YU ISSN 0350-3208

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

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

ГОДИНА XLIV • ЈУН 2015. • БРОЈ 3

КОМОРА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ - БЕОГРАД

ГОДИНА XLIV

Број 3
ЈУН 2015. ГОДИНЕ

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

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Уређивачки одбор:

Председник:
Проф. др Георгиос Константинидис

Главни и одговорни уредник:
Проф. др Христо Анђелски

Заменик главног и одговорног уредника:
Доц. др Мирослав Чавлин

Секретар:
Маријана Стојановић

Чланови:
Проф. др Марија Јевтић
Драган Морача, дипл. правник
Проф. др Момчило Бабић
Мр др Дејан Станојевић
Проф. др Саша Живић
Др Рајко Косановић
Проф. др Слободан Обрадовић
Прим. др. Периша Симоновић
Проф. др Дончо Донев, Македонија
Проф. др Жива Новак Антолич, Словенија
Проф. др Агима Љаљевић, Црна Гора
Доц. др Данијела Штимац, Хрватска
Проф. др Жолт Молнар, Мађарска
Проф. др Васолиос Фанос, Италија

ВЛАСНИК И ИЗДАВАЧ: Комора здравствених установа Србије – Београд

За издавача: Драган Морача, дипл. правник
Уредништво и администрација: 11000 Београд, Хајдук Вељков венац 4-6.

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

Лектура/Коректура:
Бојана Голубовић

Припрема за штампу:
Дарко Јовановић, Београд

Тираж:
500 примерака

Штампа:
Принтива, Београд

Часопис "Здравствена заштита" евидентиран је под бројем YU ISSN 0350-3208 у Библиографији Србије, серијске публикације, и са овим бројем налази се у светској бази о серијским публикацијама (ISSN база) са седиштем у Паризу.

Чланци из часописа објављени су у Библиографији Србије, под именом чланци и прилози у серијским публикацијама, Серија Б.

Резимеи чланака објављују се у SCindeks-у (Srpski citatni indeks) при Народној библиотеци Србије и у COBISS.SR-ID 3033858.

Часопис "Здравствена заштита" евидентиран је у Министарству науке Републике Србије као национални часопис.

Часопис "Здравствена заштита" депонује се у Дигиталном репозиторијуму Центра за научне информације Народне библиотеке Србије, а чланци из часописа се могу представити у Српском цитатном индексу у виду пуног текста у режиму отвореног приступа.

САДРЖАЈ

Стручни и научни радови

Бојан Митровић, Радмила Поповић, Бранивоје Тимотић, Александар Митровић
1. РАШИРЕНОСТ БОЛЕСТИ ЗАВИСНОСТИ У СРБИЈИ 1

Данијела Милошевић, Ана Колић Матковић, Марија Митрашиновић, Весна Рашковић, Данијела Станојевић, Бојан Павловић, Оливера Ђурић, Верица Павловић, Марија Булатовић
2. МОРБИДИТЕТ СТАНОВНИШТВА ШУМАДИЈСКОГ ОКРУГА 15

Радица Драгојловић Ружичић, Сузана Борозан, Христо Анђелски, Веселин Меденица, Лидија Ивановић
3. ЗНАЧАЈ ЛАСЕРОТЕРАПИЈЕ У ФИЗИКАЛНОЈ ТЕРАПИЈИ СТАРИХ ОСОБА 23

Марија Булатовић, Сања Коцић, Снежана Радовановић
4. СОЦИЈАЛНО-МЕДИЦИНСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ СУИЦИДА 29

Јелена Тодоровић, Сања Радојевић
5. ПРИМЕНА КЛИНИЧКОГ ПУТА ЗА АКУТНИ ЛУМБАЛНИ БОЛ У ДОМУ ЗДРАВЉА УЖИЦЕ 35

Радоје Јевтић, Драгана Јевтић, Јован Ничковић, Вања Ничковић
6. ТЕРМИЧКИ ЕФЕКТИ МОБИЛНИХ ТЕЛЕФОНА – НОВА МЕРЕЊА 39

Рајко Косановић, Христо Анђелски
7. ОСНОВНИ ПРАВЦИ РАЗВОЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ (1922–2014) 48

Упутство ауторима 71

UDK BROJEVI: 613.96(497.11)

РАШИРЕНОСТ БОЛЕСТИ ЗАВИСНОСТИ У СРБИЈИ

Бојан Митровић[1], Радмила Поповић[2], Бранивоје Тимотић[3], Александар Митровић[4]

DIFFUSION OF SUBSTANCE ABUSE IN SERBIA

Bojan Mitrović, Radmila Popović, Branivoje Timotić, Aleksandar Mitrović

Сажетак

Болести зависности су болести или навике које остављају тешке последице по здравље и живот људи. Ту се убрајају пушење, алкохолизам и наркоманија. Болести зависности се још називају и болести понашања.

Циљ рада је сагледавање раширености и карактеристика болести зависности по појединим територијалним деловима Србије, полу, узрасту, типу насеља, нивоу образовања и имовном стању. У реализацији циља анализирани су подаци анкетног истраживања које је извршио Институт за јавно здравље Србије.

Резултати истраживања су показали да су болести зависности веома распрострањене у Србији. Тако стално пуши 10%, а повремено 5,4% школске деце, у просечном трајању 2,5 година. Од одраслог становништва свакодневно пуши 27,7%, а повремено 5,9%, па је преваленција пушења 33,6%. Просечан пушачки стаж је око 19 година. Све ово је врло различито у појединим територијалним деловима Србије, типу насеља, или ако се сагледава по полу, узрасту, образовању и имовном статусу.

Поред активног пушења, становништво је у високом проценту изложено и деловању дуванског дима. Само четвртина становника сматра да је пушење штетно по здравље, док трећина пушача жели да престане да пуши.

Summary

Substance abuse is a group of diseases or habits that leave serious consequences for human health and life. These include smoking, alcoholism and drug addiction. Substance abuse is also called diseases of conduct.

The goal of this research is to assess the prevalence and characteristics of addictions in certain territorial parts of Serbia, based on gender, age, type of settlement, level of education and wealth status. In the implementation of this goal, survey research data were analyzed conducted by the Institute of Public Health of Serbia.

The results showed that the addictions are widespread in Serbia. Thus, 10% of school children are constant smokers and 5,4% of them occasionally smoke 2,5 years on average. As for the adult population, 27,7% smoke on daily basis and 5,9% are occasional smokers, so the prevalence of smoking is 33,6%. The average smoking experience is about 19 years. All this is very different in different parts of Serbia, depending on the settlement type, gender, age, education and wealth status.

In addition to active smoking on daily basis, there is a high percentage of those who are exposed to cigarette smoke. Only a quarter of the population believes that smoking is harmful, and about a third of the smokers wants to quit smoking.

[1] Др Бојан Митровић, Клиничко-болнички центар „Земун“, Земун, Вукова 9.
[2] Др Радмила Поповић, Општа болница Лозница, Болничка бб.
[3] Проф. др Бранивоје Тимотић, професор социјалне медицине у пензији.
[4] Др Александар Митровић, Клиника за неурохирургију КЦС, Косте Тодоровића 4, Београд.

Конзумирање алкохолних пића је, такође, веома распрострањено – само 57,4% одраслих и 63,6% школске деце не пије. И овде су изражене разлике по територијалним деловима Србије, типу насеља, полу, узрасту, образовању и имовном стању.

Као и пушење и конзумирање алкохола, и наркоманија је распрострањена у Србији, мада су ефекти дрога познати у 35% случајева. Дрогу је користило око 7% школске деце, а међу одраслима 17% таблете и 3,5% марихуану. Наравно, и овде постоје изражене разлике по територијалним деловима Србије, типу насеља, полу, узрасту, школској спреми и имовном стању.

Општи закључак је да у Србији болести зависности представљају веома значајан социјално-медицински проблем.

Кључне речи: *болести зависности, раширеност, Србија.*

Alcohol consumption is also very widespread – only 57,4% of adults and 63,6% of school children do not drink. There are significant differences by territorial parts of Serbia, settlement type, gender, age, education and wealth status.

As well as smoking and alcohol consumption, drug abuse is also widespread in Serbia, although the effects ofdrugs are known in 35% of cases. The drug is used by about 7% of school children and 17% of adults use pills and 3,5% use marijuana. Of course, there are also significant differences by territorial parts of Serbia, settlement type, gender, age, educational attainment and prosperous state.

The general conclusion is that substance abuse in Serbia represents a very significant Social and medical problem.

Key words: *substance abuse (addiction diseases), diffusion, Serbia.*

УВОД

Болести зависности представљају групу болести или навика које остављају тешке последице по здравље и живот људи. Овде се убрајају пушење, алкохолизам и наркоманија. Болести зависности се још називају и болести понашања.[1]

Пушење је масовна навика епидемијских размера и веома је раширена у земљама у развоју, па и код нас. По броју пушача Србија је на трећем месту у Европи, после Грчке и Турске. У економски развијеним земљама навика пушења стагнира или опада.[2]

Данас у морбидитету становника развијених и земаља у развоју доминирају хроничне масовне болести – циркулаторне, респираторне, неоплазме и др. Главни фактор ризика малигних неоплазми, циркулаторних и респираторних болести је пушење. Светска здравствена организација (СЗО) је истакла да је пушење највећи превентабилни фактор болести, инвалидности и превремене смрти. Са пушењем се обично почиње између 10 и 18 године, а зависност и трајна навика се стиче до 20 године живота.[3, 4]

Алкохолизам је веома озбиљан социјално-медицински проблем друштва, раширен у целом свету и представља болест број три по распрострањености – после кардиоваскуларних и малигних неоплазми. СЗО дефинише да су „хронични алкохоличари особе које трајно и прекомерно узимају алкохолна пића, постајући постепено зависне од алкохола, при чему испољавају душевне поремећаје или такве манифестације које оштећују њихово психичко и физичко здравље, однос са околином и социјално-економско стање.

Све навике и зависности од медикамената и других супстанци СЗО је подвела под назив токсикоманија, означивши тиме стање повременог или хроничног тровања природним или синтетичким дрогама.

Наркоманија, као зависност од наркотика, представља синдром састављен од више симптома:

- неодољива жеља и потреба да се узима дрога;
- постојање толеранције услед дуготрајног узимања дроге, са тенденцијом да се стално повећава доза наркотика за достизање жељеног ефекта;
- постојање психичке или физичке зависности, или обеју врста зависности;
- појава апстиненцијалног синдрома после престанка узимања дроге;
- измена понашања наркомана, са свим штетним последицама по њега и његову околину;

ЦИЉ И МЕТОДЕ

Циљ рада је да се сагледају раширеност и карактеристике болести зависности у Србији по територијалним деловима земље, полу, старости, типу насеља, нивоу образовања и имовном стању.

У раду је коришћена анализа података анкетног истраживања које је спровео Институт за јавно здравље Србије. Подаци су анализирани статистичком методологијом и приказани табеларно.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА

Табакоза

Какво је стање са пушачима међу школском децом показују подаци Табеле 1, према којима 74,5% ученика у Србији никада није пушило, стално пуши 10%, а повремено пуши 5,4%. Школска деца имају већ 2,5 година пушачког стажа, а њих 4,2% пуши преко 20 цигарета дневно. Ови подаци су нешто израженији код мушке него женске деце, и код сиромашнијих у односу на имућније ученике.

Табела 1. *Пушачки стаж школске деце (7-19) у %.*

Показатељи	Никад нису пушили	Пушили свакодневно	Пушили повремено	Преваленција пушења	Година пушач. стажа	Пуше преко 20 циг. дневно
Београд	64,2	14,3	7,7	22,0	2,5	7,8
Централна Србија	79,0	7,4	4,3	12,4	2,5	3,1
Војводина	80,6	7,5	3,5	11,0	2,4	3,3
Србија	74,5	10,0	5,4	15,5	2,5	4,2
Град	79,6	9,8	5,5	15,3	2,4	3,8
Село	74,3	10,4	5,3	15,7	2,6	4,8
Мушко	71,0	11,7	6,3	18,0	2,7	5,1
Женско	77,8	8,4	4,6	13,0	2,2	3,3
Најсиромашнији	73,4	9,8	6,0	15,8,	2,4	3,7
Најимућнији	75,9	9,4	4,7	14,2	2,5	2,9

Одрасло становништво још више пуши него школска деца (Табела 2). Тако само 49,5% никада није пушило, а свакодневно пуши 27,7% становника Србије, док повремено пуши 5,9%, тако да је преваленција пушења 33,6%. Непушача има знатно више у сеоским насељима, међу женама и код старијих узраста, те код мање образованих и најсиромашнијих. Свакодневно пуше у већем броју становници градских насеља, мушкарци и особе млађег узраста и имућнији становници.

Табела 2. *Пушење одраслог становништва (%).*

Показатељи	Никад нису пушили	Бивши пушачи	Пуше		Преваленција пушења	Год. пушач. стажа	Пуше преко 20 циг. дневно
			Свакодневно	Повремено			
Београд	50,9	11,4	28,7	4,8	33,5	18,8	17,9
Ц. Србија	51,2	12,4	25,4	5,9	31,2	18,7	17,8
Војводина	45,0	12,5	30,7	6,8	37,5	18,7	19,4
Србија	49,5	12,1	27,7	5,9	33,6	18,8	18,4
Град	44,7	13,0	30,6	6,1	36,7	18,9	20,2
Село	54,2	10,6	24,9	5,8	30,6	18,6	16,7
Мушко	39,6	17,4	32,5	5,6	38,1	21,1	25,5
Женско	57,6	7,9	23,7	6,2	29,9	15,9	12,7
20 – 34	44,4	7,8	34,8	7,9	42,4	8,3	20,0
35 − 44	37,7	9,9	38,3	8,6	46,9	15,7	26,6
45 − 54	41,9	12,4	33,3	6,9	40,2	21,7	24,4
55 − 64	54,6	14,5	23,4	3,7	37,1	26,3	16,5
65 − 74	65,0	16,7	13,1	2,3	15,5	30,2	9,3
75 + год.	70,5	16,5	6,3	3,0	9,3	28,5	3,0
Основно обр.	60,7	9,5	20,9	5,1	26,0	22,4	13,9
Средње	42,2	12,6	33,3	6,6	39,9	16,8	22,4
Више	47,7	17,4	24,3	5,7	30,0	19,7	15,4
Најсиромашнији	53,8	25,5	25,5	6,4	31,9	21,0	17,9
Најимућнији	45,0	28,8	28,8	6,4	35,5	18,2	18,4

Просечни пушачки стаж износи око 19 година, и међу пушачима има знатно више мушкараца и сиромашнијих становника. Више од 20 цигарета дневно пуши 66,8% становника Србије, и то су више мушкарци него жене и сиромашнији становници.

Поред активног пушења становништво је веома изложено и дејству дуванског дима (Табела 3). Тако је у кући дуванском диму изложено 70,8% школске деце и 61,7% одраслих Србије. У социјалном окружењу пушача има 89,3% школске деце, а преко пет сати борави у затвореној просторији 16% школске деце. Диму на радном месту је изложено око 45% становника Србије, и то више у градским насељима, више мушкараца него жена, више млађих него старијих, и више образованијих и имућнијих становника.

Табела 3. *Изложеност дуванском диму у %.*

Показатељи	Школска деца			Одрасли	
	У кући	У затв. прост. преко 5 сати	Присуство пушача у окруж.	У кући	На радном месту
Београд	74,6	19,3	94,8	62,4	45,9
Ц. Србија	69,6	14,6	86,8	60,1	43,0
Војводина	69,7	15,7	85,4	64,1	48,5
Србија	70,8	16,0	89,3	61,7	44,9
Град	69,3	15,6	89,9	62,6	48,2
Село	73,1	16,5	88,4	60,9	41,8
Мушко	70,3	14,1	89,5	61,3	49,0
Женско	71,4	17,8	89,0	62,1	41,6
20 − 34				73,9	55,2
35 − 44				69,0	57,7
45 − 54				67,1	55,2
55 − 64				58,2	35,6
65 − 74				43,4	24,9
75 + год.				37,5	17,2
Основно образовање				57,2	33,8
Средње				66,8	51,8
Више				54,6	48,8
Најсиромашнији	76,1	23,1	90,3	58,6	34,3
Најимућнији	68,5	13,9	91,3	63,0	49,7

Према подацима Табеле 4 највећи број људи је изложен дуванском диму до пет сати дневно − њих 78,6%, а преко пет сати − 21,4%. Према томе, и пасивно пушење је веома изражено.

Табела 4. *Сати изложености дуванском диму.*

Сати	Број	%
0	70	17,7
1	63	16,0
2	62	15,7
3	36	9,2
4	34	8,6
5	45	11,4
6	13	3,3
7	3	0,7
8	15	3,8
9	2	0,5
10	19	4,8
преко 10	31	8,3
УКУПНО	393	100,0

Ставови становника Србије о пушењу дувана приказани су у Табели 5. Из табеле се може видети да само четвртина сматра да је пушење штетно по здравље, 15,1% сматра да пуше да би били важни, око 4% да би смирило живце, док 22,4% сматра да је то расипање новца и око 22% да пушачи непријатно миришу.

Табела 5. *Ставови о пушењу.*

Ставови	Мишљење			
	Не слажем се	Слажем се	Не зна	Свега
Непријатан мирис пушача	2,3	21,7	6,7	10,1
Расипање новца	1,3	22,4	6,9	10,0
Олакшава комуникацију	14,9	2,3	12,3	9,8
Побољшава концентрацију	15,9	0,6	13,2	9,8
Помаже мршављење	13,7	2,6	14,0	10,0
Не утиче на кондицију	14,3	4,0	10,9	9,8
Штетно је по здравље	1,0	25,0	4,8	10,7
Пуше да би били важни	5,7	15,1	9,5	9,8
Смирује живце	13,5	4,1	12,2	10,0
Забавно је	17,4	2,2	9,5	10,0
УКУПНО	100,0	100,0	100,0	100,0

Из Табеле 6 се види да код скоро 73% испитаника још неко пуши у породици – отац 27,2%, мајка 22,3%, деда или баба 10,8%, и брат/сестра 7,6%. У 19,6% случајева пушач је неко из друштва и у 12% друг/другарица.

Табела 6. *Да ли још неко пуши (у %).*

Ко још пуши	Пуши			Немам такву особу	Свега
	Да	Не	Више не		
Друг/другарица	12,0	30,7	8,0	7,8	16,5
Неко из друштва	19,6	15,4	7,0	9,9	16,4
Мајка	22,8	14,4	17,2	4,2	17,0
Отац	27,2	10,3	27,6	15,6	17,2
Брат/сестра	7,6	21,3	8,0	27,7	16,5
Баба/деда	10,8	17,9	32,2	34,8	16,4
УКУПНО	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Према подацима Табеле 7, становништво Србије у 21,3% случајева уопште није забринуто што пушење делује штетно на здравље, а веома је забринуто само 17,4%.

Табела 7. *Забринутост због штетности пушења по здравље.*

Забринутост	Број	%
Веома	18	17,4
Помало	45	43,9
Не превише	18	17,4
Нимало	22	21,3
УКУПНО	103	100,0

Према подацима Табеле 8, 34,6% школске деце жели да престане да пуши и 39,4% одраслих становника Србије, и то нешто више становника градских насеља, жена и имућнијих становника.

