних комора, која свој задатак извршава на основу Правилника о посредовању.

Комисија за посредовање има три члана.

Поступак посредовања окончава се измирењем, односно споразумом страна у спору или констатовањем да посредовање није успело.

Надзорни одбор

Члан 45.

Надзорни одбор као самосталан орган Коморе спроводи надзор над финансијским пословањем Коморе, остварује увид у извршавање обавеза члanova и контролише расположавање средствима Коморе.

Надзорни одбор има председника, заменика председника и пет чланова, уз уважа-

вање равноправне заступљености регионалних комора и државне и приватне лекарске праксе.

Надзорни одбор ради по Пословнику о раду Надзорног одбора, у седницама које се одржавају најмање једном у шест месеци.

Седнице Надзорног одбора сазива председник Надзорног одбора.

Председник Надзорног одбора дужан је да сазове седницу и на захтев директора Коморе или једног члана Надзорног одбора.

У случају да је члановима Надзорног одбора истекао мандат, а да нови нису изабрани, постојећим члановима Надзорног одбора мандат се продужава до избора нових чланова, а најкасније 90 дана од престанка мандата.

Надзорни одбор има право увида у пословне и финансијске књиге Коморе, право присуства, постављања питања и добијања одговора на седницама Скупштине Коморе, Управног одбора, посебних одбора и извршног одбора регионалних комора, као и друга права која су неопходна за обављање његових задатака.

За поједине стручне послове из своје надлежности, Надзорни одбор може ангажовати спољашње сараднике са одварајућом стручном спремом.

Надзорни одбор за свој рад одговара Скупштини Коморе.

Надзорни одбор подноси извештај о свом раду Скупштини, најмање једном годишње.

У Надзорни одбор не могу бити бирани чланови Управног одбора.

VII. Дисциплински ћосћућак

Члан 46.

Члан Коморе дисциплински одговара ако чињењем или нечињењем изврши повреду професионалне дужности или угледа члана Коморе.

Члан 47.

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

- повреди Кодекс медицинске етике;

- обавља здравствену делатност нестручно;
- не испуњава обавезе члана Коморе утврђене законом, статутом и другим општим актима Коморе.

Члан 48.

Повреде професионалне дужности или угледа члана Коморе могу бити:

- 1) лаке
- 2) тешке и
- 3) особито тешке.

За лаке, члану се могу изрећи следеће дисциплинске мере:

- опомена;
- јавна опомена;
- новчана казна на основу члана 43. став 2. тачка 2) Закона о коморама здравствених радника

За тешке, члану се могу изрећи следеће дисциплинске мере:

- новчана казна;
- привремено ограничење обима и врсте послова којима се члан Коморе бави;
- привремено одузимање лиценце на основу члана 197. Закона о здравственој заштити.

За особито тешке, члану се могу изрећи следеће дисциплинске мере:

- привремено или трајно ограничење обима и врсте послова којима се члан Коморе бави;
- привремено одузимање лиценце;
- трајно одузимање лиценце на основу члана 198. Закона о здравственој заштити.

Лаке, тешке и особито тешке дисциплинске повреде и дисциплински поступак уређују се Правилником.

VIII. Регионалне коморе

Члан 49.

Регионалне коморе врше поверене послове као јавна овлашћења из члана 10. тачке 2) 4) 7)12) 13) 14) 15) и 16) овог статута.

Регионалне коморе остале послове и задатке обављају на основу чланова 8. и 28. Закона о коморама здравствених радника и члана 11. овог статута.

Регионалне коморе имају печат на којем је уз основна обележја Коморе уписано име подручја надлежности за коју су формиране.

Органи регионалних комора су:

- Скупштина
- Извршни одбор
- председник и два потпредседника
- посебни одбори
- Надзорни одбор
- Суд части првог степена
- Комисија за посредовање.

Органи регионалних комора бирају се из редова чланова скупштине регионалне коморе. Мандат органа регионалне коморе је четири године.

Члан 50.

Скупштина регионалне коморе је највиши орган регионалне коморе коју чине делегати изабрани са подручја надлежности регионалне коморе.

Делегати за скупштину регионалне коморе бирају се тајним гласањем између више кандидата, по принципу 1 на 100, а за Косово и Метохију 1 на 20 уписаних чланова са подручја надлежности регионалне коморе.

чланови Скупштине Коморе су истовремено и чланови скупштине регионалне коморе са које су изабрани.

Члан 51.

Скупштина регионалне коморе

а) доноси:

- годишњи план и програм рада;
- финансијски план;
- пословник о свом раду и раду радних тела које образује.

б) бира и опозива:

- председника и два потпредседника скупштине регионалне коморе;
- председника и два потпредседника регионалне коморе;

- председника, два потпредседника и чланове извршног одбора;
- чланове посебних одбора;
- председника и чланове надзорног одбора;
- председника и чланове првостепеног Суда части;
- председника и чланове комисије за посредовање;
- бира кандидате за чланове Управног одбора Коморе.

в) одлучује и решава:

- о свим питањима достављеним од стране извршног одбора;
- о извештају о финансијском пословању регионалне коморе;
- о другим извештајима органа и радних тела регионалне коморе и Коморе;
- о висини издвајања прихода регионалне коморе у Фонд узајамне помоћи чланова;
- о другим пословима предвиђених Законом и овим статутом.

г) предлаже Комори:

- чланове регионалне коморе за одликовања Коморе;
- чланове регионалне коморе за годишње награде Коморе.

За обављање одређених послова скупштина регионалне коморе може именовати комисије и радна тела, утврђујући њихов састав и задатак.

Члан 52.

Извршни одбор регионалне коморе чине председник, два потпредседника, представници посебних одбора и пет чланова.

Извршни одбор регионалне коморе:

- спроводи одлуке скупштине регионалне коморе и скупштине Коморе;
- расправља и одлучује о повереним пословима и осталим пословима и задацима из своје надлежности;
- доноси годишње планове и програме свога рада;

- доноси финансијски план и усваја извештај о финансијском пословању;
- подноси извештај о свом раду Управном одбору Коморе;
- доноси Пословник о свом раду;
- обавља друге послове и задатке у складу са овим статутом.

За обављање одређених послова извршни одбор регионалне коморе може образовати комисије и повремена или стална радна тела, утврђујући њихов састав и задатак.

Члан 53.

Председник регионалне коморе руководи радом регионалне коморе и за свој рад одговара скупштини регионалне коморе и Скупштини Коморе.

Потпредседнике бира скупштина регионалне коморе на предлог председника регионалне коморе, по једног из државне и приватне праксе.

Председник регионалне коморе:

- извршава одлуке скупштине регионалне скупштине;
- закључује материјалне послове регионалне коморе уз сагласност извршног одбора;
- утврђује предлоге одлука које разматра и доноси извршни одбор;
- организује, усмерава и усклађује сарадњу са државним органима и другим државним и стручним организацијама на подручју надлежности регионалне коморе;
- прима свечане заклетве новоуписаних чланова Коморе;
- доноси решење о упису члана у Именик Коморе на основу одлуке надлежног органа регионалне коморе о томе да ли су за то испуњени прописани услови;
- доноси решење о брисању члана из Именника Коморе;
- обавља и друге послове одређене Законом и овим статутом.

Члан 54.

Посебни одбори регионалних комора су:

- одбор за стручна питања и стручни надзор;

- одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси;
- одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси;
- одбор за примарну здравствену заштиту у приватној пракси;
- одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси;
- одбор за медицинску етику;
- одбор за медицинско образовање.

Посебни одбори имају председника, потпредседника и 10 чланова, уз равноправну заступљеност представника државне и приватне лекарске праксе, сем у одборима за државну и приватну праксу.

Рад одбора се уређује пословником о раду одбора.

Члан 55.

Надзорни одбор регионалне коморе врши надзор над финансијским радом регионалне коморе. Надзорни одбор чине председник и два члана.

IX. Стручна служба Коморе

Члан 56.

Административне, помоћне и друге послове за потребе Коморе обављају стручне службе Коморе и стручне службе регионалних комора.

Стручна служба Коморе:

- обавља административно-техничке послове за потребе органа Коморе и за Комору у целини;
- обавља остале послове у складу са овим статутом и општим актима Коморе.

Организација и рад стручне службе Коморе и стручних служби регионалних комора утврђују се Правилником о организацији и систематизацији стручне службе Коморе.

Запослени у стручној служби имају сва права и дужности утврђене Законом о раду, овим статутом и одлукама органа Коморе.

Радом стручне службе руководе секретар Коморе и секретари регионалних комора.

Секретар Коморе је лице које има високу стручну спрему, запошљава се на основу конкурса и Закона о раду и за свој рад одговара директору Коморе и Управном одбору, односно председнику и извршном одбору регионалне коморе.

Секретар Коморе, односно секретар регионалне коморе:

- организује рад стручне службе;
- пружа административну помоћ директору Коморе, односно председнику регионалне коморе;
- прати прописе и законе који су у вези са радом Коморе;
- стара се о припреми седница органа Коморе и о извршењу одлука и других посла тих органа;
- присуствује седницама Скупштине и Управног одбора, односно извршног одбора регионалне коморе и има право да присуствује седницама и свих других органа и тела у Комори;
- обавља и друге послове које му се повере одлукама органа Коморе и регионалних комора.

X. Општи акти Коморе

Члан 57.

Општи акти Коморе су Статут, Кодекс медицинске етике, правила и пословници и други општи акти. Општи акти Коморе морају бити у сагласности са Уставом, законом и овим статутом.

Иницијативу за доношење или измену општих аката из става 1. овог члана може поднети сваки орган Коморе или извршни одбор регионалне коморе.

Статут Коморе и други општи акти објављују се у гласилу Коморе.

Статут Коморе се објављује и у „Службеном гласнику Републике Србије“.

Статут и други општи акти мењају се или допуњују на начин одређен за њихово доношење.

Општи акти, осим Статута, из става 1. овог члана ступају на снагу даном доношења.

Финансирање коморе

Члан 58.

Средства за финансирање рада Коморе обезбеђују се:

- од чланарине;
- накнаде за упис у Именик Коморе;
- накнаде за издавање и обнављање лиценце;
- накнаде за издавање уверења и других докумената Коморе;
- поклона и легата;
- других извора средстава у складу са Законом и овим статутом.

Члан 59.

Средства за обављање поврених послова и других послова и задатака Коморе воде се на рачуну Коморе и то тако да:

На основу Закона о коморама, члан 33. став 4. и члана 58. тачка 3) овог статута, средства од накнаде за издавање и обнављање лиценце уплаћују се на рачун Коморе.

Средства за обављање поверених послова и других послова и задатака Коморе из члана 58. тачке 1) 2) 4) и 6) овог статута уплаћују се на подрачуна регионалних комора.

Легати и поклони из члана 58. тачка 5) овог статута воде се на посебном подрачуну Коморе.

Регионалне коморе су дужне да партиципирају у трошковима рада Коморе, сразмерно броју чланова, у случају да Комора из својих средстава нема доволно извора за покривање својих трошкова, а на основу предвиђених прихода и расхода Коморе за календарску годину.

Средства прибављена из легата или поклона не могу се користити за покривање трошкова рада Коморе сем ако их поклоночавац или легатар није за то наменио.

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

Наредбодавац за употребу средстава регионалне коморе је председник регионалне коморе, а изузетно лице које он овласти.

О стању средстава Коморе и средстава регионалних комора састављају се периодични обрачуни и завршни рачун за сваку календарску годину.

Регионалне коморе на посебним подрачунима воде средства из Фонда намењеног за узајамну помоћ члановима Коморе.

Формирање средстава и начин коришћења средстава из Фонда за узајамну помоћ члановима Коморе уређује се посебним правилником.

Јавност рада Коморе

Члан 60.

Рад Коморе је јаван.

Јавност рада Коморе обезбеђује се јавношћу седница органа Коморе и других тела Коморе и скупова у Комори, издавањем информација о њиховом раду и сарадњом са средствима јавног информисања и другим средствима обавештавања.

Комора има своју презентацију на Интернету.

Органи или тела Коморе могу искључити или ограничити јавност седнице или скупа, када то налаже Кодекс медицинске етике или када се разматрају документа или подаци поверљиве природе.

Комора редовно упознаје своје чланове са одлукама, ставовима и предлозима усвојеним на седницама органа и тела и другим скуповима у Комори путем гласила Коморе.

Заштита права чланова Коморе

Члан 61.

Све одлуке и решења о остваривању права, обавеза и одговорности члана Коморе обавезно се, у писаном облику, достављају члану Коморе са поуком о правном леку.

Комора штити професионални интегритет и право на приватност својих чланова у оквиру позитивних прописа Републике Србије.

Прелазне и завршне одредбе

Члан 62.

Рок за подношење захтева за упис у Именник чланова Коморе и издавање лиценце је три месеца од почетка рада Коморе.

Члан 63.

чланови Скупштине Коморе изабрани са територије надлежности регионалних комора, дужни су да обаве послове на формирању регионалних комора у року од 90 дана од дана ступања на снагу овог статута.

У циљу припреме почетка рада Коморе на поверијим пословима, изабрани чланови Скупштине Коморе са територије надлежности регионалне коморе, изабраће председника и извршни одбор регионалне коморе и формирати комисију за пријем и евидентирање уписаних чланова.

Допунски избори за чланове скупштина регионалних комора, избор чланова посебних одбора, Суда части првог степена и комисије за посредовање обавиће се након уписа чланства.

Сматра се да је регионална комора формирана именовањем органа из става 2. овог члана.

У случају прекорачења рока из става 1. овог члана, Управни одбор Коморе именоваће привремене органе регионалних комора.

Комора почиње са обављањем поверијених послова даном формирања свих регионалних комора.

Члан 64.

Постојећа Лекарска комора Војводине, основана Одлуком скупштине Аутономне Покрајине Војводине, са својим средствима, имовином и чланством до 28. 6. 2006 године, наставља са радом као огранак Коморе – Регионална комора Војводине уколико, у року од 90 дана од ступања на снагу овог статута, донесе одлуку о трансформацији у регионалну комору Лекарске коморе Србије и прихватију овог статута и других општих аката Коморе.

У случају да Лекарска комора Војводине не донесе одлуку из става 1. овог члана приступиће се формирању огранка Коморе – Регионалне коморе Војводине на начин прописан овим статутом.

Члан 65.

Статут се објављује у гласилу Коморе.

Статут ступа на снагу 8 дана након објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије“, а објављује се након прибављања сагласности на члан 10. овог статута који се односи на јавна овлашћења, од стране Министарства здравља Републике Србије.

У Београду, 28.09.2006. године

Стручни и научни радови**Квалитет рада стационарних здравствених установа у Београду**A. Нешковић,¹ М. Пауновић,² Б. Будић³**Quality of Performance in the Hospitals in Belgrade**

A. Nešković, H.D., D.P.H., M. Paunović, H.D., D.P.H., B. Budić, senior nurse

Сажетак. Бројна истраживања у свеју њоказала су значајне варијације између држава и региона унутар државе у тружењу здравствене заштите за исхла оболења, што је условило развој низа активности за трачење и унапређење квалитета здравствене заштите. Министарство здравља Републике Србије, као један од циљева здравствене политике, дефинисало је њоболњашање квалитета здравственог система. Од половине 2004. године Министарство сироводи на националном нивоу активности за трачење, обезбеђење и унапређење квалитета здравствене заштите.

Циљ рада јесте да се процени квалитет рада стационарних установа у Београду, на основу дефинисаних њоказатеља. Извор њодатака били су Извештаји о њоказатељима квалитета рада стационарних установа у Београду за период 1. 1. 2005 – 30. 6. 2005 и 1. 7. 2005 – 31. 12. 2005.

Резултати су њоказали да постоје значајне разлике између установа. Стота болничкој лејтализетија ог инфарктма миокарда била је ог 10,3 процената у КБЦ „Зvezdara“ до 15 процената у КБЦ „Др Драгиша Мисовић“, док је стота лејтализетија ог иереброваскуларног инсулита 20 процената у КБЦ „Зvezdara“, 23 процената у КБЦ „Земун“, а 26,4 процената у Специјалној болници за тревеницију и лечење иереброваскуларних оболења „Свети Сава“.

Summary. Numerous research papers in the world have shown significant variations among the countries (and regions within them) in respect to provision of health care for same diseases and conditions. This influenced development of a number of activities aimed at detection and promotion of quality of health care. Ministry of Health of Serbia has defined improvement of quality of the national system of health care as one of its health policy priorities. Since 2004, the Ministry has been carried out activities in order to monitor, provide and promote quality of health care.

The aim of our paper is to estimate the quality of performance of hospitals of the city, based on defined indicators. Reports on performance quality for hospitals in the capital, for the periods between January 1 - June 30, 2005 and July 1- December 31, 2005 were used as the source of data.

The results have shown significant differences among the hospitals. Hospital lethality rate (myocardial infarction) ranged from 10.5% in Clinical Hospital „Zvezdara“ to 15% in Clinical Hospital „Dragisa Misovic“. Lethality rate for cerebro-vascular insult was found to be 20% in Clinical Hospital „Zvezdara“; 23% in Clinical Hospital „Zemun“ and 26.4% in Specialized Hospital „Sveti Sava“.

¹ Mr. sc. med. dr. Анђелија Нешковић, специјалиста социјалне медицине, Градски завод за јавно здравље, Београд.

² Прим. mr. sc. med. dr. Милена Пауновић, специјалиста социјалне медицине, Градски завод за јавно здравље, Београд.

³ Биљана Будић, Градски завод за јавно здравље Београд.

Просечан број операшија у обичној анестезији још хирургу 2005. године у Београду износи 99, са вредносима од 26 у Институту „Бањица“ до 244 у ГАК „Народни фронт“. На Институту за кардиоваскуларне болести „Дедине“ уради се 10,85, а у Институту за КВО КЦС 5,92 операшије још хирургу месечно. Просечна дужина преоперацивног боравка у 2005. години у београдским болницама била је 2,87 дана, а у већини болница је око два дана. Дужи преоперацивни боравак је у: Универзитетској дечјој клиници (3,2 дана), КЦС (3,5 дана). Институту за кардиоваскуларне болести „Дедине“ (4,70) и Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (6 дана). Просечна дужина болничког лечења значајно се разликује између установа. Тако је на ортопедији у КЦС дужина лечења за три дана већа у односу на Институт „Бањица“, док је у оквиру дечје хирургије у Универзитетској дечјој клиници за два дана већа у односу на Институт за здравствену заштиту мајке и деце Србије.

У односу на број медицинских сесијара још болничкој посетељи, може се констатовати да КБЦ „Бежанијска коса“ и КБЦ „Зvezdara“ имају значајно више медицинских сесијара још посетељи у односу на остале две КБЦ, као и ГАК „Народни фронт“ у односу на КЦС у оквиру гинекологије и акушерства.

Може се закључити да разлике у вредносима показатеља квалитета између здравствених установа у Београду могу указивати на разлике у квалитету пружене болничке заштите, али могу бити проузроковане и факторима који нису повезани са квалитетом заштите (квалитет појадавака, карактеристике пацијената и карактеристике болнице). Због тога је неопходно унапредити показатеље квалитета, као и дефинисати стапандаре или национални пресек за терцијарни ниво заштите, чиме би се омогућила компарација сродних установа. И поред наведених ограничења, показатељи квалитета имају значајну функцију у указивању на разлике између установа и по потребу даљег истраживања.

Кључне речи: квалитет заштите, стапандарне установе, показатељи квалитета

Average number of surgeries in general anesthesia per surgeon per year was found to be 99; ranging from 26 in „Banjica“ Institute to 244 in Hospital for Obstetrics and Gynecology „Narodni front“. In Institute for cardiovascular diseases „Dedinje“ a surgeon performs 10.85 interventions per month; in Institute for CVD within the Serbian Clinical Center- 5.92 surgeries per surgeon per month. Average length of pre-operative stay in the Belgrade hospitals in 2005 was 2.87 days. In a majority of facilities, it is about 2 days. Longer pre-operative stay was recorded in the University Children's Hospital (3.2 days), Clinical Center of Serbia (3.5), Institute for cardio-vascular diseases „Dedinje“ (4.7) and Institute „Banjica“ (6 days). Average length of hospital treatment significantly differs among facilities: it is 3 days longer in Orthopedic Hospital within Clinical Center of Serbia than in Institute „Banjica“. In Children's Clinic (Surgery) within University Children's Hospital it is 2 days longer than in Serbian Institute for Mother and Child Health.

In relation to the number of nurses per one hospital bed, Clinical Hospitals „Bezanijska kosa“ and „Zvezdara“ have significantly greater numbers of nurses per one bed than the remaining two clinical hospitals. The same applies to Hospital for Obstetrics and Gynecology „Narodni front“ in relation to the facilities for obstetrics and gynecology within the Serbian Clinical Center.

Differences in the values of indicators of quality among the facilities for health care in the city may point to differences in the quality of hospital care. However, they might be caused by the factors not related to the quality of care (such as data quality, characteristics of patients and of the facilities). That is the reason why it is necessary to promote the very indicators of quality and define standards or national average for the tertiary level of care. This would enable comparisons of similar facilities. Besides the listed limitations, indicators of quality do have a significant role in pointing to the differences among facilities themselves. It is necessary to have further investigations in this area.

Key words: quality of health care, hospital, indicators of quality.

Увод

Према једној од најчешће коришћених дефиниција, квалитет представља степен у коме здравствена заштита повећава вероватноћу жељеног исхода за појединца и популацију и у складу је са актуелном медицинском праксом¹. Квалитет болничке заштите укључује низ показатеља, од субјективних мера, као што је задовољство пацијента добијеном заштитом, до објективних мера, као што је број пацијената који су живи напустили болницу. Познавање квалитета болничке заштите веома је важно, нарочито за пацијенте, али и за осигуравајуће организације које, у условима ограничених ресурса, желе да плате најквалиитетнију заштиту за своје кориснике.

Министарство здравља Републике Србије у својим стратешким документима, као један од циљева здравствене политике, дефинисало је побољшање квалитета здравственог система². Од половине 2004. године Министарство, на националном нивоу, спроводи активности за праћење, обезбеђење и унапређење квалитета здравствене заштите³. За болничке установе дефинисани су следећи елементи праћења квалитета рада:

- 1) стално унапређење квалитета рада установе (односи се на обавезу оснивања Комисије за унапређење квалитета рада у установи, доношење и реализацију Програма за унапређење квалитета рада установе),
- 2) унапређење квалитета рада ургентне службе (најмање 90 одсто хитних случајева мора бити забринуто у року од једног сата од момента пријема; најмање 30 одсто запослених који раде хитну – ургентну помоћ имаје у току календарске године обуку из области ургентне медицине),
- 3) унапређење квалитета рада специјалистичко-консултативних служби (увођење заказивања за прегледе који нису хитни; најмање 90 одсто заказаних пацијената треба да буде прегледано у року од 30 минута од заказаног термина, а ниједан пацијент не сме чекати дуже од једног сата на заказани преглед; свака служба обезбедиће најмање тре сата рада у поподневним часовима),
- 4) унапређење квалитета болничког пријема који није хитан (заказивање),
- 5) увођење Листе чекања (за преглед методом компјутеризоване томографије и методом магнетне резонанције и дефинисане процедуре у кардиохирургији и ортопедији),
- 6) праћење задовољства корисника услуга (истраживањем једном годишње, обухватом једнодневне популације отпуштених пацијената, на основу јединственог упитника за све болнице; увођењем „заштитника пацијентових права“, кутије за примедбе пацијената),
- 7) стицање и обнова знања и вештина запослених (најмање 30 одсто у току календарске године треба да учествује у базичној обуци за унапређење квалитета стручног рада, и то највише пет радних дана који се плаћају на терет послодавца),
- 8) показатељи квалитета рада на кардиохирургији,
- 9) праћење и евалуација квалитета рада болнице (прикупљање података и израчунавање показатеља квалитета рада које је дефинисало Министарство здравља и достављање шестомесечних извештаја регионалним заводима за заштиту здравља).

Дефинисани показатељи за праћење и евалуацију квалитета рада болница су:

- стопа леталитета за ниво целе установе,
- стопа леталитета за инфаркт миокарда,
- стопа леталитета од цереброваскуларног инсулта,
- просечан број преоперативних дана лечења за хируршке гране,
- просечна дужина болничког лечења за целу болницу и по медицинским гранама или дијагнозама,
- број операција у општој анестезији по лекару (хируршке гране),
- број медицинских сестара по постельји,
- задовољство пацијента болничким лечењем као субјективна мера квалитета.

Циљ рада

Циљ јесте да процени квалитет рада стационарних установа у Београду, на основу дефинисаних показатеља.

Метод рада

Извор података су два шестомесечна извештаја о квалитету рада свих стационарних установа у Београду у 2005. години. За обраду података коришћена је дескриптивна статистика.

Резултати

Резултати су приказани по дефинисаним показатељима квалитета.

Болнички леталитет

У београдским болницама у 2005. години од 256.313 лечених пацијената умрло је 8.956 (3,4 одсто). У ове вредности нису укључени лечени и умрли неонатолошки пациенти у породилиштима.

Посматрано по установама, у Клиничком центру Србије и четири клиничко-болничка центра, болнички леталитет има вредности од 3,2 одсто у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“, до 5,3 одсто у КБЦ „Звездара“ (*графикон 1.*). Веће вредности болничког леталитета у КБЦ „Звездара“ и КБЦ „Земун“ узроковане су и великим геријатријским одељењима у овим установама, са високим леталитетом.

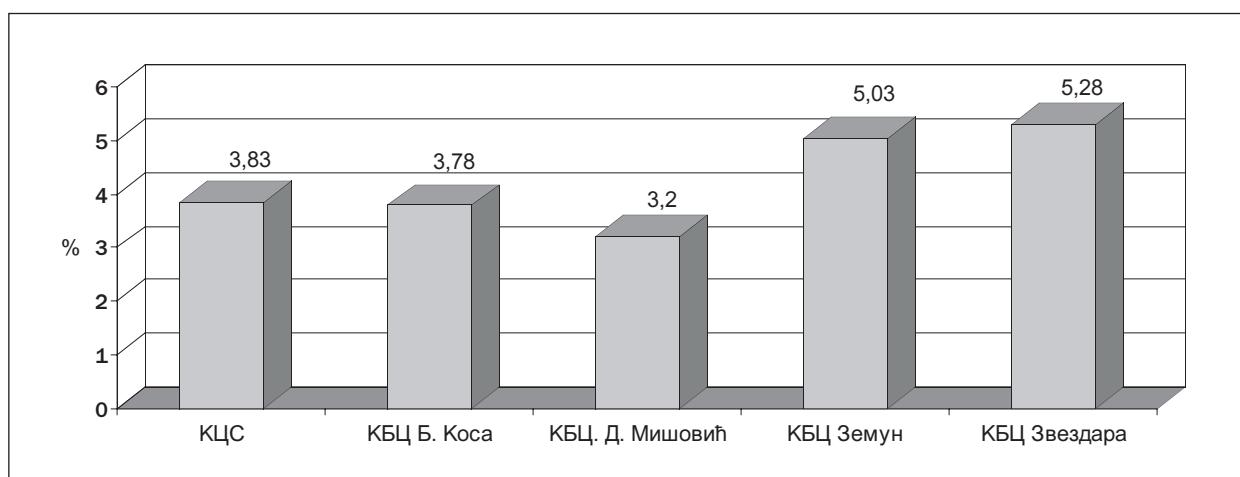
Болнички леталитет у КЦС и клиничко-болничким центрима

У осталим болницама у Београду леталитет је према очекивању испод један одсто, са изузетком: Института за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ (1,9 одсто), Завода за протетику (2,01), Института за неуропсихијатријске болести „Лаза Лазаревић“ (3,45), Специјалне болнице Младеновац (5,3), Завода за ендемску нефропатију (7,1), Института за неонатологију (17,8) и Специјалне болнице „Свети Сава“ (22,90 одсто), где су веће вредности и очекиване с обзиром на патологију и старосну структуру лечених пацијената.

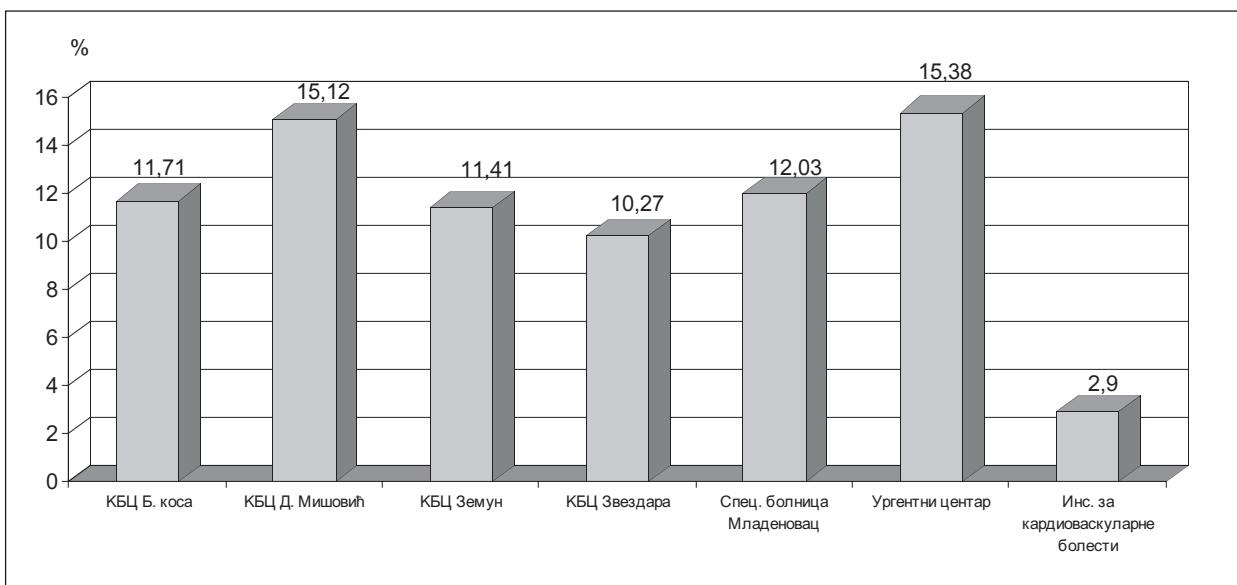
Смртних исхода у 2005. години није било једино у мањим стационарима у: Заводу за болести зависности, Заводу за психофизиолошке болести и говорну патологију, Заводу за здравствену заштиту студената, Ванболничком породилишту Дома здравља Лазаревац и Специјалној болници за церебралну парализу и развојну неурологију.