Табела 8. *Мотивација за престанак пушења.*

Показатељи	Деца 7–19 год.			Одрасли (20+ год.)			
	Жели престати да пуши	Нису покушали оставити пушење	Нема пожељан став о пушењу	Жели престати да пуши	Нису пок. да не пуше	Свесни посл. пушења	Свако-дневно пуши
Београд	31,0	51,0	56,4	36,1	49,4	57,4	27,3
Војводина	31,9	69,7	45,8	34,5	47,6	56,4	29,4
Ц. Србија	33,3	46,7	48,3	38,9	47,6	58,0	23,8
Србија	34,6	48,9	50,5	37,1	48,0	57,5	26,2
Град	34,9	50,1	48,5	39,4	46,2	59,7	28,6
Село	34,2	47,2	53,5	34,5	50,2	55,4	23,9
Мушко	32,7	49,3	51,3	34,4	48,5	55,1	30,7
Женско	37,1	48,5	49,7	39,9	47,5	59,4	22,6
20 − 34				35,8	47,4	60,5	10,0
35 − 44				39,8	47,3	63,8	32,7
45 − 54				38,7	48,7	58,5	37,9
55 − 64				38,5	49,2	58,7	37,0
65 − 74				28,4	49,9	49,4	28,9
75+ година				30,1	46,2	43,0	15,0
Осн. образ.				34,2	52,9	52,0	9,9
Средње				37,9	47,0	60,1	27,4
Више/високо				44,2	42,2	61,9	26,0
Најсиромаш.	28,8	41,9	52,1	31,5	52,2	51,8	24,4
Најимућнији	39,6	49,7	50,4	39,7	45,1	60,2	27,1

Алкохолизам

Конзумирање алкохола код школске деце је врло распрострањено (Табела 9). Само 63,6% школске деце у Србији не пије, а почињу да пију у 15. години. Трећина ове деце је изјавила да пије неко из окружења, а преко четвртине да има искуства са пијењем. Правилан став о пијењу нема 60,2% ове деце, и то више градске, мушке и имућније деце. Не пије пак више сеоске деце, женске и сиромашније.

Табела 9. *Конзумирање алкохола код школске деце.*

Показатељи	Не пије	Пије више од 5 пића бар 1х месечно	Просечна старост почет. пијења	Просечно недељно попијено доза	Продаја деци		Искуство у пијењу		
					На прод. местима	Пије особа у окруж.	Има	Пијани 2 и + пута	Нема пож. став о пијењу
Београд	57,9	8.4	14.8	5.2	11.6	34.6	28.3	16.2	62.3
Војводина	76,1	2.7	14.9	9.8	5.9	33.6	20.2	8.5	51.5
Ц. Србија	65,0	4.7	14.5	3.8	10.8	33.3	24.6	12.3	60.2
Србија	63,6	5.5	14.6	4.7	10.5	33.3	25.5	13.2	60.2
Град	59,9	6.3	14.7	4.8	12.2	31.1	27.2	15.0	63.2
Село	69,3	4.2	14.5	4.3	8.1	36.3	23.0	10.6	56.0
Мушко	56,4	9.1	14.1	6.0	12.9	34.2	31.8	19.2	65.0
Женско	70,7	1.9	15.4	2.6	8.1	32.5	19.5	7.5	55.6
Најсиром.	69,2	4,5	13,8	4,1	9,0	38,3	21,5	9,4	57,6
Најимућ.	65,1	5,6	14,8	5,6	9,0	27,3	28,3	14,9	66,0

Код одраслог становништва алкохолна пића не пије 57,4% становника Србије, и то више у сеоским насељима, женских, старијих, мање образованих и најсиромашнијих (Табела 10).

Табела 10. *Конзумирање алкохола одраслих становника.*

Показатељи	Број лица који пије	Не пије	Пије сваки дан	Пије 2-3х задњ. месеца	Недељ. пије доза	Пије свакодневно	
						Преко 25гр.(ж), 40гр.(м)	Преко 50гр.
Београд	908	60,7	1,9	24,6	3,6	3,8	1,5
Војводина	1515	54,8	3,7	34,2	6,6	6,9	3,7
Ц. Србија	2675	57,7	4,0	32,7	7,4	7,8	5,1
Србија	5101	57,4	3,4	31,6	6,4	6,6	3,9
Град	2738	53,5	2,6	32,7	5,6	5,6	3,1
Село	2363	61,3	4,2	30,4	7,3	7,8	4,7
Мушко	3348	37,2	7,2	54,2	8,5	8,7	5,7
Женско	1472	73,7	0,4	13,3	2,0	2,7	0,4
20 – 34	1472	52,2	1,1	34,0	4,9	5,1	2,6
35 − 44	986	51,9	2,4	33,0	5,9	6,4	3,6
45 − 54	977	56,5	3,5	31,6	6,9	7,9	4,8
55 − 64	742	59,5	4,8	30,6	7,8	8,7	5,2
65 − 74	636	65,4	5,6	29,6	7,8	6,9	4,5
75 + год.	288	69,4	6,1	26,2	6,3	5,3	2,8
Осн. образ.	1357	68,0	5,1	26,2	8,3	10,1	6,3
Средње	2928	52,4	2,5	34,1	5,9	5,8	3,3
Више и високо	813	48,8	2,5	36,5	4,8	3,9	1,8

Ставови становника о пијењу алкохолних пића (Табела 11) показују да највећи број сматра да мале количине не шкоде здрављу и да алкохол поправља расположење (15,6%). Преко 8% сматра да алкохол опушта и улива храброст. Посматрано по полу запажају се значајне разлике.

Табела 11. *Ставови о алкохолу.*

Ставови	Број испитаника			%		
	М	Ж	Свега	М	Ж	Свега
Опушта	812	1500	2312	7,0	10,2	8,7
Смањује страх	794	1382	2176	6,8	9,3	8,2
Поправља расположење	1572	2548	4126	13,5	17,3	15,6
Пиће се не одбија у друш.	576	1280	1856	4,9	8,7	7,0
Не шкоде мале количине	2706	3435	6341	24,9	23,3	24,0
Лековито је	664	901	1565	5,7	6,1	5,9
Штети здрављу	4313	3678	7991	37,2	25,1	30,6
УКУПНО	11643	14724	26367	100,0	100,0	100,0

Као што се види из Табеле 12, из окружења најчешће пије пријатељ/пријатељица (45,4%), затим супруг/супруга, отац/мајка и брат/сестра. У односу на пол постоје веома значајне разлике.

Табела 12. *Свакодневно пије неко од блиских особа.*

Ко пије	Број			%		
	М	Ж	Свега	М	Ж	Свега
Супруг/супруга	94	718	812	3,9	27,3	16,1
Отац/мајка	395	349	744	16,3	13,2	14,7
Брат/сестра	354	377	731	14,7	14,3	14,5
Син/ћерка	188	283	471	7,8	10,7	9,3
Пријатељ/ица	1383	906	2289	57,3	34,5	45,4
УКУПНО	2414	2633	5047	100,0	100,0	100,0

Где се најчешће пије показују подаци Табеле 13, из које се види да се најчешће пије код пријатеља или фамилије (30,3%), код куће (29,9%), у кафани (19,9%), затим на журки, у кафићу или диско клубу (12,2%). Остала места су знатно ређа. Наравно, у односу на пол постоје статистички значајне разлике.

Табела 13. *Место пијења.*

Место пијења	Број			%		
	М	Ж	Свега	М	Ж	Свега
Код куће	1043	2581	3624	33,6	28,6	29,9
На послу (факултету)	80	549	629	2,5	6,1	5,2
Код рођака (пријатеља)	1001	2669	3670	32,2	29,6	30,3
Кафић, диско, журка	387	1096	1483	12,4	12,1	12,2
Кафана/ресторан	550	1870	2420	17,7	20,7	19,9
На улици	8	123	131	0,2	1,4	1,1
Друго место	39	125	164	1,4	1,5	1,4
УКУПНО	3108	9013	12121	100,0	100,0	100,01,4

Према подацима Табеле 14, становништво у Србији сваки дан у 8% случајева пије пиво. Исто тако, најчешће пије пиво и то једном недељно или 2–3 пута недељно. Затим долазе жестока пића, па онда вино, а најређе ликер. У погледу пола изражене су разлике.

Табела 14. *Колико често пије.*

Учесталост	Број испитаника			%		
	М	Ж	Свега	М	Ж	Свега
ПИВО						
Сваки дан	376	22	398	10,8	1,5	8,0
1х	573	222	795	16,6	14,8	16,0
2 – 3х	1200	160	1360	34,7	10,7	27,5
2 – 3 х	602	259	861	17,4	17,3	17,4
Неколико х год.	461	520	981	13,3	34,7	17,8
Никад	239	317	556	7,2	21,0	13,3
УКУПНО	3451	1500	4951	100,0	100,0	100,0
ВИНО						
Сваки дан	44	3	47	1,3	0,2	0,9
1х	298	69	367	8,9	4,7	7,6
2 – 3х	240	41	281	7,8	2,8	5,8
2 – 3х	560	175	735	16,8	11,9	15,2
Неколико х год.	1229	678	1907	36,7	46,2	39,6
Никад	971	501	1472	29,1	34,2	30,9
УКУПНО	3342	1467	4809	100,0	100,0	100,0
ЖЕСТОКА ПИЋА						
Сваки дан	332	28	360	9,8	1,9	7,4
1х	418	82	500	12,4	5,6	10,3
2 – 3х	672	74	745	19,9	5,0	15,4
2 – 3х	578	172	750	17,1	11,7	15,5
Неколико х год.	761	520	1281	22,6	35,5	26,5
Никад	604	586	1190	18,2	40,3	24,9
УКУПНО	3364	1462	4826	100,0	100,0	100,0
ЛИКЕР						
Сваки дан	10	1	11	0,3	0,1	0,2
1х	30	30	60	0,9	2,1	1,2
2 – 3х	34	11	45	1,0	0,8	0,9
2 – 3х	40	65	105	1,2	4,5	2,2
Неколико х год.	255	493	748	7,8	34,2	15,9
Никад	2894	842	3736	88,8	58,3	79,6
УКУПНО	3236	1442	4705	100,0	100,0	100,0

Подаци Табеле 15 показују да становништво Србије најчешће пије од 10 до 19 година (24,2%), затим 20 до 29 (21,5%), 30 до 39 (20,8%), а 40 и више година (18,2%). Посматрано по полу постоји изразита разлика, преко трећина жена (34,8%) најчешће пије мање од десет година.

Табела 15. *Колико година пије.*

Година пијења	Број испитаника			%		
	М	Ж	Свега	М	Ж	Свега
До 9	54	8	62	14,2	34,8	15,3
10 – 19	93	5	98	24,4	21,7	24,2
20 – 29	85	2	87	22,3	9,0	21,9
30 – 39	79	5	84	20,7	21,7	20,8
40 + год.	70	3	73	18,4	12,8	18,2
УКУПНО	381	23	404	100,0	100,0	100,0

Из Табеле 16 се види да становништво Србије најчешће пије три до пет флаша пива дневно, а затим једну, шест до десет и две флаше пива. Једну чашу вина дневно пије 32,4%, две 25,7%, а три до пет 26,5%. Од жестоких пића, трећина пије три до пет чашица, а затим једну и шест до десет чашица. У односу на пол постоје веома изражене разлике.

Табела 16. *Количина дневног пијења.*

Дневна количина	Број испитаника			%		
	М	Ж	Свега	М	Ж	Свега
ФЛАША ПИВА						
Једна	397	431	828	14,3	58,0	23,5
Две	501	154	655	18,0	20,7	18,6
3 – 5	997	124	1121	35,9	16,7	31,8
6 – 10	650	30	680	23,4	4,0	19,3
Преко 10	230	4	234	8,4	0,6	6,8
УКУПНО	2775	743	3518	100,0	100,0	100,0
ЧАША ВИНА						
Једна	214	123	337	27,3	47,9	32,4
Две	192	75	267	24,5	29,1	25,7
3 – 5	230	46	276	29,3	17,9	26,5
6 – 10	112	9	121	14,3	3,5	11,6
Преко 10	35	4	39	4,6	1,6	3,8
УКУПНО	783	257	1040	100,0	100,0	100,0
ЧАША ЖЕСТОКОГ ПИЋА						
Једна	285	169	454	16,4	42,5	21,3
Две	279	81	360	16,0	20,4	16,8
3 – 5	616	97	713	35,4	24,4	33,4
6 – 10	394	43	437	22,7	10,8	20,8
Преко 10	162	7	169	9,5	1,9	7,7
УКУПНО	1736	397	2133	100,0	100,0	100,0

Наркоманија

Ефекте дрога познаје око 35% становника Србије, како одраслих тако и школске деце. Знања су већа код становника градских насеља и код имућнијих него код сиромашнијих. Правилан став нема 32% школске деце, и то више градског, мушког и имућнијег становништва (Табела 17).

Табела 17. *Знање о ефектима психоактивних супстанци.*

Показатељи	Знање ефеката			Употреба дроге				
				Школска деца			Одрасли Пробали дрогу	
	Одрасли	Шк. деца	Нема добар став	Понуђена дрога	Прија т. узима	Пробали дрогу	Таблете	Мариху-ана
Београд	42,9	38,5	39,0	22,0	23,1	10,0	27,8	5,8
Војводина	38,7	38,6	29,2	8,8	15,5	1,5	18,6	4,1
Ц. Србија	31,0	33,4	28,6	11,9	19,7	5,3	12,5	2,4
Србија	35,3	35,0	32,0	15,2	21,5	6,9	17,1	3,5
Град	41,8	37,5	35,0	17,6	25,5	8,2	18,3	5,1
Село	29,5	31,4	27,5	11,7	15,4	4,9	16,0	1,9
Мушко	35,8	34,6	32,0	17,2	21,2	6,7	10,5	4,5
Женско	35,4	35,4	31,0	13,3	21,7	7,0	22,5	2,8
20 – 34	50,2						11,8	9,9
35 – 44	46,5						17,5	3,5
45 – 54	36,9						19,2	1,4
55 – 64	26,9						21,6	0,5
65 – 74	18,1						18,9	0,1
75 + год.	10,4						17,2	0,1
Осн.образовање	16,9						16,7	1,1
Средње	42,9						16,7	4,5
Више/високо	56,8						20,0	5,9
Најсиром.	26,5	30,4	18,4	10,3	15,1	3,3	12,8	1,2
Најимућнији	43,0	34,6	54,4	23,6	35,2	12,4	19,4	7,4

Дрогу је пробало 6,9% школске деце, а одраслог становништва далеко више – 17,1% таблете и 3,5% марихуану. Дрогу су пробали више становници градског и имућнијег становништва, те жене него мушкарци.

Према подацима Табеле 18, 30,6% до 65,5% становника никада нису чули за поједине врсте дроге. Најмање су познати амфетамин и барбитурати. Између 13,3% и 23,5% становника Србије је чуло, али не знају ништа о њима. Велики проценат испитаника сматра да су дроге увек штетне – између 10,2% и 45,6%.

Табела 18. *Знање о дрогама.*

Дроге	Никад чули	Чуо а не зна ништа	Безопасне ако се прав. користе	Увек су штетне	Свега
Амфетамин	65,5	16,7	1,1	16,7	100,0
Барбитурати	64,5	17,1	8,2	10,2	100,0
Марихуана	42,7	18,9	4,7	33,7	100,0
Екстази	48,6	20,6	1,1	29,7	100,0
Кокаин	30,6	23,5	0,3	45,6	100,0
ЛСД	45,8	16,9	0,2	37,1	100,0
Хероин	32,9	22,5	0,2	44,4	100,0
Морфијум	47,0	18,6	4,7	29,7	100,0
Крек	55,9	15,6	1,4	27,1	100,0
Лепак	35,7	23,1	4,3	36,9	100,0
Ср.за умирење	36,6	23,5	24,5	15,4	100,0
Ср.против бол.	41,8	20,7	20,5	17,0	100,0
Комбинације	48,0	13,3	1,6	37,1	100,0

У Табели 19 су приказани ставови и мишљења о дрогама из којих се види да око 41% испитаника сматра да треба легализовати продају лаких дрога (марихуана), а око 36% да је боље не пробати их. Да су дроге штетне по здравље сматра 6,3%, а 4,2% сматра да марихуана не изазива зависност, а око 4% да смањује напетост, поправља расположење итд.

Табела 19. *Ставови становника Србије о дрогама.*

Ставови	Мишљење (%)			
	Слаже се	Не зна	Не слаже се	Свега
Смањује напетост	3,7	15,3	15,1	12,5
Поправља расположење	3,9	14,9	15,3	12,5
Марихуана не изазива зависност	4,2	14,5	15,2	12,4
Мале количине не шкоде	3,0	12,2	17,5	12,4
Подстичу креативност	2,3	15,5	15,4	12,4
Боље их је не пробати	35,9	8,8	3,2	12,7
Штетне по здравље	6,3	11,5	16,0	12,3
Легализовати продају	40,7	7,3	2,3	12,8
УКУПНО	100,0	100,0	100,0	100,0

Овде треба истаћи да испитаници сматрају да треба законом ограничити продају дувана (2,3%), алкохола (25,5%) и лаких дрога (42,3).

Према подацима Табеле 20, дрогу је први понудио неко из друштва (14,2%), а затим друг/другарица, другов друг и неко непознат. Дрогу је први пут узео/ла на журци, у дискотеци, у кафићу, у школи, у стану друга/другарице, а ређе на улици. Окружење има јак утицај на почетак узимања дроге. Тако су анкетирани изјавили да неко из друштва дува лепак (9,1%), пуши траву (66,2%), узима таблете (20,5%) и узима неке дроге (4,2%).

Табела 20. *Ко је први понудио дрогу.*

Ко је понудио	Број	%
Неко из друштва	36	14,2
Друг/другарица	16	6,3
Друг мог друга	17	6,7
Неко непознат	10	4,0
Нико	173	68,8
УКУПНО	252	100,0

ЗАКЉУЧАК

Болести зависности су веома распрострањене у Србији. Стално пуши 10%, а повремено 5,4% школске деце, и они имају просечно већ 2,5 година пушачког стажа. Од одраслог становништва свакодневно пуши 27,7%, а повремено још 5,9%, тако да је преваленција пушења 33,6%. Просечни пушачки стаж је око 19 година. Све ово је веома различито по полу, типу насеља, узрасту, школској спреми и имовном стању.

Поред активног пушења, становништво је веома изложено и деловању дуванског дима у кући, на радном месту, на јавном месту. Интересантно је да само четвртина испитаника сматра да је пушење штетно по здравље. Исто тако, треба истаћи да код већине испитаника неко у породици или друштву пуши. Свега нешто око трећине становника жели да престане да пуши.

Конзумирање алкохолних пића је такође распрострањено. Тако само 63,3% школске деце не пије, а почињу да пију у петнаестој години. Код одраслог становништва алкохолна пића не пије 57,4%. И овде су изражене разлике посматрано по полу, узрасту, образовању, типу насеља и територијалним деловима Србије.