Леталитет од инфаркта миокарда и цереброваскуларног инсулта

Збрињавање пацијената са инфарктом миокарда на подручју Београда врши се у Клиничком центру Србије, четири клиничко-болничка центра и Специјалној болници за интерне болести Младеновац. У 2005. го-



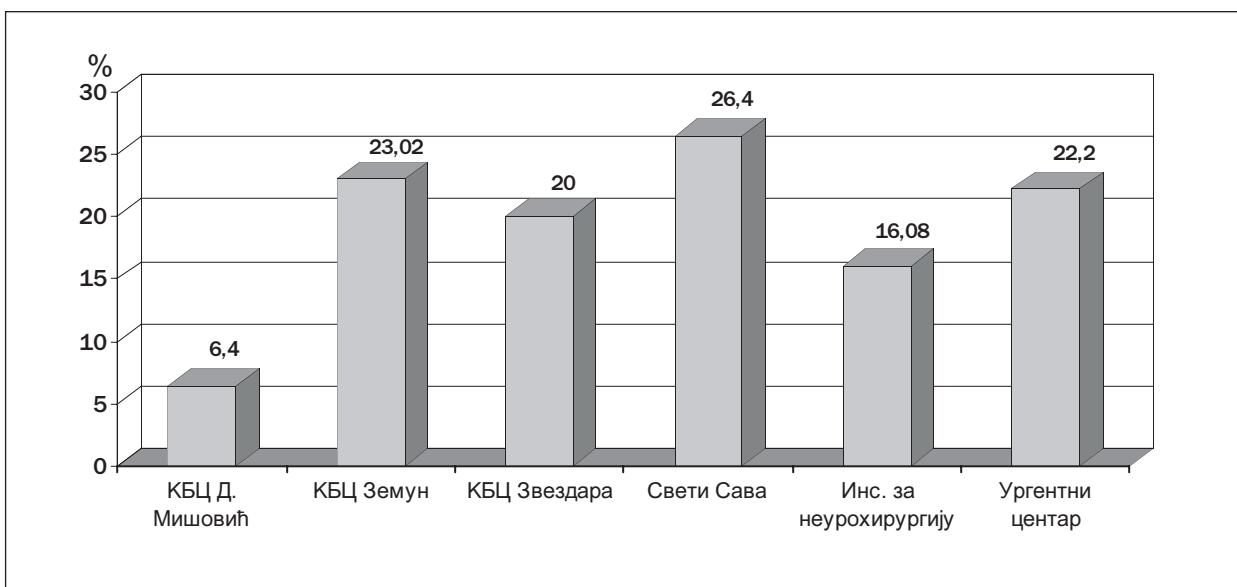
Графикон 1. Болнички леталитет у КЦС и клиничко-болничким центрима



Графикон 2. Болнички леталитет од инфаркта миокарда у Београду.

дини, због инфаркта миокарда хоспитализовано је 4.124 пацијента, од којих је 459 умрло (стопа леталитета 11,13 одсто). Вредности леталитета, посматрано по здравственим установама, крећу се у распону од 10,3 одсто у КБЦ „Звездара“ до 15 одсто у Ургентном центру и КБЦ „Др Драгиша Мишовић“.

Због цереброваскуларног инсулта у Београду је у 2005. години хоспитализовано 9.576 пацијената, од којих је 1.940 умрло (стопа леталитета 20,26 одсто). У нашој највећој и специјализованој установи за лечење цереброваскуларних оболења, Специјалној болници „Свети Сава“, годишње се хоспитализује око 6.000 пацијената са ЦВИ, а лече-



Графикон 3. Болнички леталитет од цереброваскуларног инсулта у Београду.

ње сваког четвртог пацијента завршено је леталним исходом (26,4 одсто). У КБЦ „Зvezдара“ скоро код сваког четвртог пацијента са ЦВИ, а у КБЦ „Земун“ и у Ургентном центру КЦС код сваког петог пацијента, лечење је завршено смртним исходом.

Лечених пацијената са цереброваскуларним инсултом било је и у другим болницима (Завод за ендемску нефропатију, Клиника за рехабилитацију „Др М. Зотовић“), међутим у малом броју, што утиче на поузданост овог показатеља, тако да те болнице нису узете у разматрање.

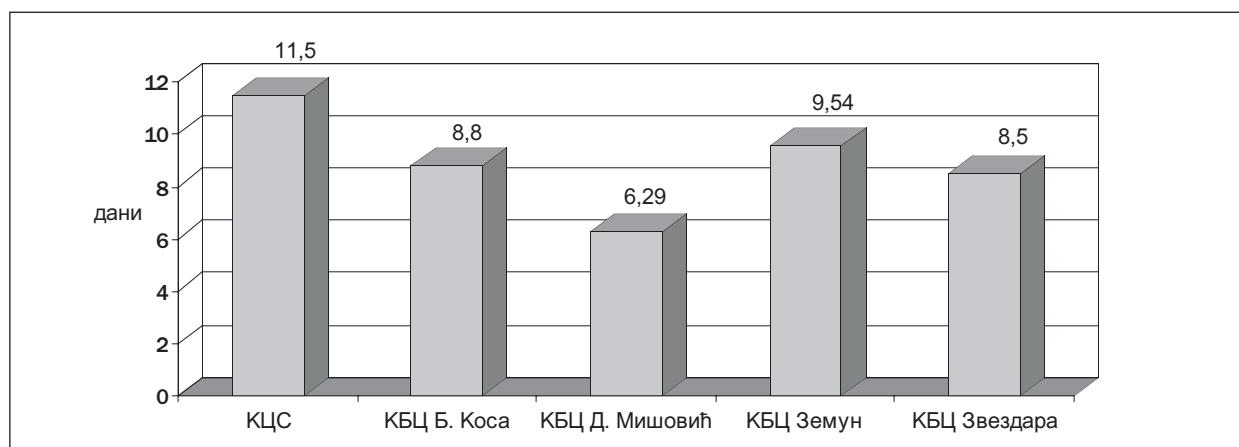
Просечна дужина болничког лечења

Просечна дужина болничког лечења, као показатељ квалитета, прати се за хируршке гране, интернистичке гране медицине, педијатрију и гинекологију са акушерством.

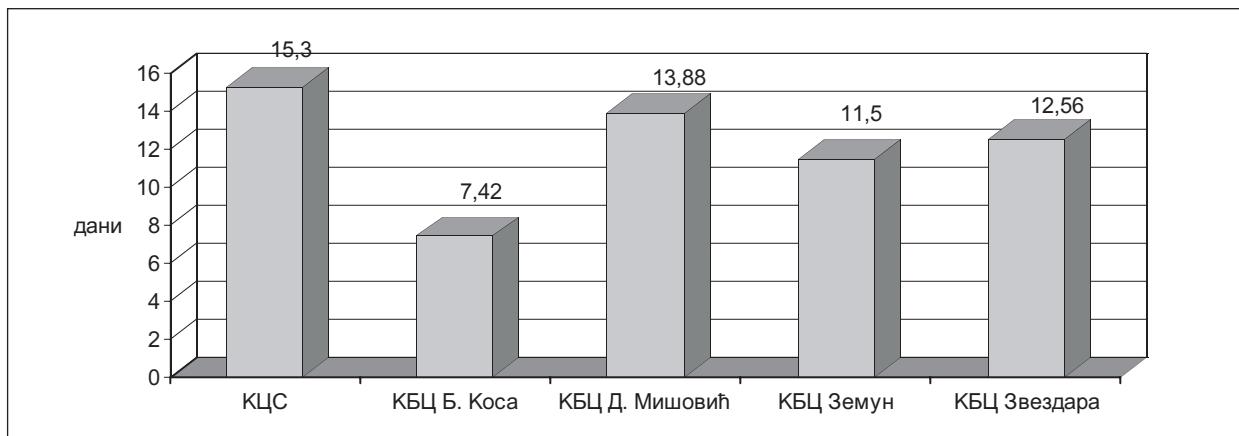
У оквиру хируршких грана у 2005. години лечено је 95.287 пацијената у 12 стационарних установа. Просечна дужина лечења била је око 8,5 дана у клиничко-болничким центрима, изузев у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ где је дужина лечења краћа и износи 6,28 дана. У КЦС просечна дужина лечења је већа (11,5 дана), што је и очекивано, јер је у питању терцијарни ниво заштите, где се збрињавају најтежа стања и оболења.

Мора се имати у виду да у клиничко-болничким центрима постоје разлике у заступљеним хируршким дисциплинама (КБЦ „Земун“ и „Зvezдара“ имају одељења ОРЛ и офтальмологије, којих нема у КБЦ „Бежанијска коса“ и „Др Драгиша Мишовић“; КБЦ „Бежанијска коса“ има одељење грудне хирургије које немају остали КБЦ; КБЦ „Земун“ има одељење неурохирургије и сл.). Поређење дужине лечења у оквиру исте хируршке дисциплине, а у различitim здравственим установама, показало је велике разлике између установа. Тако је на ортопедији у КЦС дужина лечења (23,63 дана), за три дана већа у односу на Институт „Бањица“ (20,81), док је у оквиру дечје хирургије у Универзитетској дечјој клиници (9,91), за два дана већа у односу на Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије (7,96). У оквиру кардиоваскуларне хирургије, као једне од најсложенијих и најскупљих хируршких дисциплина, просечна дужина лечења у две наше највеће установе скоро је иста (Институт за КВО „Дедиње“ 7,87, а КЦС 8,53 дана).

Хируршко лечење обавља се и у Клиничци за максилофацијалну хирургију (просечна дужина лечења 8,78 дана), Заводу за здравствену заштиту студената (2,49) и Институту за онкологију и радиологију Србије (7,96), али ове установе нису упоредиве са другим београдским болницама.



Графикон 4. Просечна дужина болничког лечења у КЦС и клиничко-болничким центрима - хируршке гране медицине..



Графикон 5. Просечна дужина болничког лечења у КЦС и клиничко-болничким центрима - интернистичке гране медицине.

У оквиру интернистичких грана медицине лечено је 96.598 пацијената у 20 стационарних установа. Поређењем клиничко-болничких центара издваја се КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ са већом просечном дужином лечења (13,9 дана). То је неочекивано с обзиром да је у КБЦ „Звездара“ просечна дужина лечења 12,6 дана, а у просек су ушла и интернистичка одељења којих нема у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“, а где пацијенти дуже леже (дерматовенерологија), као и велико геријатријско одељење од 94 постеље. Знатно краћа дужина лечења у односу на остале КБЦ остварена је у КБЦ „Бежанијска коса“, 7,4 дана.

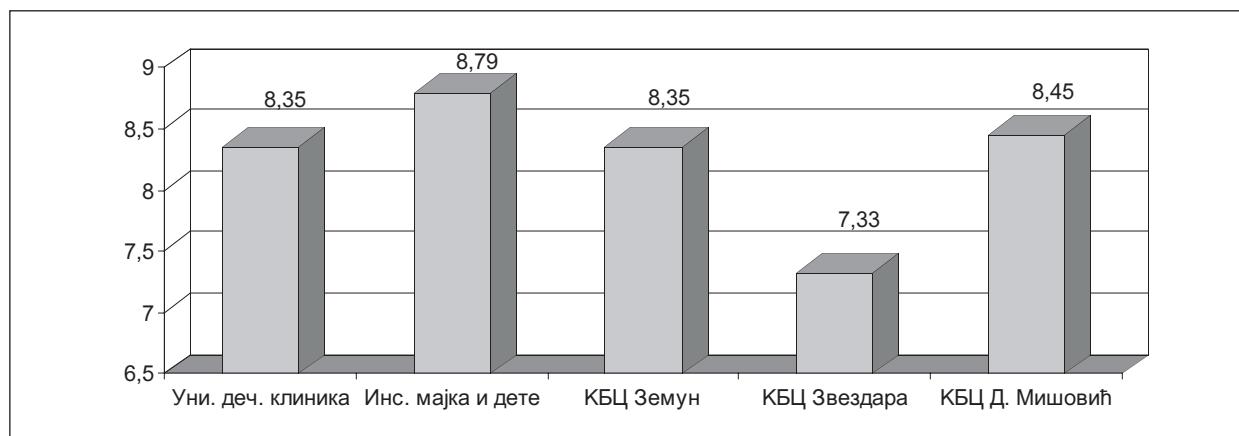
Приликом тумачења резултата мора сеузети у обзир да и код интернистичких дисциплина постоје разлике у њиховој заступљености између клиничко-болничких центара (КБЦ „Бежанијска Коса“ има само одељења интерне медицине, без геријатрије, а КБЦ „Звездара“ има и одељења психијатрије, неурологије и дерматовенерологије и сл.).

Просечна дужина лечења на интернистичким гранама медицине у осталим установама била је у: Заводу за болести зависности 14,9 дана; Институту за неуропсихијатријске болести „Лаза Лазаревић“ 55,2; Институту за ментално здравље 32; Заводу за здравствену заштиту студената 5,45; Специјалној болници за интерне болести 10,9; Заводу за ендемску нефропатију 11,3; Специјалној болници за

превенцију и лечење ЦВО „Свети Сава“ 10,4; Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ 29,25; Институту за реуматологију 17,1; Заводу за протетику 103,4; Клиници за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ 48,2; Институту за рехабилитацију 17,5 и Институту за онкологију и радиологију Србије 13,4 дана. С обзиром на то да је реч о различитим интернистичким дисциплинама, није могуће адекватно поређење здравствених установа.

На педијатрији у две наше велике дечје болнице (Универзитетска дечја клиника и Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије) просечна дужина лечења износи око осам дана, као и у клиничко-болничким центрима „Земун“ и „Др Драгиша Мишовић“. У КБЦ „Звездара“ просечна дужина лечења је 7,3 дана и за један дан је краћа у односу на остале клиничко-болничке центре. (*графикон 6*). У ове вредности није урачунат боравак новорођене деце у породиштима клиничко-болничких центара.

У осталим педијатријским установама и одељењима просечна дужина лечења има следеће вредности: Институт за неонатологију 48,5 дана; на неонатологији у ГАК „Народни фронт“ 4,91; а у КЦС 6,03; Клиници за неурологију и психијатрију за децу и омладину 16,85; Клиници за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ 62; Специјалној болници за церебралну парализу и развојну неуроло-



Графикон 6. Просечна дужина болничког лечења - педијатрија.

гију 136; Институту за ментално здравље 18; Заводу за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију 12,7; Институту за онкологију и радиологију Србије 11,4 дана.

Ове установе су углавном неупоредиве.

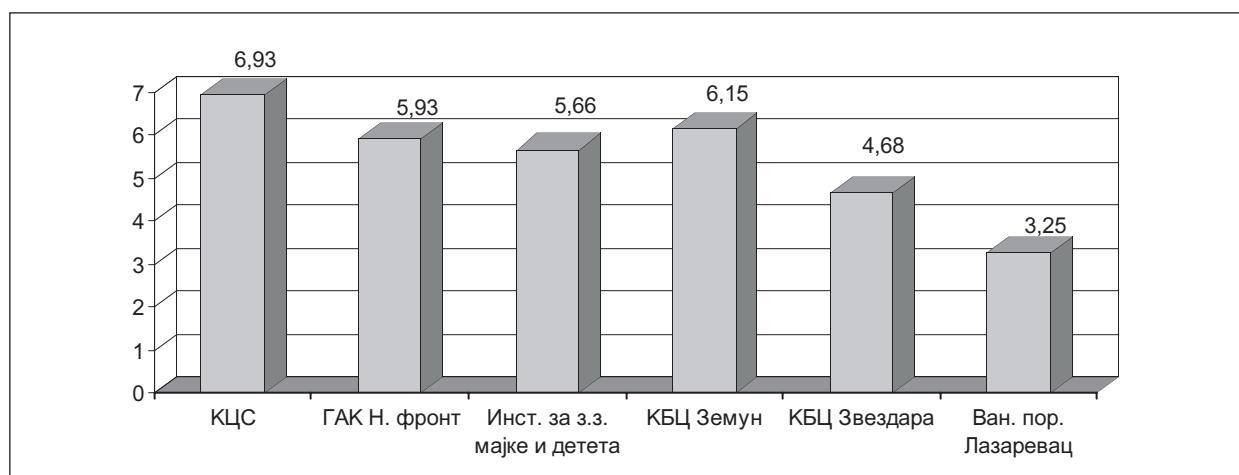
Просечна дужина лечења за гинеколошке и акушерске пациенте приказана је збирно за ова одељења. У нашим највећим установама у овој области, Институту за гинекологију и акушерство КЦС, просечна дужина боравка је седам дана, а у ГАК „Народни фронт“ шест дана.

Слично као на педијатријским одељењима, велика је разлика у просечној дужини лечења на гинекологији и акушерству у КБЦ „Земун“ (6,15 дана), и у КБЦ „Звездара“ (4,7

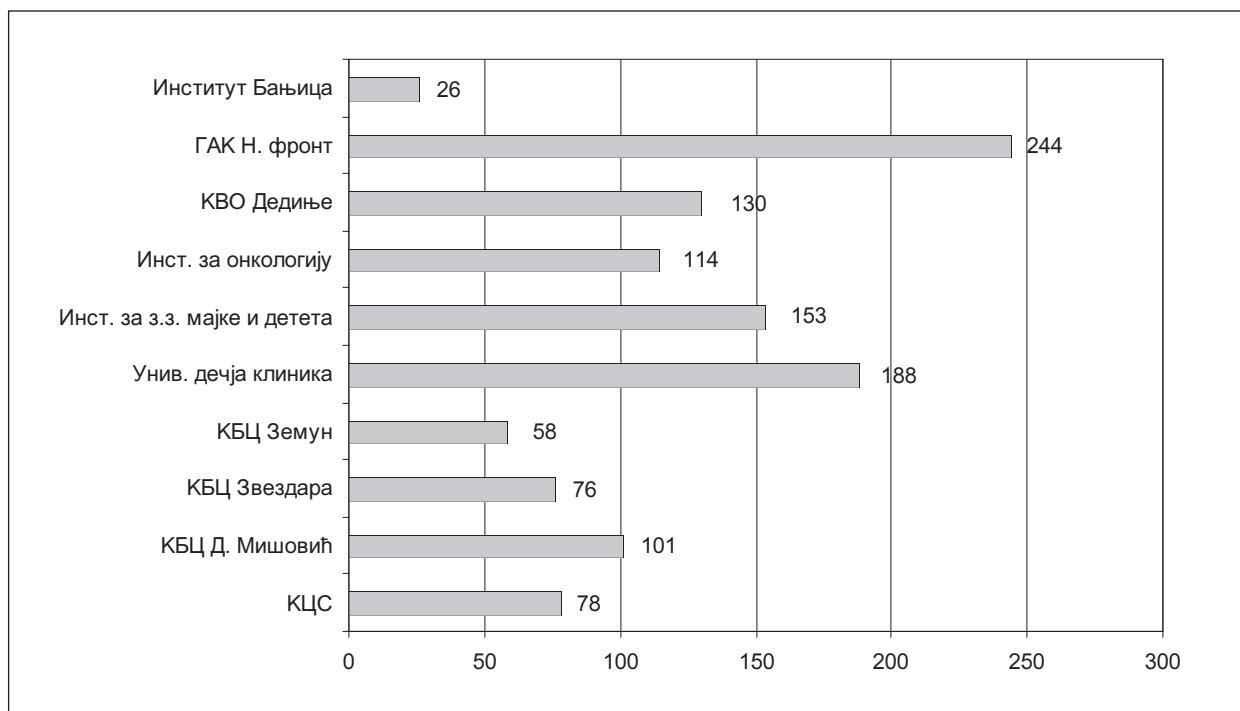
дана). У ванболничком породилишту у Лазаревцу обављају се нормални порођаји, а просечна дужина боравка је око три дана.

Број операција у општој анестезији по хирургу

Сматра се да квалитет хируршког рада зависи од обима рада, нарочито када је реч о сложенијим операцијама. Сам број операција у општој анестезији по хирургу није директна мера квалитета, али показује обим рада, односно искуство које имају лекари у болници. У 2005. години у Београду је урађено 82.548 операција у општој анестезији, а у хируршким програмима било је укључено про-



Графикон 7. Просечна дужина болничког лечења - гинекологија и акушерство.



Графикон 8. Просечан број операција по хирургу годишње.

Напомена: Клиничко-болнички центар „Бежанијска коса“ и Завод за здравствену заштиту студената нису укључени у анализу, јер су добијени подаци само за шест месеци, а не за целу годину.

сечно 832 хирурга месечно (најмање хирурга је било ангажовано током летњих месеци, у августу 745, јулу 775 и јуну 792).

За годину дана урађено је у просеку 99 операција по хирургу, са распоном од 26 у Институту Бањица до 244 у ГАК Народни фронт.

То значи да је хирург у Београду у просеку обавио седам до девет операција у општој анестезији за месец дана. У клиничко-болничким центрима уради се између 60 и 100 операција у општој анестезији по хирургу годишње. Већи број операција обави се у Институту за онкологију и радиологију Србије, Институту за КВО „Дедиње“, као и на дечјој хирургији у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије и Универзитетској дечјој клиници, као и у ГАК „Народни фронт“.

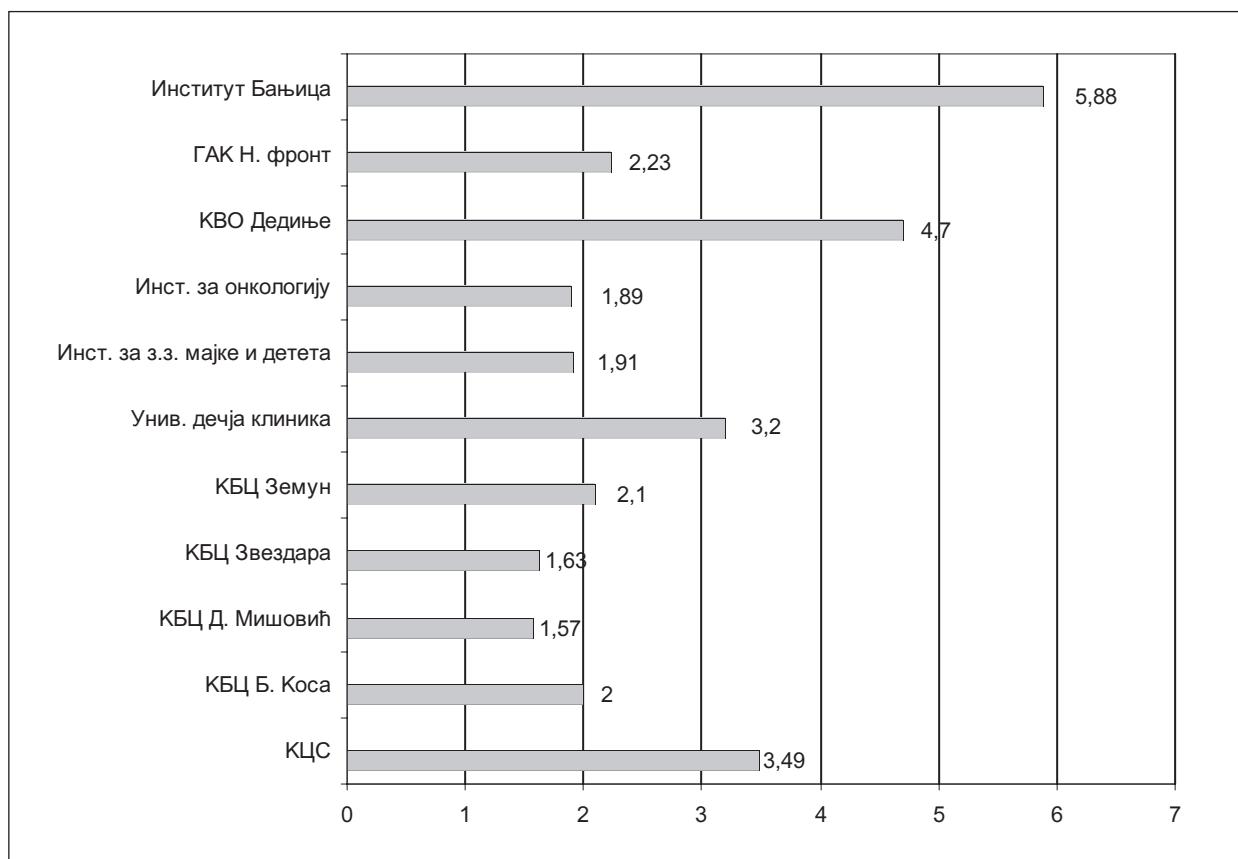
И у оквиру исте хируршке дисциплине постоје значајне разлике између установа. Тако ортопед у Институту за ортопедску хи-

рургију и трауматологију КЦС уради у просеку 4,3 операције у општој анестезији месечно, што је два пута више од колеге у Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (2,16), а у ГАК „Народни фронт“ уради се скоро пет пута више операција по хирургу (20,33) у односу на Институт за гинекологију и акушерство КЦС (4,32). На Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ уради се 10,85 операција, а у Институту за КВО КЦС 5,92 операције по хирургу месечно.

Дужина преоперативног болничког боравка

Просечна дужина преоперативног боравка у 2005. години у београдским болницама била је 2,87 дана, а у већини болница је око два дана.

Дужи преоперативни боравак је у: Универзитетској дечјој клиници (3,2 дана), КЦС



Графикон 9. Просечан број преоперативних дана болничког боравка у Београду.

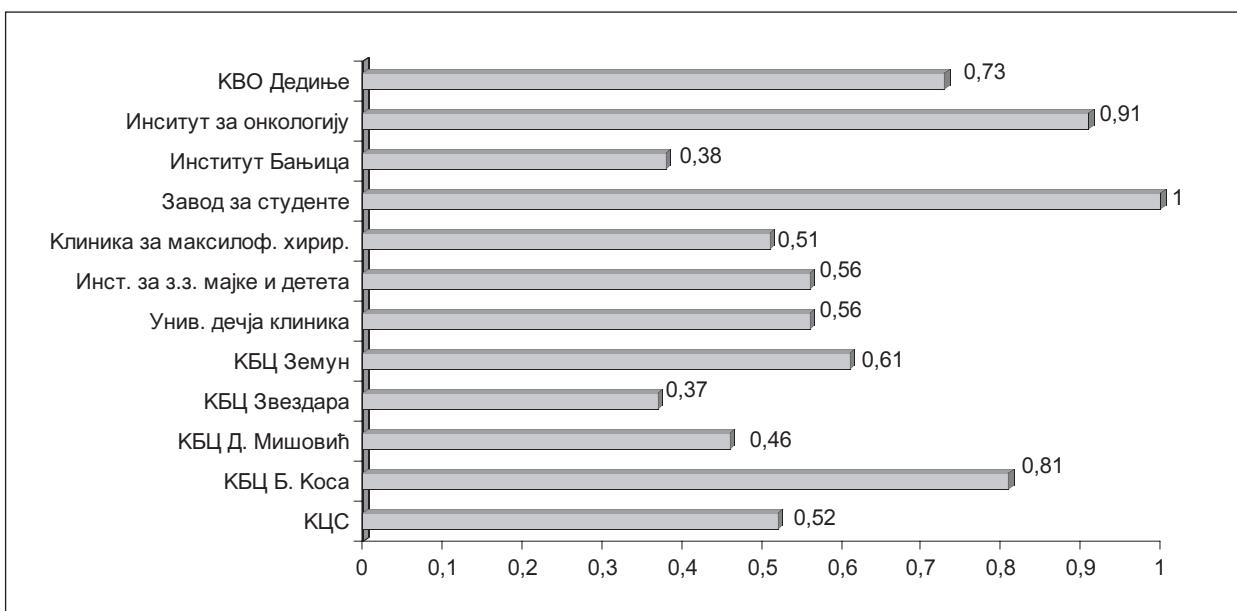
(3,5 дана), Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ (4,70) и Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (6 дана). У оквиру исте медицинске дисциплине постоје разлике у дужини преоперативног лечења између установа. На гинекологији и акушерству у КЦС преоперативни боравак је 3,37 дана, а у ГАК „Народни фронт“ 2,23 дана, док је у Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ 4,7, а на Институту за кардиоваскуларне болести у КЦС 2,38 дана.

Број медицинских сестара по болничкој постељи

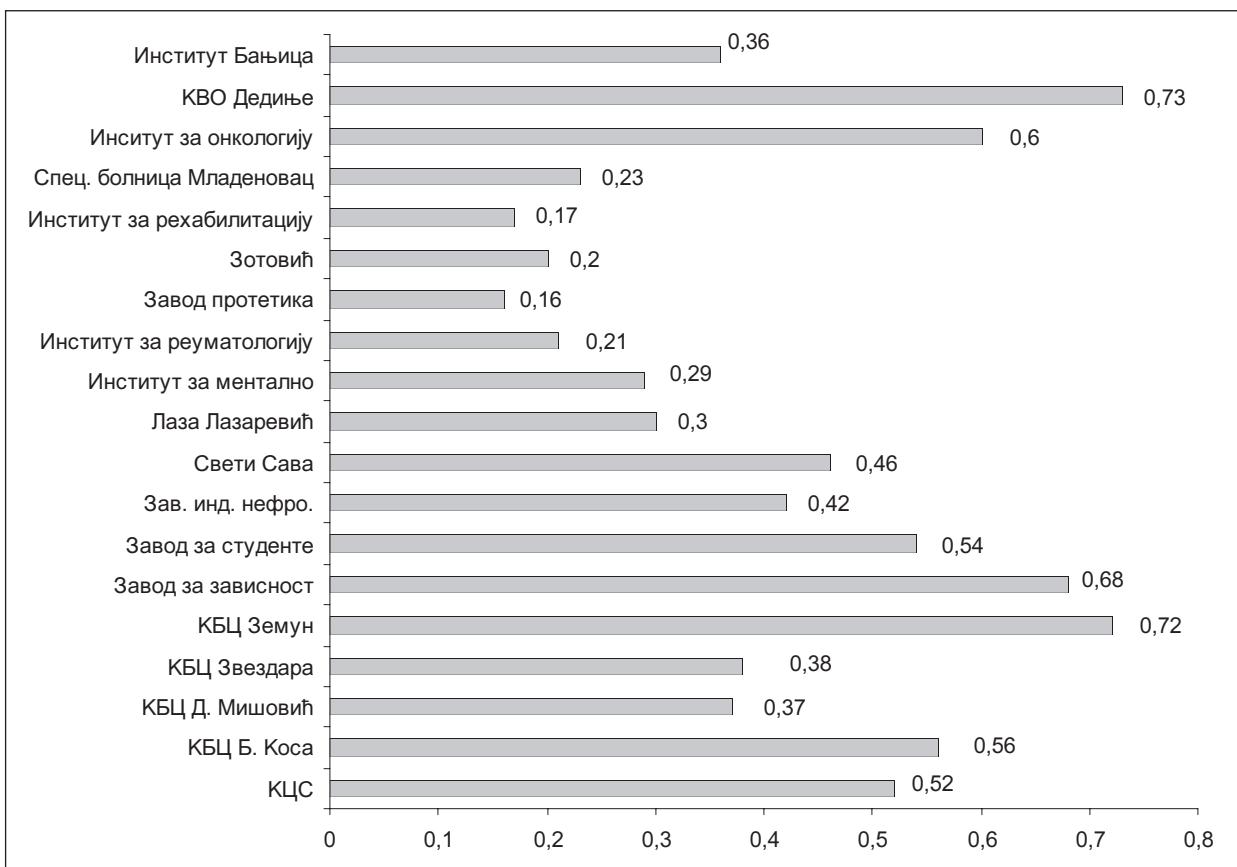
Број медицинских сестара по болничкој постељи је индиректни показатељ квалитета неге пацијената. У 2005. години на нези болесника било је ангажовано 5.218 медицинских сестара (од укупно 9.187 медицинских

сестара –техничара колико је на крају године радило у болницама). По једној болничкој постељи било је ангажовано 0,46 медицинских сестара, или једна сестра на две постеље. Најбоља обезбеђеност је на хируршким дисциплинама 0,55 сестара по постељи, затим на педијатрији 0,47, на гинекологији са акушерством 0,43 и на интерној медицини 0,41 сестра по постељи.

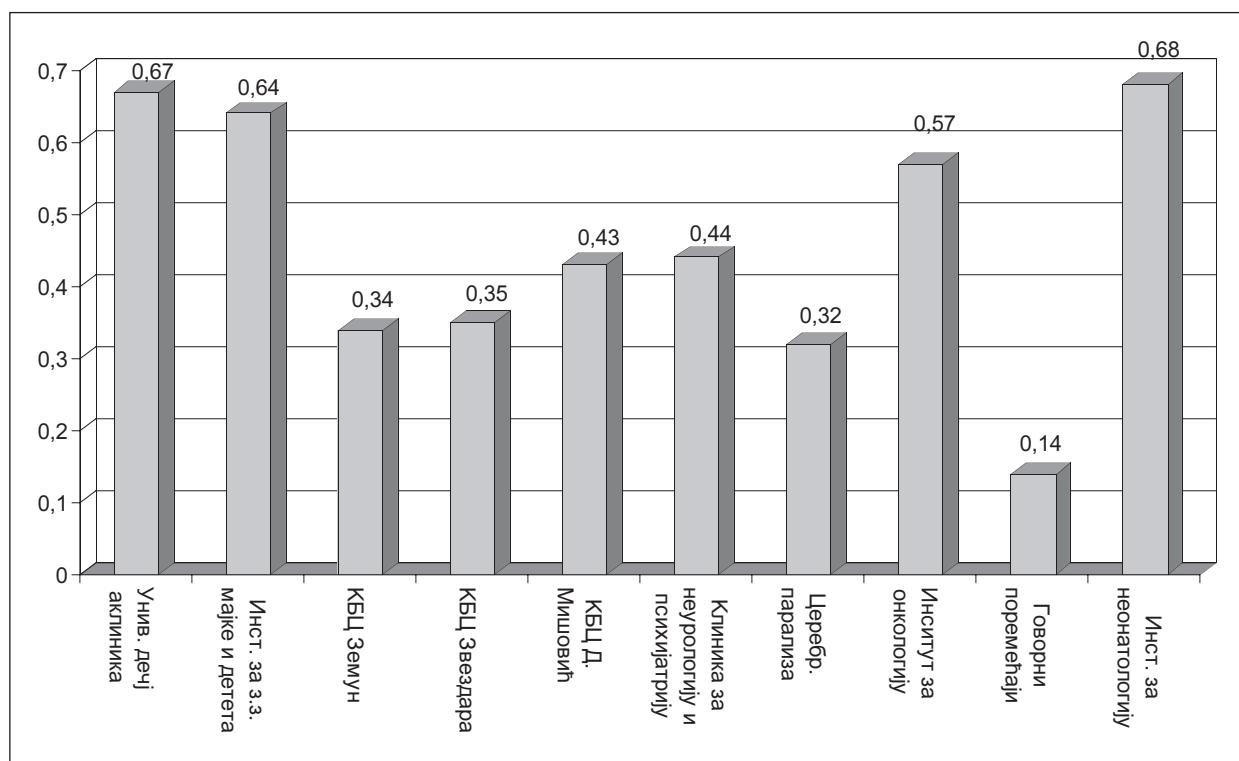
У оквиру хируршких дисциплина бољу обезбеђеност сестринским кадром имају КБЦ „Бежанијска коса“ и КБЦ „Звездара“ у односу на остала два клиничко-болничка центра (*графикон 10*). Бољом обезбеђеност ћу истичу се и Институт за онкологију и радиологију Србије и Институт за кардиоваскуларне болести „Дедиње“. Најбоља обезбеђеност је у Заводу за здравствену заштиту студената, где је на само осам постеља намењених хирургији ангажовано осам сестара,



Графикон 10. Број медицинских сестара по постельји - хируршке дисциплине.



Графикон 11. Број медицинских сестара по постельји - интернистичке дисциплине.

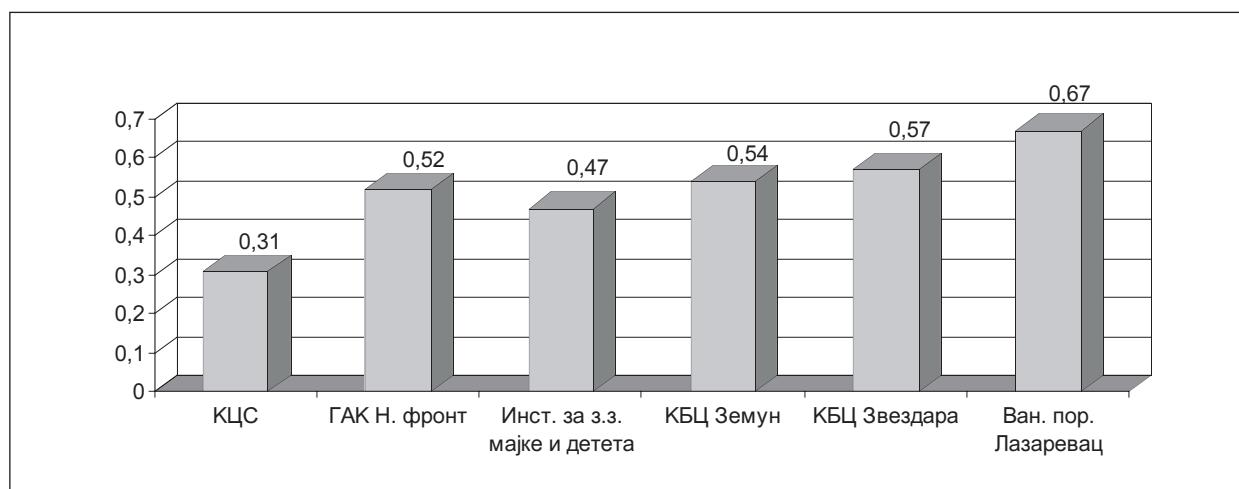


Графикон 12. Број медицинских сестара по постељи - педијатријске дисциплине.

а најмања у КБЦ „Земун“ само 0,37 сестара по постељи.

У оквиру интернистичких дисциплина најбољу обезбеђеност сестринским кадром имају Институт за КВО „Дедиње“ (0,73 сестре по постељи) и КБЦ „Зvezдара“ (0,72), а најма-

њу установе за рехабилитацију (Завод за протетику (0,16) и Институт за рехабилитацију (0,17)) и психијатријске болнице Институт за ментално здравље (0,29) и Институт за неуропсихијатријске болести „Лаза Лазаревић“ (0,30).



Графикон 13. Број медицинских сестара по постељи - инекологија и акушерство.

У оквиру педијатријских дисциплина обезбеђеност сестринским кадром у наше две највеће установе приближно је иста, око 0,65 сестара по постељи (**графикон 12**). Високе вредности су и у Институту за неонатологију и педијатријском одељењу Института за онкологију, што је и очекивано, с обзиром на тежину оболења која се лече у овим институцијама. Најмање медицинских сестара имају Завод за психофизичке поремећаје и говорну патологију, 0,14, и Специјална болница за церебралну парализу и развојну нурологију, 0,32 сестре по постељи.

У оквиру гинекологије и акушерства, најмањи број сестара ангажован је у КЦС (0,31), знатно мање у односу на ГАК „Народни фронт“ (0,52), а највећи у Ванболничком породилишту ДЗ Лазаревац, 0,67 сестара по постељи.

Стручно усавршавање здравствених радника и сарадника

Актом Министарства предвиђено је да најмање 30 одсто запослених здравствених радника и сарадника у здравственој установи учествује у базичној обуци за унапређење квалитета стручног рада (конгреси, семинари, стручни скупови, курсеви страног језика, информатике и сл.), и то највише пет радних дана који се плаћају на терет послодавца. У већини болница ове вредности су и премашене, изузев Института за рехабилитацију (3 одсто), Института за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (20 одсто), Завода за психофизичке поремећаје и говорну патологију (20), КЦС (25), КБЦ „Бежанијска коса“ (26) и КБЦ „Звездара“ (27 одсто).

Дискусија

Прошло је 30 година откад су **Wennberg** и **Gittelsohn** публиковали рад у коме су демонстрирали географске варијације у обезбеђивању медицинске заштите за иста оболења⁴. Од тада су пронађене разлике у сваком аспекту заштите који је истраживан (стопа болничких пријема, просечна дужина лечења, стопа хи-

рурских процедура и др).^{5,6,7,8,9} Тако се стопа извршених коронарних ангиографија између округа у једној држави у САД-у разликује 12 пута, а стопа горњих гастроинтестиналних ендоскопија четири пута, што се не може приписати разлици у здравственом стању.⁶ Попсебно упозоравајући су подаци који говоре о неадекватној здравственој заштити. **McGlynn** и сарадници наводе да, према резултатима велике националне студије о садржају заштите пружене одраслим пациентима у периоду од 1996. до 1998. у САД-у, одрасли добијају само 55 одсто препоручене заштите код 30 акутних и хроничних болести, као и за превентивну заштиту.¹⁰

Приликом истраживања квалитета, од кључног значаја је избор индикатора који треба да помогну да се одговори на питања: какав је квалитет болничке заштите, какве су разлике између установа, да ли има установа, региона у којима је ниво квалитета конзистентно висок или низак, која је вероватноћа да је висок ниво квалитета у једном сегменту делатности повезан са високим нивоом квалитета у другим сегментима делатности у болници, да ли карактеристике болница утичу на ниво квалитета.¹¹

У свету се све више користе показатељи процеса заштите за одређена оболења, док америчка Агенција за истраживање и квалитет у здравственој заштити дели индикаторе на.¹²

Индикаторе превенције непотребних болничких пријема (указују на пријеме који су могли бити избегнути кроз квалитетну поликлиничку заштиту),

Индикаторе сигурности пацијента (усмешени на превентивилне компликације или на друге јатрогене компликације које настају током пружања здравствене заштите),

Индикаторе болничког квалитета, који се деле на:

1. индикаторе волумена, (број езофагеалних ресекција, ресекција панкреаса, педијатријских срчаних операција, операција анеуризме абдоминалне аорте, коронарних артеријских бај пасева, ПТЦА, каротидних ендартеректомија)

2. морталитет за болничке процедуре за које је показано да се морталитет разликује између болница и за које постоје докази да висок морталитет може бити повезан са лошијим квалитетом заштите (морталитет код езофагеалне ресекције, ресекције панкреаса, педијатријских срчаних операција, операција анеуризме абдоминалне аорте, коронарних артеријских бај пасева, каротидних ендартеректомија, краниотомије и замене кука)
3. морталитет за болничка стања за које је показано да се морталитет разликује између болница и за које постоје докази да висок морталитет може бити повезан са лошијим квалитетом заштите, (морталитет код акутног инфаркта миокарда, конгестивног срчаног застоја, мозданог удара, гастроинтестиналне хеморагије, фрактуре кука, пнеумоније)
4. индикатори коришћења за процедуре чије коришћење варира значајно кроз болнице и постоји питање прекомерног, недовољног и неадекватног коришћења (стопа царских резова, нормалних порођаја после царског реза, некомпликованих нормалних порођаја после царског реза, лапароскопских холецистектомија, инциденталних апендектомија код старијих).

У нашим условима изабрани су индикатори за процену квалитета из групе индикатора волумена и морталитета, односно индикатори које је могуће израчунати на основу показатеља рутинске статистике, имајући у виду недовољну развијеност болничких информационих система. Сама процена квалитета рада болница врши се поређењем добијених вредности индикатора са дефинисаним стандардом, или са националним и регионалним просеком, или са болницама које се сматрају најбољим у својој области. Због недостатка стандарда, као и националних просека за терцијерни ниво заштите, ми смо покушали да упоредимо болнице у Београду. Међутим, оне се значајно разликују по намени (опште, специјалне), дужини хоспитализације (акутне, хроничне), нивоу заштите (секундарни, терцијерни), наставном статусу,

величини, опремљености и др., тако да није могућа адекватна компарација установа. Приликом поређења сродних установа (клиничко-болнички центри) уочена је различита заступљеност медицинских дисциплина, што утиче на болнички леталитет, дужину лечења и др., а показатељи квалитета не узимају у обзир ове разлике. Због тога је тешко поредити болнице на основу дефинисаних показатеља квалитета, односно они треба да послуже болници за праћење трендова датих показатеља, и за процену и унапређење сопственог квалитета.

Болнички леталитет је показатељ исхода болничког лечења. Он зависи од низа фактора, пре свега од правовремене и адекватне дијагностике и терапије, које су условљене знањем, техничким и интерперсоналним вештинама здравствених радника, опремом и другим ресурсима, организацијом рада, меџијментом и др., односно директно зависи од квалитета пружене здравствене заштите. Међутим, леталитет зависи и од фактора на које болница не може утицати. Познато је да старост пацијента, пол, тежина оболења, коморбидитет могу повећати ризик од смртног исхода. Због тога се у свету користе стопе леталитета кориговане за ове факторе (**risk adjusted rate**), што омогућава компарацију различитих установа, или истих установа кроз различите временске периоде, док код нас још увек не постоје техничке могућности за овако израчунавање стопа. Сем тога, вредност леталитета се све више користи као показатељ квалитета за одређене дијагнозе, хируршке процедуре или болничка одељења, а мање као мера укупних болничких перформанси.

На болнички леталитет могу утицати и други фактори, као што је транспорт најтежих случајева у друге болнице, што се такође у нашим условима не прати. Недостатак стандарда за овај показатељ, као и значајне разлике између болница у врсти и тежини лечених пацијената, старости, коморбидитету и сл., онемогућавају адекватну компарацију установа. Због тога, овако праћен болнички леталитет у нашим условима служи

превасходно самој болници за праћење квалитета. Болница у којој се деси смртни исход у лечењу пацијента треба да анализира факторе који су довели до смрти пацијента и да процени да ли се смртни исход могао спречити, а на основу тога да предузме мере за спречавање превентабилних леталних исхода. Такође се може разматрати и могућност да се праћење леталитета врши по болничким одељењима, што би омогућило адекватнију компарацију.

Болнички леталитет од инфаркта миокарда и цереброваскуларног инсулта валиднији је показатељ квалитета пружене заштите. Инфаркт миокарда и цереброваскуларни инсулт представљају водеће узроке смрти код нас. Они представљају значајан здравствени проблем и због учесталости, инвалидитета и утрошених средстава за здравствену заштиту. Истовремено то су оболења која се могу превенирати адекватном исхраном, физичком активношћу, редукцијом пушења, редукцијом високог крвног притиска, масноћа у крви и др. Правовременом и адекватном терапијом ових оболења могу се у знатној мери превенирати компликације и смртни исходи.

Леталитет од инфаркта миокарда у београдским болницама је 11, одсто, са вредностима између 10 и 12 процената, са изузетком КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ и Ургентног центра, где је 15 процената. Већа смртност у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ у односу на остале клиничко-болничке центре указује на потребу даљег истраживања у овој установи.

У свету се све више прате показатељи квалитета процеса здравствене заштите код инфаркта миокарда (рана примена аспирина, бета блокатора, АЦЕ инхибитора и сл.). Поред тога, леталитет се рачуна коригован за старост и пол, а такође се прати у периоду од 30 дана од болничког отпуста, док се у нашим болницама прате само смртни исходи који су се десили у болници, тако да свако поређење треба разматрати са великим резервом. У америчким болницама које публикују вредности леталитета, просечна коригована стопа за леталитет инфаркта мио-

карда у болницама Висконсина била је 10,8 процената у 2001. години, са вредностима по болницама од 4,7 до 23,9 процента¹³, док подаци Агенције за истраживање и квалитет у здравственој заштити за 35 америчких држава и 4.289 болница за 2002. годину говоре да је просечна стопа болничког леталитета за инфаркт миокарда била 15,3 процената¹².

Због цереброваскуларног инсулта у Београду је у 2005. години хоспитализовано скоро 10.000 пацијената, од којих је 1.940 умрло (стопа леталитета 20,26 процената). У највећој и специјализованој установи за лечење цереброваскуларног инсулта, Специјалној болници „Свети Сава“, лечење сваког четвртог пацијента завршено је леталним исходом (26,4 одсто).

И код овог показатеља отежано је поређење у односу на друге државе (стопа није коригована за старост и пол, прати се само болнички морталитет, а не у периоду од 30 дана од болничког отпуста), али се може рећи да је смртност у Београду већа у односу на друге земље. У болницама Висконсина просечна стопа леталитета од ЦВИ у 2001. години била је 13,5 процената, са распоном од 0 до 20,6 процената¹³. У Данској смртност унутар 30 дана од инсулта је 10,1 проценат, а дефинисан стандард је 20 процената¹⁴, а према подацима Агенције за истраживање и квалитет у здравственој заштити за 35 америчких држава и 4.289 болница за 2002. годину, просечна стопа болничког леталитета за цереброваскуларни инсулт била је 11 процената.¹²

Просечна дужина болничког лечења зависи од низа фактора, квалитета пружене заштите, али и од врсте и тежине оболења, коморбидитета, старости и пола пацијента. Просечна дужина лечења прати се по медицинским гранама. У оквиру хируршких грана медицине најкраћи болнички третман пацијената је у Заводу за здравствену заштиту студената (2,5 дана), а најдужи у Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (20,8). У интеристичким гранама медицине просечна дужина лечења је у распону од 5,5 дана у Заводу за здравствену заштиту студе-

ната до 103 дана у Заводу за протетику, у оквиру гинекологије и акушерства од 3,2 дана у ванболничком породилишту ДЗ Лазаревац до седам дана у КЦС, а на педијатрији од 7,3 дана у КБЦ „Звездара“ до 136 у Специјалној болници за церебралну парализу и развојну неурологију.

Како су у оквиру једне гране медицине заступљене различите медицинске дисциплине које се разликују и у дужини лечења, то је отежана компарација установа и боље би било пратити овај показатељ по медицинским дисциплинама. Поређење у оквиру исте дисциплине показало је знатне разлике између установа. Тако је на ортопедији у КЦС дужина лечења (23,63 дана), за три дана већа у односу на Институт „Бањица“ (20,81), док је у оквиру дечје хирургије у Универзитетској дечјој клиници (9,91), за два дана већа у односу на Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије (7,96). Такве вредности треба да буду сигнал болницама за даљу анализу и преиспитивање могућности скраћења хоспитализације.

Број медицинских сестара по болничкој постельји није директан показатељ квалитета заштите, међутим, указује на аспекте који утичу на квалитет (недовољан број сестара). И овај показатељ се прати по медицинским гранама (интернистичке, хируршке, педијатрија и гинекологија са акушерством), при чему су у оквиру медицинске гране заступљене различите медицинске дисциплине за које су и прописани нормативи сестринског кадра различити. Због тога је и компарација могућа само у оквиру истих медицинских дисциплина, али се може констатовати да КБЦ „Бежанијска коса“ и КБЦ „Звездара“ имају знатно више медицинских сестара по постельји у односу на остала два КБЦ-а, и у хируршким и у интернистичким дисциплинама, као и ГАК „Народни фронт“ у односу на КЦС у оквиру гинекологије и акушерства. Такође се уочава да је обезбеђеност болја у мањим одељењима (знатно боља на хируршком одељењу са осам постельја Завода за здравствену заштиту студената или у Ванболничком породилишту ДЗ Лазаревац са

десет постельја, у односу на остale установе у оквиру исте медицинске гране).

Дужина преоперативног боравка пацијента у болници зависи од преоперативне припреме пацијента, а директно утиче на трошкове здравствене заштите, оптерећеност болничког кадра, али и на могућност настанка интрахоспиталних инфекција. Просечна дужина преоперативног боравка, према Gertmanu и Restucii, не треба да буде већа од 24 сата, јер се очекује да хитни пациенти буду оперисани истог дана када су примљени на болничко лечење, а елективни пациенти да буду припремљени за операцију у ванболничким условима.¹⁵ У 2005. години у београдским болницама просечна дужина преоперативног боравка била је 2,87 дана. Дужи боравак је у: Универзитетској дечјој клиници (3,2 дана), КЦС (3,5), Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ (4,70) и Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (6 дана). У оквиру исте медицинске дисциплине, може се уочити да је на гинекологији и акушерству у КЦС-у преоперативни боравак 3,37 дана, а у ГАК „Народни фронт“ 2,23 дана, док је у Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ 4,7, а на Институту за кардиоваскуларне болести у КЦС 2,38 дана. Ове вредности треба да послуже за даљу анализу у здравственим установама и за утврђивање оправданости дужег преоперативног боравка.

Број операција у општој анестезији по хирургу није директна мера квалитета, али покazuје обим рада, односно искуство које имају лекари у болници. Многи аутори сматрају да квалитет хируршког рада зависи од обима рада.^{16,17,18,19} Posnett у систематском претраживању литературе показује да је мањи укупни леталитет, постоперативни леталитет или ризик од компликација у болницама са већим волуменом рада код пацијената оболелих од СИДЕ, карцинома колона, ректума, дојке, желуца и панкреаса, као и код неких кардиохируршких интервенција²⁰. Међутим, има и супротних мишљења, а Sowden и сарадници показали су да, када се елиминишу разлике у прогнози болести за индивидуалног пацијента (везане за тежину бо-

лести, коморбидитет, старост пацијента и др.), веза између исхода и волумена опада, па чак и нестаје.²¹

У 2005. години у Београду је урађено 82.548 операција у општој анестезији, а у хируршки програм било је укључено просечно 832 хирурга сваког месеца. Урађено је просечно 99 операција по хирургу годишње. У клиничко-болничким центрима уради се шест до осам операција у општој анестезији по хирургу месечно. Већи број операција обави се у Институту за онкологију и радиологију Србије, Институту за КВО „Дедиње“, као и на дечкој хирургији у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије и Универзитетској дечкој клиници. Највеће вредности бележе се у ГАК „Народни фронт“ (20 операција по хирургу месечно), а најниже у Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (две операције у општој анестезији по хирургу месечно), међутим, и овде постоји проблем у тумачењу резултата због заступљености различитих хируршких дисциплина.

И у оквиру исте хируршке дисциплине постоје значајне разлике између установа. Тако ортопед у Институту за ортопедску хирургију и трауматологију КЦС-а уради у просеку 4,3 операције у општој анестезији месечно, што је два пута више од колеге у Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (2,16), а у ГАК „Народни фронт“ уради се скоро пет пута више операција по хирургу (20,33) у односу на Институт за гинекологију и акушерство КЦС (4,32). На Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ уради се 10,85 операција, а у Институту за кардиоваскуларна оболења КЦС-а 5,92 операције по хирургу месечно. Наведене вредности указују на потребу даљих анализа у самим болницама, тражења узрока и предузимања корективних мера.

Међутим, чињеница је да се у савременој медицини све већи број операција ради изван опште анестезије (у КЦС се 40 одсто операција уради у регионалној анестезији). Због тога треба пратити и укупан број операција по хирургу.

Закључак

Разлике у вредностима показатеља квалитета између здравствених установа у Београду могу указивати на разлике у квалитету пружене болничке заштите, али могу бити проузроковане и факторима који нису повезани са квалитетом заштите. У те факторе спадају квалитет података, карактеристике пацијента и карактеристике болнице. Сигурно је да међу болницама још увек постоје разлике у прикупљању података, шифрирању и извештавању и да то утиче на квалитет прикупљених података. Систем логичне контроле података успостављен је у Градском заводу за заштиту здравља, позивају се установе и коригују подаци, али постоји проблем контроле изворних података. Разлике у карактеристикама лечених пацијената (дијагноза, тежина болести, коморбидитет, компликације, старост, пол), утичу на различите вредности показатеља квалитета. И неке болничке карактеристике (локација, односно гравитирајуће подручје, секундарни, односно терцијерни ниво заштите, наставни статус, опремљеност, кадар и сл.), могу утицати да болница „привлачи“ и прима пацијенте са много тежим оболењима и стањима, што узрокује разлике у вредностима показатеља квалитета.

Због тога је неопходно унапредити показатељ квалитета. чињеница је да „идеални“ индикатори квалитета још увек не постоје и да болнички информациони систем код нас није довољно развијен за праћење показатеља процеса пружене здравствене заштите, али се постојећи индикатори могу модификовати. Важно је да установљене показатеље клинички лекари прихвате као валидне, што у садашњим условима често није случај. Такође је неопходно дефинисати стандарде за утврђене показатеље или национални просек за терцијерни ниво заштите.

И поред наведених ограничења, показатељи квалитета имају значајну функцију у указивању на разлике између установа и потребу даљег истраживања. Они, такође, омогућавају болницама процену сопственог квали-

тета и организовање активности на сталном унапређењу квалитета.