Наркоманија је забрињавајуће учестала. Ефекти дрога су познати за 35% становништва Србије. Дрогу је пробало око 7% школске деце, 17,1% одраслих таблете и 3,5% одраслих марихуану. И овде постоје значајне разлике по појединим територијалним деловима Србије, типу насеља, полу, узрасту, образовном нивоу и имовном стању.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимотић Б. и сар. Социјална медицина. Валарта, Београд, 2000.

2. Тимотић М. и сар. Навика пушења код старих лица. Геронтологија, 2006, 1/17–21.

3. Боровић П. Пушење и кардиоваскуларне болести, Кардиологија. Универзитет у Београду, Београд, 1994.

4. Николић Д. Пушење и здравље. Савезни завод за заштиту здравља, Београд, 1997.

Контакт: Др Бојан Митровић, Клиничко-болнички центар „Земун“, Земун, Вукова 9.

UDK BROJEVI: 613.96(497.11)

МОРБИДИТЕТ СТАНОВНИШТВА ШУМАДИЈСКОГ ОКРУГА

Данијела Милошевић[1], Ана Колић Матковић[2], Марија Митрашиновић[3], Весна Рашковић[4], Данијела Станојевић[5], Бојан Павловић[6], Оливера Ђурић[7], Верица Павловић[8], Марија Булатовић[9]

MORBIDITY OF POPULATION IN SHUMADIA DISTRICT

Danijela Milošević, Ana Kolić Matković, Marija Mitrašinović, Vesna Rašković, Danijela Stanojević, Bojan Pavlović, Olivera Đurić, Verica Pavlović, Marija Bulatović

Сажетак

Увод/циљ. Циљ рада је анализа ванболничког морбидитета становништва Шумадијског округа и идентификација приоритетних здравствених проблема становништва те територије ради предузимања одговарајућих мера за њихово решавање.

Метод рада. Као извор података коришћени су извештаји о обољењима, стањима и повредама служби опште медицине, служби за здравствену заштиту предшколске и школске деце и служби за здравствену заштиту жена домова здравља Шумадијског округа за 2013. годину.

Резултати. У ванболничком морбидитету становништва Шумадије, у популацији одраслог становништва, најзаступљеније су болести система крвотока, са стопом морбидитета 447,24 на 1.000 одраслих становника, док водеће место у структури морбидитета у примарној здравственој заштити деце предшколског и школског узраста заузимају болести система за дисање, са стопом морбидитета од 4545,96 на 1.000 деце предшколског узраста, односно 1738,64 на 1.000 деце школског узраста. Болести мокраћно-полног система, са стопом морбидитета 225,17 на 1.000 особа женског пола, налазе се на првом месту у ванболничком морбидитету жена.

Summary

Background/Aim. The aim of this paper is the analysis of out-hospital morbidity of population in Shumadia district and identification of the priority health problems.

Methods. The data source were the Reports of diseases, states and injuries by Department of general practition, Department of health protection of pre-school and school children and Department of women's health protection in Health Institution in Shumadia district for the period 2013.

Results. In the outpatient morbidity of adult population in Šumadija, the most common diseases were those of the circulatory system with morbidity 447.24 per 1,000 adult population. Leading position in the structure of morbidity in primary care of children of preschool and school age is taken by diseases of the respiratory system with morbidity rate from 4545.96 to 1,000 preschool children, or 1738.64 per 1,000 children of school age. Diseases of the urinary tract with a morbidity rate of 225.17 per 1,000 females take the first place in outpatient morbidity of women.

Conclusion. As the mass non-contagious deseases are dominating in the morbidity and mortality structure of population in Shumadia district, it is necessary to intensify promotional-preventive measures and activities.

[1] Данијела Милошевић, Дом здравља Крагујевац (Health Centre Kragujevac).
[2] Ана Колић Матковић, Дом здравља Крагујевац (Health Centre Kragujevac).
[3] Марија Митрашиновић, Дом здравља Баточина (Health Centre Batočina).
[4] Весна Рашковић, Дом здравља Лапово (Health Centre Lapovo).
[5] Данијела Станојевић, Дом здравља Горњи Милановац (Health Centre Gornji Milanovac).
[6] Бојан Павловић, Дом здравља Горњи Милановац (Health Centre Gornji Milanovac).
[7] Оливера Ђурић, Дом здравља Смедеревска Паланка (Health Centre Smederevska Palanka).
[8] Верица Павловић, Дом здравља Чачак (Health Centre Čačak).
[9] Марија Булатовић, Дом здравља Подгорица (Health Centre Podgorica).

Закључак. У структури морбидитета становништва Шумадијског округа доминирају масовне незаразне болести, те је неопходно интензивирање промотивно-превентивних мера и активности.

Кључне речи: *морбидитет, ванболнички, Шумадијски округ.*

Key words: *morbidity, out-hospital, Shumadia district.*

УВОД

Према дефиницији Светске здравствене организације, „здравље је стање пуног физичког, друштвеног и социјалног благостања, а не само одсуство болести или физичког дефекта“. Један од првих задатака државе је да стално води борбу за здравље свог становништва. Болести које су у прошлости доводиле до високе смртности становништва (епидемије куге, колере, богиња, туберкулозе, маларије), углавном су искорењене. Данас је здравље савременог човека угрожено болестима које су последица научно-технолошке револуције (загађивање животне средине, убрзавање темпа живота и рада, стрес). Расте оболевање и смртност од болести срца и крвних судова, злоћудних тумора, АИДС-а, од саобраћајних удеса, психичких обољења, алкохолизма, наркоманије. [1]

Морбидитет (оболевање) је директни показатељ здравственог стања становништва.[2, 3]

Поузданост овог показатеља је смањена чињеницом да се теже прикупљају подаци, као и због низа других неправилности везаних за прикупљање података. Као јединице посматрања узимају се: оболело лице, обољење и епизоде обољења.[4]

У нашој земљи морбидитетна статистика региструје обољење (а не оболело лице), при чему једно лице може боловати од више болести истовремено и више пута у току године.[5]

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је анализа ванболничког морбидитета становништва Шумадијског округа и идентификација приоритетних здравствених проблема становништва те територије ради предузимања одговарајућих мера за њихово решавање.

МЕТОД РАДА

Извор података су извештаји о обољењима, стањима и повредама служби опште медицине, служби за здравствену заштиту предшколске и школске деце и служби за здравствену заштиту жена домова здравља Шумадијског округа за 2013. годину.

РЕЗУЛТАТИ РАДА

Водеће место у структури морбидитета у примарној здравственој заштити одраслог становништва на територији Шумадијског округа у 2013. години заузимају болести система крвотока, са стопом морбидитета 447,24 на 1.000 одраслих становника, које, као и друге хроничне масовне незаразне болести са прогредијентним током, често доводе до апсентизма, инвалидитета и скраћења дужине квалитетног живота. На другом месту налазе се болести система за дисање, са стопом морбидитета од 329,94 на 1.000 одраслих становника, које немају већи социјално-медицински значај, јер се ради о акутним обољењима са кратким током и могућношћу ефикасног лечења. Фактори који утичу на здравствено стање

и контакт са здравственом службом, са стопом оболевања 152,11 на 1.000 одраслих становника, су на трећем месту, док се болести мишићно-коштаног система и везивног ткива налазе на четвртом месту, са стопом оболевања 148,92 на 1.000 одраслих становника. Група болести мокраћно-полног система налази се на петом месту, са стопом морбидитета 137,06 на 1.000 одраслих становника. Најчешћа обољења регистрована у примарној здравственој заштити одраслог становништва по општинама Шумадијског округа приказана су у Табели 1.

***Табела 1. Н**ајчешћа обољења/стања регистрована у примарној здравственој заштити одраслог становништва у Шумадијском округу у 2013. години.*

Шумадијски округ	Болести система крвотока		Болести система за дисање		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Болести мишићно-коштаног система		Болести мокраћно-полног система	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	105159	447,24	77578	329,94	35765	152,11	35014	148,92	32226	137,06
Крагујевац	64443	445,35	59935	414,19	28687	198,25	26589	183,75	24636	170,25
Рача	3310	359,54	2371	257,54	528	57,35	1599	173,69	528	57,35
Баточина	Болести система за дисање		Болести система крвотока		Болести мокраћно-полног система		Болести мишићно-коштаног система		Болести система за варење	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	3194	344,18	2125	228,98	951	102,47	730	78,66	490	52,8
Кнић	Болести система за дисање		Болести система крвотока		Болести мишићно-коштаног система		Болести мокраћно-полног система		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	7021	606,98	6527	564,27	2435	210,51	2317	200,31	1520	131,4
Лапово	Болести система за дисање		Болести система крвотока		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Болести мишићно-коштаног система		Болести жлезда са унутрашњим лучењем, исхране и метаболизма	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	4153	667,47	2878	462,55	2060	331,08	1582	254,25	1342	215,68
Топола	Болести система крвотока		Болести система за дисање		Симптоми, знаци, патолошки, клинички и лаб. налази		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Болести мишићно-коштаног система	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	5109	287,75	4589	258,46	1948	109,71	1925	108,42	1917	107,96
Аранђеловац	Болести система крвотока		Болести система за дисање		Болести жлезда са унутрашњим лучењем, исхране и метаболизма		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Болести мокраћно-полног система	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	30978	851,2	8029	220,62	6808	187,07	5728	157,39	4832	132,77

• Стопа на 1.000 корисника

У службама за здравствену заштиту предшколске деце на територији Шумадијског округа у 2013. години пет најучесталијих група болести су болести система за дисање, са стопом морбидитета од 4.545,96 на 1.000 деце предшколског узраста, следе фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом, са стопом морбидитета 1.279,68 на 1.000 деце предшколског узраста, болести ува и мастоидног наставка, са стопом од 464,65 на 1.000 деце предшколског узраста, и група болести коже и поткожног ткива, са стопом морбидитета 396,58 на 1.000 деце предшколског узраста. Група заразне и паразитарне болести има стопу оболевања од 332,68 на 1.000 деце предшколског узраста (Табела 2).

Табела 2. *Најчешћа обољења/стања регистрована у примарној здравственој заштити деце предшколског узраста у Шумадијском округу у 2013. години.*

Шумадијски округ	Болести система за дисање		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Болести ува и мастоидног наставка		Болести коже и поткожног ткива		Заразне и паразитарне болести	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	81741	4545,96	23010	1279,68	8355	464,65	7131	396,58	5982	332,68
Крагујевац	Болести система за дисање		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Болести ува и мастоидног наставка		Болести коже и поткожног ткива		Симптоми, знаци, патолошки, клинички и лаб. налази	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	47429	4047,87	9172	782,79	5902	503,71	4231	361,09	3795	323,88
Рача	Болести система за дисање		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Болести ува и мастоидног наставка		Симптоми, знаци, патолошки, клинички и лаб. налази		Заразне и паразитарне болести	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	2618	4666,66	1537	2739,75	351	625,66	234	417,11	201	358,28
Баточина	Болести система за дисање		Болести мокраћно-полног система		Болести коже и откожног ткива		Болести система за варење		Болести ува и мастоидног наставка	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	3632	5553,51	341	521,4	226	345,56	176	269,11	145	221,71
Кнић	Болести система за дисање		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Заразне и паразитарне болести		Болести ува и мастоидног наставка		Болести коже и откожног ткива	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	1096	1779,22	532	863,63	185	300,32	182	295,45	141	228,89
Лапово	Болести система за дисање		Симптоми, знаци, патолошки, клинички и лаб. налази		Болести коже и откожног ткива		Болести ува и мастоидног наставка		Заразне и паразитарне болести	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	1366	3283,65	129	310,09	127	305,28	124	298,07	98	235,57

Топола	Болести система за дисање		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Болести система за варење		Симптоми, знаци, патолошки, клинички и лаб. налази		Болести коже и откожног ткива	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	6944	6118,06	2224	1959,47	417	367,4	373	328,63	349	307,48
Аранђеловац	Болести система за дисање		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Симптоми, знаци, патолошки, клинички и лаб. налази		Заразне и паразитарне болести		Болести ува и мастоидног наставка	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	18656	6473,28	9542	3310,89	2438	845,94	1452	503,81	1396	484,38

• Стопа на 1.000 корисника

Водеће место у структури морбидитета у примарној здравственој заштити деце школског узраста на територији Шумадијског округа у 2013. години заузимају болести система за дисање са стопом морбидитета 1.738,64 на 1.000 деце школског узраста. Група повреде, тровања и последице деловања спољних фактора, са стопом морбидитета од 141,17 на 1.000 деце школског узраста, налази се на петом месту по учесталости. У Табели 3 приказана су најчешћа обољења регистрована у примарној здравственој заштити деце школског узраста по општинама Шумадијског округа.

Табела 3. *Најчешћа обољења/стања регистрована у примарној здравственој заштити деце школског узраста у Шумадијском округу у 2013. години.*

Шумадијски округ	Болести система за дисање		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Симптоми, знаци, патолошки, клинички и лаб. налази		Болести коже и поткожног ткива		Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	65088	1738,64	40145	1072,36	9417	251,54	6172	164,87	5285	141,17
Крагујевац	Болести система за дисање		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Симптоми, знаци, патолошки, клинички и лаб. налази		Болести коже и поткожног ткива		Болести система за варење	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	37760	1669,9	28529	1261,67	6006	265,61	4564	201,84	3359	148,55
Рача	Болести система за дисање		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Заразне и паразитарне болести		Симптоми, знаци, патолошки, клинички и лаб. налази		Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	2384	1677,69	1727	1215,34	319	224,48	274	192,82	236	166,08
Баточина	Болести система за дисање		Болести мокраћно-полног система		Болести система за варење		Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора		Заразне и паразитарне болести	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	4419	2777,49	469	294,78	217	136,39	206	129,47	187	117,53

Кнић	Болести система за дисање		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Болести коже и поткожног ткива		Симптоми, знаци, патолошки, клинички и лаб. налази		Болести мишићно-коштаног система и везивног ткива	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	1202	709,56	340	200,7	192	113,34	191	112,75	152	89,72
Лапово	Болести система за дисање		Симптоми, знаци, патолошки, клинички и лаб. налази		Болести система за варење		Заразне и паразитарне болести		Болести коже и поткожног ткива	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	1432	1415,01	183	180,83	110	108,69	99	97,82	99	97,82
Топола	Болести система за дисање		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора		Болести система за варење		Симптоми, знаци, патолошки, клинички и лаб. налази	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	5832	2019,39	2951	1021,81	549	190,09	514	177,97	459	158,93
Аранђеловац	Болести система за дисање		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Симптоми, знаци, патолошки, клинички и лаб. налази		Заразне и паразитарне болести		Болести ува и мастоидног наставка	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	12059	1939,36	6597	1060,95	2172	349,3	830	133,48	727	116,91

• Стопа на 1000 корисника

У службама за здравствену заштиту жена у Шумадијском округу у 2013. години, најучесталије дијагнозе су из групе болести мокраћно-полног система, са стопом морбидитета 225,17 на 1.000 особа женског пола, следе фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом, са стопом оболевања 143,14 на 1.000 женских становника. Група тумори, која има велики социјалномедицински значај због хроничног тока, могућности секундарне превенције и високог учешћа у морталитету, има стопу оболевања 15,21 на 1.000 особа женског пола. Најчешћа обољења регистрована у примарној здравственој заштити становништва женског пола по општинама Шумадијског округа приказана су у Табели 4.

Табела 4. *Најчешћа обољења/стања регистрована у примарној здравственој заштити жена у Шумадијском округу у 2013. години.*

Шумадијски округ	Болести мокраћно-полног система		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Трудноћа, рађање и бабиње		Тумори		Заразне и паразитарне болести	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	28936	225,17	18394	143,14	1969	15,32	1954	15,21	1261	9,82
Крагујевац	25544	320,95	13282	166,88	1589	19,96	1135	14,26	1087	13,65
Лапово	485	141,6	152	44,37	51	14,89	40	11,67	21	6,13

Аранђеловац	3132	156,76	580	29,03	278	13,91	122	6,10	21	1,05
Рача	Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Болести мокраћно-полног система		Трудноћа, рађање и бабиње		Тумори		Болести крви и крвотворних органа и поремећаји имунитета	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	447	91,02	393	80,02	280	57,01	44	8,96	4	0,81
Баточина	1004	200,75	720	143,97	120	23,99	80	15,99	38	7,59
Кнић	Болести мокраћно-полног система		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Трудноћа, рађање и бабиње		Симптоми, знаци, патолошки, клинички и лаб. налази		Заразне и паразитарне болести	
	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	382	63,01	144	23,75	37	6,10	34	5,60	18	2,96
Топола	Болести мокраћно-полног система		Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом		Заразне и паразитарне болести		Трудноћа, рађање и бабиње		Тумори	
	број	стопа	број случајева	стопа	број	стопа	број	стопа	број	стопа
	832	87,21	233	24,42	92	9,64	68	7,13	63	6,60

• Стопа на 1.000 корисника

ДИСКУСИЈА

Резултати нашег истраживања показују да у ванболничком морбидитету становништва Шумадије доминирају масовне незаразне болести. У популацији одраслог становништва то су болести система крвотока, са стопом морбидитета 447,24 на 1.000 одраслих становника, док водеће место у структури морбидитета у примарној здравственој заштити деце предшколског и школског узраста заузимају болести система за дисање, са стопом морбидитета од 4.545,96 на 1.000 деце предшколског узраста, односно 1.738,64 на 1.000 деце школског узраста. Болести мокраћно-полног система, са стопом морбидитета 225,17 на 1.000 особа женског пола, налазе се на првом месту у ванболничком морбидитету жена у Шумадијском округу у 2013. години.

Резултати слични нашим, забележени су и у земљама у окружењу. У ванболничком морбидитету Републике Хрватске за 2013. годину, у служби опште медицине најзаступљеније су болести система за дисање (16,1% укупног морбидитета), следе болести система крвотока са 11,7%, и болести мишићно-коштаног система и везивног ткива, са заступљеношћу од 11,3%. Код предшколске деце најзаступљеније су болести система за дисање (35,7%), а следе заразне и паразитарне болести са учесталошћу од 10%. Исти је редослед водећих узрока оболевања и у школском узрасту: болести система за дисање чине 41,6%, а заразне и паразитарне болести 9,6% укупног морбидитета ове добне групе. Најчешће групе болести и стања због којих су жене долазиле у гинеколошку ординацију и користиле услуге примарне здравствене заштите жена у 2013. години су готово исте као и последњих неколико година. То су болести мокраћног и полног система, с учешћем од 49%, фактори који утичу на стање здравља и контакт са здравственом службом 29%, заразне и паразитарне болести 4%, трудноћа, порођај и бабиње 9,8%. (6)

У Црној Гори, водеће место у структури морбидитета у ванболничким службама заузимају болести система за дисање (47,22%), следе фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом (11,46%) и болести мокраћно-полног система, са заступљеношћу од 6,85%, док су болести система крвотока на четвртом месту (6,23%).[7]

У ванболничком морбидитету Федерације Босне и Херцеговине водеће групе болести су болести система за дисање и болести циркулаторног система, следе болести дигестивног система, коштано-мишићног и генитоуринарног система.[8]

ЗАКЉУЧАК

Како у структури ванболничког морбидитета становништва Шумадијског округа доминирају масовне незаразне болести, неопходно је интензивирање промотивно-превентивних мера и активности са циљем унапређења здравља становништва и решавања приоритетних проблема.

ЛИТЕРАТУРА

1. Раде Биочанин, Синиша Алексић. Морбидитет становништва као последица девастације радне и животне средине. Фестивал квалитета, Крагујевац, мај 2009.
2. WHO. Terminology for European Health Policy Conference – A glossary with equivalents in French, German and Russian. Copenhagen: Regional Office for Europe. 1994; p. 25.
3. Стаматовић М, Јаковљевић Ђ, Легетић Б, Мартинов-Цвејин М. Здравствена заштита и осигурање. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1997.
4. Милић Ч, Коцић С. Социјална медицина. Практикум, Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу, Крагујевац, 2002.
5. Мартинов-Цвејин М и сар. Здравље становништва Војводине. Мед Прегл 2007; 60(11−12): 559−563.
6. Хрватски здравствено-статистички љетопис за 2013. годину. Dostupno na URL: Http://www.hzjz.hr/publikacije/hzs_ljetopis/index.htm
7. Статистички годишњак о здрављу становништва и здравственој заштити у Републици Црној Гори. Институт за јавно здравље Републике Црне Горе, Подгорица, 2013.
8. Здравствено стање становништва и здравствена заштита у Федерацији Босна и Херцеговина. Доступно на: www.zzjzfbih.ba/.../Zdravstveno-stanje-stanovništva.

Контакт: Снежана Радовановић, Николе Пашића 1, 34000 Крагујевац, тел: 034/504-532; моб: 064/15-09-414, e-mail: jovanarad@yahoo.com

UDK BROJEVI: 613.96(497.11)

ЗНАЧАЈ ЛАСЕРОТЕРАПИЈЕ У ФИЗИКАЛНОЈ ТЕРАПИЈИ СТАРИХ ОСОБА

Радица Драгојловић Ружичић[1], Сузана Борозан[2], Христо Анђелски[3], Веселин Меденица[4], Лидија Ивановић[5]

LASER THERAPY IMPORTANCE IN PHYSICAL THERAPY OF ELDERLY PEOPLE

Radica Dragojlović Ružičić, Suzana Borozan, Hristo Anđelski, Veselin Medenica, Lidija Ivanović

Сажетак

Увод: Процес старења подразумева постепено попуштање физиолошких функција организма. Најчешће тешкоће које старе особе имају су ослабљена периферна и централна циркулација, респираторна обољења, трајно смањење функција кардиоваскуларног система, дегенеративне болести локомоторног система, тешкоће у кретању, недостатак координације, инсуфицијенција урогениталног система, хронични бол, депресивна стања, деменција. Ласеротерапија је релативно нова физикална процедура. У физикалној медицини се користе ласери мале снаге који остварују аналгетски, антиинфламаторни, антиедематозни и биостимулативни ефекат, тако да су бројна стања и болести старих особа индикације за примену ласеротерапије.

Дискусија: Код дегенеративних реуматских обољења ласеротерапијом се смањује болност, повећава покретљивост зглобова што побољшава покретљивост старих особа, смањује ризик од пада и побољшава квалитет живота старих особа. Код запаљенских реуматских болести дејством ласерских зрака смањује се инфламација зглобова, оток, као и болност, чиме се болест држи под контролом, а смањује се и број лекова које старе особе узимају свакодневно. Дијабетична полинеуропатија је праћена израженим боловима у ногама, поремећајима сензибилитета, отежаним

Summary

Introduction: The ageing process involves a gradual loosening of the physiological functions of the body. The most common difficulties the elderly experience are: weakened peripheral and central circulation, respiratory diseases, permanently reducing the function of the cardiovascular system, degenerative diseases of the musculoskeletal system, difficulty in movement, lack of coordination, failure of the genitourinary system, chronic pain, depressed,dementia etc. Laser therapy is a relatively new physical procedure. In physical medicine, for instance, low-power lasers, that generate analgetic, anti-inflammatory and antiedemous stimulative effect, are often used in order to treat many conditions and diseases of the elderly. What's more, in many cases, those conditions and diseases which are common for the elderly, indicate themselves the necessity of laser treatment.

Discussion: In degenerative rheumatic diseases laser therapy reduces pain, increases joint mobility, which improves the mobility of the elderly, reducing the risk of falls, and also improving the quality of life of the elderly. In inflammatory rheumatic diseases, the effect of laser beams reduces the inflammation of the joints, swelling and soreness as well as allowing us to keep the disease under control. On the other side, the amount of medications older people take on daily basis, is reduced this way, as well. Diabetic polyneuropathy is often

[1] Радица Драгојловић Ружичић, Војномедицински центар Карабурма, Београд.
[2] Сузана Борозан, Војномедицински центар Карабурма, Београд.
[3] Христо Анђелски, Савез удружења бораца Народноослободилачког рата Србије, Републички одбор, Београд.
[4] Веселин Меденица, „Kinetico" центар за едукацију и рехабилитацију, Београд.
[5] Лидија Ивановић, „Kinetico" центар за едукацију и рехабилитацију, Београд

кретањем, што све заједно може довести до пада и значајно утиче на квалитет живота. Ласеротерапија испољава аналгетски и биостимулативан ефекат код дијабетичне полинеуропатије. Ласероакупунктура је важна код третмана након цереброваскуларног инсулта, може се користити као помоћно средство у лечењу болести кардиоваскуларног система, респираторног система, болести ендокриног система.

Закључак: Ласеротерапија се лако примењује, третман је безболан и релативно кратко траје. Индикације за ласеротерапију код старих особа су бројне. Проблем представља недоступност процедуре због високе цене апаратуре за ласеротерапију.

Кључне речи: *старе особе, ласеротерапија, ласероакупунктура, реуматска обољења, дијабетична полинеуропатија.*

accompanied by severe pain in the legs, disturbances of sensibility, mobility problems all of which can lead to falls and significantly affects quality of life. Laser therapy is considered crutial in treating this sort of a disease. Laser acunpuncture is also important in medical treatment after a stroke; can be used as an aid in the treatment of diseases of the cardiovascular system, respiratory system, diseases of the endocrine system.

Conclusion: Laser therapy is easily applied;the treatment itself is painless and relatively of short duration. However, and it is the main problem, it often implies an upfront financial investment, due to the expensive laser therapy apparatus.

Keywords: *elderly, laser therapy, laser acunpuncture, rheumatic diseases, diabetic polyneuropathy.*

УВОД

Старење човека почиње са рађањем и представља природан и физиолошки процес. Није нимало лако одредити када се постаје стар. Биолошки гледано, има „старих“ који су млади хронолошки и „младих“ који по старости својих органа то засигурно нису. Истраживачи, статистичари и лекари употребљавају бројке од 50 до 65 година као године у којима постајемо званично стари. Уједињене нације су дефинисале старе као оне који имају више од 60 година.[1] Захваљујући порасту општег животног стандарда и унапређењу здравствене заштите, у развијеним земљама је дошло до продужења животног века, а тиме и до већег удела старијих особа у целокупној популацији.[2] Процес старења подразумева постепено попуштање физиолошких функција организма. У основи овог процеса су анатомске промене на ткивима. Ове промене подразумевају смањење броја ћелија и то пре свега у паренхиматозним органима, промене се одигравају унутар појединих ћелија, везивно ткиво се увећава. Јавља се атрофија појединих органа, масна дегенерација, смањење пермеабилитета и еластицитета – пре свега у крвним судовима (склероза) и у зглобним структурама (артроза).

У старости долази до смањења хомеостатских капацитета. Након повреде, регенеративне способности су умањене (смањење пролиферације појединих ћелија). Такође, уочљиви су знаци смањења функционалне способности, смањење резервних капацитета организма, губитак способности брзог опоравка након оптерећења, стреса, инфекције и сл. Функционалне сметње су најизраженије на кардиоваскуларном и респираторном систему, а касније се испољавају и знаци слабљења метаболичких функција и функција нервног система. Постепено долази до редукције мишићне снаге, при чему је значајнија редукција на мишићима доњих екстремитета. Способност одржавања равнотеже, и то посебно на једној нози, код људи изнад

70 година редукована је чак за 80% у односу на популацију од 20 година.[3, 4] Евидентно је присуство бројних здравствених проблема у старости, често су међусобно условљени и значајно утичу на квалитет живота старе особе.[5]

Најчешће тешкоће које старе особе имају су:

- Ослабљена периферна и централна циркулација,
- Респираторна обољења,
- Трајно смањење функција кардиоваскуларног система,
- Дегенеративне болести локомоторног система,
- Тешкоће у кретању, недостатак координације,
- Инсуфицијенција урогениталног система,
- Хронични бол,
- Депресивна стања,
- Деменција.

Ласеротерапија је релативно нова физикална процедура и убраја се у светлосну терапију. Скраћеница LASER је састављена од почетних слова речи Light Amplification by the Stimulated Emission of Radiation, што значи појачање светлости кроз стимулисану емисију зрачења. Ласерска светлост је веома усмерен сноп кохерентне, монохроматске (инфрацрвене, видљиве или ултраљубичасте) светлости. [5] У физикалној медицини се користе ласери мале снаге који остварују биостимулативни ефекат без термичког ефекта и без морфолошких промена обасјаног ткива. Дејством ласерских зрака на ткиво, долази до стимулације биохемијских реакција, а активне супстанце које се при томе стварају делују на све системе организма. Тачан механизам деловања ласерског зрачења још није у потпуности утврђен. Ефекти ласеротерапије обухватају:[6, 7] биохемијске, биоелектричне и биоенергетске ефекте.

Из описаних биолошких ефеката ласера ниске снаге проистичу терапијски ефекти:

- *Аналгетски ефекти* (ласерски зраци смањују бол тако што изазивају хиперполаризацију ћелијских мембрана и подижу праг бола, повећавају продукцију ендогених опоида и модулишу перцепцију бола „*gate*“ механизмом).
- *Антиинфламаторни ефекат* (смањују ниво простангландина, стимулишу неспецифичну хуморалну одбрану повећавајући синтезу комплемената и интерферона, активирају неутрофилне леукоците и макрофаге).
- *Антиедематозни ефекат* (модификују хидростатски и осмотски притисак, при чему се интерстицијална течност ресорбује).
- *Биостимулативни ефекат* (повећавају синтезу ДНК, подстичу митозу ћелије, нарочито макрофага и фибробласта, повећавају продукцију колагена, изазивају вазодилатацију и повећавају оксигенацију, мењају pH и побољшавају нутрицију).

Индикације за ласеротерапију су бројне: болни синдроми, повреде зглобова, лигамената, тетива и мишића, преломи костију, спортске повреде, запаљенске реуматске болести (реуматоидни артритис, псоријатични артритис, гихт и др.), дегенеративна реуматска обољења кичменог стуба (спондилоза) и периферних зглобова (гонартроза, коксартроза, артроза ситних зглобова шаке), ванзглобни реуматизам, синдром карпалног тунела и синдром тарзалног тунела (компресивне неуропатије), радикулопатије, неуралгије (неуралгија тригеминуса, постхерпетична неуралгија), неуритиси, ране које споро зарастају (варикозни улкуси), опекотине.

Третман ласером има читав низ предности у односу на друге начине лечења, неинвазиван је, потпуно безболан и релативно кратко траје.[8, 9]

ДИСКУСИЈА

Евидентно је присуство бројних здравствених проблема у старости, често су међусобно условљени и значајно утичу на квалитет живота старе особе. Статистички подаци указују на велику учесталост дегенеративних обољења ЛМС-а код старих, нпр. Heberden-ова артроза је заступљена код око 80% старијих жена, дегенеративне промене на кичменом стубу имају све особе преко 55 година, врло су распрострањене промене на коленима и куковима, као и на осталим зглобовима (рамена, лактови, скочни зглобови).[10] Ово указује на генерализованост дегенеративних промена, које су праћене често јаким боловима, укоченошћу зглобова, отежаним кретањем пацијената, и често доводе и до падова, што све скупа везује пацијенте за постељу и онемогућава нормалне животне и друштвене активности. Због наведених тегоба старе особе трпе хроничне болове, који су повремено јаког интензитета, и приморани су да користе аналго-антиреуматике који имају бројне нежељене ефекте. Ефекти ласера су се изузетно добро показали код дегенеративних, али и код запаљенских реуматских обољења. Ласеротерапија доводи до обезбољавања или смањења болова. Поред тога, њоме се и избегава примена бројних лекова. Не сме се занемарити чињеница да старе особе често, због придружених хроничних обољења, узимају бројне лекове током дана, тако да је свако смањење значајно за здравље старих. Финансијски моменат је такође битан. Аналго-антиреуматици су најчешће коришћени лекови, и смањење њихове употребе је битно за пацијенте, али и за друштвену заједницу. Ласеротерапијом се позитивно утиче на трофику зглобова и околних ткива, тако да се њеном применом повећава покретљивост зглобова и делимично заустављају дегенеративни процеси. Смањење болова и повећање покретљивости зглобова битно утичу на функционалност пацијената и на квалитет њиховог живота. Одржавање функционалне способности важно је за лично задовољство пацијената, а представља и предуслов њиховог укључивања у друштвени живот. Третман ласером је безболан, лако се примењује и траје у просеку 5−10 дана. У пракси проблем представља доступност ове физикалне процедуре пацијентима, која би требало да се понавља током године више пута у зависности од присутних тегоба.

Важна предност ласеротерапије код старих је и шира могућност примене ове физикалне процедуре у односу на друге процедуре (електротерапија, сонотерапија, магнетотерапија, термо терапија и др.). Бројне ефикасне аналгетске физикалне процедуре контраиндиковане су код болести које су управо присутне код старих особа. Као пример могу се навести болести кардиоваскуларног система (хипертензија, аритмије), које представљају контраиндикацију за примену електротерапије (дијадинамске струје, галванизација), ултразвучног третмана код болног вратног синдрома старих особа. Ласеротерапија је у овим случајевима најпожељнија физикална процедура. Исто тако, ласеротерапија се успешно примењује код изражених тегоба старих особа у пределу грудне кичме, и то без нежељених ефеката на срцу и другим органима, које могу да изазову друге процедуре.

У великом проценту је код старих особа заступљена коксартроза, која значајно ограничава кретање, а тиме утиче и на квалитет њиховог живота. Костић С. и сарадници (11) у својој студији указали су на ефикасност терапије нискофреквентним ласером код коксартрозе. Испитивањем је било обухваћено 26 пацијената, у основну групу је било укључено 16 болесника лечених ласером (11 са обостраном, а 5 са једностраном коксартрозом), у контролној групи је било 10 болесника (4 са обостраном, 6 са једностраном коксартрозом) и код њих је примењиван „placebo ласер“. Ласерска сонда је апликована контактно –

надзглобном методом на две тачке у пројекцији зглоба кука, са циљем да се максимално захвате интраартикуларне структуре. Пацијенти су третирани пет пута недељно, са укупно десет третмана. Праћени параметри су: интензитет бола у миру и ходу (праћено визуелном аналогном скалом – VAS), повећање покрета кукова, а такође скор функционалног теста према упитнику Lequesne M., који се састоји од 11 питања (везана за бол ноћу, при ходу, стајању и седењу, јутарњу укоченост, максималну дистанцу хода и ограничења у свакодневном животу). Након завршене серије терапија, код болесника основне групе евидентирано је статистички значајно побољшање праћених параметара, смањени су болови у зглобу кука у миру и при ходу, повећана је покретљивост у зглобу кука и пацијенти су прелазили већу дистанцу током хода. У току терапије нису били забележени нежељени ефекти нити случајеви погоршања.

Код старих особа је често присутна шећерна болест са пратећим компликацијама. Једна од чешћих компликација је и дијабетична полинеуропатија која може имати значајног утицаја на квалитет живота старих особа, посебно у комбинацији са присутним другим хроничним болестима (нпр. присутна коксартроза, гонартроза у комбинацији са полинеуропатијом значајно отежавају кретање, а могу бити и узрок падова и повреда). У студији Станковић А. са сарадницима[12] приказани су ефекти ласера мале снаге у лечењу болесника са дијабетичном полинеуропатијом. Испитивањем је било обухваћено 35 болесника са шећерном болешћу, и то тип I и тип II, који су на инсулинској терапији, са знацима дијабетичне полинеуропатије. Експерименталну групу је чинило 20 болесника, код којих је спроведена терапија ласером мале снаге у трајању од 14 недеља. Контролну групу је чинило 15 болесника, који су били само на медикаментној – витаминској терапији. За процену степена неуропатије, као и за праћење ефекта терапије, коришћено је израчунавање неуропатског скора (субјективни параметри: интензитет бола и објективни параметри: моторни и сензитивни поремећаји и рефлекси), пре терапије и након 14 недеља по завршетку терапијског третмана. На крају спроведене ласеротерапије, неуропатски скор је био значајно смањен код пацијената са ласеротерапијом, у поређењу са контролном групом. Рад је указао на значај ласеротерапије у лечењу пацијената са дијабетичном полинеуропатијом, због свог израженог биомодулирајућег, као и аналгетског ефекта.

Посебан значај ласеротерапије огледа се у чињеници да се ласер може користити за стимулацију акупунктурних тачака, тј. као ласероакунпктура. Овај начин акупунктуре се једноставније спроводи од класичне акупунктуре и безболан је. Успешно се користи након цереброваскуларног инсулта, као помоћно средство у третману секвела.

Ласероакупунктура се може успешно примењивати као помоћно средство у лечењу болести кардиоваскуларног система, болести респираторног система, болести ендокриног система. Ласероакупунктуром наведених болести могуће је смањити број лекова које старе особе узимају свакодневно. Проблем представља доступност и цена ове терапијске процедуре.

ЗАКЉУЧАК

Ласеротерапија има повољне ефекте код бројних обољења старих особа. Третман је безболан, кратко траје и лако се спроводи. Апаратура за ласеротерапију је доста скупа, и самим тим ова процедура је у већини случајева недоступна старим особама. Имајући у виду да се ласеротерапијом може смањити број лекова које старе особе узимају свакодневно и да се може значајно побољшати квалитет живота, неопходно је шире ангажовање друштвене заједнице за обезбеђење опреме за ласеротерапију старих особа. Ово истовремено значи ефикаснију и економичнију здравствену заштиту старих особа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давидовић М, Ерцег П, Траилов Д, Ђурица С, Милошевић Д, Стевић Р. The privilege to be old. Gerontology 2003; 49(5): 335−339.

2. Дрча Ј. Социјална заштита старих – европске тенденције. Зборник Матице српске за друштвене науке. 2010; 131: 229−238.

3. Давидовић М, Милошевић ПД, Ђурица С. Геријатријска пракса – Центар за континуирану медицинску едукацију Медицинског факултета и Градски завод за геронтологију 2003; 1−8.