Литература

1. Institute of Medicine, Medicare: A strategy for quality assurance. Lohr KN edits. Washington DC. National Academy Press, 1990.
2. Министарство здравља Републике Србије. Боль здравље за све у трећем миленијуму. Београд, 2003.
3. Министарство здравља Републике Србије. Праћење квалитета рада у здравственим установама, Београд, 2004.
4. Steinberg PE. Improving the quality of care-can we practice what we preach? *N Eng J Med*, 2003; 348: 2681–2683.
5. Chassin MR, Kosecoff J, Park RE et al. Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? A study of three procedures. *JAMA* 1987; 258:2533–2537 (abstract).
6. Leape LL, Park RE, Solomon DH, Chassin MR, Kosecoff J, Brook RH. Does inappropriate use explain small-area variations in the use of health care services? *JAMA*, 1990; 263 (5): 669–672.
7. Anderson GM, Grumbach K, Luft HS, Roos LL, Mustard C, Brook R. Use of coronary artery bypass surgery in the United States and Canada: influence of age and income. *JAMA*, 1993; 269: 1661–1666 (abstract).
8. Pilote L, Calif RM, Sapp S, et al. Regional variation across the United States in the management of acute myocardial infarction. *N Eng J Med* 1995; 333: 565–572.
9. Selby JV, Fireman BH, Lundstrom RJ, et al. Variation among hospitals in coronary-angiography practices and outcomes after myocardial infarction in a large health maintenance organization. *N Eng J Med* 1996; 335 (25): 1888–1896.
10. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Eng J Med* 2003;348: 2635–2645.
11. Jha AK, Zhonghe L, Orav J, Epstein AM: Care in U.S. Hospitals – The Hospital Quality Alliance Program. *N Eng J Med* 2005; 353: 265–274.
12. Wisconsin Inpatient Hospital Quality Indicators Report 2001 (PHC 5381), Bureau of Health Information, Division of Health Care Financing, Wisconsin Department of Health and Family Services, 2004.
13. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) available: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> (pristupljeno 24. 11. 2005.)
14. Mainz J, Krog BR, Bjornshave B, Bartels P. Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: the Danish national Indicator Project. *Int J for Qual in Health Care* 2004, 16:Supplement I:i45–i50.
15. Gertman PM, Restucia JD. The appropriateness evaluation protocol: a ethnic for assessing unnecessary days of hospital care. *Medical Care*, 1981; 18: 855
16. Banta D, Bos M. The relation between quantity and quality with coronary artery bypass graft (CABG) surgery. *Health Policy*; 1995; 18:1–10.
17. Black N, Johnston A. Volume and outcome in hospital care: evidence, explanations and implications. *Health Service Management Research* 1990; 3:108–14.
18. Luft HS, Bunker JP, Enthoven AC. Should operation be regionalized? The empirical relationship between surgical volume and mortality, *N Eng J Med* 1979; 301:1364–9.
19. Stiller CA. Centralised treatment, entry to trials and survival. *British Journal of Cancer* 1994; 70: 252–62.
20. Posnett J. Are Bigger Hospitals Better? In: McKee M, Healy J. Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Care Systems, Open University press, 2001.
21. Sowden AJ, Watt I, Sheldon TA. Volume of activity and healthcare quality: Is there a link? In: Ferguson B, Sheldon TA, Posnett J (eds). Concentration and Choice in Healthcare. 1997, London: Royal Society of Medicine.

Стручни и научни радови**Анализа здравственог стања становништва Београда у периоду 1997–2005. година****B. Драгићевић¹, З. Димитријевић²***Analysis of Health of the Belgrade Population: 1997–2005***V. Dragićević, M.D., D.P.H., Z. Dimitrijević, M.D., D.P.H.*

Сажетак Анализа здравственог стања становништва један је од начина да се планирање и организација здравствене заштите прилагоде приоритетним потребама дефинисаних популационих група и потребама становништва локалних заједница.

Циљ: Циљ рада јесте анализа здравственог стања становништва Београда и спроведена коришћења првичарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите у периоду од 1997–2005. године.

Метод: Анализа здравственог стања становништва јесте дескриптивна стручњача у којој су коришћени подаци рутинске здравствене статистике Градског завода за заштиту здравља и подаци Завода за информатику и статистику града Београда.

Резултати: Демографску слику становништва Београда између два посмена упутије смањење броја деце предшколског и школског узраса, као и изразито повећање броја особа старијих 65 и више година (са 9,9 на 15,7 одсто укупног броја становника), стагнација стопа насталих (9,9/1000), повећање опште стопе морталитета (12/1000) и све већи пад стопе природног прираштаја (са -1,7 на -2,1). Општи стопа морталитета деце предшколског узраса смањена је са 14,8 на 7,2/1000, захваљујући, пре свега, смањењу стопе смртности одојчади (са 13,3 на

Introduction: Analysis of health of a population is one of the ways to adapt planning and organization of health care to priority needs of defined population groups and needs of populations within local communities.

Aim: To analyze health of the Belgrade population and the degree of utilization of primary, secondary and tertiary care between 1997 and 2005.

Method: Analysis of health of the Belgrade population is a descriptive study. We have used data from routine health statistics compiled by Institute of Public Health of Belgrade and from Institute for Informatics and Statistics of Belgrade.

Results: Demographic situation between the two census periods is characterized by a decrease of number of pre- and school age and a prominent increase of persons older than 65 (from 9.9% to 15.7% of the total number of population); by a stagnating birth rate (9.9/ 1 000); increase of general mortality rate (12/ 1 000) and a permanent fall of population growth rate (from -1.7 to -2.1). General mortality rate of preschool children has been decreased from 14.8 to 7.2/ 1 000, primarily due to a decrease of infant mortality rate (from 13.3 to 7.8/ 1 000). Mortality rate of children old-

* Преузето из публикације „Изазови новог јавног здравља“.

¹ Др Весна Драгићевић, Градски завод за јавно здравље, Београд

² Др сц. мед. Зорица Димитријевић, Градски завод за јавно здравље, Београд.

7,8/1000), док се стапоје морбилитета деце старије од једне године одржавају на вредностима од 0,4/1000. Најчешћи узроци смрти овојачадију јесу превремени порођај (0,25/1000), недовољна дисајна функција (0,17/1000) и нештрауматско унутарлобањско крварење (0,84/1000), док деца предшколског узрасла старија од годину дана умиру најчешће од товреда, тровања и малигних неоплазми. Морбилитет деце школског узрасла показваје тенденцију смањења са 3,2 на 1,3/1000, а међу водећим узроцима су товреде и малигне неоплазме. У структури морбилитета одраслих особа (16,2/1000) доминирају болести кардиоваскуларног система (8,4/1000) – 52 одсто укупне смртности (са преодоминацијом иереброваскуларних оболења), малигне болести (3,7/1000) – 23 одсто и симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (0,8/1000) – 10 одсто. У ванболничкој здравственој заштити деце предшколског узрасла, жена и радника дошло је до смањења коришћења услуга, насујрошћи појулашијама деце школског узрасла и одраслих особа. Оболења респираторних органа, кардиоваскуларног и мишићно-коштаног система најчешћи су разлози обраћања лекару одраслог и радно активног становништва. Ког деце предшколског узрасла најчешћа су оболења респираторних органа, заразне болести и болести ува и масионог настивка, док су ког деце школског узрасла товреде на првом месту (после респираторних и заразних оболења). У појулашији жена доминирају оболења мокраћно-јолних органа, заразне болести и шумори.

Закључак: Дефинисање новог сећа индикатора здравственог стања становништва, са најласком на ризицима за појаву хроничних масовних незаразних оболења, у значајној мери би унайредило анализе здравственог стања становништва и омогућило прилагођавање активностима чишавајући друштва по потребама појулашије и локалних заједница у областима промоције здравља, раног откривања болести и њиховој лечењу.

Кључне речи: анализа, морбидитет, морбилитет, демографски показатељи.

er than 1 has been maintaining the values of 0.4/1 000. Most frequent causes of infant mortality are premature delivery (0.25/1 000), insufficient respiratory function (0.17/1 000) and non-traumatic inter-lobar hemorrhage (0.84/1 000). Children of pre-school age (older than 1 year) die mostly from injuries, poisonings and malignancies. Mortality of schoolchildren shows a decreasing trend, from 3.2 to 1.3/1 000. Injuries and malignancies are the leading causes of death in this age group. In the mortality structure of adults (16.2/1 000), cardiovascular diseases are predominant (8.4/1 000), with 52% of the total mortality (with predominance of cerebral/ vascular diseases), malignancies (3.7/1 000) - 23% and symptoms, signs and pathological clinical and laboratory findings (0.8/1 000) - 10%. In out-of hospital care of preschool children, women and workers we have recorded decrease in service use, contrary to the situation with schoolchildren and adults. Respiratory, cardiovascular and muscle-skeletal diseases are most frequent reason of seeing a doctor for economically active populations. Respiratory, contagious diseases (ear and mastoid antrum) are most frequently seen in preschool children. In the population of schoolchildren, these range third (after respiratory and contagious diseases). Diseases of the genito-urinary system, contagious diseases and tumors are predominant in the population of females.

Conclusions: Defining a new set of indicators of population health, with stress on risks of occurrence of chronic non-contagious diseases would significantly improve analyses of this situation. This would also enable adaptation of activities of the whole society toward population and community needs in the area of health promotion, early detection and treatment of diseases.

Key words: analysis, morbidity, mortality, demographic indicators.

Увод

Пракса у развијеним земљама показује да је планирање и организацију здравствене заштите неопходно прилагодити приоритетним потребама дефинисаних популационих група, као и потребама становништва ширих и ужих локалних заједница.

Основни предуслови за овакав приступ здравственој заштити и унапређењу здравља становништва јесу мултидисциплинарни рад и тесна сарадња здравствене службе и читавог друштва у циљу решавања проблема везаних за здравље становништва. У том смислу, правце даљег развоја здравствене заштите грађана Београда требало би сагледати у контексту поменутих чињеница, али и фактора који карактеришу велике градове – метрополе, у које се убраја и Београд, по просторним, социјалним, економским и функционалним обележијима.

Циљ

Циљ рада јесте да се анализира здравствено стање становништва Београда и степен коришћења примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите.

Метод

Анализа здравственог стања становништва Београда јесте дескриптивна студија у

којој су коришћени подаци Завода за информатику и статистику града Београда (витална статистика) и Градског завода за заштиту здравља (здравствена статистика – индивидуални и збирни извештаји београдских здравствених установа).

Анализирани подаци односе се на период од 1997. до 2005. године.

Приказано је здравствено стање деце предшколског и школског узраста, жена у репродуктивном периоду, радно активног становништва, одраслих грађана и старих лица. Такође је анализирана област малигних болести и повређивања, с обзиром на то да су уочени континуирано присуство и пораст ових болести у свим популационим групама.

Резултати

Здравствено стање деце предшколског узраста

Према резултатима пописа становништва из 2002. године, у Београду живи 95.843 деце узраста 0 до 6 година, или 6 одсто укупног броја становника. У периоду између два пописа становништва, број деце овог узраста смањен је за 20,5 одсто.

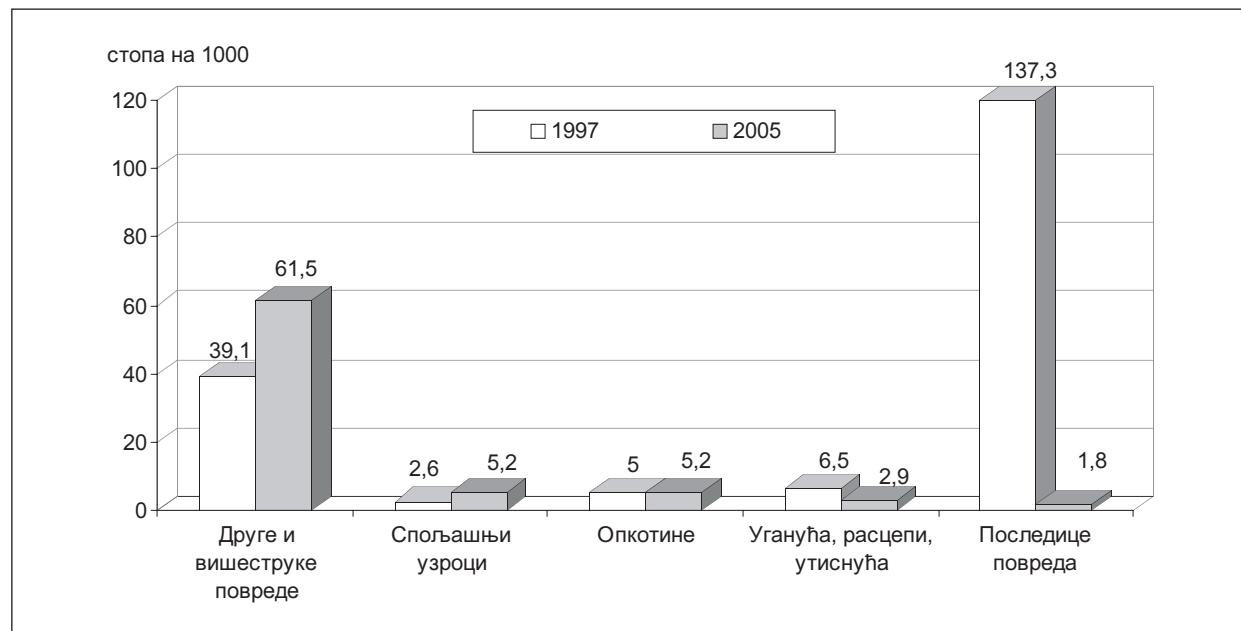
У службама за здравствену заштиту деце предшколског узраста у београдским домовима здравља годишње се у просеку региструје око 475.000 оболења и патолошких стања. У периоду између 1997. и 2005. године број

Табела 1. Социо-демографске карактеристике испитиване популације

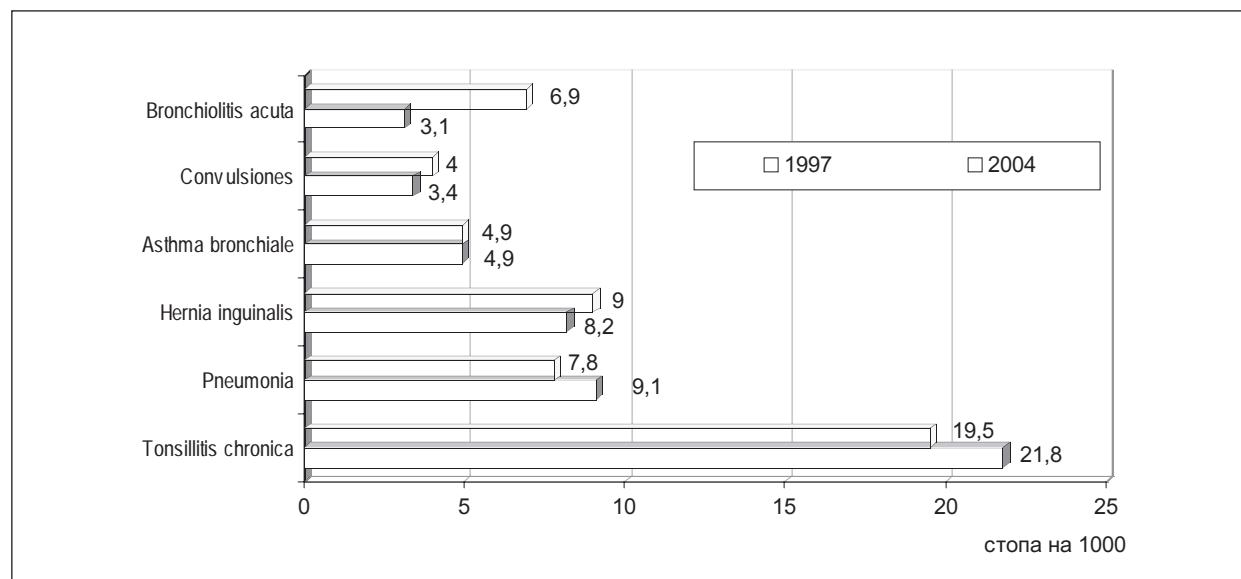
Групе болести	Удео у укупном морбидитету		Стопа на 1000		п	Тренд
	1997.	2005.	1997.	2005.		
Болести система за дисање	80,4	74,3	4319,0	3800,0	0,032	й = 411900–8452μ
Заразне и паразитарне болести-	3,0	5,6	161,0	287,1	0,001	й = 14276–1525μ
Болести ува и мастоидног наставка	8,9	4,8	180,6	245,6	0,039	й = 15876– 624μ
Болести коже и поткожног ткива	3,0	3,2	158,7	178,7	0,336	
Симптоми, знаци и патолошки налази	1,4	2,6	72,6	134,0	0,003	й = 7483+ 602μ
Остале групе	8,9	9,5	480,2	467,8	0,163	
Укупно	100,0	100,0	5372,0	5112,0	0,311	

дијагностикованих оболења лагано се смањи-
вао, али не по статистички значајној стопи
($F=1,484$; $df=1$; $p=0,263$), тако да је стопа
морбидитета са 5.372/1000 деце предшкол-
ског узраста у 1997. години смањена на
5.112/1000 током 2005. године.

Анализом просечног годишњег броја евидентираних оболења по групама болести уочава се да водећих пет група чини више од 90 одсто укупног ванболничког морбидитета. Најчешће евидентиране групе оболења приказане су у **табели 1**.



Графикон 1. Најчешће повреде деце предшколског узраста у ванболничкој заштити у Београду у периоду од 1997. до 2005. године.



Графикон 2. Најчешћи узроци хоспитализације деце предшколског узраста у Београду у периоду од 1997. до 2004. године..

Најчешћа оболења деце предшколског узраста била су: *pharyngitis et tonsillitis acuta, infectiones tractus respiratorii superioris multiplices acutae loci non specificati, bronchitis et bronchiolitis acuta* и *ојсциркултивне болести јлућа*.

У односу на морбидитет, морталитет и инвалидност, повреде у дечјем узрасту имају изузетно велики значај. У примарној здравственој заштити 2005. године регистрована је 7.841 повреда, односно, 81,8 на 1000 деце предшколског узраста. Током посматраног периода број повреда деце лагано је растао, иако тај пораст нема карактеристике статистичке значајности ($F=3,734$; $df=1$; $p=0,071$). Најчешће регистроване повреде деце предшколског узраста у примарној здравственој заштити су приказане на **графику 1**.

У стационарним здравственим установама у протеклом периоду лечено је у просеку по 10.800 деце, а стопа хоспитализације повећана је са 114 на 140 на 1000 деце предшколског узраста. Просечно трајање хоспитализације смањено је са 10,4 на 8,9 дана. Најчешћи разлози хоспитализације приказани су на **графику 2**.

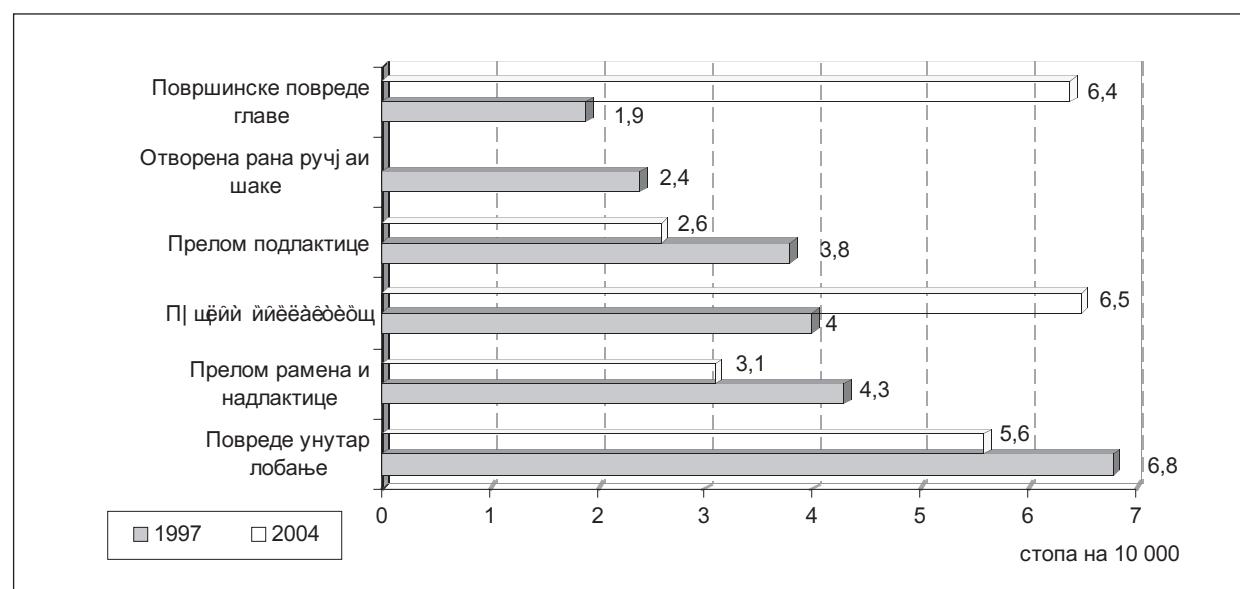
Иако се повреде не налазе на листи најчешћих разлога стационарног лечења деце

предшколског узраста, оне, као и у примарној здравственој заштити, имају изузетно велик значај у односу на трајање хоспитализације и могуће последице, смртни исход или инвалидитет. Најчешће повреде деце предшколског узраста које су захтевале хоспитализацију приказане су на **графику 3**.

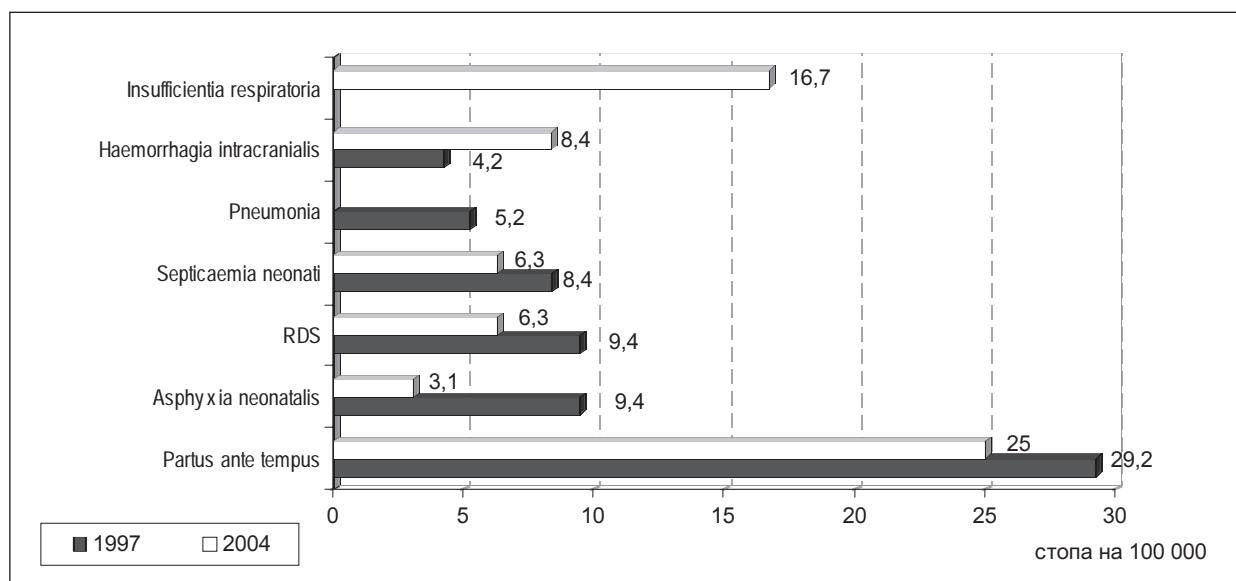
Малигне болести такође нису на листи најчешћих узрока хоспитализације. Најчешћа малигна оболења код деце предшколског узраста јесу неоплазме лимфног и крвотворног ткива, а затим ока, мозга и других делова централног нервног система. У просеку се годишње малигни тумори дијагностишу код 17 деце, и у протеклом периоду није било значајног пораста њихове учесталости (1,77/10000).

У односу на укупан број болнички лечење деце, смртни исход је наступио код 96 деце, што је за око 19 одсто мање у односу на 1997. годину. Најчешћи узроци смрти хоспитализоване деце у 2004. години приказани су на **графику 4**.

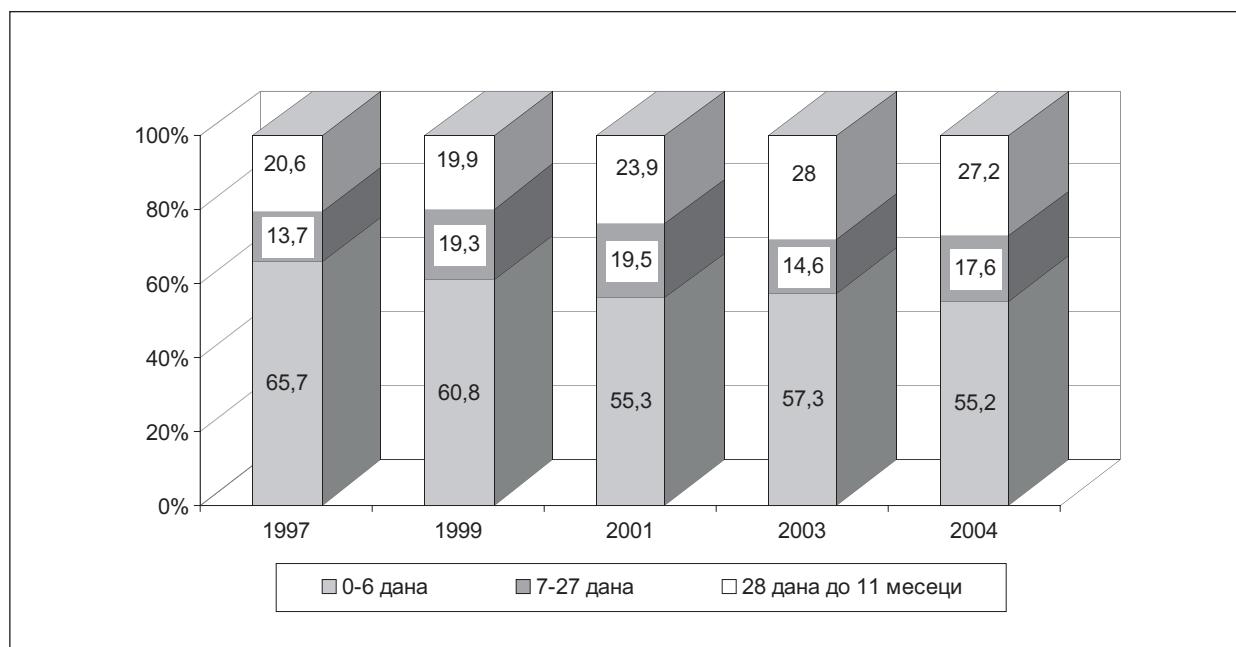
Смртност деце млађе од пет година двоструко је смањена је у периоду од 1997. до 2004. године, са 14,8 на 7,2 на 1000 деце овог узраста, чему је у највећој мери допринело



Графикон 3. Најчешће повреде деце предшколског узраста у стационарним здравственим установама у Београду од 1997. до 2005. године..



Графикон 4. Најчешћи узроци смрти стационарно лечене деце предшколског узраста у Београду у периоду од 1997. до 2004. године.



Графикон 5. Структура умрле одојчади према узрасту у Београду у периоду од 1997. до 2004. године.

смањење смртности одојчади са 13,3 на 7,8 на 1000 живорођених. Структура умрле одојчади према узрасту приказана је на **графикону 5**. Водећи узроци смрти одојчади у посматраном периоду нису се значајно мењали: стања настала у перинаталном периоду, конгени-

талне аномалије и симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази.

Стопа смртности деце старости од једне до четири године одржава се стабилном на вредностима од 0,4 на 1000 деце овог узраста, а најчешћи узроци смрти јесу повреде и

Табела 2. Најчешће групе оболења деце школског узраста у ванболничкој здравственој заштити у Београду у периоду од 1997. до 2005. године

Групе болести	Удео у укупном морбидитету		Стопа на 1000		р	Тренд
	1997.	2005.	1997.	2005.		
Болести система за дисање	78,2	72,6	1583,0	1666,8	0,773	
Заразне и паразитарне болести-	2,7	4,9	55,4	112,9	0,003	$y = 12833 + 1412x$
Болести ува и мастоидног наставка	3,7	4,1	75,7	97,0	0,018	$y = 18612 + 511x$
Болести коже и поткожног ткива	3,4	2,2	67,8	78,6	0,000	
Симптоми, знаци и патолошки налази	2,4	3,7	47,6	85,6	0,108	$y = 10720 + 1060x$
Остале групе	9,6	12,5	195,2	182,6	0,311	
Укупно	100,0	100,0	5372,0	5112,0	0,311	

тровања, конгениталне аномалије и болести респираторног система.

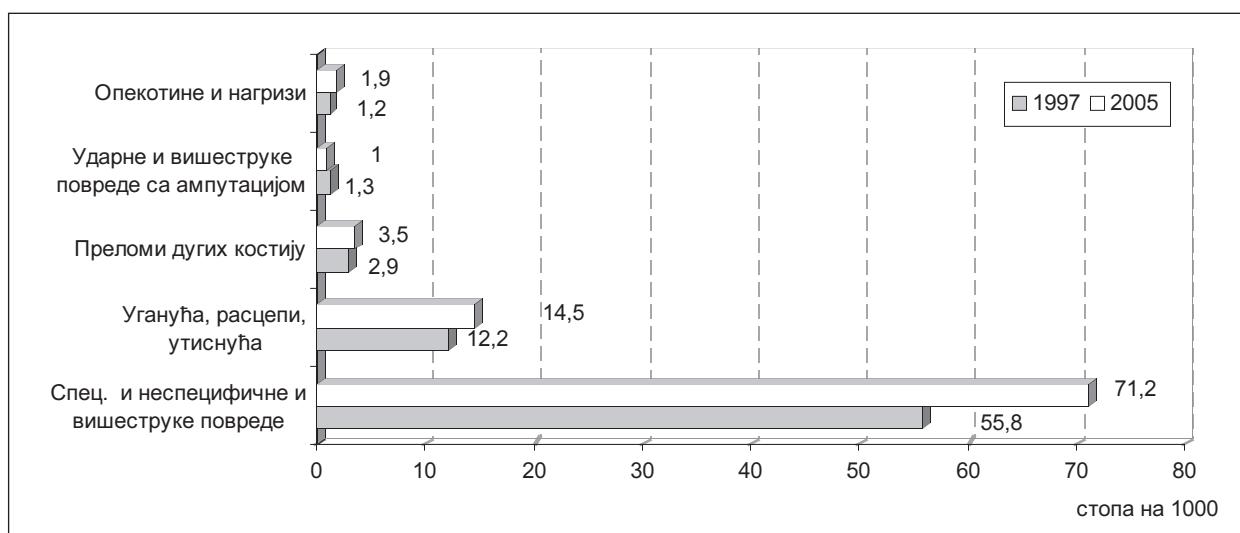
Здравствено стање деце школског узраса

Према резултатима пописа становништва из 2002. године, деца школског узраста (234.496) чине 14,8 одсто укупног броја становника Београда. У односу на претходни попис из 1991. године, њихов број смањен је за 12,4 одсто.

У ванболничкој здравственој заштити деце овог узраста, у периоду од 1997. до

2005. године, у просеку се годишње региструје 505.428 оболења. Укупан број дијагностикованих оболења лагано се смањивао из године у годину, али је ово смањење без статистичког значаја ($F=1,193$; $df=1$; $p=0,311$). Најчешћих пет регистрованих група болести чини скоро 90 одсто укупног броја евидентираних дијагноза и приказано је у *табели 2*.

Ако се посматрају само појединачна оболења из наведених група, најчешће су се јављала следећа: *pharyngitis et tonsillitis acuta, infectiones tractus respiratorii superioris multiplices*



Графикон 6. Најчешће повреде деце школског узраста у ванболничкој здравственој заштити у Београду у периоду од 1997. до 2005. године.

acutae loci non specificati, bronchitis et bronchiolitis acuta, друже специфичне, неспецифичне и вишеспире и повреде и болести средњег уева и масивног настапка.

Повреде деце школског узраста велики су здравствени и друштвени проблем, уједно пре што се њихова заступљеност у укупном морбидитету из године у годину значајно повећава. У београдским домовима здравља током 2005. године регистровано је укупно 22.742 повреде (97 на 1000 деце узраста 7 до 19 година). Најчешће евидентиране повреде деце школског узраста у примарној здравственој заштити приказане су на *графику 6*.

На болничком лечењу, током 2004. године, било је због повреда укупно 1.391 деце школског узраста, при чему су најчешће повреде биле прелом подлактице (89/100000), повреде унутар лобање (54/100000), прелом лобање и костију лица (48/100000) и прелом потколенице и скочног зглоба (36/100000).

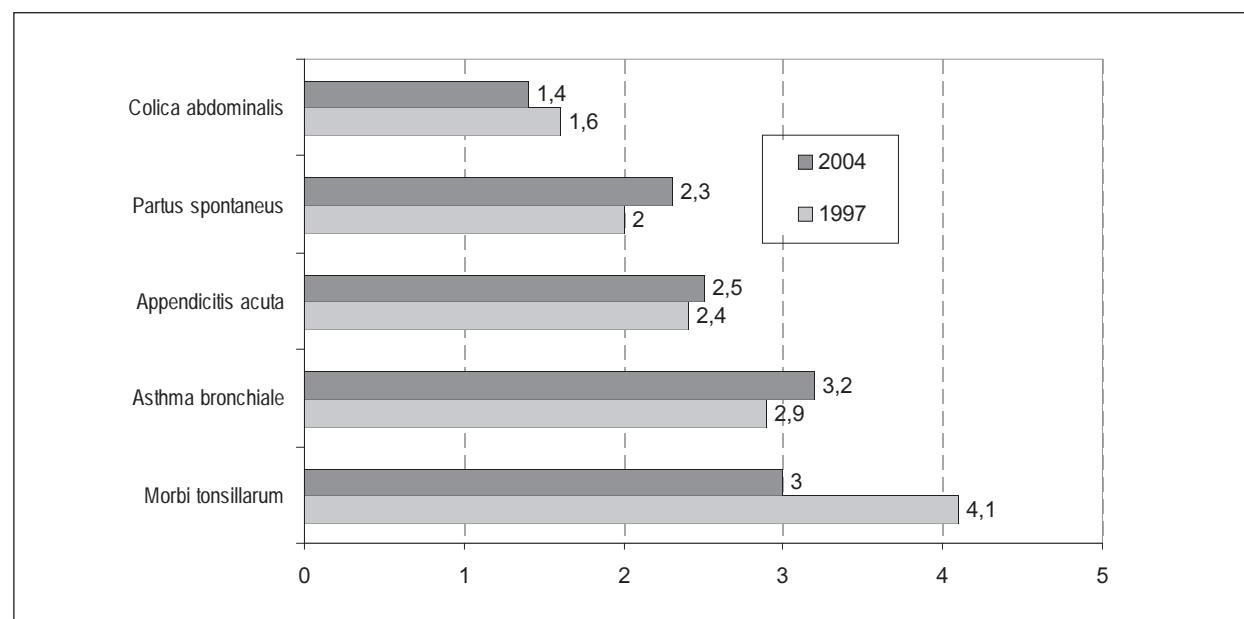
Током 2004. године стационарно је лечено 12.279 деце школског узраста. У односу на 1997. годину, стопа хоспитализације пове-

ћана је за око седам одсто, и то са 48,8 на 52,4/1000. Просечно трајање хоспитализације било је 9,5 дана и мање је за 0,7 дана у односу на 1997. годину.

Најчешћи узроци хоспитализације деце школског узраста приказани су на *графику 7*.

Од укупног броја болнички лечене деце умрло је 16, а током 2004. године стопа леталитета смањена је са 3,2/1000 1997. на 1,3/1000. Најчешћи узроци смрти биле су повреде, недовољна дисајна функција и малигне болести.

Малигна оболења код деце школског узраста показују растући тренд. Тако је, на пример, стопа инциденције ових оболења износила 1,11 на 10000 деце узраста од седам до деветнаест година (у 1997. години), 1,45/10000 (у 2004. години), да би у 2005. години она била смањена на 0,98. Најчешће малигне болести деце школског узраста јесу тумори кости, коже, везивног ткива и дојке (0,34/10000), неоплазме крви и лимфног ткива (0,26/10000) и малигни тумори мокраћнополног система (0,21/10000).



Графикон 7. Најчешћи узроци хоспитализације деце школског узраста у Београду у периоду од 1997. до 2005. године.

Здравствено стање жена

Према резултатима пописа становништва из 2002. године, у Београду живи 828.270 жене (52,6 одсто укупног броја становника). У односу на број жена старих 15 и више година, жене репродуктивног доба чине 56,2 одсто, што је за око осам одсто мање у односу на стање из претходног пописа становништва из 1991. године.

У периоду од 1997. до 2005. године у службама за здравствену заштиту жена београдских домова здравља годишње је у просеку евидентирано око 198.000 оболења, са просечном стопом оболевања од 275,7 на 1000 жена старих 15 и више година. Општи тренд евидентираних оболења има карактеристике лаганог пораста, али без потврђене статистичке значајности ($F=0,1$, $df=1$, $p=0,761$). Година са најмањом забележеном стопом морбидитета јесте 1999., (230,9/1000), а највећа стопа у посматраном периоду била је забележена у почетној години посматрања, 1997., (309,4/1000 жена старих 15 и више година).

Највећу учсталост, посматрано по групама болести, имају болести мокраћно-полног система (*N00–N99*), заразне и паразитарне болести (*A00–B99*), трудноћа, рађање и бабиње (*O00–O99*), тумори (*C00–D48*) и болести жлезда са унутрашњим лучењем, исхране и

метаболизма (*E00–E90*), које чине преко 98 одсто укупног броја дијагностикованих оболења (**табела 3**).

Посматрано по појединачним оболењима, највећу учсталост имају: *друга зајаљења женских карличних орђана, йоремећаји менструације, болести менопаузе, salpingitis et oophoritis i cervicitis uteri*.

Високо статистички значајан пораст учсталости имају *cervicitis uteri* ($F=12,758$; $df=1$; $p=0,003$; $y=11807+502x$), друге инфекције пренете претежно полним путем (*ulcus mole, granuloma inguinale, trichomoniasis, infectio herpetica viralis, infectiones sexuales chlamydiales, leiomyoma uteri*, бенигни тумори дојке и оваријума, као и *neoplasma malignum mammae* ($F=21,017$; $df=1$; $p=0,000$; $y=110,5+35x$) и *neoplasma malignum cervicis uteri* ($F=6,397$; $df=1$; $p=0,022$; $y=193+6x$) .

У гинеколошко-акушерским одељењима београдских болница за 12,6 одсто повећан је број стационарно лечених жена у периоду од 1997. до 2004. године, па тако и стопа хоспитализације са 40 на 45/1000 жена старих 15 и више година, док је број остварених дана болничког лечења повећан за само три одсто, на рачун скраћења трајања хоспитализације (са седам на 6,5 дана). У популацији жена генеративног доба, број хоспитализованих је повећан за 12,6 одсто, али је проду-

Табела 3. Најчешће групе болести у ванболничкој здравственој заштити жена у Београду у периоду од 1997. до 2005. године.

Групе болести	Удео у укупном морбидитету		Стопа на 1000		п	Тренд
	1997.	2005.	1997.	2005.		
Болести система за дисање	78,8	76,9	243,9	232,2	0,967	
Заразне и паразитарне болести-	10,6	12,3	32,7	37,0	0,046	$\bar{y} = 19786+591\mu$
Тумори	3,9	5,4	12,1	16,2	0,032	$\bar{y} = 7299+478\mu$
Трудноћа, рађање, бабиње	5,3	3,0	29,0*	16,1	0,011	$\bar{y} = 11270-489\mu$
Болести жлезда са унутрашњим лучењем, исхране и метаболизма	0,9	1,1	2,8	3,3	0,532	
Остале групе	0,5	1,3	1,6	4,3	0,050	$\bar{y} = 2093+124\mu$
Укупно	100,0	100,0	5372,0	302,0	0,761	

* специфична стопа.

жено и трајање хоспитализације (са 6,8 на 7,1 дана). Број стационарно лечених жена старијих од 49 година повећан је за 20 одсто, а просечна дужина лечења незнатно је краћа (смањена је са 10,8 на 10,4 дана).

Редослед најчешћих узрока хоспитализације жена генеративног доба није се значајније мењао. Током читавог периода био је то спонтани порођај код једноплодне трудноће, а на другом месту по учсталости јесте порођај царским резом код једноплодне трудноће. Интересантно је да је од 2002. године на трећем месту антенатални скрининг, а раније су то били крварење у почетној трудноћи (1997. и 2002. године) и контрола трудноће са високим ризиком (1999. и 2000. године).

Стопа болничког леталитета повећана је са 45,6 на 58,8 на 100.000 хоспитализованих жена старијих 15 и више година, а најчешћи узроци смрти били су малигна оболења, болести кардиоваскуларног система и симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази.

Према подацима Завода за статистику и информатику Београда, удео жена у укупном броју умрлих релативно је стабилан и одржава се на нивоу од 47 до 48 одсто. Број умрлих жена повећан је за 12,5 одсто, а стопа морталитета са 10,34 на 11,63 на 1000 жена. Овај пораст првенствено је условљен повећа-

њем стопе морталитета жена старијих од 49 година (са 25,13 на 29,11/1000). У популацији жена млађих од 15 година, стопа морталитета смањена је са 0,87 на 0,65/1000, као и у же-на генеративног доба са 1,44 на 1,04/1000.

Узроци смрти жена генеративног доба, посматрано по групама болести, најчешће су били тумори (*C00–D48*) који током читавог посматраног периода заузимају прво место, са уделом већим од 40 одсто у укупном морталитету; затим болести система крвотока (*I00–I99*) које доприносе са 16,3–19,6 одсто, и симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (*R00–R99*), чије се учешће у узроцима смрти жена лагано али континуирано смањује са 13,6 на 12,4 одсто.

Током читавог посматраног периода три најчешћа узрока смрти, изузимајући непознат узрок, били су:

злоћудни тумор дојке од кога умире 9 до 16,4/100.000 жена генеративног доба, а показује тенденцију значајног смањења ($F=5,133$; $df=1$; $p=0,038$; $y=63-1x$)

злоћудни тумор душника и плућа са стопом морталитета од 5,5 до 7,4/100.000 жена, такође са тенденцијом смањења ($F=9,666$; $df=1$; $p=0,007$; $y=30-1,3x$)

злоћудни тумор грлића материце, од кога су умирале две до седам од 100.000 жена генеративног доба ($F=20,218$; $df=1$; $p=0,000$; $y=29-1x$).

Табела 4. Најчешће групе болести особа старијих од 19 година у ванболничкој здравственој заштити у Београду у периоду од 1997. до 2005. године.

Групе болести	Удео у укупном морбидитету		Стопа на 1000		П	Тренд
	1997.	2005.	1997.	2005.		
Болести система за дисање	30,8	27,8	273,4	273,7	0,780	
Заразне и паразитарне болести-	19,5	18,4	172,5	181,5	0,621	
Тумори	9,8	12,7	86,5	125,6	0,002	Й =
Трудноћа, рађање, бабиње	6,3	7,3	56,1	71,6	0,071	
Болести жлезда са унутрашњим лучењем, исхране и метаболизма	7,3	6,4	64,8	63,6	0,739	
Остале групе	26,3	27,4	233,2	270,4	0,157	
Укупно	100,0	100,0	886,6	986,2	0,257	

Здравствено стање одраслих грађана

Према резултатима пописа становништва из 2002. године у Београду живи укупно 1.236.622 особа старијих од 19 година. Од тога броја, особе старе 65 и више година чине 20 одсто, или 15,7 одсто укупног броја становника Београда.

У периоду од 1997. до 2005. године, годишње је у службама за здравствену заштиту одраслих регистровано у просеку по 1.000.000 оболења/стања, чији се број није значајније мењао ($F=1,525$; $df=1$; $p=0,257$). Пет најчешћих група болести чини више од 72 одсто укупног морбидитета одраслих лица лечених у београдским домовима здравља (табела 4).

Посматрано по појединачним дијагнозама, у популацији одраслих најчешћа оболења била су:

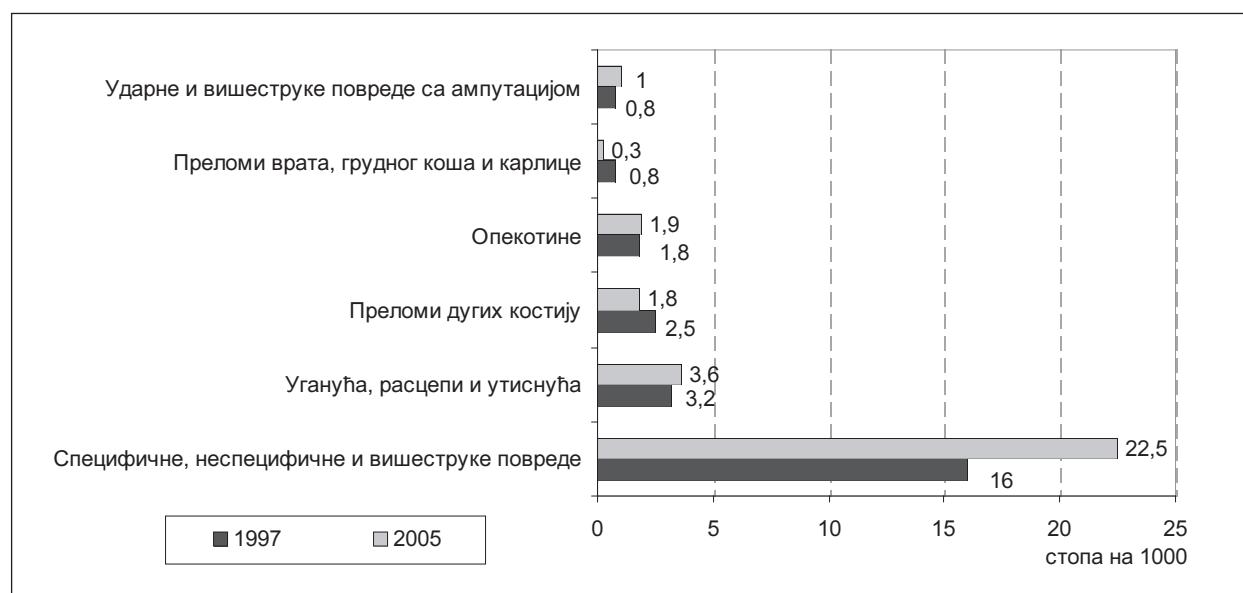
- *tonsillitis et pharyngitis acuta* (109,4/1000 старијих од 19 година)
- *hypertensio arterialis essentialis (primaria)* (106,3/1000)
- *друга оболења леђа* (65,3/1000)

Повреде и тровања одраслог становништва представљају велики здравствени про-

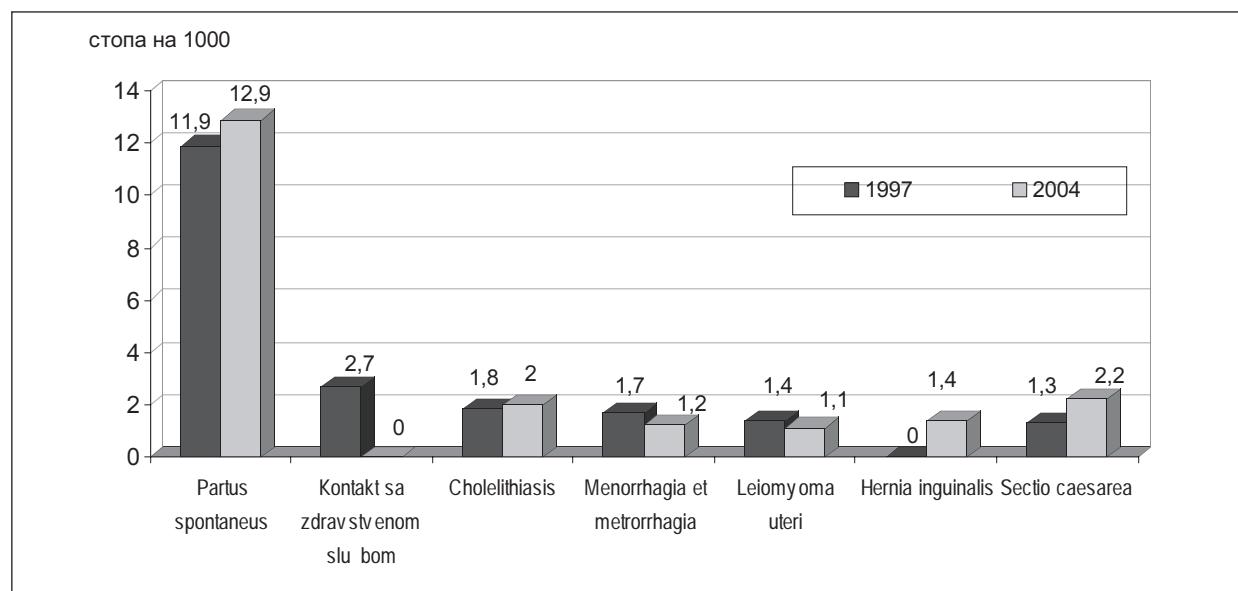
блем због велике учсталости, апсентизма, инвалидности и смртности. Године 2005. у службама за здравствену заштиту одраслих регистровано је 50.641 повреда (41/1000 одраслих особа). Од 1997. године број повреда се из године у годину значајно повећавао ($F=21,043$; $df=1$; $p=0,003$; $y=30719+1701x$). Најчешће повреде одраслих особа евидентиране у примарној здравственој заштити приказане су на *графикуону 8*.

У стационарним здравственим установама годишње се лечи између 150.000 и 170.000 Београђана. Просечно трајање хоспитализације са 13,7 дана у 1997. години смањило се на 12,2 дана. Од укупног броја лечених, око 60 одсто јесу особе старе између 20 и 59 година, на које се истовремено односи и преко 50 одсто укупног броја дана лечења свих корисника стационарне здравствене заштите

У београдским здравственим установама стационарног типа годишње се региструје око 150.000 дијагноза, односно, узрока хоспитализације, од којих је 50–54 одсто везано за популацију грађана од 20 до 59 година живота. Најчешћи узроци хоспитализације приказани су на *графикуону 9*.



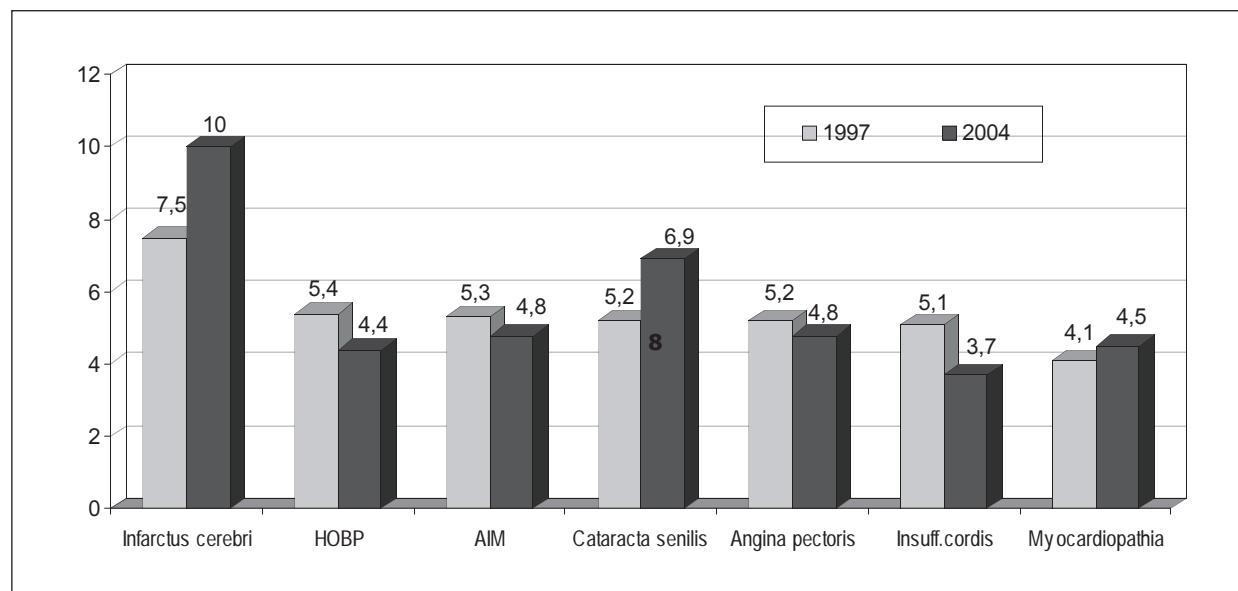
Графикон 8. Најчешће повреде одраслих особа у ванболничкој заштити у Београду у периоду од 1997. до 2005. године.



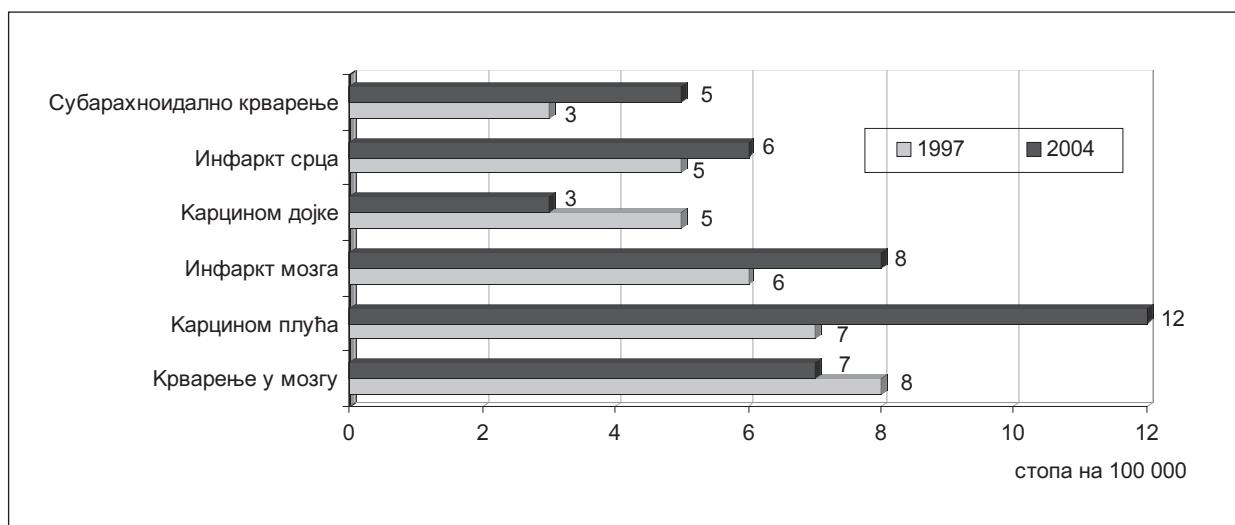
Графикон 9. Најчешћи узроци хоспитализације особа старијих од 20 до 59 година у Београду у периоду од 1997. до 2004. године.

Уколико би се издвојиле дијагнозе везане за трудноћу и порођај, редослед најфре-квентнијих болести, због којих се средовечни грађани обраћају здравственој служби, био би везан за узroke кардиоваскуларног порекла.

Најчешћи узроци хоспитализације лица старијих од 60 година нешто су другачији: и овде доминирају кардиоваскуларне и це-реброваскуларне болести, катаректа и хро-нична опструктивна болест плућа (*графи-кон 10*).



Графикон 10. Најчешћи узроци хоспитализације особа старијих од 60 година у Београду у периоду од 1997. до 2004. године.



Графикон 11. Најчешћи узроци смрти хоспитализованих одраслих особа старих од 20 до 59 година у Београду у периоду од 1997. до 2004. године.

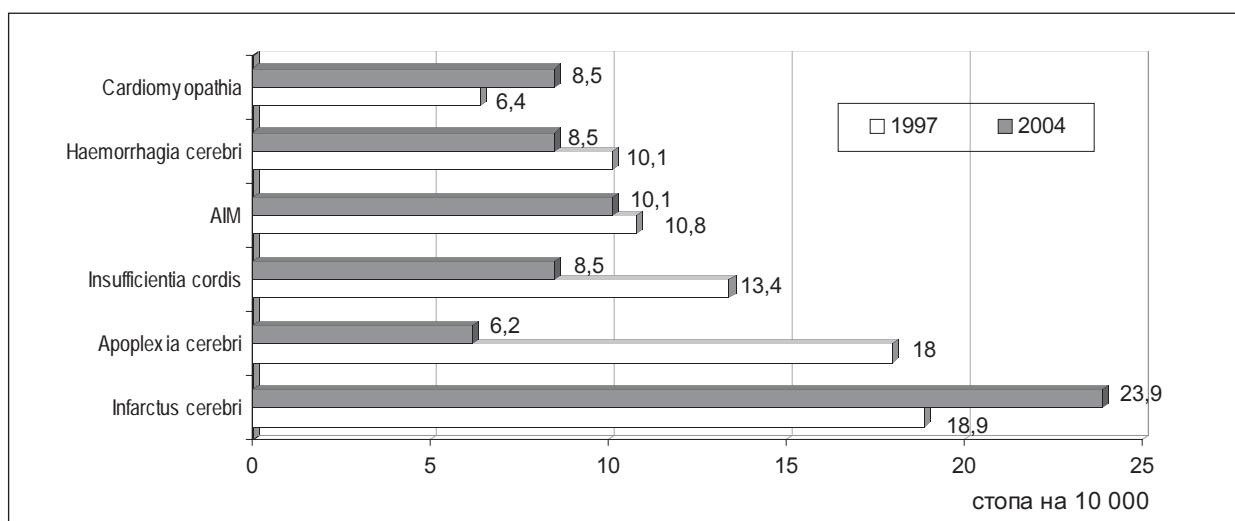
Смртност у болницама показује да је највећи број умрлих у болничким установама Београда у средњем и старијем животном добу. Око 80 одсто умрлих лица у болница-ма припада добној групацији од 60 и више година.