4. Давидовић М, Косановић М, Барјактаровић Н, Траилов Д. Старост и старење. У: Геријатрија, Давидовић М (уред.), Медицински факултет Универзитета у Београду, НТ Клуб, NT Club 1998; 3−22.

5. Лазовић М. Ласеротерапија. Монографија, у издању ЕЦПД-а, 1997.

6. Лазовић М. Laser therapy in the treatment of patients with enthesitis. 5th RAA Congress of Rheumatology 3rd Aplar Symposium on the therapy of rheumatic diseases, Philippines, 1998.

7. Лазовић М. Ласеротерапија у физикалној медицини. ACTA.FAC.MED. NAISS. 1999; 16(4), 190−193.

8. Bjordal JM et al. A systematic review of low level laser therapy with locationspecific doses for pain from chronic joint disorders. Australian journal of physiotherapy. 2003; 49: 107.

9. Јевтић Р. М.: Физикална медицина и рехабилитација. Медицински факултет, Крагујевац. 1999; 133−138.

10. Јевтић Р. М.: Физикална медицина и рехабилитација. Медицински факултет, Крагујевац. 1999; 449−455.

11. Костић С, Хрковић М, Радовић Д, Булатовић Д, Илић-Стојановић О, Лазовић М. Ефекат нискоенергетске терапије ласером на клиничке показатеље коксартрозе. Зборник радова/ 12. Конгрес физијатара Србије 2012. године, Врњачка Бања. Удружење физијатара Србије (Београд), 210−213 стр.

12. Станковић А, Лазовић М, Ристић Т, Коцић. Ефекти ласера мале снаге у лечењу болесника са дијабетесном неуропатијом. Зборник радова/ 6. Конгрес физијатара Србије и Црне Горе, Врњачка Бања. Удружење физијатара Србије и Црне горе.

Контакт: Др мед. Радица Драгојловић Ружичић, Војномедицински центар Карабурма, Северни Булевар 1, 11000 Београд, Србија, Тел: 0649155439,
e-mail: dragojlovic.radica@gmail.com

UDK BROJEVI: 613.96(497.11)

СОЦИЈАЛНО-МЕДИЦИНСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ СУИЦИДА

Марија Булатовић[1], Сања Коцић[2], Снежана Радовановић[3]

SOCIAL-MEDICAL CARACTERISTICS OF SUICID

Marija Bulatović, Sanja Kocić, Snežana Radovanović

Сажетак

Суицид представља важан друштвени и јавно-здравствени проблем који изазива све већу забринутост широм света.

Циљ рада је да се сагледају фактори који утичу на суицидогено понашање.

Јединице посматрања су особе које су у периоду 1996−2010. година на територији града Крагујевца извршиле суицид. У истраживању су коришћени подаци из документације са увиђаја МУП-а Србије, као и медицинска документација Психијатријске клинике Клиничког центра Крагујевац. Након прикупљања подаци су обрађени у статистичком пакету SPSS.

У периоду 1996−2010. година на територији града Крагујевца извршено је 250 суицида. Структура по полу је показала да је међу суицидантима било више мушкараца (78,4%) него жена (21,6%). Највећи број жртава пронађен је у старосној групи од 65 година (31,2%). Међу суицидантима било је више староседелаца (54,0%) него досељеника (46,0%). У односу на школску спрему, највећи број суициданата имао је завршену основну школу (44,0%). Када је запосленост у питању, међу суицидантима је 2,1 пута више незапослених (67,6%) него запослених (31,6%). Најчешћи начин самоубиства је вешањем (60,8%). Опроштајну поруку оставио је сваки шести суицидант (15,6%). Највећи број суициданата одлучио се на овај чин због болести (32,0%).

Кључне речи: *суицид, фактор ризика, мушкарац, жена, епидемиологија.*

Summary

Suicide, a self-directed violence, is an important social and largely preventable public health problem that is causing increasing concern throughout the world.

The aim of this paper is to analyze the factors that influence suicidal behavior.

Observed units are persons which have been committed suicide in period of 1996-2010, in the territory of Kragujevac city. In this research the documentation of Home Office was used, as well as medical documentation from the Psychiatric Clinic of the Clinical Centre Kragujevac. After collecting, all data were treated in statistical SPSS.

Over the 15-year observation period, there were 250 completed (fatal) suicides. Analysis by gender shows that the suicides in men was higer (78,4%), than women (21,6%), The largest number of victims were found in the age group of 65 years (31,2%). Regarding to the place of birth or migrations, there was more the natives (54,0%) than the immigrants (46,0%). In relation to the school degree, the highest number of suicides completed primary school (44,0%), When it comes to employment, there was more unemployment (67,6%) than employees (31,6%), which indicates the ratio of 2.1:1. The most common method of suicide was hanging (60,8%), A goodbye note was left by one in six suicidals (15,6%). The largest number of suicidals decided to do this action due to illness (32,0%).

Key words: *suicide, risk factor, male, female, epidemiology.*

[1] Марија Булатовић, Дом здравља Подгорица (Health Centre Podgorica).

[2] Сања Коцић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу (Institute of Public Health, Kragujevac, Faculty of Medicine, University of Kragujevac).

[3] Снежана Радовановић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу (Institute of Public Health, Kragujevac, Faculty of Medicine, University of Kragujevac).

УВОД

Суицид представља веома битан психијатријско-психолошки и друштвени проблем у свету.[1]

Више од пет милиона људи извршило је самоубиство широм света од почетка 21. века. Овај број је већи од укупног броја умрлих у ратним дешавањима и убиствима. Сваких 40 секунди деси се једно самоубиство, а на једну такву смрт долази најмање 20 покушаја.[2]

Према подацима Светске здравствене организације (СЗО), сваке године око 43.000 људи почини самоубиство у Европи.[3] У многим европским земљама суицидално понашање представља велики здравствени проблем. У многим земљама број самоубистава значајно расте, тако да је број ових смрти већи од броја умрлих у саобраћајним несрећама.[4]

Земље са највећим стопама суицида на 100.000 становника су Летонија са 40,2, Белорусија са 35,1 и Русија са 34,3, док су на другом крају листе Албанија са 4,0 и Грчка са 3,4.[5]

Земље са најнижом стопом суицида у свету су: Гватемала са 0,5, Филипини са 0,5 и Доминиканска Република са 2,1 на 100.000 становника. Најмање података о самоубиствима је са афричког континента.[6]

У САД самоубиство се деси сваких 16 минута, и према најновијим подацима суициди заузимају 11. место међу свим узроцима смрти.[7]

У Јапану стопа суицида расте сваке године, и заузима 6. место међу водећим узроцима смрти.[8]

У Србији стопа самоубистава је већа у Војводини него у централном делу Републике. Као зона високе стопе самоубистава издваја се подручје на северу Војводине, око Суботице.[9] С друге стране, у зону ниске смртности услед самоубиства сврстане су општине Бујановац и Прешево, с високим уделом становништва албанске националности, као и санџачке општине Сјеница, Рашка и Тутин, са стопама испод 10 самоубистава на 100.000 становника.[10]

С обзиром на то да суицуд представља један од водећих узрока смрти у свету, можемо рећи да представља значајан јавноздравствени проблем.[7]

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да се сагледају фактори који утичу на суицидогено понашање. Добијени резултати овог истраживања могу послужити како за анализу фактора који покрећу суицидално понашање, тако и за успешну превенцију суицидалног понашања.

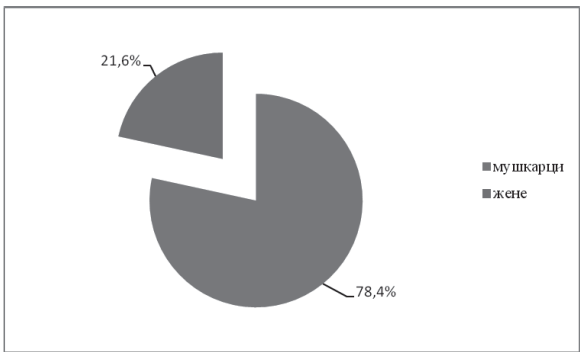
МЕТОД РАДА

Јединице посматрања су особе које су у периоду 1996−2010. година на територији града Крагујевца извршиле суицид. Рађен је комплетан попис свих суициданата. У истраживању су коришћени подаци из документације са увиђаја Министарства унутрашњих послова (МУП) Србије, секретаријата у Крагујевцу, са места догађаја суицида, као и медицинска документација и евиденција Психијатријске клинике Клиничког центра Крагујевац. Подаци су обрађени у статистичком пакету SPSS, а од статистичких метода коришћене су методе дескриптивне статистике.

РЕЗУЛТАТИ

У периоду 1996−2010. година на територији града Крагујевца извршено је 250 суицида. Структура по полу је показала да је међу суицидантима било више мушкараца (78,4%) него жена (21,6%) (Графикон 1).

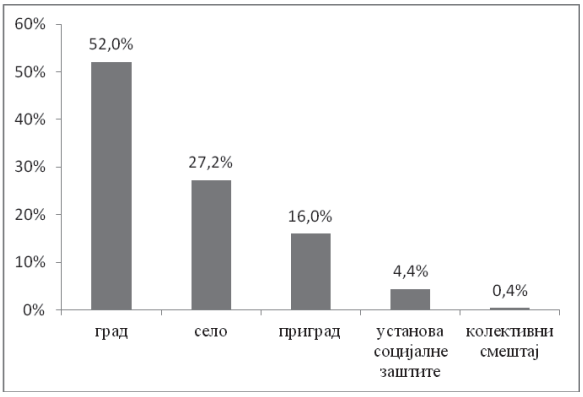
Графикон 1. *Структура суицидената по полу.*



Просечна старост свих суицидената је износила 52,27 година (SD=19,28). Најмлађи суицидант имао је 15, а најстарији 91 годину. Највећи број жртава пронађен је у старосној групи од 65 година (31,2%), док најмлађа старосна група (15–24 године) има најмању учесталост (8,8%).

Када је мигрантност у питању, међу суицидантима било је више староседелаца (54,0%) него досељеника (46,0%). У односу на место становања, сваки други суицидант потицао је из градске средине (52,0%), док је из сеоске средине био скоро сваки четврти суицидант (27,2%). Из приграда је потицао сваки шести суицидант (16,0%), док су остали суициданти били корисници социјалних установа (4,4%) и колективног смештаја (0,4%) (Графикон 2).

Графикон 2. *Структура суицидената по месту становања.*



У односу на школску спрему, највећи број суицидената имао је завршену основну школу (44,0%), следе они са завршеном средњом школом (40,4%), затим неписмени (6,8%). Са вишом и високом стручном спремом било је 6,4% суицидената, док за 2,4% нема података о завршеној школи.

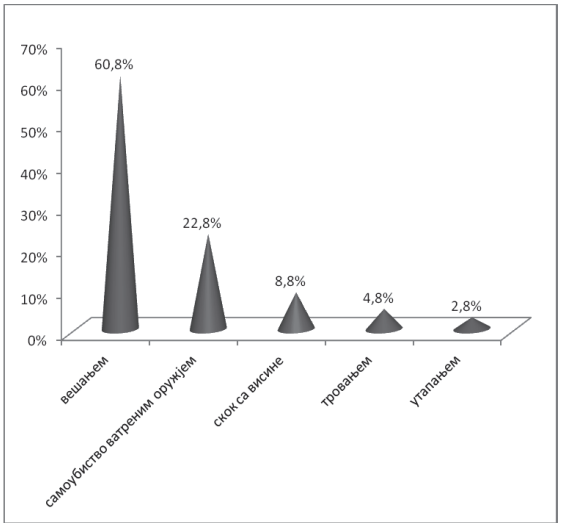
Када је запосленост у питању, међу суицидантима је 2,1 пута више незапослених (67,6%) него запослених (31,6%). Најучесталија занимања суицидената су: радник (31,6%) и пензионер (29,6%). Затим следе пољопривредници (12,4%), домаћице (7,6%), службеници (4,4%), они са вишом и високом стручном спремом (4,0%). Ученика је било 2,4%, а студената 2,0%. Без занимања је било 5,6% суицидената.

Што се прихода тиче, највећи број суицидената живео је од пензије (31,2%) или је имало лична примања (28,8%), затим следе издржавана лица (23,6%) и они који су живели од пољопривреде (11,2%). На материјалној помоћи (због изгубљеног посла) је било 2,8% њих, док је од социјалне помоћи живело 1,6%.

Што се брачног статуса тиче, скоро сваки други суицидант био је у брачној заједници (47,6%), сваки четврти није засновао брак (24,0%), док је скоро сваки пети био удовац/ица (18,8%). Разведених је било 6%, а оних који су живели у ванбрачној заједници 1,6%.

Најчешћи начин самоубиства је вешањем (60,8%), затим следе самоубиство ватреним оружјем (22,8%), скоком са висине (8,8%), тровањем (3,2%), утапањем (2,8%), (Графикон 3).

Графикон 3. *Начин извршења суицида.*

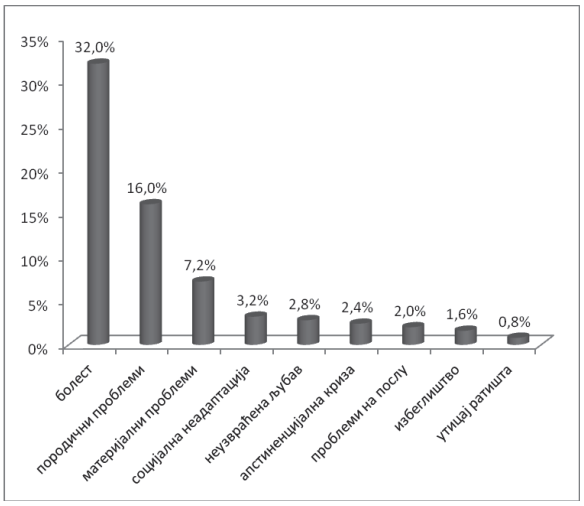


Што се места самоубиства тиче, скоро свака друга особа извршила је самоубиство у кући/стану (46,0%), близу куће (шупа, двориште, амбар...) скоро свака четврта особа (23,2%), а свака пета на скривеном месту (18,0%).

Опроштајну поруку оставио је сваки шести суицидант (15,6%), тако да је однос 5,4:1 у корист оних који је нису оставили.

Код 68% суициданата утврђен је мотив. Највећи број суициданата одлучило се на овај чин због болести (32,0%), следе они са породичним проблемима (породични сукоби, усамљеност, болест или смрт члана породице...) 16,0% и материјалним проблемима (губитак посла, незапосленост, дуговања...) 7,2%. Далеко мање је оних који су се на самоубиство одлучили због тзв. социјалне неадаптације (3,2%), неузвраћене љубави (2,8%), апстиненцијалне кризе (2,4%), проблема на послу (2,0%), избеглиштва (1,6%) и утицаја ратишта (0,8%) (Графикон 4).

Графикон 4. *Мотиви извршења суицида.*



ДИСКУСИЈА

У периоду 1996–2010. година на територији града Крагујевца извршено је 250 суицида, при чему је међу суицидантима било 3,7 пута више мушкараца него жена. Однос мушкараца према женама суицидантима различит је од земље до земље. У Пољској мушкарци пет пута чешће „гину од своје руке“, а у Финској четири пута. Међутим, у последње време осећа се тренд пораста суицида међу женама. Многи аутори то покушавају да објасне кроз промене у дистрибуцији социјалних улога жена и мушкараца. Преузимајући све већи број „мушких“ улога, жене преузимају и део стреса који је раније био „резервисан“ само за мушкарце.[11]

На Новом Зеланду на један суицид особе женског пола долази 3,3 суицида особа мушког пола.[12] У Јапану постоји тренд пораста стопе суицида код мушкараца, и достиже два пута већу вредност него код жена која је константна.[13] Подаци из Националног центра за здравствену статистику за територију САД показују да је стопа суицида за мушкарце 4 пута већа него за жене.[7]

Истраживања обављена у САД, Јапану, земљама Европске уније потврђују да је највећи број самоубистава у старосној групи 65 и више година.[8, 15, 7, 14, 15] Разлози за повећање стопе суицида међу старијим особама најчешће су: органске болести, губици социјалних улога и интерперсоналних односа, и нелечена депресија. Широм света, стопа суицида је међу три водећа узрока смрти, нарочито за старосну групу 15–44 године.[7] У нашем истраживању готово трећина суициданата је у старосној доби од 65 година, док најмлађа старосна група (15–24 године) има најмању учесталост самоубиства (8.8%).

Истраживање које је спроведено у Енглеској и Велсу показало је да они који су у браку имају мањи ризик да почине самоубиство од оних који нису у брачној заједници.[16]

У САД суициди су најчешћи међу женама које су неудате, скоро растављене, разведене и удовице. Разлог за то је што жене много теже подносе персоналне губитке или кризе у социјалним или породичним односима.[7]

У Србији највише стопе суицида забележене су код удоваца.[17] У нашем истра-

живању, готово сваки други суицидант био је у брачној заједници, док је скоро сваки пети био удовац/ица.

Што се места самоубиства тиче, готово половина суициданата из нашег истраживања извршила је самоубиство у кући/стану, свака четврта особа близу куће (шупа, двориште, амбар...), а скоро свака пета на неком скривеном месту.

Када су у питању мотиви самоубиства, запажено је да је тешка органска болест један од значајних животних догађаја који утичу на суицидално понашање, нарочито старије популације.[18] Физичка болест повећава ризик од суицида нарочито када је удружена са депресијом.[6] У нашем истраживању готово трећина суициданата одлучила се на овај чин због болести, следе они са породичним проблемима (породични сукоби, усамљеност, болест или смрт члана породице...) и материјалним проблемима (губитак посла, незапосленост, дуговања...). Најчешћи начин самоубиства суициданата нашег истраживања је вешањем, следе самоубиство ватреним оружјем, скоком са висине, тровањем, а најређе је утапањем. Опроштајну поруку оставио је сваки шести суицидант, и то жене чешће од мушкараца.

ЗАКЉУЧАК

Подаци нашег истраживања указују да на сваки уочени фактор ризика који покреће суицидално понашање треба обратити посебну пажњу. Превенција суицида треба да заузме важно место у медицинским и социјалним услугама. Оспособљавање особља у примарној здравственој заштити да открије, процени, збрине суицидну особу и упути је одговарајућем специјалисти представља значајан корак у превенцији самоубиства. Посвећеност, осетљивост, знање и брига за друго људско биће представљају главне тачке ослонца здравствених радника у примарној здравственој заштити, и уколико се на њих ослоне, могу помоћи да се спречи самоубиство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стриковић Ј. Самоубиство и апсурд. Савремени свијет, Никшић, 1990.
2. Весел Ј. Превенција самоубиства у Југославији. Енграми – часопис за клиничку психијатрију, психологију и граничне дисциплине. 1981; III, 1−2.
3. Corcoran P, Keeley HS, O'Sullivan M, Perry IJ. Parasuicide and suicide in the south-west of Ireland. Ir J Med Sci. 2003 Jul−Sep;172(3):107−11; discussion 105−6.
4. Schmidtke A.Perspective: suicide in Europe. Suicide Life Threat Behav. 1997. Spring; 27(1): 127−36.
5. Suicide statistics Europe; Statistics by Country for Suicide, на: http:// www. wrongdiagnosis.com/ s. / suicide stats-country. htm
6. Козарић-Ковачић Д. Епидемиологија суицида у Хрватској – неки свјетски епидемиолошки показатељи суицида. Зборник сажетака хрватског конгреса о суицидалном понашању. Загреб, 2000; 18−22.
7. American Foundation for Suicide Prevention: Facts and Figures. 2008. на: http://www.afsp.org/index. cfm?fluseaction=home.viewPage&page_ id=0512CA68-B1...
8. Zacharakis CA, Madianos MG, Papadimitriou GN, Stefanis CN. Suicide in Greece 1980−1995: patterns and social factors. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1998 Oct; 33(10): 471−6.
9. Коцић С. Социо-медицински и здравствени профил суицидогене личности. Докторска дисертација, Медицински факултет, Крагујевац, 2002.