Болести из групе хроничних масовних не-заразних оболењева чине водеће узроке смрти стационарно лечених болесника од 20 до 59 година живота, а пет најчешћих узрока

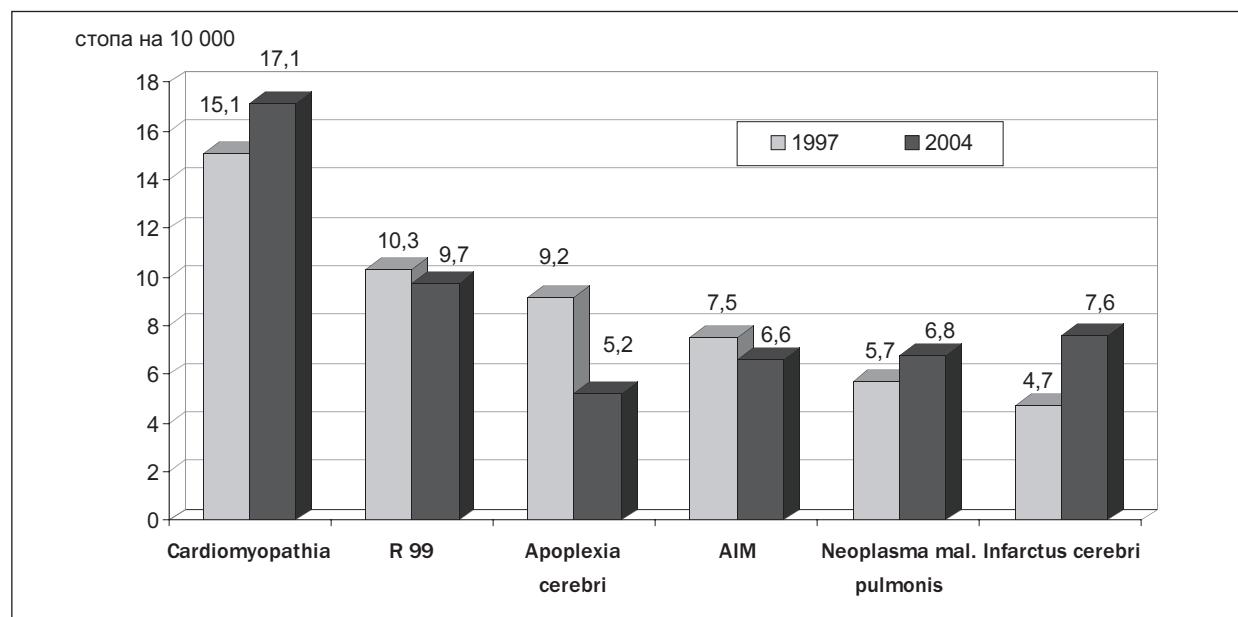
умирања у болница-ма приказано је на **графику 11.**

У популацији стационарно лечених лица старијих од 60 година најчешћи узроци смрти су из групе болести кардиоваскуларног и цереброваскуларног система, приказано на **графику 12.**

Општа стопа морталитета становништва повећана је са 120,3/10000 на 126,8/10000* у периоду од 1997. до 2004. године, при чему



Графикон 12. Најчешћи узроци смрти стационарно лечених лица старијих од 60 година у Београду у периоду од 1997. до 2004. године.



Графикон 13. Најчешћи узроци смрти становништва Београда у периоду од 1997. до 2004. године.

није дошло до драстичних промена у водећим узроцима смрти (*графикон 13*).

Малигне болести се све чешће бележе у популацији између 20 и 64 године ($F=27,222$; $df=1$; $p=0,000$; $y=1246+352x$). Стопа инциденције порасла је са 1,24/1000 (1997. године) на 3,58/1000 становника ове добне групације (2005. године).

Најчешће се јављају малигне неоплазме кости, коже, везивног ткива и дојке (27,7 одсто), неоплазме мокраћно-полног система (23,7), система за дисање (17,6) и органа за варење (13,9 одсто).

Табела 5. Стопа инциденције (на 100 000) најчешћих малигних неоплазми у популацији мушкараца старијих 20-64 године у Београду

Локализација малигнома	1997.	2005.
Плућа	10,7	50,4
Колон/ректумболести-	8,1	25,0
Кожа	6,3	21,9
Желудац	4,3	6,4
Мокраћна бешика	3,6	9,1
Ларинкс	2,7	10,4
Простата	1,6	9,5

У популацији мушкараца старијих од 20 до 64 године најчешће локализације малигних неоплазми су: плућа, колоректум, кожа, мокраћна бешика и ларинкс (*табела 5*).

У популацији жена исте старости најчешће локализације малигних обољења јесу: дојка, грлић материце, плућа, тело материце и колоректум (*табела 6*).

Умирање од малигних неоплазми такође је у порасту. У структури морталитета малигне болести учествују са 20 одсто.

Од повреда је у стационарним здравственим установама у Београду 2004. године ле-

Табела 6. Стопа инциденције (на 100 000) најчешћих малигних неоплазми у популацији жена старијих 20-64 године у Београду

Локализација малигнома	1997.	2005.
Дојка	10,7	50,4
Грлић материце	8,1	25,0
Колон и ректум	6,3	21,9
Тело материце	4,3	6,4
Кожа	3,6	9,1
Плућа	2,7	10,4
Желудац	1,6	9,5

чене укупно 40.600 одраслих лица, од којих особе старе између 20 и 59 година чине 10,6 одсто. Стопа повређивања на 1000 лица ове старосне доби јесте 4,8/1000, и нешто је већа у односу на стопу повређивања 1997. године, када је износила 4,5/1000.

Најчешће повреде стационарно лечених лица старости 20-64 године биле су:

- последице повреде ноге
- прелом потколенице и скочног згоба
- прелом лобање и костију лица
- повреде унутар лобање и
- прелом бутњаче.

Здравствено стање радника

Укупан број регистрованих оболења у службама за здравствену заштиту радника у београдским домовима здравља у периоду од 1997. до 2005. године значајно је смањен ($F=9,783$; $df=1$; $p=0,006$). Пет најчешћих група болести чине око 56 одсто укупног морбидитета и приказане су у **табели 7**.

Редослед најчешћих оболења није се битније мењао током посматраног периода, али су стопе морбидитета радно активног становништва у паду за готово 100/1000.

Разлоге континуираног опадања коришћења служби медицине рада требало би тражити у збивањима у привреди, која су пратила све остале проблеме транзиције у нашој земљи. Велики број радних организација пре-

стао је са радом, а радници су послати на принудне одморе. У том периоду је долазило до погоршања постојећих хроничних болести или појаве нових оболења, узрокованих тешким материјалним стањем и обављањем послова којима нису претходили адекватни прегледи и увид у здравствено стање. Систематски прегледи нису рађени ни након враћања на посао, а рад се одвијао са застарелом опремом или уз примену нове технологије за коју радници нису били едуковани, при чему је долазило до пораста повређивања на раду. Душевни поремећаји и поремећаји понашања постали су чешћи разлози због којих су се пациенти обраћали лекару примарне здравствене заштите. Приватни сектор остао је ван контроле, па су радници били принуђени да раде у потпуно неадекватним условима.

Дискусија

Период од 1990. до 2005. године обележили су озбиљни друштвени проблеми, што се неминовно морало одразити и на здравствено стање становништва, као и на функционисање система здравствене заштите. Проблеми у здравству, као и пад животног стандарда грађана, резултирали су погоршањем здравственог стања становништва Београда, упркос чињеници да је велики део ресурса система здравствене заштите концен-

Табела 7. Најчешће групе болести радно активног становништва у ванболничкој заштити у Београду у периоду од 1997. до 2005. године

Групе болести	Удео у укупном морбидитету		п	Тренд
	1997.	2005.		
Болести респираторног система	27,6	21,3	0,000	$\bar{y} = 85418+4526\mu$
Болести система крвотока	16,5	14,2	0,011	$\bar{y} = 47966+1770\mu$
Болести мишићно-коштаног система и везивног ткива	11,1	10,3	0,001	$\bar{y} = 34656+1284\mu$
Душевни поремећаји и поремећаји понашања	7,9	5,9	0,003	$\bar{y} = 21266+1029\mu$
Болести система за варење	7,2	4,2	0,000	$\bar{y} = 21564+1366\mu$
Остале групе	29,7	44,1	0,000	
Укупно	100,0	100,0	0,006	$\bar{y} = 283946+10256\mu$

тисан у главном граду, у коме је здравствена служба јасно профилисана и са највећим потенцијалом за оптимално функционисање. На основу степена коришћења здравствене заштите у последње две до три године, али и на основу других објективних показатеља везаних за квалитет пружених услуга, уочавају се јасне назнаке консолидовања система здравствене заштите и доступности здравственој служби у целини. С друге стране, демографске тенденције све бржег старења становништва Београда и евидентне несразмере између потреба и захтева за здравственом заштитом и могућности здравствене службе да пружи адекватну здравствену заштиту, у периоду о коме је реч, довеле су до индикативних промена у стопама разболевања и умирања, док су узроци разболевања и умирања у свим релевантним добним групацијама становништва Београда остали непромењени. Морбидитет и морталитет београдског становништва имају и даље карактеристике везане за урбане регионе и развијене земље, у којима доминирају хронична незаразна оболења.

Стопа наталитета готово да стагнира (са 9,4 на 9,9/1000); општа стопа морталитета расте (са 11 на 12/1000), а као резултат оваквих демографских кретања, уочава се све већи пад природног прираштаја (са -1,7 на -2,1) становништва Београда. Стопа смртности одојчади опада (са 13,3 на 7,6/1000), као и смртност деце испод пет година живота (са 20 на 7/1000). Уочава се и пад перинаталне смртности (са 15,9 на 8,8/1000). Подаци о природном прираштају указују на демографску старост становништва Београда, а подаци о смртности новорођене деце и деце испод пет година живота указују на ниво здравствене службе и квалитет пружених здравствених услуга.

Најчешћи узроци смрти одојчади су асфиксija, недозрелост плућа и интракранијална квартрења, док су најчешћи узроци смрти деце предшколског узраста повреде, тровања и неоплазме. Стопа умирања деце у узрасту пет до деветнаест година одржава се на ниским вредностима. Међу узроцима смрти до-

минирају повреде, тровања и несрећни случајеви.

Национални центар за здравствену статистику CDC-а наводи податак да је стопа наталитета у Америци 14 на 1000, а слични подаци могу се добити и за европске земље¹. Стопа морталитета у свету, према истом извору, има тенденцију пада: са 19 на 1000 (1950. године), са 8,8 на 1000 (у периоду од 2000. до 2004. године).

Лечење деце предшколског узраста у домовима здравља се лагано смањује, али мање од очекиваног, у односу на смањење броја деце између две пописне године (са 5.372 на 5.112/1000 деце). Болести система за дисање и даље су на првом месту међу најчешћим групама болести, а потом следе заразне и паразитарне болести. Акутно запаљење ждрела и крајника региструје се као најчешћа појединачна дијагноза. Подаци из литературе² показују да је међу децом од једне до четврте године старости септикемија најчешћи узрок смрти у високо развијеним земљама.

Болничко лечење деце предшколског узраста изразито је порасло (са 114 на 140/1000). Просечна дужина болничког лечења смањена је за 1,5 дан. Међу водећим разлозима хоспитализације јесу хроничне болести крајника, препонска кила, запаљење плућа и астма. Умирање деце предшколског узраста у болницама смањило се за 19 одсто (са 11,6 на 7,2/1000). Узроци смрти хоспитализоване деце предшколског узраста јесу оболења везана за перинатални период. У већини развијених земаља² узроци смрти деце овог узраста јесу повреде и конгениталне аномалије (EU EUROCAT Project).

Обим болничког лечења школске деце благо је повећан (са 48,8 на 52,4/1000), уз смањење просечног трајања хоспитализације на 9,5 дана. Међу водећим разлозима пријема у болницу јесу хроничне опструктивне болести плућа и хронични упални процеси на тонзилама. Стопа умирања школске деце у болницама показује тенденцију смањења (са 3,2 на 1,3/1000), али је веома индикативно да су водећи узроци болничког мортали-

тета повреде и малигни процеси. Према раније поменутим изворима, узроци смрти деце од пет до девет година такође су повреде и малигне неоплазме.³

Најчешће болести од којих болују одрасли грађани Београда јесу претежно из групе масовних хроничних незаразних оболења. Удео ове популације у укупном броју становника Београда благо расте, али се степен коришћења здравствене заштите у домовима здравља смањује (са 937 на 817/1000). Групе болести које се региструју у ванболничким установама јесу респираторне, кардиоваскуларне и мишићно-коштано-зглобне. Слично је и са групацијом означеном као „радно активно“ становништво. У првих пет превалирајућих група болести, код радно активних налазе се и неуротични поремећаји, са стопама морбидитета око 32/1000 и повреде, са стопама око 24/1000. Појава болести из ове две групе значајно издваја категорију радно активног становништва из групације одраслих лица у смислу ризико фактора којима је ово становништво изложено, налажући израду специфичних превентивних програма.

Грађани старији од 20 година припадају групацији у којој је преко 80 одсто лечено у болницима и преко 90 одсто оних који умиру у току хоспитализације. Грађани од 20 до 59 година живота користе болнички вид заштите у обimu од приближно 50 одсто. Стопа хоспитализације расте (са 91 на 96/1000). Најчешће су то жене генеративног доба, хоспитализоване у вези са порођајем и колатералним болестима. Болнички лечени пациенти из ове групације умиру од карцинома плућа и инфаркта мозга и срца. Стопе леталитета расту (са 14,8 на 16,2/1000). Цереброваскуларни узроци смрти налазе се испред инфарката срца. Посматрајући општи морталитет, кардиоваскуларне болести узимају примат уз малигне болести, које задржавају прво место. Старији од 60 година користе око 35 одсто болничких капацитета, са трендом пораста у десетогодишњем периоду праћења. Они се хоспитализују због цереброваскуларних и кардиоваскуларних болести и умиру од истих

болести због којих су и примљени на болнички третман. Стопе леталитета опадају (са 97 на 91/1000). Најчешћи разлози опште смртности старих лица везују се првенствено за кардиоваскуларне болести, а потом за крварења у мозгу. Специфичне стопе смртности имају изразито растући тренд (са 50 на 58/1000). Слична ситуација постоји и у другим земљама света, где сваке године од коронарне болести срца умре 3,8 милиона мушкираца и 3,4 милиона жена. Коронарне болести срца одговорне су за десет одсто губитака активних година живота у неразвијеним и средње развијеним земљама, као и за 18 осто у високо развијеним земљама света у којима се јавља више од 60 одсто укупног броја оболелих од ових болести.⁴

Дијагнозе малигних неоплазми карактеристичне су за старије животно доба. Дуготрајна изложеност факторима ризика и продужење животног века становника Београда доводе до пораста оболевања од свих болести, а посебно од малигних неоплазми. Ове болести јесу најчешћи узрок смрти у животној доби од 20 до 59 година. Нови случајеви оболевања од малигних болести показују значајно растући тренд, како у групацији грађана од 20 до 64 година живота (двеструко), тако и у групацији старијих од 65 година (троструко) у посматраном периоду. Тумори откривени у популацији особа старијих од 65 година чине 45 одсто укупног броја новооткривених тумора, а стопа морталитета расте (са 10,9 на 11,7/1000). Најчешћи узроци смрти код мушкираца јесу карцином плућа, колоректума и простате, док жене најчешће умиру од карцинома дојке, колоректума и плућа. Код оба пола оболевање и смртност од малигних болести показују значајан пораст. Малигне неоплазме су, према подацима CDC-а, најчешћи узрок смрти у популацији старој 45 до 54 и 55 до 64 године живота.^{1,3} Колоректални карцином на другом је месту као узрок смрти од карцинома,⁵ после карцинома плућа, а на трећем по учсталости код умрлих оба пола. Смртност од малигних болести код деце школског узраста за сада не показује растући тренд. У укупној структури оболевања од

ових болести, најмлађи становници Београда учествују са 0,5 одсто.

Регистроване повреде имају тенденцију пораста у свим добним групацијама. Подаци о смртности услед повређивања указују да се повреде налазе у самом врху узрока смрти у Београду, после болести циркулаторног система, болести малигне етиологије и групације болести из категорије „неозначених узрока смрти“. Код деце од седам до деветнаест година старости, повреде представљају и најчешћи узрок смрти. Доминантне повреде у дечјем узрасту јесу преломи горњих и доњих екстремитета, затим комоције и контузије главе и опекотине. Одрасла лица најчешће повређују екстремитете, али су преломи лобање, костију лица и унутрашње повреде главе чест узрок хоспиталног лечења. За старије од 60 година карактеристичне су повреде горњег окрајка бутне кости. Инсуфицијентност базе података о различитим видовима повређивања отежава савремено епидемиолошко праћење ове појаве. Неопходна је израда свеобухватног програма превенције трауматизма, усмереног према одређеној старосној групацији и доминантним врстама повреда унутар групација.

Број посета гинекологу у примарној здравственој заштити у постепеном је паду, као и број посета трудних жена саветовалиштима за труднице. Болести мокраћно-полног система, заразне и паразитарне болести, као и стања везана за трудноћу, представљају водеће узroke обраћања гинекологу. Најчешћи разлог хоспитализације жена генеративног доба јесте спонтани порођај, а код половине породила то је уједно и први порођај. Стопе хоспитализације због порођаја расту. Свака трећа жена је у анамнези имала намерни прекид трудноће, док се свака шеста/седма трудноћа завршила царским резом. Комплексије су најучесталије код жена старијих од 40 година. Претпоставка је да се две трећине прекида трудноће обавља у приватним здравственим установама, које не достављају пријаве о прекидима трудноће, не поштујући тако своју законску обавезу. Стопа умирања у болницама жена генеративног доба показује тенденцију раста, а

најчешћи разлози смрти јесу малигна оболења јајника. Општа стопа умирања жене генеративног доба показује тренд опадања. Стопа порођаја у свету има такође тенденцију пада. Подаци показују да је у Америци стопа порођаја пала у периоду од 1990. до 1999. године са 70,9 на 64,4 на 1000, као и стопа намерних прекида трудноће са 27,4 на 21,4 на 1000.⁶

Закључак

Анализа здравственог стања становништва не може имати за циљ искључиво приказивање фактичког стања здравља, већ мора допринети проналажењу могућности за његово унапређење. То се може постићи пре свега промоцијом здравља, развојем специфичних програма превенције хроничних незаразних оболења и прилагођавањем система здравствене заштите уоченим трендовима у водећим узроцима оболевања и умирања становништва.

Истраживање здравственог стања становништва Београда, у наредном периоду, требало би да буде усмерено ка откривању фактора ризика за појаву хроничних масовних незаразних оболења, а активности здравственог сектора ка њиховом отклањању, као и спречавању и раном откривању малигних оболења.

Посебну пажњу требало би посветити унапређењу здравља најмлађих житеља града, с обзиром на то да се у овој популацији бележи велика учесталост повређивања, као и на појаву медицинских и социјалних проблема младих као што су болести зависности, полно преносиве болести и различити облици агресивног и криминогеног понашања.

Акценат би требало ставити и на обезбеђивање квалитетних података рутинске здравствене статистике. Један од основних корака у том смислу јесте одговарајућа законска регулатива у области евидентирања и прикупљања података о оболелима, као и дефинисање сета индикатора здравља који су компатibilни са земљама Европске уније.

Литература

1. <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/births.htm>
2. http://ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/rare_4_en.htm
3. <http://webapp.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10.htm>
4. Death from coronary heart disease: www.who.int/cardiovascular-diseases/en/cvd
5. Jemal A, Murray T, Ward W. et al. Cancer statistics, 2005. CA Cancer j Clin 2005; 55:10
6. <http://www.cdc.gov/nchs/pressroom/03facts/pregbirths.htm>

Стручни и научни радови**Породични лекар у заштити старијих особа****M. Јањић¹***Family Doctor***M. Janjić, M.D., P.H.D., D.P.H., prof.*

Сажетак. У овом чланку аутор је изнео значај породичног доктора у заштити и одржавању квалитета живота старијих особа. Почетне тачке су карактеристике здравља које изазивају специјалне потребе код старијих које би требале бити задовољене. Саме потребе су узете као потребе релативно здравих особа, скривене потребе, акутне здравствене потребе, хроничне потребе и потребе породица које издржавају старије особе.

У складу са изнесеним потребама, принципима породичне медицине и одговорностима породичног доктора у изнесени су и разној форми заштите старије популације.

Породични лекар има значајну улогу у одређивању квалитета живота људи старије животне доби. При томе се полази од карактеристика старијих људи, специфичности њиховог здравственог стања и свеукупних потреба које треба задовољити да би се добио одговарајући квалитет живота.

Карактеристике здравствених проблема старијих

У оквиру здравствене заштите становништва старији чине специфичну групу због јединствене природе здравствених проблема који имају следеће карактеристике:

Summary. In this text the author stressed importance of the family doctor in protection and preservation of the quality life of the older persons. Start points are health characteristics causing the needs that should be satisfied. Needs themselves are taken as needs of the relatively healthy persons, hidden needs, acute health needs, chronic needs and needs of the families having older persons.

In accordance with the expressed needs, principles of family medicine and responsibilities of the family doctor in work form protection of the older population are stressed.

- постоји вишеструкост проблема,
- изглед им је најчешће атипичан,
- покретљивост је обично ограничена,
- компликације су много чешће, а залечења и излечења много спорија,
- јатрогеност је честа појава због недовољне оснапољености медицинског особља за рад са старијим особама,
- старији обично негативно посматрају своје здравствено стање.

Природа здравствених проблема захтева укључивање примарне здравствене заштите и породичног лекара у њихово решавање, јер већина људи старијих од 65 година живи у

* Саопштено на „VII националном Герантолошком конгресу“, Врњачка бања 2006.

¹ Проф. др Момир Јањић, председник Герантолошког савеза Србије.

сопственим домовима, у кругу своје породице или самостално.

Здравствене потребе релативно здравих старијих особа

У блиској прошлости почиње све више да се истиче оно што је позитивно у старењу и старости. Постепеним порастом квалитета живота, старије особе су све мање зависне од своје околине. Већина од њих и у дубљој старости живи активним животом. Таквим особама је од мањег значаја објективни лекарски преглед и интензивно лечење, већ одређена сигурност, благовремена и свеобухватна информисаност о очувању и унапређењу здравља. У оваквим случајевима главни задатак породичног лекара јесте рад на неговању позитивног става према здрављу, оптимизма и уверавања да старост није болест већ равноправан период живота са оним који је проживљен у прошлости.

Скривене потребе старијих особа

Једна од битних карактеристика старости јесте и скривеност здравствених потреба због тога што су многа патолошка стања без приметних симптома, или и лекар и пациент такав проблем не препознају као проблем. често се, због своје атипичности, таква стања приписују старости, што је свакако грешка. Методе којима се оваква стања откривају нису још увек у довољној мери уведена у рутинску праксу.

Акутне потребе старијих особа

Повремено код старијих особа долази до развијања акутних здравствених проблема. У таквим случајевима, поред интензивног кућног лечења, неопходно је болничко лечење. При томе не треба апсолутно избегавати третман у примарној здравственој заштити. Овакав третман је хуманији и благотворнији од третмана у болници, који може да има негативан ефекат на функционалнији опоравак. При томе се у први план ставља оцена

психолошких и социјалних димензија проблема и процена ефеката прописане терапије. У томе је битна сарадња болничког особља и тима породичне медицине.

Хроничне здравствене потребе старијих особа

Хронични здравствени проблеми, као честа појава у старости, представљају тежиште рада породичног лекара, са усмеравањем на следеће главне циљеве:

директна активност на одржавању одређеног нивоа квалитета живота,

помоћ члановима породице, суседима и волонтерима који учествују у задовољавању потреба оболеле старије особе: помоћ при доношењу одлуке када такву особу треба сместити у неку од неопходних институција.

Потребе породице са старијим члановима

Чињеница је да је породица била и остала најчвршћа и друштвено најодређенија подршка старијим члановима. Узрок чешћој хоспитализацији или институционализацији старе особе уопште јесте изостанак породичне помоћи. Породични лекар може да пружи значајну професионалну помоћ породици у обезбеђивању породичне подршке у случајевима када она изостане. За такву врсту помоћи лекар мора да буде оспособљен кроз побољшање вештина у комуницирању са члановима породице и са другим професионалним учесницима у заштити.

У својим активностима лекар мора да се придржава одговарајућих принципа породичне медицине, при чему он сноси и пуну одговорност за целокупну заштиту породице.

Принципи породичне медицине

1. Сваки здравствени проблем старијих пацијената представља поље рада породичног лекара, без обзира да ли се у решавање тог проблема укључују специјалисти и други професионални радници.

2. Многе болести се не могу открити или разумети без сагледавања пацијената у личном, породичном и друштвеном окружењу. У таквој ситуацији породични лекар је неприкосновен.
3. Сваки контакт са породицом породични лекар користи за чување и унапређење породичног здравља.
4. Посебно значајно поље породичног лекара јесте рад са „популацијом под ризиком“, а сваки старији човек, без обзира на своје здравствено стање, припада овом делу популације.
5. Породични лекар је део мреже у заједници која спроводи заштиту. Он везује и координира рад формалних и неформалних социјалних група, повећавајући на тај начин њихову ефикасност у социјално здравственој заштити старих људи.
6. Породични лекар живи и ради са својом популацијом, чак и у урбанизованим срединама.
7. У оквиру свих збивања у породици које породични лекар среће, он преноси своја знања на чланове и доприноси бољем породичном функционисању, нарочито када се ради о повезаности болести са ужом и широм околином породице и њених чланова.
8. Поред објективних, породични лекар до- приноси и развоју субјективних аспеката медицине.
9. Породични лекар управља расподелом релативно ограничених средстава и амењењим заштити, јер је он лекар првог контакта, одређује лечење, контролише пријем у болницу, сем у хитним случајевима, и упућује на консултативне прегледе специјалистима, и све то у корист своје опредељене популације.

Одговорносћ породичног лекара

- Даје подршку породицама под ризиком,
- Благовремено пружа информације о заштити и унапређењу здравља,
- Налази се у породици у кризним ситуацијама (терминална фаза болести губитак вољене особе),
- Ангажује се при отпусту пацијента из болнице,
- Истражује скривене потребе старијих чланова породице,
- У конфликтним ситуацијама у породици не подржава ни једну страну него помаже да се односи ускладе,
- Кризне ситуације решава кроз породични састанак.

Увек треба имати на уму да је здравље појединца увек под утицајем породичног здравља које може да буде оштећено болестима и несрећама њених чланова..

Из свега реченог произлази да је породични лекар тај који је увек спреман да активно утиче на непредвидиве и врло озбиљне ситуације у породици и да заједно са члановима породице успешно решава све искрсле проблеме и ситуације.

Литература

1. Almind G, Freer C. and other: „The contribution of the primary care doktor to the medical care of the elderly in the community“ Danish medical bulletin, decembar 1985, vol 32, Suplement No 2, Gerontology.
2. McWhinney J.: „A Text book of Family medicine, New- Oxford, Oxford university press, 1997.
3. Тимотић Б. и Јањић М.: Примарна здравствена заштита, уџбеник, Elit-medica, Београд, 2004.

Стручни и научни радови**Хипербарична оксигенотерапија (ХБОТ) у Србији****Љ. Црнчевић-Радовић,¹ И. Омеровић,² Т. Јовановић,³ М. Зарић,⁴****Д. Вујновић,⁵ М. Бумбаширевић,⁶ З. Благојевић⁷****Hyperbaric Oxygen Therapy (HBOT) in Serbia***Q. Crnčević-Radović, M.D., D.P.H., I. Omerović, M.D., D.P.H., T. Jovanović, M.D., Ph.D, prof.**M. Zarić, dipl. ing., D. Vuјnović, M.D., D.P.H., M. Bumbaširević, M.D., Ph. D., prof.**Z. Blagojević, M.D., D.P.H., Ass. prof.*

Сажетак. Хипербарична терапија кисеоником (ХБОТ) је у употреби у Србији од 1974. год.

Индикације за ХБОТ у Србији су:

- Као прва линија терапије:
 1. Акутно прровање CO, CO₂, цијанидима, бојним оштровима
 2. Септична стања (анаеробне, аеробне, мешовите сејсе, гасна гангрена)
 3. Акутни некротизирајући целулофасцитис
 4. Краши и компартименти синдром, IV стапен отворених прелома, пост амбулантиона стања
 5. Оштукотине (посебно са инхалацијом дима)
 6. Osteomyelitis
 7. Гасне емболије
 8. Дијабетичне и осталае ангиопатије
 9. Ulcus cruris
 10. Sudeckov синдром
 11. Комориштавани трансиланти
- Као пожељна терапија:
 1. Стања после CVI

Summary. Hyperbaric Oxygen Therapy (HBOT) are in use in Serbia from 1974.

Indications for HBOT in Serbia are:

- As First Line Treatment
 1. Acute CO, CO₂, cyanide poisoning and other chemical-induced intoxications
 2. Sepsis (aerobic sepsis, anaerobic sepsis, aerobic and anaerobic sepsis, gas gangrene)
 3. Acute necrotizing cellulofascitis
 4. Crush injuries, compartment syndrome, stage IV open fracture, post - traumatic sequelae
 5. Thermal burns (with smoke inhalation)
 6. Osteomyelitis
 7. Gas embolism
 8. Peripheral vascular disease (diabetes mellitus)
 9. Ulcus cruris
 10. Sudeck's knee syndrome
 11. Compromised skin grafts
- As adjunctive therapy
 1. Posthypoxic encephalopathy
 2. Polineuropathies

¹ Др Љиљана Црнчевић-Радовић, Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић-Батут“, Београд.

² Прим. др Ивана Омеровић, Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић-Батут“, Београд.

³ Проф. др Томислав Јовановић, Институт за физиологију Медицинског факултета у Београду.

⁴ Дипл. инг. Миодраг Зарић, Завод за хипербаричну медицину Београд.

⁵ Прим. др сц. мед. Даница Вујновић, Клиничко болнички центар Земун - Београд.

⁶ Проф. др Марко Бумбаширевић, Институт за ортопедију и траumatологију Клиничког центра Србије.

⁷ Доц. др Зоран Благојевић, Институт за ортопедско-хируршке болести „Бањица“..

2. Полинеуритије
3. Аваскуларне некрозе кости
4. Акутни инфаркт миокарда
5. Улиерозни езофагитис, гастритис, ентероколитис
6. Bellova парализа
7. Оклузија артерије centralis retinae
8. Мултила склероза и церебрална парализа
9. Незарасајуће ране
10. Акутна глувоћа
11. Oligoasternospermia и поремећај рецептивности ендометријума.

Кључне речи. Хипербарична, Терапија кисеоником, Србија, стандарди.

3. Necrosis bone caused by defective blood circulation
4. Myocardial infarction and other coronary insufficiencies
5. Chronic ulcers of the alimentary tract (oesophagus ulcer; gastric ulcer, necrotizing enterocolitis)
6. Bell's paralysis
7. Occlusion of central artery of retina
8. Multiple sclerosis and cerebral paralysis
9. Peripheral circulatory disorders with refractory ulcers
10. Sudden deafness
11. Oligoastenospermia and disturbance endometrium accessibility.

Key words: Hyperbaric, Oxygen Therapy, Serbia, standards.

Увод

Одржавање нормоксије (оптималне количине кисеоника у ћелији, ткиву, органу, а тиме и организму у целини) један је од најзначајнијих постулата медицине и живота.

Као посебна грана медицине, тада названа хипербарична медицина, хипербарична оксигенација (ХБО) настала је 1662. године са идејом британског лекара Хеншоуа да се количина кисеоника у организму може повећати повећањем процента кисеоника раствореног у телесним течностима, односно крвној плазми (само око два одсто кисеоника људског организма транспортује се изван еритроцита као физички растворен кисеоник у телесним течностима и то одређује парцијални притисак кисеоника). ХБО значи да се у посебним условима повишеног притиска (хипербаричним условима) у којима се налази организам, удише кисеоник, чиме се пропорционално притиску повећава проценат физички раствореног кисеоника у телесним течностима. Директном перфузијом кроз ћелијску мембрну кисеоник се преноси у ћелију, чиме се повећава његов парцијални притисак у ћелији и ткиву.

Феноменологија повишеног притиска везана је за рођење, када је у сврху вађења се-

дефа са дна мора и океана, још 4 500 г. п.н.е. било потребно направити одговарајуће уређаје. Клиничка хипербарична медицина интензивно се развија од 1956. године када је професор Боерема у хипербаричним условима, у посебно конструисаној комори, на Универзитетској клиници у Амстердаму, извршио операцију на отвореном срцу (данашњи стандард при оваквим операцијама јесте употреба екстракорпоралног крвотока). Првобитни разлог за увођење у клиничку праксу хипербаричног кисеоника (кисеоника применетог под повиšеним притиском), није остао главни разлог његове клиничке примене. Хипербарични кисеоник, због својих бројних и значајних фармаколошких ефеката, данас се пре свега користи као лек (има специфична лековита својства, контраиндикације, споредне ефекте, интерагује и инкомпабилан је са неким лековима) и дијагностичко средство.

У нашим условима, имплементација хипербаричне медицине у савремену медицинску праксу још увек није у потпуности уређена, нити се молекулски кисеоник под повишеним притиском користи као рутинско дијагностичко и тераписко средство, равноправно са другим средствима.

Циљ рада јесте да анализира достигнућа и ограничења хипербаричне медицине у

оквирима савремене медицинске струке и науке у Републици Србији.

Метод: у раду је нашао примену дескриптивно – аналитички метод. Од нарочитог значаја су активности (према важећем Решењу Министра здравља о референтним здравственим установама из 1999. године) референтних (здравствених) установа из области баромедицине: Медицинског факултета универзитета у Београду, Клиничког центра Србије, Клиничког центра Војводине – Нови Сад, Института за ортопедско-хируршке болести ?Бањица?, Клиничко болничког центра Земун – Београд и Завода за хипербаричну медицину Београд. У функцији референтне здравствене установе у области планирања, организације и развоја здравственог система, Институт за јавно здравље Србије ?Др Милан Јовановић-Батут?, прати организацију и функционисање ове здравствене делатности у нас.

Резултати и дискусија: ХБОТ се на нашим просторима примењује од 1969. године (у оквиру војне болнице у Сплиту). Од 1974. године је у редовној клиничкој пракси у оквиру одсека ХБО трауматолошке службе, као посебне организационе јединице КБЦ Земун – Београд (и даље једина државна здравствена установа која обезбеђује и пружа услуге ХБОТ), а од 1994. године у најсавременијим условима у Заводу за хипербариčну медицину – Београд (здравствена установа ван Плана мреже здравствених установа, ?Службени гласник Републике Србије? број 42/06). Активностима везаним за примену кисеоника у хипербариčним условима у европском региону руководи Европски комитет за хипербариčну медицину (ECHM). У светским размерама ова грана медицине организована је у оквиру посебне асоцијације UHMS (Undersea and Hyperbaric Medical Society), са значајном научном и стручном активношћу.

Индикациона подручја за примену ХБОТ у свету углавном су усаглашена. Републички завод за здравствено осигурање – Београд од 2004. године признаје примену молекулског кисеоника под повишеним прити-

ском у тачно одређеним индикацијама. Број третмана ХБОТ зависи пре свега од врсте и тежине оболења, односно укупног стања пацијента (индикација, општег стања, кооморбидитета).

Индикације за неопходну примену ХБОТ, која се пружа на основу упута лекара специјалисте здравствене установе, односно без упута ако се ради о витално угроженом болеснику јесу:

1. Акутно тровање CO, CO₂, цијанидима, бојним отровима
2. Септична стања (анаеробне, аеробне, мешовите сепсе, гасна гангрена)
3. Акутни некротизирајући целулофасцитис
4. Краш и компартмент синдром, IV степен отворених прелома, пост ампутациона стања
5. Опекотине (посебно са инхалацијом дима)
6. Osteomyelitis
7. Гасне емболије
8. Дијабетичне и остале ангиопатије
9. Ulcus cruris
10. Sudeckov синдром
11. Компромитовани трансплантати..

Са упутом лекарске комисије филијале РЗЗО, а на предлог одговарајућег специјалисте (пожељна примена ХБО) јесте у следећим оболењима:

1. Стања после CVI
2. Полинеуропатије
3. Аваскуларне некрозе кости
4. Акутни инфаркт миокарда
5. Улцерозни езофагитис, гастритис, ентероколитис
6. Bellova парализа
7. Оклузија артерије centralis retinae
8. Мултипла склероза и церебрална парализа
9. Незарастајуће ране
10. Акутна глувоћа
11. Oligoasternospermia и поремећај рецептивности ендометријума.

У свим осталим стањима ХБОТ се обезбеђује и пружа на лични захтев пацијента, односно корисника.

Стручни консензус је верификовао следеће нормативе за добијање позитивних резултата по индикацијама признатим од РЗО:

1. Акутно тривање CO, CO₂, идијанидима, бојним оштровима

У првом дану 1–3 ХБО експозиција у временском трајању 90–270 минута и наредних максимално пет дана (до потпуне репституције) једном дневно 2.2–2.8 ATA (на притиску од 1 ATA концентрација кисеоника је 21%, на 2 ATA 42%, итд.)

2. Сејсе ф(анаеробне, аеробне, мешовите), гасна гангрена, акутни некротизирајући целулофасцијис

На осам сати пет експозиција у трајању од 90 минута 2.8 ATA па до конзилиарне процене потпуног излечења свакодневно 2.5 ATA 70 минута (максимално 30 ХБО експозиција).

3. Краши синдром, комартименит синдром и IV стапен отворених трелома, посттамбутична ситања и комаромиштовани трансилантизи

У просеку до 30 ХБО експозиција, по 70 минута 2.2–2.5 ATA

4. Огекотине (посебно са инхалацијом дима)
Као адјувантна терапија оперативном и дефинитивном затварању рана препоручује се минимално 10 ХБО експозиција по 70 минута 2.0–2.5 ATA

5. Остеомијелизиси различитог порекла
Зависно од стања пацијента до 30 ХБО експозиција по 70 минута 2.0–2.5 ATA и као терапија стабилизације понављање 10 таквих ХБО експозиција минимално једном годишње.

6. Дијабетичне и остале ангиопатије, оклузија централне рециналне артерије

С обзиром на то да се у нашим условима пацијенти са овим оболељевима у програм ХБО третмана укључују веома касно, неопходно је 10–15 ХБО експозиција по 70 минута 2.2–2.5 ATA, уз обавезу понављања у току једне године нове серије ХБО оксигенације са циљем одржавања постигнутог стања и стимулације ангиогенезе.

6.1. Дијабетично ситојало и ангиопатије са исхемијом IV стапена и иреверзибилним променама (гангрене)

У зависности од величине промена и општег стања пацијента до 40 ХБО експозиција по 70 минута 2.2–2.5 ATA, са могућношћу понављања ХБО терапије у фази ремисије или одржавања постигнутог стања и стимулације ангиогенезе.

6.2. Васкулопатије

У пацијената без иреверзибилних промена 15–20 ХБО експозиција по 70 минута 2.5 ATA, са обавезом понављања у току једне године када то стање пацијента дозволи. Ако су промене на крвним судовима праћене иреверзибилним променама ткива, онда је број ХБО експозиција у истим условима и двоструко већи.

6.3. Системска болест крвних судова – M. Burgerr и M. Raynaud

У просеку 15 ХБО експозиција по 70 минута 2.5 ATA са обавезом понављања третмана одржавања. Ако постоје некротичне компликације, онда се препоручује двоструко већи број експозиција.

7. Ulcus cruris

Дужина трајања болести, величина дефекта и локални налаз одређују број и дужину ХБО експозиција. Досадашње искуство показује да пацијенти долазе углавном у терминалној фази болести, са великим дефектом коже и потковног ткива и израженом инфекцијом, па се примењује до 35 ХБО експозиција по 70 минута 2.2–2.5 ATA уз могућност понављања.

8. Sudeckov синдром

У зависности од локалног налаза 20–30 ХБО експозиција по 70–120 минута 2.2–2.5 ATA

9. Ситања после цереброваскуларног инсулита (CVI) односно инсуфицијација каротидног слива са знацима исхемије мозга

У овим стањима користи се 10 ХБО експозиција по 70 минута 1.8–2.0 ATA, уз могућност периодичног понављања.

10. Полинеројатије (стапања ћосле ћовреда периферних нерава и кичмене мождине)
Узраст и опште стање пацијента, локализација и обим повреде, време између повреде и укључивања у ХБО третман одређују број и услове ХБО експозиција. ХБО третман се реализује уз интензиван рехабилитациони (посебно организован) програм стимулације, истовремено са метаболичком стимулацијом и факторима раста.

11. Аваскуларне некрозе кости

Оптимално је 30 ХБО експозиција по 80–120 минута 2.0–2,5 ATA

12. Белова парализа и акутина ћлувоћа

ХБО третман ових стања чини 20 ХБО експозиција у временском трајању по 70 минута 2.2–2.5 ATA

13. Мултила склероза

У строго одређеној фази болести и претходно прецизно утврђеној дужини трајања оболења, препоручује се минимално 20 ХБО експозиција, у временском трајању од 60 минута 1.6–1.9 ATA

14. Церебрална парализа

Зависно од укупног стања и животне доби пацијента, потребно је применити ХБО експозиције 30 дана два пута дневно у трајању од 60 минута 1.6–1.9 ATA, уз могућност понављања третмана у току једне године.

15. Незарасајуће ране

Број ХБО експозиција одређен је дужином трајања болести, локалним налазом и бактеријским статусом. Искусствено се примењује минимално 25 и максимално 35 ХБО експозиција у временском трајању 70–120 минута 2.2–2.5 ATA, уз интензиван хируршко медикаментозни третман.

16. Oligoasthenosperia и паратија ћоремећаја речејшевносити ендометријума у шоку лечења промарној стерилизитета

Ово је једна од најмлађих индикација за примену ХБО терапије, у којој наши стручњаци остварују веома добре и у свету запажене резултате. Примењује се 3–10 ХБО експозиција по 70 минута

2.2–2.5 ATA у времену одређеном другим предузетим терапијским процедурама (АВФ и другим поступцима). често је неопходно понављање ХБО третмана по истој или измењеној схеми.

Мањи или већи број третмана од претходних препорука може да одреди стручни тим (конзилијум) који непосредно спроводи ХБОТ.

Молекулски кисеоник у хипербаричним условима и високоспецијализовани мултидисциплинарни кадар основни су предуслови за примену ХБОТ.

Земље бившег Совјетског Савеза располажу са 40.5 процената, Кина са 12.2, Јужна Кореја са 12.1, Европске земље са 11.5 процената светских капацитета за ХБОТ. У Италији се налази 34.1 одсто, у Великој Британији 27.3, у Француској 18.8 одсто укупних европских капацитета за ХБОТ. У САД-у функционише око 350 ХБО центара, а у Италији 52 центра. Куба има 55 комора, Русија 1 300, Јапан 815, Кина 1 800, а Немачка 90 комора. У Србији се у две здравствене установе ХБОТ пружа у три једномесне и једној вишемесној комори са 13 места и два места у преткомори. То значи да у САД-у један ХБО центар (један центар може имати неколико вишемесних комора), опслужује приближно 857 100 становника, у Италији 1 115 400, а у нашој земљи приближно 3 749 000 становника. Обезбеђеност становништва хипербаричним коморама је таква да у Јапану једна комора долази на приближно 156 000 становника, у Куби, која је пример земље са добро организованом здравственом службом, на 220 000, а у нашој земљи на 1 890 000 становника или једно место на 417 000 становника.

Осим за адекватну клиничку праксу у нас постоје могућности и за најсавременији научноистраживачки рад из ове области. Медицински факултет у Београду је 1998. године започео прву Европску последипломску школу из баромедицине. До сада је осам лекара стекло звање специјалисте, од чега су три запослена у државним здравственим установама.

ма, што је 0.01 одсто свих лекара ових установа у Србији.

Главни разлози што се ХБО не примењује као рутинско терапијско и дијагностичко средство јесте сумња у њену ефективност, неоправдано мишљење да се ради о скупој методи и недовољна информисаност здравствених радника, пре свега лекара. Институт за јавно здравље Србије ?Др Милан Јовановић Батут? дефинисао је стандарде и нормативе здравствених услуга хипербаричне медицине 2000. године. За 42 индикационе подручја примене ХБО описан је поступак обављања услуге и консензусом професионалаца нормирани су време, кадар, потрошни материјал и оптимална опрема за њихово обезбеђивање и пружање. Институт је сачинио студију о лечењу болесника у Центру (сада Заводу) за хипербаричну медицину – Београд 1996. године и анализу о кост – ефективности лечења лезија дијабетичног стопала методом ХБО 2001. године. Резултати ових истраживања идентични су резултатима сличних истраживања у свету, тј. да је ХБО терапија рационална и економски оправдана, а с обзиром на исход лечења, ефикаснија од класичне терапије код дијабетичног стопала и других улцерација и повреда. Цена услуге уговорена са РЗЗО у 2004. години за терапију од 70 минута у вишемесној комори износила је 4 903.64 динара, а у једномесној комори 2 490.00 динара.

У области трауматологије и ортопедије у Србији има годишње око 60 000 потенцијалних корисника и још 140 000 оболелих код којих је терапија ХБО индикована са вероватноћом да буде веома успешна. Међу потенцијалним корисницима највећи број је дијабетичара (у Србији има око 400 000 дијабетичара). Сваки четврти дијабетичар као компликацију основне болести задобије улцерације, отворене ране на стопалима и шакама. Уколико се благовремено не примени ХБОТ, следе ампутација и инвалидитет. Од свих ампутација доњих екстремитета 70 одсто се дешавају код дијабетичара, а у 58 одсто случајева ове ампутације се могу спре-

чити. Гангренозне ране једино успешно и са успехом од 96 процената могу се лечити применом ХБОТ, чиме се број потенцијалних ампутација смањује на половину. У последњих 10 година у Заводу за хипербаричну медицину – Београд пружено је преко 150 000 терапија. При томе је 73 одсто пацијената лечено успешно, 25 одсто са побољшањем, а 1.3 одсто пацијената није имало промене. И поред добрих доказа, и даље се сумња у ефективност ХБОТ, а тек седам одсто медицинског кадра САД-а у потпуности влада проблематиком баромедицине.

Закључак: Молекулски кисеоник у хипербаричним условима може бити лек избора, значајно терапијско средство које је неопходно додати постојећој терапији или најбоље дијагностичко средство. Велико и вредно клиничко искуство и признати стручни и научни рад из ове области значајне су карактеристике ове гране медицине у Србији. Због постојећег неразумевања и субјективитета, за њену рутинску примену неопходан је стратешки Програм примене и развоја. Поред научних институција и здравствених установа, носиоци овог Програма требало би да буду Министарство здравља и РЗЗО.

Литература

1. Available from URL: http://ecotecmed.com.br/art_18.htm
2. Barthelemy. HBOT Usefulness in Sudden Deafness and Tinnitus. Proceedings of the Twelfth International Congress on Hyperbaric Medicine, 1996.
3. Cianci P. et al. Salvage of the Problem Wound and Potentail Amputation with Wound Care and Adjunctive Hyperbaric Oxygen Therapy. Journal of Hyperbaric Medicine: Vol.3, No.3, 1988.
4. Faglia E. et al. Hyperbaric Oxygen Therapy in Diabetic Foot Ulcer and Gangrene. Handbook on Hyperbaric Medicine, ed: G.Oriani, A.Marroni & F.Wattel, 1995.
5. Faglia E. et al. Adjunctive Systemic Hyperbaric Oxygen Therapy in Treatment of Severe Prevalently Ischemic Diabetic Foot Ulcer. Diabetes Care, Volume 19, Number 12, December 1996.
6. Rockwood CA. Fractures. JB Lippincott Co Philadelphia, pp. 70-77.1991.
7. Freier et al. Hyperbare Oxygenation as a Treatment for Adults With Femur Head. – Necrosis. Proceedings of the Twelfth International Congress on Hyperbaric Medicine, 1996.

-
8. Hoffmann et al. Treatment of Acute and Chronic Tinnitus by Hyperbaric Oxygenation. Proceedings of the Twelfth International Congress on Hyperbaric Medicine, 1996.
 9. Iapicca et al. Necrosis of the Femoral Head and HBO: Indications, Posology and Results. Proceedings of the Twelfth International Congress on Hyperbaric Medicine, 1996.
 10. Longobardi P. The role of hyperbaric oxygen therapy in the Italian national health service. Hyperbaric Medicine Today, 2000.
 11. Jain KK. Textbook of Hyperbaric Medicine, 4th edition, 2004.
 12. Mader JT. Mixed Anaerobic and Aerobic Soft Tissue Infections. Problem Wounds – the role of oxygen, ed: Davis, Hunt, 1988.
 13. Oriani G, Marroni A, Wattel F. Acute Indications for HBO Therapy. Handbook on Hyperbaric Medicine, 1995.
 14. Oriani G. et al. The Sudeck's knee syndrome: Treatment with hyperbaric oxygen therapy. Proceedings of the Tenth International Congress on Hyperbaric Medicine, 1990
 15. Pelaia et al. Hyperbaric oxygen therapy in the central (CRVO) and branch retinal vein occlusion (BRVO). Proceeding of the Tenth International Congress on Hyperbaric Medicine, 1990.
 16. UHMS. Undersea and Hyperbaric Medicine Society – Hyperbaric Oxygen Therapy: A Committee Report, 1992.
 17. British Medical Association. Clinical Hyperbaric Medicine facilities in the UK, 1993.
 18. Zhidkov. Effects of Extracorporeal Detoxification Methods on Mortality in Sepsis,
 19. <http://www.anaesthetist.com/icu/infect/sepsis/sepsis1.html>
 20. Neubauer R, Walker M. Hyperbaric Oxygen Therapy, 1998.

Вести и новости из здравства Србије

Ове године регистрована 71 ХИВ позитивна особа

Највише заражених од сиде у Београду

У Србији до сада евидентирано 2.088 особа инфицираних ХИВ вирусом.

Број заражених, оболелих и умрлих мушкараца - троструко већи него жена

Од почетка године у Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ регистрована је 71 ХИВ позитивна особа, у истом том периоду 40 особа је оболело, а 18 њих преминуло је од последица ове болести. Већина новооткривених особа заражених ХИВ вирусом је од 20 до 49 година, а незаштићени сексуални однос постао је доминантан начин преношења вируса сиде у нашој средини.

Епидемиолози бележе пораст броја новоинфицираних у популацији хомосексуалаца, а по статистичким подацима број заражених, оболелих и умрлих мушкараца – троструко је већи у односу на жене.

У Србији је од почетка епидемије 1984. године, закључно са 20. новембром ове године, званично регистровано 2.088 особа инфицираних ХИВ-ом, од којих је 1.339 њих већ оболело од сиде, док је 915 особа умрло од ове болести. Највећи број новооткривених случајева сиде забележен је у Београду.

Ово су подаци са јучерашње конференције под називом „Ризик од ХИВ-а и превенција у Србији и Црној Гори“, која је одржана у организацији Програма Уједињених нација за развој и Иницијативе за превенцију ХИВ вируса међу посебно рањивим групама.

„Епидемиолошку ситуацију у нашој земљи карактерише тренд опадања оболевања међу интравенским корисницима дроге и изра-

зит пораст оболелих међу хетеросексуалцима и хомосексуалцима, који је нарочито изражен у последњих десет година. Оно што нас забрињава јесте чињеница да је стопа тестирања на вирус сиде у нашој популацији међу најнижим у Европи – од хиљаду становника само четири особе знају свој ХИВ статус“, истакла је др Данијела Симић из Центра за превенцију и контролу полно преносивих болести на Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“.

Студија Националне канцеларије за ХИВ и сиду, која је урађена на репрезентативном узорку оних који продају своје сексуалне услуге, показала је да је највећи број њих (преко 70 одсто) имао контакте са психоактивним супстанцима, а чак четвртина спада у интравенске кориснике дроге. Како је навела Слађана Барош из Националне канцеларије за ХИВ и сиду, највећи број ангажованих у сексуалној индустрији није тестиран на вирус сиде и нема приступ здравственим службама.

Представљајући резултате обимне студије Факултета за хигијену и тропску медицину Универзитета у Лондону др Тим Роудс, главни истраживач на програму истраживања у Србији и Црној Гори Иницијативе за превенцију ХИВ-а међу вулнерабилним групама, истакао је да је квалитативна студија живота интравенских наркомана показала да је мали број њих тестиран на вирус ХИВ-а. Подаци изведенни из ове студије такође говоре да петина наркомана у Београду и Подгорици користи нестерилне игле, да је чак 40 одсто њих заражено вирусом хепатитиса Це и да више од половине њих има више од три интимна партнера.

К. Ђорђевић,
„Политика“, 2006. година

Пројекти

Измене у домовима здравља

Центри за превентивне здравствене услуге биће смештени у домовима здравља, а циљне групе су одрасло радно активно становништво и старији од 60 година, најавио је градоначелник Ненад Богдановић.

Град је за спровођење програма „Развој нових центара за превентивне здравствене услуге“ одобрио 500.000 динара. У оквиру пројекта биће организована едукација здравствених радника и сарадника који ће радити у центру, као и надгледање организације и метода рада новоотворених центара.

Пола милиона динара одобрено је и за пилот-пројекат „Мониторинг здравственог стања и промоција здравља деце рођене под ризиком“. Критеријуми за избор породица које обилазе патронажне сестре јесу мала тежина бебе, дијабет мајке, утврђена конгенитална аномалија, церебрална парализа, аутизам и слични поремећаји.

По ранг листи здравствених установа, у овој години најбољи домови здравља на територији до 50.000 становника јесу Савски венац, Сопот, Бела Паланка, Дољевац, Велика Плана, Инђија, Опово, Голубац, Велико Грађиште, Ћићевац и Ковин, а најбољи домови здравља на територији на којој има више од 50.000 становника јесу Врачар, Звездара, Гроцка, Јагодина и Обреновац.

Почиње преуређење домова здравља

Униформисање здравствених установа

За улепшавање и стандардизацију централних објеката издвојено 60.000.000 динара

Због реализације пројекта „Хитна реконструкција 160 домова здравља“ примарне здравствене установе биће ускоро „претворене“ у градилишта, а остваривање плана улепшавања ових установа симболично је за-

почето у петак у Лозници. члници београдских домова здравља изразили су наду да ће до краја ове недеље и њихове установе доживети „генерални ремонт“.

Др Бранка Грујић, директор Дома здравља на Зvezdari, каже да ће мајстори поставити скеле колико већ данас и да ће ова установа добити потпуно нове прозоре, фасаду и уређење просторије.

– Наша установа је стара 30 година и зрела је за „шминку“. Извођач радова је долазио и само чекамо сагласност грађевинске инспекције. Урадићемо, између осталог, рампе за инвалиде и променићемо електричну инсталацију – истакла је др Нада Васиљевић-Влајковић, директор Дома здравља у Барајеву.

И Дом здравља „Вождовац“ у Криволачкој улици добиће ново рухо. Др Драгана Налић, директорка ове куће, наглашава да ће најпре бити поправљен кров који прокишињава, метални прозори који слабо дихтују и врата, док др Славица Крунић-Куцуловић, први човек Дома здравља „Стари град“, истиче да очекују да ће зграда у Симиној улици добити нову фасаду и нови кров.

Министарство здравља је за радове у домовима здравља потписало 15. новембра уговор са извођачима, а 60.000.000 динара за њихово преуређење обезбеђено је из Националног инвестиционог плана.

На конкурсу су за обављање радова изабране фирме „Дијагонала“ из Новог Сада, „Јединство“ из Севојна, „Интеркоп“ из шапца и „Ратко Митровић-Дедиће“, „Пројектомонтажа“ и „Напред“ из Београда, које ће моћи и да ангажују локална грађевинска предузећа.

Др Невена Караповић, државни секретар за здравство, каже да је ово одлична прилика да се домови здравља преуреде, јер су потребе ових установа све веће, а чињеница је да се дуго година у њих није улагало.

– Пре него што смо се одлучили за реализацију пројекта, урадили смо анкету да бисмо видели шта је све неопходно променити у домовима здравља. Тендер са строгим критеријумима расписан је крајем јула, а радо-

ви морају да буду завршени најкасније за три месеца. Преуређење ће обухватити само централне објекте, а локалне самоуправе мораће да изнађу средства уколико буду желеле да улепшају и приградске амбуланте – рекла је др Каравонић.

Она је додала да ће сви домови здравља бити типски, односно да ће бити уведена њихова стандардизација, што подразумева да сви морају да изгледају исто.

– Свесни смо да не могу исту боју да имају оне установе које су направљене од цигле или оне са много стаклених површина, али је важно да буду што сличније. Такође, контролисаћемо и извођаче, јер се често дешава да се најави завршетак неких радова и да тај рок не буде испоштован. Сваке среде биће организован радни састанак са њима да бисмо проверили како тече реализација планова – истакла је наша саговорница.

Д. Давидов
Политика, 21.11.2006. године

У КБЦ „Бежанијска Коса“

Пацијенту уградијен стент

Стручњаци КБЦ „Бежанијска коса“ Београду уградили крвне судове металним опругама

Стручни тим лекара јуче је у Клиничко-болничком центру „Бежанијска коса“ пацијенту Ј.С. из Београда уградио стент, односно металне опруге које проширују крвни суд, на два коронарна крвна суда. Према речима лекара, пацијент се осећа одлично и већ сутра ће бити отпуштен на кућно лечење. Тиме је ова установа постала трећа у граду која се бави интервентном кардиологијом, а циљ је да се смање листе чекања за ову интервенцију, јер су донедавно болесници чекали и по две године.

– Образовни кадар имамо, а у сарадњи са тимом лекара Клиничког центра Србије са академиком др Миодрагом Остојићем на челу одлучили смо се и за озбиљније захвате попут балон дилатације са уградњом стента.

То су урадили асс. др Јовица шапоњски, др Саша Хинић, проф. др Мирајана Кротин и академик Остојић – истакао је др Душан Вукотић, помоћник директора клинике.

Лекари су објаснили да је коронарна болест на првом месту оболевања и разлога умирања пацијената у земљи (одмах смо иза Русије), због чега Министарство здравља инсистира да се повећа број установа у којима се спроводи инвазивна дијагностика и лечење.

Др Јовица шапоњски, који је у дугогодишњем раду досад оперисао чак 9.000 људи, нагласио је да је ово прва болница која је радила инвазивну дијагностику.

– Од јуна до сада обавили смо операције код 1.000 пацијената и скидали са листе чекања по 40 пацијената. Најгоре је што се граница оболевања снижава и што имамо све млађе болеснике. Ове интервенције нису идеалне, али могу више пута да се понављају и то је добро. Међутим, радимо у сали која је стара већ 10 година и где се раде и друге васкуларне процедуре. Једна од најважнијих интервенција је такође стављање стентова у жучне путеве, лечење болести јетре, бубрега и других органа код пацијената који рецимо имају хипертензију. Очекујемо помоћ Министарства здравља и других надлежних установа да нам купе једну ангио салу, како бисмо могли да радијмо већи број кардиоваскуларних операција и интервенција неваскуларне природе – рекао је др шапоњски и додао да на појаву тешких болести утичу генетика, висок крвни притисак, повећан ниво холестерола и стрес.

Стручњаци су овом приликом похвалили Републички завод за здравствено осигурање које је омогућило пациентима бесплатне операције, које коштају од 500 до 2.000 евра, а план је да се у овој кући ускоро збрињавају и пациенти са акутним инфарктом миокарда, што је постао савремени тренд у свету.

Д. Давидов
Политика, 22. 12. 2006.

Систематски прегледи
све популарнији

Здравствена слика за неколико саши

**У Војномедицинској академији комил-
шан преглед до 18.000, у КБЦ „Бежаниј-
ска коса“ 14.235, а у КБЦ „Земун“ 5.000
динара**

У жељи да предупреде опасне болести од којих најчешће оболевају житељи главног града, у последње време велики број људи се одлучује за превентивне систематске прегледе.