10. Милић Ч. Социјалномедицински фактори суицидалног ризика. Докторска дисертација, Медицински факултет, Крагујевац, 1996.

11. Биро М. Фактори суицидалног ризика и могућност њихове евалуације у кризној интервенцији. Дисертација. Београд: Медицински факултет; 1981.

12. Health Statistics. Suicide-all ages; Suicide–youth (15-24 years). New Zealand Health Information Service, 2004.

13. Yamamura T, Kinoshita H, Nishiguchi M, Hishida S. A perspective in epidemiology of suicide in Japan. Vojnosanit Pregl. 2006 Jun; 63(6): 575−83.

14. Mazur J. Suicide mortality in Poland as compared to EU countries – recent trends and demographic determinants. Przegl Epidemiol. 2007; 61(4): 777−84.

15. Agbayewa MO, Marion SA, Wiggins S. Socioeconomic factors associated with suicide in eldely populations in British Columbia: an 11-year review. Can J Psychiatry. 1998 Oct; 43(8): 829−36.

16. Griffiths C, Ladva G, Brock A, Baker A. Trends in suicide by marital status in England and Wels, 1982-2005. Health Stat Q. 2008 Spring; (37): 8−14.

17. Грозданов Ј, Вуковић Д, Крстић М, и ост. Истраживање здравља становника Републике Србије. 2006. Министарство здравља Републике Србије.

18. Драгишић-Лабаш С. Егзогени фактори у етиологији суицидалног понашања старих особа. Енграми. Београд, 1999; 21(3): 489−99.

Контакт: Снежана Радовановић, Николе Пашића 1, 34000 Крагујевац, тел: 034/504-532; моб: 064/15-09-414, e-mail: jovanarad@yahoo.com

UDK BROJEVI: 613.96(497.11)

ПРИМЕНА КЛИНИЧКОГ ПУТА ЗА АКУТНИ ЛУМБАЛНИ БОЛ У ДОМУ ЗДРАВЉА УЖИЦЕ

Јелена Тодоровић[1], Сања Радојевић[2]

THE APPLICATION OF THE CLINICAL PATHWAY FOR THE ACUTE LUMBAR PAIN IN THE HEALTH CENTRE UŽICE

Jelena Todorović, Sanja Radojević

Сажетак

Циљ истраживања је да испита да ли постоји значајна разлика у квалитету и сигурности клиничког рада пре и после примене клиничког пута за акутни лумбални бол. Клинички пут је примењиван у Дому здравља Ужице од 1. 3. 2013. до 31. 3. 2014. године. Обухватио је 68 пацијенае та оба пола, старости од 20 до 60 година. Клинички пут је заснован на Националном водичу за лумбални бол за лекаре у примарној здравственој заштити, који је издат од стране Министарства здравља Републике Србије 2004. године. Резултати су показали да је квалитет рада побољшан након увођења клиничког пута, односно да је:

- *смањен број пацијената који су упућивани на додатне дијагностичке процедуре и специјалистичке прегледе,*
- *скраћена дужина боловања пацијената,*
- *смањена учесталост рецидива болести,*
- *повећан број пацијената који су добили писана упутства о будућем понашању и превентивним мерама.*

Кључне речи: *лумбални бол, клинички пут.*

Summary

The goal of this research is to investigate if there is a significant difference in safety of clinical work before and after the application of Clinical pathway for acute lumbar pain. The Clinical pathway was applied in Health center Užice from 01.03.2013. to 31.03.2014. It encompassed 68 patients from 20 to 60 years of age, of both sexes. The Clinical pathway is based on the National guide for lumbar pain for doctors in primary health care, which is published by the Department of Health of Republic of Serbia in 2004. The results showed that the quality of work was improved after the introduction of the Clinical pathway, that is:

- *Decreased number of patients who were sent to additional diagnostic procedures and specialist examinations,*
- *Decreased length of absence from work,*
- *Decreased frequency of relapses,*
- *Increased number of patients that got written instructions about future behavior and preventive measures.*

Keywords: *lumbar pain, clinical pathway.*

[1] Др Јелена Тодоровић, Дом здравља Ужице.
[2] Др Сања Радојевић, Дом здравља Ариље.

УВОД

Акутни лумбални бол је најчешће (око 95% случајева) неспецифични бол, тј. бол у крстима, од доњих ребара до глутеалне линије, који траје мање од 6 недеља.[1] Синдром ишијаса (испод 5% случајева) обухвата ширење бола дуж једне ноге, што указује на иритацију или компресију нервних коренова. Озбиљна спинална патологија је у мање од 2% случајева узрок лумбалног бола (малигне болести, метастазе, остеопоротичне фрактуре, спондилитис, АИДС).

Дијагноза лумбалног синдрома се поставља детаљном анамнезом и пажљивим прегледом болесника. Лабораторијска и радиографска испитивања се рутински не саветују, уколико нема сумње на неко озбиљно обољење.

Клинички пут је болесников лични документ у виду протокола који приказује редослед стандардних клиничких процедура у обради његовог здравственог проблема од почетка до краја епизоде. То није листа обавезних упутстава, него листа препорука од којих је могуће одступити ако постоји утемељен разлог или објективна околност. Садржај клиничког пута ослања се на адекватан клинички водич и локалну праксу здравствене установе.

Клинички пут за акутни лумбални бол је заснован на Националном водичу за лекаре у примарној здравственој заштити из 2004. године.[2] Препоруке у оквиру клиничког пута су следеће:

1. Узимање детаљне анамнезе, која обухвата:

- претходни лумбални бол (почетак симптома, посета лекару, испитивања, лечење и дужина трајања болести, учесталост рецидива),
- садашњи лумбални бол и његове карактеристике,
- друге болести,
- социјалну анамнезу (породична, образовање, активности на послу и у слободно време),
- стил живота (физичка активност, пушење, алкохол, дијета).

Главни циљ детаљне анамнезе је да лекар искључи друге потенцијално опасне болести и стања која се могу манифестовати као лумбални бол (треба питати за повреде, претходне болести, употребу кортикостероида, присуство општих симптома: температура, губитак у телесној тежини, прогресивно погоршање бола упркос лечењу).

У анамнези је веома важно добити податке о функцији сфинктера, мишићној слабости, анестезији перинеума, јер присуство тих симптома представља апсолутну индикацију за оперативно лечење.

2. Физикални преглед болесника, у који спада:

- инспекција кичме у стојећем ставу (процена држања тела, лумбална лордоза, присуство анталгичне сколиозе),
- палпација кичме и исхијадичног нерва (тонус леђних паравертебралних мишића, осетљивост појединих делова кичме, једнострана осетљивост задњице и бутина),
- перкусија кичмених пршљенова (перкуторна осетљивост постоји код инфекција, фрактура, метастаза),
- покретљивост кичме у сагиталном и латералном правцу,
- процена компресије нервних коренова (Лазаревићев знак, пасивна дорзифлексија чланка – изазива ирадијацију бола у нози код компресије нервног завршетка, укрштени бол – при подизању здраве ноге појачава се бол у оболелој нози),
- мишићна снага доњих екстремитета (снага екстензије стопала и ножног палца – Л5 корен, ход на петама – Л5 корен, ход на прстима – С1 корен),

- тетивни рефлекси (пателарни – Л4 корен, Ахилов рефлекс – С1 корен),
- испитивање сензибилитета (медијална страна колена – Л4 корен, медијална (Л5), дорзална (Л5) и латерална (С1) страна стопала).

Треба имати у виду да парапареза (ослабљена мишићна снага обе ноге), појачани тетивни рефлекси и позитиван знак Бабинског захтевају хитно упућивање пацијента неурологу и неурохирургу.[3]

3. Лечење акутног лумбалног синдрома:

Пре свега треба саветовати болесника да остане физички активан. Наставак дневних активности (шетња, пливање) је ефикаснији у лечењу акутног лумбалног бола од мировања.[4] Осим тога, препоручује се апликација леда на болно место чиме се смањује бол, јер хладноћа делује аналгетски и антиинфламаторно. Коначно, мора се применити медикаментозна терапија, која обухвата један или више следећих лекова:

- НСАИЛ: препоручује се један лек, а не њихова комбинација. Најбољи начин примене је орални, а најсигурнији НСАИЛ је Ибупрофен (3x400mg дневно).
- COX-2 инхибитори се користе код болесника који имају улкусну болест (нпр. Мовалис тбл. 1x15mg).
- Парацетамол има само аналгетски ефекат, али се и поред тога показао као ефикасан лек у лечењу акутног лумбалног бола у дози од 1000mg на 6 сати.
- Код јаких болова могу се користити аналгетици типа трамадола у дози од 4x50mg или 2x100mg.

Кортикостероиди се не препоручују у лечењу акутног лумбалног бола. Мишићни релаксанси се препоручују само код неефикасности или неподношљивости НСАИЛ.

ЦИЉ

Циљ истраживања је да се испита да ли постоји разлика у квалитету и сигурности клиничког рада пре и после примене клиничког пута за акутни лумбални бол.

МЕТОДЕ

Клинички пут за акутни лумбални бол је примењиван у Дому здравља Ужице од 1. 3. 2013. до 31. 3. 2014. године (пилот фаза и фаза имплементације). Обухваћено је 68 пацијената старосне доби од 20 до 60 година, оба пола. Контролну групу чинило је 68 пацијената са акутним лумбалним болом који су лечени у периоду пре 1. 3. 2013. године. За статистичку обраду података коришћен је X^2 тест.

РЕЗУЛТАТИ

Резултати истраживања су приказани табеларно.

Табела 1. *Квалитет и сигурност клиничког рада пре и после увођења клиничког пута.*

Упућивање пацијената на додатне дијагностичке процедуре	Пре увођења клиничког пута	После увођења клиничког пута	Статистички значајна разлика
Лабораторија	71%	50%	p<0,001
РТГ лумбосакралне кичме	59%	44%	p<0,02
Ултразвук абдомена	31%	28%	p>0,05
Физијатру	52%	47%	p>0,05
Неурологу	47%	33%	p<0,02

Табела 2. *Дужина трајања болести и учесталост рецидива код пацијената са акутним лумбалним болом.*

	Пре клиничког пута	После клиничког пута	Статистички значајна разлика
Дужина одсуствовања са посла (у данима)	21	18	-
Учесталост рецидива	46%	31%	p<0,02
Број пацијената који су добили писано упутство о начину понашања	32%	100%	p<0,001
Број пацијената код којих су се испољила нежељена дејства лекова	19%	10%	p<0,05

Као што се може видети из Табеле 1, упућивање пацијената на лабораторијске анализе, рендген лумбосакралне кичме, као и на специјалистички преглед код неуролога, значајно је смањено након увођења клиничког пута. Разлог за то је узимање детаљније анамнезе и комплетнији физикални преглед пацијената, чиме се у појединим случајевима отклања потреба за даљим анализама.

Из Табеле 2 се види да је број пацијената који су добили писана упутства о начину понашања и заштитним положајима за леђа значајно повећан, што је довело до смањења дужине боловања и учесталости рецидива. Такође, смањена је учесталост појаве нежељених дејстава лекова, пре свега због препоруке да се не користе кортикостероиди при лечењу акутног лумбалног бола.

ЗАКЉУЧАК

После пилот фазе и фазе имплементације клиничког пута за акутни лумбални бол у Дому здравља Ужице, уочено је побољшање у раду, и стога је клинички пут уведен у свакодневни рад лекара примарне здравствене заштите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Манојловић Д. Интерна медицина. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 2003, 1694−1700.

2. Министарство здравља Републике Србије. Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити − Лумбални синдром. Београд, 2004.

3. Левић З. Основи савремене неурологије. Завод за уџбенике и наставна средства, седмо издање, Београд, 2000, 294−298.

4. Жигић Д, Иванковић Д, Поповић Ј, Лапчевић М, Шукриев Љ, Ковачева К, Станковић С. Општа медицина − Породична медицина. Српско лекарско друштво, 2006, 1173−1184.

Контакт: Др Јелена Тодоровић, Дом здравља Ужице, Потпеће 23, 31205 Севојно, тел. 064/1661160, e-mail: jelena.1982@yahoo.com

UDK BROJEVI: 613.96(497.11)

THERMAL EFFECTS OF MOBILE PHONES – NEW MEASUREMENTS

Radoje Jevtić[1], Dragana Jevtić[2], Jovan Ničković[3], Vanja Ničković[4]

ТЕРМИЧКИ ЕФЕКТИ МОБИЛНИХ ТЕЛЕФОНА – НОВА МЕРЕЊА

Радоје Јевтић, Драгана Јевтић, Јован Ничковић, Вања Ничковић

Summary

Heating of the mobile phones presents consequence of their usage. Thermal effects are presented through SAR (Specific Absorption Rate) and increasing of temperature of exposed part of body (tissue), so it is necessary to detect and measure these values. Thermal effects could be detected with special devices, such as thermal camera or IC thermometer. New versions of mobile phones present multimedia devices with lot of different functions and possibilities. All that tasks demand great waste of energy. After confirmed facts that the time of usage of mobile phones constantly increases, there is a question does this usage increase the mobile phone temperature and, on that way, present the danger to their user. This work gives results of temperature changes of ten different mobile phones for different usage purposes, such as temperature changes of head region while and after mobile phone usage.

Key words: *thermal effects, mobile phones, heating, research.*

Сажетак

Грејање мобилних телефона представља последицу њиховог коришћења. Термални ефекти су представљени кроз SAR (Specific Absorption Rate − специфична стопа апсорпције), као и повећање температуре изложених делова тела (ткива), па је неопходно детектовати и мерити њихове вредности. Термални ефекти се могу детектовати посебним уређајима, као што је термална камера или IC термометар. Нове верзије мобилних телефона представљају мултимедијалне уређаје са много различитих функција и могућности. Све то захтева велику потрошњу енергије. Након потврђене чињенице да време коришћења мобилних телефона стално расте, поставља се питање да ли таква употреба повећава температуру мобилног телефона, која тако увећана представља опасност за њихове кориснике. Овај рад даје резултате температурних промена десет различитих мобилних телефона за различите намене коришћења, као што су промена температуре региона главе за време и после употребе мобилног телефона.

Кључне речи: *термални ефекти, мобилни телефони, грејање, истраживање.*

[1] Радоје Јевтић, доктор техничких наука, дипломирани инжењер електротехнике, Електротехничка школа „Никола Тесла“, Александра Медведева 18, 18000 Ниш, Србија.

[2] Драгана Јевтић, професор разредне наставе, ОШ „Десанка Максимовић“, Чокот, Ниш.

[3] Јован Ничковић, магистар техничких наука, дипломирани инжењер електротехнике, ЕТШ „Никола Тесла“, Ниш.

[4] Вања Ничковић, доктор медицине, Универзитет у Приштини са седиштем у Косовској Митровици.

INTRODUCTION

Mobile phones have become important and indivisible part of the modern human life. The construction of these devices has technically improved in past several years so that these are not only the mobile phones-these are complex multifunctional portable devices with lot of different functions and possibilities, such as internet access, video games, measuring of different dimensions, data transfer, photo and video services etc. The number of users of mobile phones is bigger and bigger from year to year, but the age of users is lower and lower and nowadays there are a lot of very young users of mobile phones, for example, from age of 7 to 10, what is appropriate to school age from the first to the fourth class. This fact is very serious, according to several aspects: healthy, ethic, social... Of course, the most important aspect is healthy aspect. There were presumptions that mobile phones, such as other electrical devices, could affect on humans health on different way. There are lots of different explorations, researches, studies, opinions related to this topic. Many of them claim that mobile phones could present danger for human life, many of them claim opposite.[1]

For example, in one case, the Italian Supreme Court ruled that a businessman's brain tumor was caused by his use of a mobile for five or six hours a day for 12 years, paving the way for a potential host of legal actions from employees against employers.[2]

In May 2009, 5 scientists published a review of the long-term epidemiologic data in a respected scientific journal, Surgical Neurology, which concluded that „there is adequate epidemiologic evidence to suggest a link between prolonged cell phone usage and the development of a same-side brain tumor."(3)

The rate of MWR absorption is higher in children than adults because their brain tissues are more absorbent, their skulls are thinner, and their relative size is smaller. Fetuses are particularly vulnerable, because MWR exposure can lead to degeneration of the protective sheath that surrounds brain neurons, they report. Multiple studies have shown that children absorb more MWR than adults. One found that that the brain tissue of children absorbed about two times more MWR than that of adults, and other studies have reported that the bone marrow of children absorbs 10 times more MWR than that of adults. Simulations realized on simulation models showed that, definitely, electromagnetic radiation penetrates much deeper through the head of child than the adult. Electromagnetic radiation causes thermal and no thermal effects.[4, 6]

Opposite to noted facts, there were also lots of facts in order that mobile phones don't cause any healthy risk. For example, according to the UK's largest program of research, there is no evidence of mobile phones causing any health risks. Following 11 years of research, the mobile telecommunications and health research program (MTHR) has published its final report on the matter. It found that there is no evidence that the use of mobile phones leads to an increased risk of cancer. It also found that there was no evidence that exposure to mobile phone base station emissions during pregnancy affects the risk of developing cancer in early childhood.[7]

One of the longest and the most expensive studies for mobile phones (the duration was about six years and the research was almost 17 million of euros) realized in Germany claims that there are no risk from mobile phones on human health.[8]

However, there were more times confirmed facts that, from year to year, the time of mobile phones usage increases, and, according to that, potential effects also increase. Very important fact is that very young people become users of mobile phones. This paper was written to confirm some of the noted facts, particularly facts according to the increase time of mobile phone usage and theirs thermal effects.

RESEARCH

The large research was realized in the Electro technical school „Nikola Tesla" in Niš, on February and March of 2015. The sample was 500 pupils from all of four classes of the school. Schools populations are one of the biggest and the most frequent users of mobile technologies. Similar researches were done several years ago and this research was an excellent way to compare realized results in the sense of increasing of some effects.[9, 13]

The figures from fig. 1 to fig. 7 present results of the realized research. The research was related to number of pupils that possesses mobile phone according to the complete number of examined pupils, the number of mobile phones by user, mobile phones types, duration of average time of one call, duration of average time of all calls in one day, average time of sent messages in one day and number of pupils that use mobile phone for some other activity then communication. The very important thing to note is the fact that the most number of examined mobile phones were with price more than 100 euros, which showed the pupils wish and need to have a device like that.