Готово нико више не жели да чека по неколико месеци да би редовним путем дошао до обичног ултразвучног прегледа, или да живи у неизвесности по неколико недеља да би сазнао да ли му је са видом или слухом све у реду. Зато се многи одлуче да издвоје тешко зарађени новац за овакву врсту убрзаног прегледа.

У пратњи медицинске сестре

У трци за пациентима приватницима су се пријужиле и државне здравствене установе, које су овим кораком показале да и у овим кућама на љубазност и осмех може да се нађе. Наравно, уколико се ове анализе плате кешом.

Клиничко-болнички центар „Бежанијска коса“ једна је од првих здравствених установа која је покренула комерцијални „Медик програм“. За неколико сати све анализе буду завршене, уз обавезну пратњу медицинске сестре која заинтересованог пацијента води од службе до службе, тако да нема ни минута „празног хода“. Основни пакет услуга брзе дијагностике у овом програму обухвата преглед кардиолога, ЕКГ, снимак плућа, ултразвук stomaka и лабораторијске анализе и кошта 5.482 динара. Комплетан третман је 14.235 динара и обухвата и тест оптерећења срца, спирометрију плућа и прегледе код нуролога, физијатра и ОРЛ лекара.

У Клиничком центру Србије специјалистички преглед професора стаје 800 динара,

док за обичан специјалистички преглед грађани морају да издвоје 600 динара. Ултразвучна дијагностика се наплаћује између 1.200 и 1.800 динара, а ехокардиографски преглед 2.000 динара. Гастроскопија стаје 3.100, преглед крвих судова доплером 2.500, а скенер између 4.000 и 7.000 динара. Даме за гинеколошки ултразвук са прегледом стручњака морају да плате 2.000 динара, а колоноскопија стаје 6.000 динара. Провера крвне слике износи 350, лабораторијске анализе 655, а основне анализе 2.115 динара.

„Медикал програм“ у Клиничко-болничком центру „Земун“ постоји већ шест година и омогућава брзу дијагностику и предлог лечења пацијената, који желе да без упута и чекања реше проблеме или онима који долазе из других градова и држава.

– У току једног преподнева може се обавити комплетан преглед по цени од 5.000 динара. Скенер главе је 3.600 или 4.500, скенер трбуха 3.800, снимак плућа или костију 600, а рендген желуца или дванаестопалачног црева 3.500. Колор доплер преглед крвних судова руку и ногу је 3.500, врата 2.000, срца 2.200 динара. Мерење густине костију кошта 2.000, а специјалистички преглед од 800 до 1.200 динара – нагласила је прим. др Лидија Бург, начелница „Медикал програма“.

На ВМА поскупеле услуге

Оног тренутка када је Војномедицинска академија отворила врата цивилима и покренула систематске прегледе, људи из свих делова града одлучили су да баш овим стручњацима повере бригу о здрављу. Прегледи на ВМА су од 3. јула поскупели 20 одсто и сада се наплаћују између 15.600 и 18.000 динара.

– Већ имамо 35 уговора са великим предузећима, чији радници долазе код нас на систематске прегледе. Сви добијају комплетан интеристички и ултразвучни преглед, ЕКГ срца, лабораторијске анализе и мишљење офтальмолога, оториноларинголога, пулмолога – објаснио је проф. др Ђоко Максић, начелник Дијагностичко-поликлиничког центра ВМА.

Први приватни Дом здравља „Визим“ наплаћују комплетне прегледе мушкарцима око 3.000 динара, а дамама око 4.000 динара, док систематска контрола у Дому здравља „Др Милутин Иваковић“ за жене кошта 2.791, а за припаднике јачег пола 2.449 динара.

– Осим уобичајених прегледа, жене морају да ураде папаниколау тест, колкоскопију и ултразвучни преглед мале карлице, а мушкарци ултразвучни преглед простате. На основу биохемијских анализа пратимо да ли пациенти имају повишен шећер, масноће и триглицерида у крви или неке друге проблеме – објаснила је др Зорица Динић, власница Дома здравља „Визим“.

Већина домова здравља нема комерцијалне програме оваквог типа, али на лични захтев додатне анализе се могу урадити по низним ценама него у приватним установама.

Д. Давидов
Политика, 14. 7. 2006.

Отварање центара за превентивне здравствене услуге

Превенција уместо инјекција

Здравствени радници ћровераваће здравље деце рођене под ризиком и савештаваши њихове родитеље

Сви домови здравља у престоници ускоро ће добити центре за превентивне здравствене услуге, тако да је за овај посао из градске касе издвојено пола милиона динара. Према речима Ненада Богдановића, градоначелника, центри ће бити намењени превенцији болести одраслог радно активног становништва и старијих од 60 година.

– У центрима ће се бавити малим дијагностичким процедурама и промоцијом здравља. Подсетићу да су водећи узроци оболевања и умирања у Србији кардиоваскуларна и малигна оболења и дијабетес, чијем настанку и развитку доприносе различити фактори ризика, на које се превентивно може утицати променом лоших животних навика. У оквиру пројекта биће организована еду-

кација здравствених радника и сарадника који ће радити у центру, као и надгледање организације и метода рада новоотворених центара – рекао је градоначелник и додао да ће овај пројекат „Развој нових центара за превентивне здравствене услуге у Београду“ реализовати Секретаријат за здравство и Градски завод за јавно здравље.

Осим тога, из градске касе је издвојено још пола милиона динара и то за pilot пројекат „Мониторинг здравственог стања и промоција здравља деце рођене под ризиком у Београду“ који ће реализовати Градски завод за јавно здравље.

– У првој фази пројекта лекари ће звати телефоном породицу са дететом под ризиком, а други део подразумева патронажне посете породици. На дан отпушта из породишта информација о свакој мајци и новорођеној беби преноси се у дежурни центар „Хало беба“, а затим у матични дом здравља – каже градоначелник.

Уколико је беба рођена под ризиком, што подразумева пре свега малу тежину бебе, шећерну болест мајке, утврђену наследну аномалију, церебралну парализу и аутизам, информација о томе биће достављена Градском заводу за јавно здравље. Завод је најавио да ће се, на основу овако формиране базе података, позивати мајке деце рођене под ризиком и договарати патронажне посете.

Из градског буџета биће издвојено и 145.000 динара за набавку кухињске опреме за Центар за смештај и дневни боравак ментално ретардиране деце и омладине у Лазаревцу, чиме ће бити завршено опремање ове установе.

Градоначелник је саопштио и да је град прихватио донацију Народне банке Србије од 250.000 динара, која је намењена додатном обогаћивању оброка у народним кухињама у току предстојећих празника. Будући да ће ове „богатије“ оброке од 31. децембра до 14. јануара добијати 6.033 корисника, дневни оброк наших најугроженијих суграђана биће „богатији“ за 2,76 динара!

Н. Радичевић
Политика, 22. 12. 2006.

Модернија ојррема и брже лечење у клиничким центрима

Кредит од 200 милиона евра за реконструкцију клиничких центара, који је Европска инвестициона банка одобрila Влади Србије, омогућиће инфраструктурну и функционалну модернизацију клиничких центара у Београду, Новом Саду, Нишу и Крагујевцу.

Главни циљеви пројекта названог „Нови клинички центри Србије 2006–2010“ су скраћивање болничког лечења за 20 одсто и смањење броја хоспитализованих пацијената за 10 одсто. Међу циљевима су и повећање броја дневних пацијената од три до пет одсто и смањење броја болничких постельја за око 20 одсто. Тај план предвиђа и набавку најмодерније опреме и реконструкцију просторија.

Слободан Лаловић, координатор Министарства здравља, рекао је да је коначни циљ повећање квалитета и задовољство пацијената услугама.

Најважније у свему је да се пацијент осећа као човек и да сачува достојанство и лични интегритет – рекао је Лаловић.

Жозе Љоверас, шеф делегације Европске комисије у Србији, сматра да је значај овог пројекта у томе што су болесници главни учесници пројекта, а то је по њему „суштина сваке европске интеграције“.

Према плану, 150 милиона евра би требало да се искористи до краја 2007. године, а преосталих 50 милиона у 2008. години, уколико то буде било потребно. Новац од кредита ће бити распоређен тако што ће београдски Клинички центар добити 85 милиона, КЦ Војводине 25, КЦ Ниш 24, а КЦ Крагујевац 16 милиона евра.

BMA – српски бренџ

У Војномедицинској академији јуче је успешно урађена прва операција колена навигаторном техником, речено је на конференцији за новинаре на којој су сумирани резултати рада ове здравствене установе у 2006. години. Такође, како је речено, ВМА је проглашен супербрендом Србије, у анкети 54 земље.

– Током године амбулантно смо забринули готово пола милиона грађана, а стационарно лечили више од 31.000 животно угрожених и тешко оболелих пацијената. Обавили смо 11.000 великих и седам и по хиљада малих хируршких захвата, 32 трансплантације бubreга, 35 пресађивања коштане сржи и трансплатације јетре и матичних ћелија код болесника са мултиплом склерозом – истакао је генерал-мајор, професор др Миодраг Јевтић, начелник Војномедицинске академије.

Г. Б.
Политика, 23. 12. 2006.

Из историје здравства Србије

Чему и како још изодавна дуван шкоди Загубљени етички разлози

Б. Димитријевић¹

Много већи број људи није свестан шта се догађа око њих и у њима, и милиони то-с тају жртве болести и умиру пре времена ујраво због штога (Никола Тесла)

„Краткотрајна бесједа о злоупотреби дувана“ Викентија Ракића, јермонаха Фенечког, пароха храма Светога Спиридона чудотворца у Трсту, штампана у Венецији, свештенству намењена, а посрећи ли се и народу, угледала је света током већ поодмаклог Првог српског устанка, 1810. године. Преводећи с италијанског књигу о порочним забавама и играма, а увидевши да неће имати новаца њу да објави, одлучи Викентије да барем о дувану проговори, јер то је: не мало злo, порок велики и много шкодљив.

Његова аргументација је теолошко-етичка, економска, медицинска и естетска.

Дуван, који се пуши и у нос шмрче, није семе ђаволово, већ је дат Богом, као и сва остала семена и плодови. Зна се да је из Америке донесен у Европу. Но јесте једна од мрежа нечастивог којом он слабе душе лови. И властелини и богослужитељи, а и велможе и богаташи, и сиромаси и грађани, па и последњи онај сељанин, а и по који пустињак, у њој се ласно закопрца. Богатима не чини знатног трошка, но, сиромаху ваистину.

Сем што је због луле не мало домова, штала, сеника у пепео претворено, свак он-ај који ужива дуван постаје идолопоклонником. Кад таквом дуван на ум падне презире посао, презире молитву, па и свој слатки сан. У свако доба тај се буди, креше лулу.

Нико не служи тако господа као тај свог Идола. Изјутра, ни да се умије, Творцу помоли, већ држ' за лулу.

Ко дуван пуши од њега смрад, а ко га шмрче од њега гад. Може ли ишта гадније бити него кад неком потеку црне слине, катран из носа. И још за столом. Па, или у кашику или у чашу падне, ил' се задржи у брковима. Кажу да бурмут оштри вид. Није истина. Старац Крушович живљаше сто година, а читao је и писао до смрти своје без наочара. А бурмут шмркао није. А који шмрчу очи им крмљиве.

Говоре да дуван дремеж растерије. Рад растерије дремеж. човек без посла дрема. Но, не чудим се мирјанима, колико духовништву. Сме ли онај ко пуши, онако смрадан да службу служи? А који шмрче, с онаквим гадом? Зар нечистоћа телесна душевној не помаже?

Учитељ Вуич у „Природопису“ вели: „...за слабе људе, а особито за децу није добро пушити, јер такви морају пре времена под земљу отићи. А што се шмркања бурмута тиче, оно истина не слаби човека, али га чини гадним и упрљаним. Не може чисту мараму, а особито белу у цепу да задржи...“

Идолопоклонство, из невеликог овог списка, ми данас називамо зависништвом; а опис остаје исти. А несразмера аргументата, у корист етичких, беше у складу с веком. Сједињавање медицинских и моралних разлога, не само у борби против дувана, обележиће баш то стоеће, а од наредног знатан део.

¹ Проф. др Брана Димитријевић, професор универзитета.

Наука о здрављу (Новог доба) рођена је у крилу природних. Први велики хигијеничар био је француски хемичар Лавоазије (1743–1794). А доприноси из тога правца обележиће деценије наредног века све до епохалних Пастерових открића. И, тек потом је хигијена сасвим припала медицини. Али о користима те науке и једни и други, а и не само они, мораху да уверавају и власт и народ. Тако је уз медицинску, етичка аргументација избила у први план.

Свако здравствено питање је и морално. Одјекиваше тада Европом. Сваки прекршај против здравља је прекршај против морала (Херберт Спенсер). Власт која то не уважава нек' се торња. Народ нек' граби знање.

Исто схватање заступаће и наши просветитељи лекари, и самоникли Васа Пелагић. Али оно није из развоја природних наука проистекло, него из религије. Појединац је од памтивека што се и свога и туђег здравља тиче немаран био. Стога верозакони садрже и правила хигијене. Под утицајем науке државни правни систем требало је да замени и превазиђе верозакон, просветитељством у народу ваљало је да се увећа одговорност појединца, знањем да штити себе и околину.

Етички разлози су данас атавизам. Естетика, медицина, економија су у маркетин-

шком загрљају. Помиње ли се словесност? Непристајање на зависништво (било од кога или чега), снажење, развој личности? Већ: дуван кошта. Од пушења се губи лепота. И брже стари. Добија рак. А тек трошкови око лечења.

Засновано на рефлескима примаоца, маркетиншко просветитељство обраћа се потенцијалном потрошачу. Успех, здравље, лепота. И – вечна младост. Понегуј себе. Потроши новац на свој изглед. шта ће ти одговорност? Имаш обавештеност! шта ће ти знање? Лепота, успех, здравље...

Те ако јерманах Викентије Ракић није поменут у недавној борби а против истог противника, на овом тлу – није објављен, макар да би се сазнало колико смо још пре два века опрезни били – то је вероватно стога што се сматра тамо негде, а и верује у народу (?), да је здравље *одисића највише с успесима и лепотом повезано*.

А Викентије о томе једва реч.

(*Аутор захваљује г. Милораду Радевићу на разјашњењу оригиналаписаног на славено-српском језику*)

Политика, 17. 8. 2006.

Приказ књига

Први пеђијаћари и њве пеђијаћијске установе у Србији - прилог за историју пеђијаћије Србије

Аутори: Владислав Д. Пешић и
Будимир Б. Павловић

Издавач: Графички атеље Божановић, Београд 2006

Српска медицинска и шире јавност добила је преко потребно штиво. Ретко се помињу, а, на жалост, мало се и зна о почецима развоја дечје медицине на нашим просторијама. Документи постоје, али су сећања све ређа. Истраживачки рад аутора користио је оба извора, и у томе је његова највећа вредност.

Књига је конципирана тако да је садржај подељен у три логичне целине.

У првом делу се говори о развоју педијатрије у свету, потом о здравственој заштити деце у Србији, у периоду који је претходио појави лекара педијатара.

Други део представља збирку од пет биографија првих српских педијатара. Упознајемо личне и професионалне животне путеве др Платона Папакостопулуса, др Миленка Материја, др Милана Петровића, др Надежде Станојевић и др Ђуре Јовановића. Биографије су изнете тако да се кроз њих виде правци развоја педијатрије, као и друштвена клима, условљена бурним историјским догађајима, под којом је тај развој текао. Посебну вредност овог дела чине документи и сећања која су аутори прикупили у директном контакту са ретким савременицима почетака „специјалистичке“ педијатрије. Многа сећања, као и ретке фотографије, први пут су објављени, на тај начин чувајући

од заборава корене наше професионалне вештине.

Трећи део се односи на прве педијатријске установе код нас. Приказан је историјат рада београдских установа од дечјег одељења Опште државне болнице, преко Енглеско-српске дечје болнице, првог дечјег диспанзера „Кап млека“, Општинског дечјег диспанзера, до Дечје клинике Медицинског факултета. Потом је приказан историјат рада Секције Српског лекарског друштва за дечју медицину од оснивања до Другог светског рата, и то је, хронолошки, најкаснији период који се у овој књизи разматра.

Реч-две ауторима ове књиге.

Примаријус др Владислав Пешић, фтизиолог и педијатар, доктор медицинских наука, експерт у области клиничке респираторне физиологије, астмологије и алергологије, радни век је провео у Дечјој болници за плућне болести и туберкулозу „Дедиње“ у Београду, углавном као стручни руководилац установе. Био је предавач на последипломским студијама Медицинског факултета у Београду. Аутор је око 150 стручних радова; аутор, коаутор и уредник неколицине монографија и уџбеника. Последњих петнаестак година се бави историјом медицине. Члан је научног друштва за историју здравствене културе Србије.

Др Будимир Павловић, специјалиста опште медицине, научни сарадник, редовни члан Медицинске академије у Београду и председник Секције за историју медицине Српског лекарског друштва. Кустос је Музеја српске медицине СЛД-а и члан Међународног друштва за историју медицине. Објавио је 15 монографија и 190 стручних радова.

Са великим ентузијазмом, мање или више доследни јединственој историографској методи, аутори су озбиљно и објективно изнели сакупљена факта, избегавајући генерализацију закључака и личне коментаре. Догађаји говоре за себе.

*Др Данко Стојанић
Београд, 16. 9. 2006.*

Некада су учили од нас

Ивањица претеча система примарне здравствене заштите

Проф. др Предраг Довијанић и сарадници:

Проф. др Предраг Довијанић са сарадницима објавио је монографију „Ивањица претеча система примарне здравствене заштите“. Монографија је објављена поводом обележавања 50-годишњице од оснивања **Дома здравља Ивањица** и 25-годишњице од оснивања „Велефарма“ а. д. Холдинг компаније – Београд. За објављивање ове Монографије аутору је посебно значајно било „учешће, консултовање, стручни савети и стављање на располагање архивских текстова и фото-документационог материјала прим. др Александра Николића, оснивача и првог дугогодишњег директора Дома здравља у Ивањици“. Иначе, монографија је посвећена: „оним лекарима Дома здравља у Ивањици који су креирали и са сарадницима реализовали аутохтони - Ивањички програм заштите здравља, претечу Система примаме здравстваене заштите“.

Поред прилога (Посвета, Захвалност, Пролегамена, Јубилеји, Рекли су о Ивањичком програму заштите здравља и Ивањици 1955–1980, Поговор и Литература), **проф. др Предраг Довијанић** је монографију „**Ивањица претеча система примарне здравстваене заштите**“ написао у 16 поглавља, и то: I Здравље као судбина, II Социјално-економске и хигијенско-санитарне прилике у моравичком крају почетком XX века, III Ивањички програм заштите здравља, IV Моравички крај у време почетка спровођења Ивањичког програма заштите здравља, V Сведочанства

и сведочења, VI Родоначелници, сарадници и остали учесници у формулисању и реализацији Ивањичког програма заштите здравља, VII Партнерство за здравље – сви за здравље, VIII Ивањички програм заштите здравља у документима Светске здравствене организације, УНИЦЕФ-а и експерата из света, IX Посете и сведочења стручњака из света, X Стручњаци из наше земље поводом Ивањичког програма заштите здравља, XI Стручне конференције и састанци о Ивањичком програму заштите здравља, XII „За добру здравствену заштиту препоручује се ивањичко искуство“, XIII Лекарски кор на професионалном раду у Ивањици или пореклом из моравичког краја (1844–2002), XIV Хронограм догађаја од значаја за здравствену заштиту становништва Ивањице (1833–2002), XV Активности Дома здравља у Ивањици на спровођењу система примарне здравствене заштите (1978–2003) и XVI Ивањица и Дом здравља у Ивањици данас.

Како и сам аутор каже, „Ова књига представља пут кроз време (од 1929. преко 1953. до 1978. године) и кроз простор – ивањички, односно моравички крај – једне групе лекара и њихових непосредних и посредних сарадника. На том путу се материјализовао један аутохтони, јединствени, прогресивни и антиципирајући програм заштите и унапређења здравља становништва. Својом вредношћу и очигледним резултатима он се наметнуо свету и постао претеча и основа за формулисање система примарне здравствене заштите који је у свету заживео и траје већ четврт века, од 1978. године, када је проглашен на Светској конференцији у Алма Ати.“

Професор др **Предраг Довијанић**, пишући монографију „**Ивањица претеча система примарне здравствене заштите**“, обележио је једну креативну вишедеценијску епоху и рађаје једног прогресивног система заштите здравља становништва чији се дух и садржај наметнуло проширујући се на планетарни ниво, постajuћи срж система примарне здравствене заштите у свету, афирмисан на Светској конференцији у Алма Ати, септембра 1978. године, на препоруку заједничког Ко-

митета експерата Светске здравствене организације и УНИЦЕФ-а.

Чињеница је да су некада учили од нас.

Ауторима Ивањичког програма заштите здравља било је познато да се у свакој људској заједници стварају одређени односи између различитих области делатности, као и унутар тих области између њихових грана, група и подгрупа. Знали су да свака држава те односе утврђује и регулише одређеним прописима, класификацијама, номенклатурама, да укупност тих односа, било да су регулисани од стране државе или не, утиче и на структуру и на карактеристике појединих (области) делатности. Од стања које је настало у појединим делатностима и у укупној структуре свих делатности у глобалном систему значајно зависи и какав ће бити систем друштвених односа у једној заједници, као и структура личности и менталитет људи, квалитет здравља и живота људи, и као појединача и као колективитета. Отуда потреба да у оквиру глобалног друштвеног система здравствена делатност, као посебна област, буде динамички усклађена са осталим областима делатности, појединим деловима система и са системом у целини. Такође, живот људи, као личности, појединача и колективитета мора бити усклађен са животом у појединим областима делатности и животом заједнице у целини. Аутори су знали да је неопходна одређена динамичка усклађеност вредности људи, као и усклађеност у развоју друштвених установа и институција, са тим вредностима, као и са интересима и потребама које људи у њима задовољавају. Аутори Ивањичког програма заштите здравља, као хумани људи и знаци у заштити здравља људи, дали су значајан допринос да се у Србији изгради, на стогодишњој традицији, један јединствен социјално-медицински систем здравствене заштите становништва, који свима у Србији, и данас, може само да служи на част.

Наше истраживање показује да је у Србији био изграђен врло развијен систем здравствене заштите, са потпуном покривеношћу становништва и територије системом здравствених установа и обавезним здравственим

осигурањем. Карактеристично је да су створени систем градили сви: грађани (предузећа, установе...), здравствене установе и држава, а здравствена заштита се финансирала, готово искључиво, из средстава здравственог осигурања. Тако створени систем здравственог осигурања омогућио је увођење традиције просвећених и савесних лекара и других здравствених радника, који појединцима и становништву пружају здравствену помоћ, „бесплатно“, за плату.

У тако створеном систему здравствене заштите и здравственог осигурања основни актери били су: (1) грађани као потрошачи и пациенти, (2) радници и послодавци (предузећа, установе...) као обvezници плаћања до-приноса за здравствено осигурање и актери у систему здравствене заштите, (3) здравствени радници и здравствене установе као даваоци медицинских услуга, (4) СИЗ-ови за здравствену заштиту (службе за здравствено осигурање) и (5) Власт и друштвено-политичке организације као регулатори система. Између ових актера био је успостављен систем односа који је обезбеђивао: (а) право грађана на бесплатну здравствену заштиту и избор даваоца услуга (лекара и здравствене установе), (б) плаћање осигурања служби здравственог осигурања, (в) плаћање пружених услуга здравственим установама, (г) упућивање пацијената (особа) из ординације примарне заштите у болнице и (д) доношење норми и прописа којима је Власт регулисала односе у систему здравствене заштите, у систему здравствене делатности и систему здравственог осигурања.

У Европи је, према истраживањима Светске здравствене организације (СЗО), постојала сагласност о неким важним питањима пружања здравствене заштите становништву. На пример, да се никоме не може одбити пружање основне здравствене заштите зато што није био у стању да је плати. Владе су бринуле и интервенисале, низом мера, да би се обезбедило да становништво добије одговарајућу здравствену заштиту за уложене средства у осигурање, као и да пружена здравствена заштита буде квалитетна.

Монографија професора др **Предрага Довијанића**, „Ивањица претеча система примарне здравствене заштите“, подсећајући нас на изузетан рад на заштити здравља у ивањичком крају, на вредности система здравствене заштите који је мукотрпним напорима читаве заједнице стваран у Србији, треба да служи и као пример и као опомена како треба градити систем здравствене делатности и здравствене заштите становништва данас у Србији. Следећи најбоље традиције у Европи, у Србији смо имали добар и хуман систем заштите здравља становништва, и то и у капиталистичком систему (пре Другог светског рата) и у реалсоцијалистичком систему (до 1990. године). Тако треба и да остане. Ту добру традицију не треба напустити имитирајући неке богате земље света.

Монографија „**Ивањица претеча система примарне здравстваене заштите**“ јесте занимљива и може да буде идеalan пример, који показује како треба радити на заштити здравља становништва. Такође, поред рада значајног броја лекара хуманиста у Србији, рад аутора ове монографије, професора др **Предрага Довијанића**, и рад једног од аутора Ивањичког програма заштите здравља др **Александра Николића**, на изградњи система здравствене заштите у **Србији** (посебно у Ивањици и Београду), може и треба да служи за пример онима који данас креирају систем здравствене заштите становништва у Србији.

*Др си. Веселин Шањевић, дцл. сои.
Београд, 8. новембар 2006.*

Календар стручних и научних састанака у Европи (јул-октобар 2007.)

July 03, 2007 - July 08, 2007.
3rd International Congress of Psychology and
Law in Conjunction
with the 27th Annual Congress of ANYAPPI,
Adelaide, Australia

July 04, 2007 - July 06, 2007.
31 st british Congress of Obstetrics and Gy-
naecology
London, England, UK

Juluy 07, 2007 - July 13, 2007.
XXIth International Society on Thrombosis
and Haemostasis
Congress with 53rd Annual Meeting of the
Scientific and Standardization committee,
Geneva, Swityerland

July 08, 2007 - July 10, 2007.
IHEA 2007 6 th Biennial World Congress,
Copenhagen, Denmark

July 15, 2007 - July 19,2007
Eleventh International congress of Toxicology
Montreal, Qvebec, Canada

July 26, 2007-July 29, 2007
2007 Annual conference of the american Den-
tal Assistants Association
San Diego, CA, USA

July 28, 2007 - July 31, 2007
13th World Congress on Heart Disease
Vancouver, BC, Canada

August 20, 2007 - August 24, 2007
Medinfo 2007.**Brisbane, Australia**

August 25, 2007 - August 30, 2007
25th International Congress of Pediatrics,
Athens, Greece

August 25, 2007 - August 28, 2007
11th EFNS Congress, **Brussels, Belgium**

September 01, 2007 - September 05, 2007
ESC Congress 2007, **Vienna, Austria**

September 02, 2007 - September 06, 2007
29th Congress of the Societe Internationale
d'Urologie.
Paris, France

September 05, 2007-September 08, 2007
The Society of Laparoendoscopic Surgeons -
16th International Congress and Endo Expo
2007.SLS Annual Meeting.
San Francisco, CA,USA

September 17, 2007 - September 20, 2007
2nd ediaticr Sergery World Congress,
Buenos Aires, Argentina

September 20, 2007 - September 23, 2007
32 nd Congress of the European Society of
Neuroradiology and 16th
advanced Cours.
Genova, Italy

September 26, 2007 - September 28, 2007
2nd congress of Croatian Society for Advance-
ment of Bloodless Medicine.
Zagreb, Croatia

September 26, 2007 - September 30, 2007
7.Deutscher endometriose Kongress,
Berlin, Germany

September 29, 2007 / October 02, 2007
12th Regional Meeting of the International So-
ciety for
Gynecological Endoscopy: ISGE,
Munich, Germany

September 29, 2007 - October 02, 2007
36th Annual Scientific Meeting of the Interna-
tional Society for
Experimental Hematology.
Hamburg, Germany

October 01, 2007 - October 05, 2007
21 st World Congress of dermatology,
Buenos Aires, Argentina

October 01, 2007 - October 06, 2007
Eurospine 2007,
Brussels, Belgium

October 12, 2007 - October 14, 2007
2nd ESH-EBMT EuroCord Euro Conference of
Stem Cell Research,
Paris, France

October 13, 2007 - October 17, 2007
20th Annual Congress of the European Col-
lege of Neuropsychopharmacology.
Vienna, Austria

October 17, 2007 - October 20, 2007
Medical Group Management Association Annu-
al Conference
Washington, DC, USA

October 17, 2007 - October 21, 2007
WONCA Europe 2007 Conference in Paris
Paris, France

October 22, 2007 - October 26, 2007
AACR-NCI-EORTC International Conference
on Molecular targets and Cancer Therapeutics:
Discovery, Biology, and Clinical Applications.
San Francisco, CA, USA

October 27, 2007 - October 31, 2007
2007 Annual Meeting of the American Acad-
emy of Periodontology
Washington, DC, USA

October 31, 2007 - November 05, 2007
American Society of Nephrology: Renal Week
2007.
San Francisco, CA, USA

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.**

Оишића 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 чланска 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 кореспонденција, његову адресу, број телефона

и евентуално e-mail адресу.

Текст чланска 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 200 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, и 3-4 кључне речи на српском и енглеском.

Уз све врсте члана 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 чланка, редни број слике, а врх слике означити вертикално усмереном стрелицом. Наслов слике написати на посебном листу.

Цртежи (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