Figure 1. *Research results for possession of mobile phones for 500 pupils.*

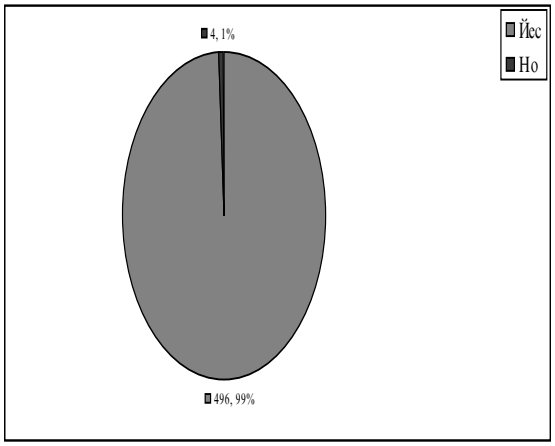


Figure 2. *Research results for number of possessed mobile phones by user for 500 pupils.*

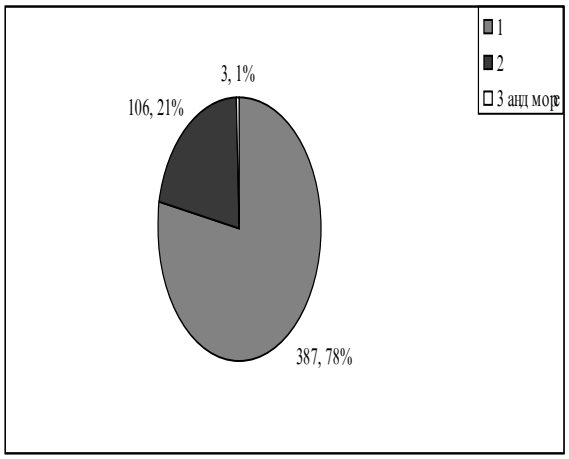


Figure 3. Research results for type of mobile phones for 500 pupils.

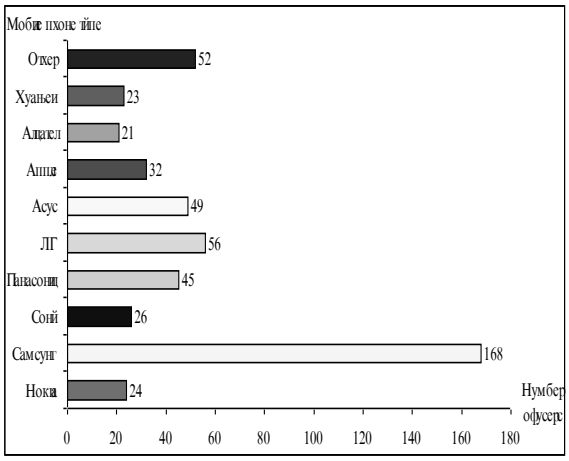


Figure 4. *Research results for duration of average time of one call for 500 pupils.*

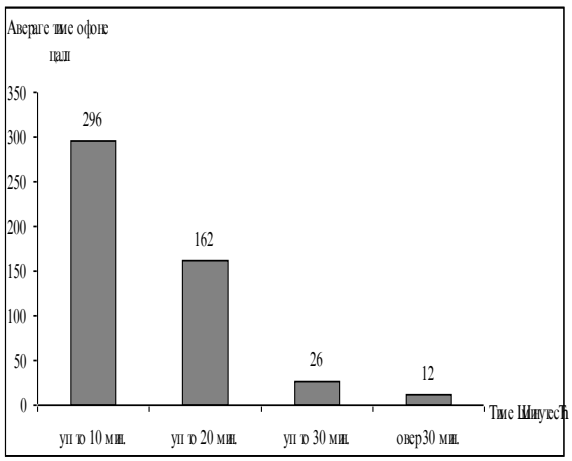


Figure 5. *Research results for duration of average time of all calls in one day for 500 pupils.*

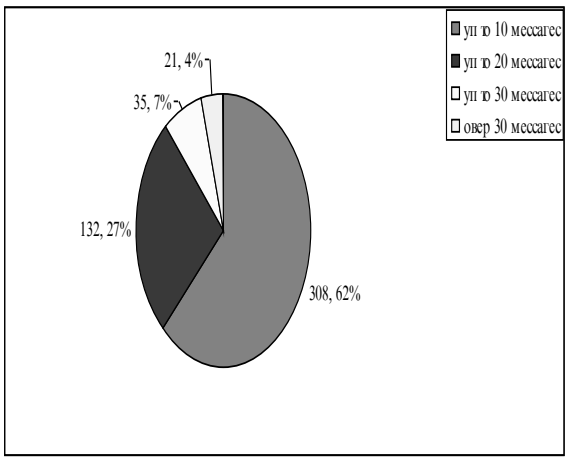


Figure 6. *Research results for average number of sent messages for 500 pupils*

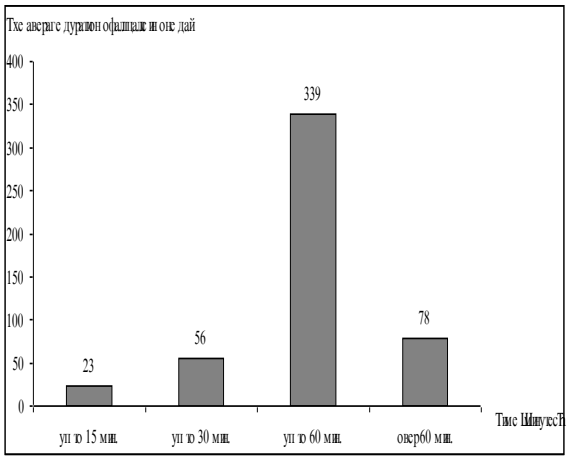
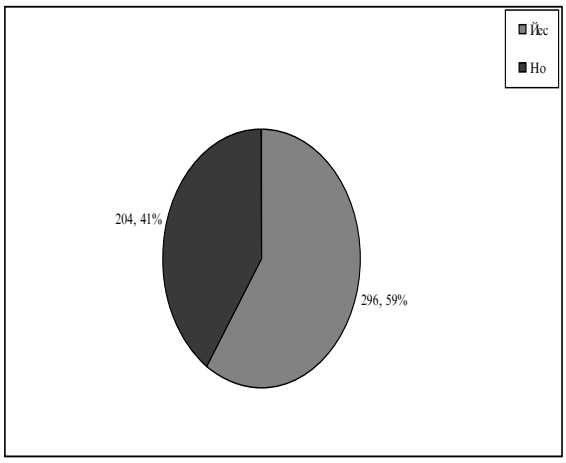


Figure 7. *Research results for number of pupils that use mobile phone for some other activity than communication for 500 pupils*



Through realized results could be clearly seen one general trend of increase usage of mobile phones by all of its aspects. More options, more functions, more possibilities give more time spent in mobile phones usage.

WORK METHOD

While usage, mobile phones increase their temperature and warm head, hands and other part of their users bodies in dependence of where they were positioned. Because of the fact that modern mobile phones present multifunctional media portable devices, they could be used not only for conversation between users but for internet usage, Facebook usage, video games playing, music listening and many other similar operations and functions. All of noted operations and functions demand certain consumption of electrical energy from their batteries and certain warm of mobile phones, which cause to the temperature increase.

The best way for temperature increase measurements is with special measurement devices, such as thermal camera and infrared thermometer. These devices are presented on fig.8 and fig. 9.

Figure 8. *Thermal camera VARIOSCAN hr compact 3021 ST used for measurements of mobile phones thermal effects*

Figure 9. *Infrared thermometer TM 959 used for measurements of mobile phones thermal effects*

Presented instruments were used for temperature measurements of mobile phones and human head area overtaken with mobile phones activity.

According to realized research, there were ten different mobile phones elected and measured their temperature increase while internet surfing (in duration of 30 minutes), video games playing (in duration of 30 minutes), conversation with other mobile phone (in duration of 5 minutes) and the temperature of the human head region overtaken by mobile phones while conversation (in duration of 5 minutes).[14]

REALIZED RESULTS

Figure 10. *Temperature increase of mobile phones while internet surf in duration of 30 minutes*

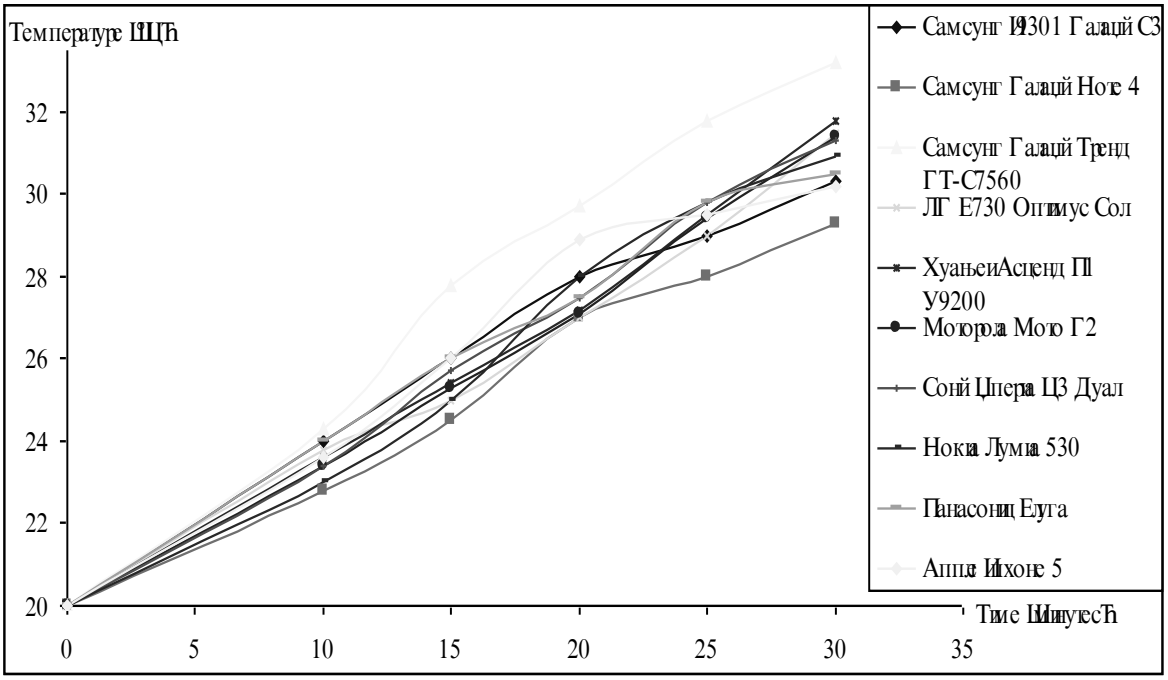


Figure 11. *Temperature increase of mobile phones while video games playing in duration of 30 minutes*

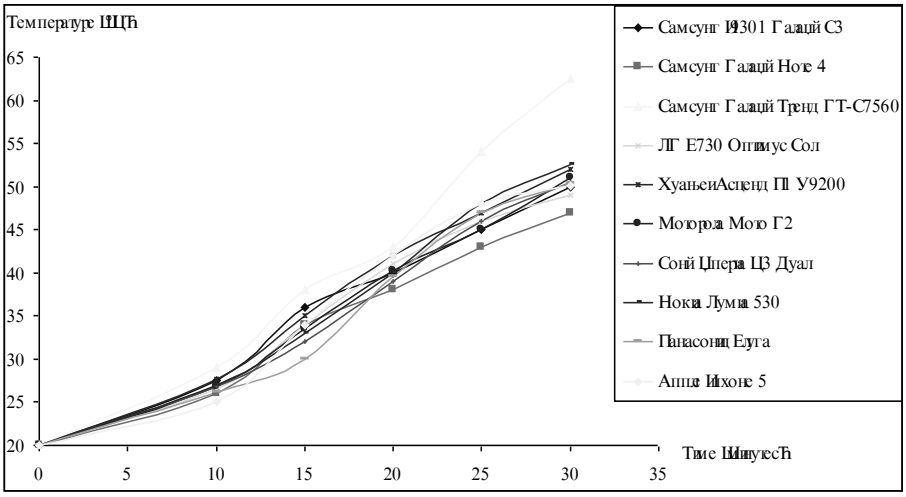


Figure 12. *An example of compared measurement at the start of the measurement (mobile phones LG and Samsung Galaxy Trend GT-S7560)*

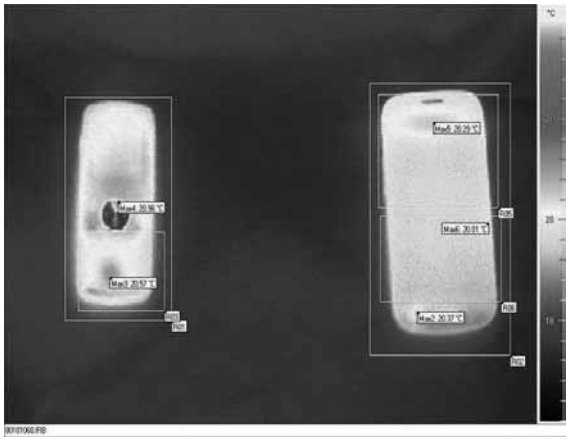


Figure 13. *An example of compared measurement at the end of the measurement after 5 minutes (mobile phones LG and Samsung Galaxy Trend GT-S7560)*

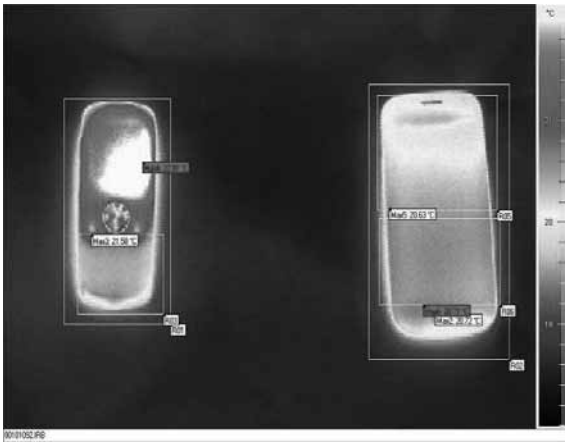


Figure 14. *Temperature increase of mobile phones while conversation with other mobile phone in duration of 5 minutes*

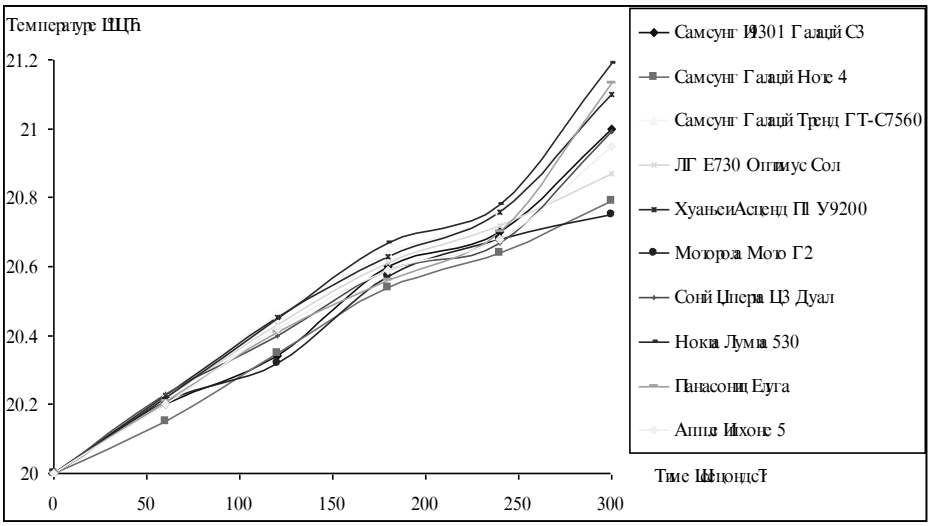


Figure 15. *Thermal presentation of the mobile phone conversation at the start of the conversation*

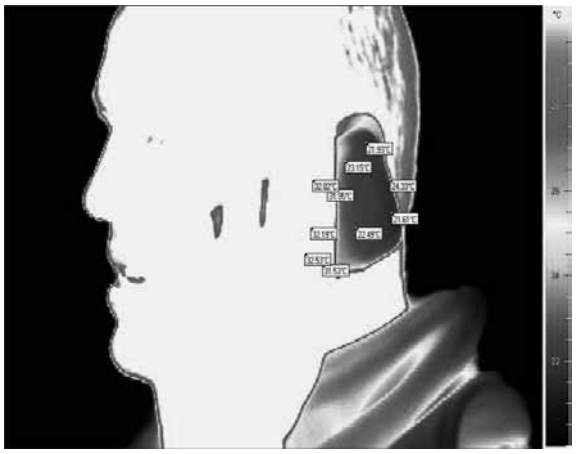


Figure 16. *Thermal presentation of the mobile phone conversation at the end of the conversation with duration of 5 minutes*

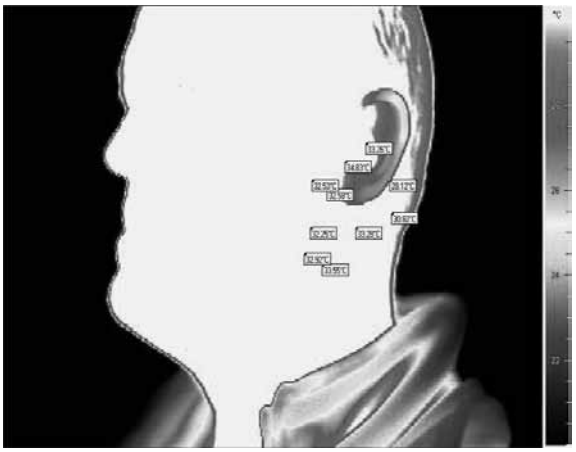


Figure 17. *Thermal presentation of the human head region after conversation with mobile phones in duration of 5 minutes*

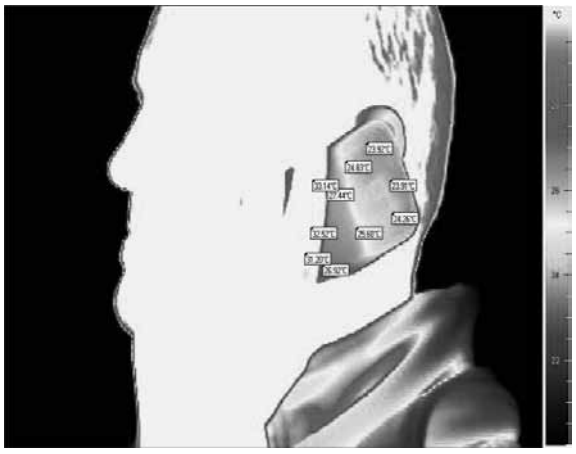
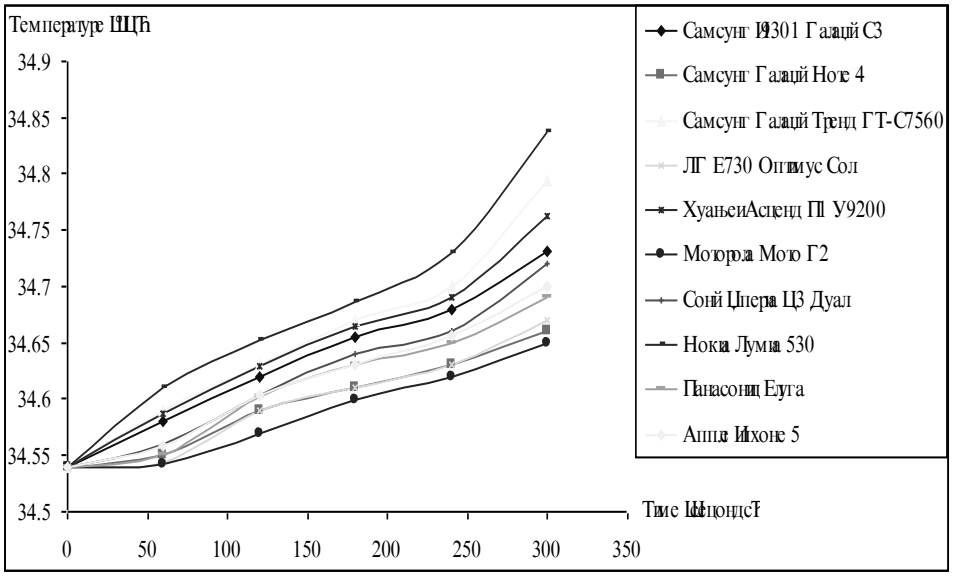


Figure 18. *Temperature increase of human head region after 5 minutes*



DISCUSSION OF THE RESULTS

Realized results showed, generally, that the usage of mobile phones constantly increases. Reasons for that could be found in noted facts that mobile phones become multifunctional media devices, big number of additional functions, internet access, very beneficial conditions from mobile phone dealers and operators, lacks of classical phones and many other factors. Although mobile phones have lot of advantages and productive things for improvement of everyday life quality, there are several very important things that must be mentioned. Mobile phone is, of course, very useful thing and the thing that should be used, but the way of its usage must be change in the sense of the time decrease of conversations with mobile phones. Here is and the fact that modern mobile phones increase their temperature not only with conversation but with usage of many other functions, operations, services, which usage generally increase complete temperature of mobile phone and, at the same way, increase the hand temperature and the temperature of human head region, which could be seen on fig. 15 and fig. 16.

Of course, it is very important to mentioned that the mobile phones radiation is the least where the reception of signal is the best, which implies that mobile phones should be used outdoor as much as possible. The usage of headphones and speaker options on mobile phones are also references for minimal absorbed radiation.

CONCLUSION

It is obvious fact that mobile phones have been becoming the indispensable part of modern human's life. Their options and possibilities can greatly improve the quality of everyday life. Of course, that means their proper usage, especially in healthy sense. Very important thing which demands very analytic approach and constantly open question is the usage of mobile phones at children population. The realized results showed increase usage of mobile phones in several aspects, which should be change, with some additional education or maybe even with some limited interdict.[16, 18]

REFERENCES

1. Jevtić, B.R., Ničković, T.J.: *Termički efekti za vreme korišćenja mobilnih telefona,* međunarodni naučno stručni simpozijum INFOTEH − Jahorina, ISBN-99938-624-2-8, Jahorina, 2010.

2. www.telegraph.co.uk/News/Health*en. wikipedia. org/wiki/Burn*

3. http://wiredchild.org/sciencealias/43-what-the-science-tells-us/66--what-the-science-tells-us-mobile-phones.html

4. http://www.webmd.com/children/news/20140819/children-cell-phones*www. cdc.gov/co/faqs.htm*

5. Jevtić, D.D, Jevtić, B. R, Ničković, T.J.: *Rezultati simulacije elektromagnetnog polja u regionu glave kod dece uzrasta od 10 godina,* Zdravstvena zaštita, Vol 4., pp. 47−50, YU ISSN 03050-3208, Beograd, 2010.

6. Jevtić, D.D, Jevtić, B. R, Ničković, T.J.: *Problem korišćenja mobilnih telefona kod dece od 7 do 10 godina*, Acta Medica Mediane, Vol 49, No. 4., pp. 36−38, ISSN 0365-4478, Niš, 2010.

7. http://www.telegraph.co.uk/technology/news/10636197/Mobile-phones-pose-no-health-risk according-to-report.html

8. http://www.stetoskop.info/Mobilni-telefoni-ne-uzrokuju-rak-1938-c2-news.htm?b8

9. Jevtić, B.R., Ničković, T.J.: *Results of the measuring and simulation of electromagnetic field of mobile phones in*

the human head region, Facta Universitatis, Working and Environmental Protection, Vol 5, N° 1, ISSN 0354-804X , Niš, 2008.

10. Jevtić, D.D, Jevtić, B. R, Ničković, T.J.: *Results for SAR simulation of mobile phones at children at the age of 10*, 54. Конференција ETRAN 2010, Donji Milanovac, 2010.

11. Jevtić, B. R, Ničković, T.J, Jevtić, D.D.: *Electromagnetic field of mobile phones in the human head region,* Tehnika elektrotehnika, Vol 4, pp. 611−616, ISSN 0040-2176, Beograd, 2011.

12. Jevtić, D.D, Ničković, S.V, Jevtić, B.R, Ničković T.J, Ničković.: *Socijalni i zdravstveni problemi dece školskog uzrasta usled korišćenja Facebook-a*, Učitelj, No 79 (1\2012), pp. 34-42, ISSN 0352-2253, Beograd, 2012.

13. Jevtić, B.R.: *The distribution of mobile communications electromagnetic field in human*, Master thesis, University of Niš, 2009.

14. Varioscan hr compact 3021ST, *Manual issue.*

15. http://www.education.com/facts/quickfacts-digital-world/risks-benefits-cellphone/

16. http://ehtrust.org/how-cell-phones-affect-a-childs-brain/

17. http://www.mobilewise.org/facts/how-safe-are-mobile-phones-for-children

18. https://sites.google.com/site/cellphonesdomoreharmthangood/cons-of-having-a-cell-phone

Контакт: Др Радоје Јевтић, дипломирани инжењер електротехнике, Електротехничка школа „Никола Тесла“, Александра Медведева 18, 18000 Ниш. Србија,
Тел: +381 63 759 019 3, e-mail: milan.jvtc@gmail.com

UDK BROJEVI: 613.96(497.11)

ОСНОВНИ ПРАВЦИ РАЗВОЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ (1922−2014)

Рајко Косановић[1], Христо Анђелски[2]

BASIC DIRECTIONS OF DEVELOPMENT HEALTH INSURANCE IN THE REPUBLIC OF SERBIA (1922−2014)

Rajko Kosanović, Hristo Anđelski

Сажетак

Здравствено осигурање, као вид социјалног осигурања, осигураним лицима обезбеђује право на здравствену заштиту и остала права из области здравственог осигурања. Дуга је историја развоја здравственог осигурања у Србији. Развој здравственог осигурања у Србији посматран је кроз три периода: до Првог светског рата; између два светска рата и после Другог светског рата. У свету су присутни различити облици финансирања здравствене заштите, различити облици власништва над зградама и опремом у здравству, различит обухват становништва здравственим осигурањем, као и различит садржај и обим права из здравственог осигурања. Међутим, у зависности од доминантног извора финансирања, преовлађујућег власништва и величине обухвата становништва здравственом заштитом, систем здравствене заштите сваке државе може се сврстати у један од три основна модела. Избор модела система здравствене заштите условљен је историјским, економским, социјалним, културним и другим чиниоцима. Променама ових околности, национални системи здравствене заштите прелазе из једног модела у други. Садашњи систем здравственог осигурања у Србији, формално посматрано, припада Бизмарковом моделу обавезног здравственог осигурања, док је суштински на прелазу између обавезног здравственог осигурања и националне здравствене службе (Беверицов модел), без довољно аутономије у одлучивању Републичког фонда и уз

Summary

Health insurance, as a form of social insurance, to insured people provides the right to health care and other rights in the area of health insurance. There is a long history of the development of health insurance in Serbia. The development of health insurance in Serbia is seen through three periods: to the First World War; between the two world wars and after World War II. In the world there are different forms of health care financing, different forms of ownership of the buildings and equipment in health care, different coverage of population with health insurance, as well as different content and scope of the health insurance rights. However, depending on the dominant source of funding, prevailing ownership and size of population covered by health care, the health care system of each country, can be classified into one of three basic models. The choice of model health care system is conditioned by historical, economic, social, cultural and other factors. Changes in these circumstances, the national health care systems move from one model to another. The current health care system in Serbia, formally speaking, belongs to the Bismarck model of the obligatory health insurance, while essential to the transition between the compulsory health insurance and a national health service (Beveridge model), without sufficient autonomy in deciding the Republican Fund and with a significant state intervention. We think that should keep the concept of the compulsory health insurance. If it continues to develop the model of mandatory health insurance, it is necessary to eliminate

[1] Др сц. Рајко Косановић, Београд

[2] Проф. др Христо Анђелски, Висока медицинска школа струковних студија ,,Милутин Миланковић“, Црнотравска 27, Београд.

значајан интервенционизам државе. Мишљења смо да треба задржати концепт обавезног здравственог осигурања. Уколико се даље развија модел обавезног здравственог осигурања, нужно је да се отклони постојање дуализма између државе и органа здравственог осигурања у спровођењу здравственог осигурања. Свака двојност представља велику сметњу у успешном функционисању здравственог осигурања.

Кључне речи: *здравствено осигурање, Србија, историјски развој.*

the existence of a dualism between state authorities and health insurance in the implementation of health insurance. Every duality is a major obstacle to the successful functioning of health insurance.

Keywords: *Health Insurance, Serbia, historical development.*

УВОД

Систем социјалне сигурности у Србији састоји се из: 1) система социјалног осигурања; 2) система друштвене бриге о деци и породици; 3) система друштвене заштите бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата и 4) система социјалне заштите.

Систем социјалног осигурања обухвата: а) пензијско-инвалидско осигурање; б) здравствено осигурање и в) осигурање за случај незапослености.[1]

Здравствено осигурање је вид (грана) социјалног осигурања, којим се осигураним лицима (осигураницима и члановима породице осигураника) обезбеђује право на здравствену заштиту и остала права из области здравственог осигурања (накнада зараде за време привремене спречености за рад, накнада путних трошкова у вези са коришћењем здравствене заштите и друга права).

Дуга је *историја развоја здравственог осигурања* у Србији.[1, 2]

Садашњи систем здравственог осигурања у Србији, формално посматрано, припада Бизмарковом моделу обавезног здравственог осигурања, док је суштински на прелазу између *обавезног здравственог осигурања* и *националне здравствене службе* (Беверицов модел), без довољно аутономије у одлучивању Републичког фонда и уз значајан интервенционизам државе.[3]

У овом раду указаћемо на основне правце у развоју здравственог осигурања у Србији од 1922. године, односно од доношења *Закона о осигурању радника*, до 2014. године, односно до последње измене закона о здравственом осигурању из новембра 2014. године. Акценат је стављен на организацију и финансирање здравственог осигурања, док ће о развоју *права из здравственог осигурања* бити речи у посебном раду.

ПЕРИОДИЗАЦИЈА РАЗВОЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У СРБИЈИ

Развој здравственог осигурања у Србији можемо поделити на три периода, и то на периоде: 1) до Првог светског рата; 2) између два светска рата и 3) на период после Другог светског рата.

Сваки од наведених периода састоји се из већег броја потпериода, а што се првенствено односи на период после Другог светског рата.

Здравствено осигурање се у Србији од свог настанка до средине педесетих година прошлог века *развијало у оквиру законодавства и институција социјалног осигурања*.

Србија је имала веома изражен *уставни развој*, а што је свакако имало утицаја на развој укупног система здравствене заштите и здравственог осигурања.

После Берлинског конгреса 1878. године, када је међународно призната, Србија је донела још три устава, и то: а) Радикалски устав (1888); б) Октроисани или Априлски устав (1901) и в) Устав за Краљевину Србију од 1903. године (овај устав је представљао донекле измењен и допуњен Радикалски устав из 1888. године).

Након уједињења у Краљевину Срба, Хрвата и Словенаца, 1. децембра 1918. године, донети су: а) Устав Краљевине Срба, Хрвата и Словенаца (28. јуна 1921. године − Видовдански устав) и б) Септембарски или Октроисани устав (3. септембра 1931. године).

После Другог светског рата донети су: а) Устав ФНРЈ (1946. године); б) Уставни закон (1953. године; исте године и све републике су донеле своје уставе); в) Устав СФРЈ (1963. године; промене Устава из 1963. године извршене су уставним амандманима 1967, 1968. и 1971. године.); г) Устав СФРЈ (1974. године); д) Устав Републике Србије (1990. године); ђ) Устав Савезне Републике Југославије (од 27. априла 1992. године) и е) Устав Републике Србије (2006. године).

Данас важећи устав, као што смо навели, након осамостаљивања Републике Црне Горе, Република Србија донела је 2006. године.[4]

ПЕРИОД ДО ПРВОГ СВЕТСКОГ РАТА

Развој здравственог осигурања, односно шире посматрано социјалног осигурања у Србији, као и у другим земљама, био је условљен развојем радничког покрета.

Прве радничке организације у Србији се оснивају крајем 19. и почетком 20. века, као на пример: Опанчарско радничко друштво у Београду (јануара 1896. године), Радничко друштво у Неготину (крајем 1896. године), Радничко друштво у Београду (почетком 1897. године), Београдско радничко друштво (марта 1901. године), Савез грађевинских радника, Удружење књиговезачких радника и Удружење трговачких помоћника (у другој половини 1901. године) и друге. Главни раднички савез, који је обједињо већину до тада постојећих радничких организација, основан је маја 1903. године.

Класичан раднички покрет у Србији је настао почетком 20. века, када се и стварају услови за развој социјалног осигурања.

У почетку у Србији се развија добровољно осигурање радника на бази узајамне помоћи. Прве дружине (касније друштва и задруге) за узајамну помоћ у случају болести и смрти основане су 1875. године (Дружина кројачких радника, Дружина типографских радника, Дружина браварско-столарских радника итд.).

Зачеци социјалног осигурања у Србији садржани су у њеном радничком законодавству 19. и почетка 20. века, када су, поред осталих, донети:

1) Уредба о еснафима, Б.Но 1269 од 14. августа 1847. године,

2) Рударски закон из 1866. године (измењен 1910. године),

3) Закон о установљењу народног санитетског фонда из 1879. године и

4) Закон о радњама из 1910. године.

Уредбом о еснафима било је предвиђено образовање еснафских фондова у које су мајстори, калфе и ученици били у обавези да уплаћују улоге. Средства из еснафских фондова требало је да се користите за помагање старих и оболелих чланова еснафа, погреб јако сиромашних чланова еснафа, помагање сиромашних удовица еснафских чланова и њихове сирочади, и за друге намене. Међутим, ниједан од еснафа овај фонд није основао.

Рударским законом била је предвиђена обавеза оснивања братинских каса за помагање рудара и њихових породица. Према измењеном рударском закону из 1900.

године, било је предвиђено оснивање рударско-братинске касе за помоћ у случају болести и смрти при сваком руднику и рударско-братинске касе свију рударских братинских каса за инвалидску помоћ и пензије.

Законом о радњама, донетим 1910. године, први пут је било предвиђено обавезно социјално осигурање за случај болести и несреће на послу у Србији, које због ратова до којих је убрзо дошло (балкански ратови и Први светски) није ни заживело (овим законом, поред осталог, први пут је уведен институт локаута, односно привременог искључења запослених са рада од стране послодавца).

Зачетке здравственог осигурања треба тражити у *Закону о установљењу народног санитетског фонда*, усвојеном у Краљевини Србије 1879. године. Овим законом регулисана су питања развоја здравствених установа и покривање трошкова јавне здравствене службе. Народни санитетски фонд финансирао се из интереса на основни капитал, општег болничког пореза и фиксних дотација државног буџета.

У Србији су постојали и добровољни самостални фондови за међусобно помагање радника, на пример фондови графичара, занатлија, радника војно-техничког завода и други.

ПЕРИОД ИЗМЕЂУ ДВА СВЕТСКА РАТА

Закон о осигурању радника

Основе здравственог осигурања, односно, шире посматрано, социјалног осигурања у Краљевству Срба, Хрвата и Словенаца, насталог 1918. године (од 1921. до 1929. године – Краљевина Срба, Хрвата и Словенаца, а касније – Краљевина Југославија), дате су у *Видовданском уставу* из 1921. године.

Чланом 130. Видовданског устава предвиђено је да све уредбе и остали привремени прописи, који су донети пре изгласавања Устава, буду озакоњени у Народној скупштини, а то се односило и на *Уредбу о уређењу осигурања радника за случајеве болести и несреће на послу* од 27. јуна 1921. године.

Поменута Уредба, након проширења за осигурање за случајеве изнемоглости, старости и смрти, озакоњена је као *Закон о осигурању радника*, који је потписан 14. маја 1922. године, а објављен 30. маја 1922. године.[5]

Закон о осигурању радника прихватио је модерна начела осигурања, као што су: обавезност осигурања, широк круг осигураних ризика, самоуправа радника и послодаваца у осигурању, државна помоћ и надзор и остала начела.

Законом о осигурању радника били су обухваћени сви ризици осигурања (изузев незапослености), а базирао се на принципима:

- обавезности осигурања;
- јединствене примене на територији целе државе;
- финансирања система средствима доприноса која су плаћали запослени и послодавци (изузев у осигурању од несреће на послу, које су путем доприноса финансирали искључиво послодавци);
- најшири обухват свих лица у радном односу, укључујући и ученике, лица на пракси, волонтере, поморце, запослене у иностранству и лица која се баве домаћом (кућном) радиношћу.

Овај закон, заснован на начелима немачког система социјалног поретка, која су уведена у Немачкој крајем 19. века, за време канцелара Бизмарка, сматран је једним од најнапреднијих прописа ове врсте у Европи.

Законом о осигурању радника уведене су *четири врсте обавезног осигурања, и то за случајеве*: а) *болести*, б) *изнемоглости*, *старости* и *смрти*, в) *несреће на послу* и г) *незапослености*.

Међутим, одредбе закона спроведене су делимично. Осигурање за случај болести (здравствено) на територији целе државе извршено је 1922. године, као и осигурање за случај несреће на послу (инвалидско). Осигурање за случај изнемоглости, старости и смрти (пензијско), иако је било прописано да ће се спроводити од 1. јула 1925. године, његово спровођење почело је тек 1. септембра 1937. године, али и тада у ограниченом обиму. Осигурање за случај незапослености требало је да буде уређено посебним прописима, међутим то није учињено, нити је уведено, осим што је постојало само за рударе и топионичаре код главних братинских благајни.

Обавезним осигурањем била су обухваћена сва лица у радном односу на читавој територији Краљевине. Међутим, број осигураних лица био је ипак мали и износио је 4,2 на 1.000 становника.

Допринос за случај болести, изнемоглости, старости и смрти храниоца плаћали су радници и послодавци, сваки са једном половином, а допринос за случај несреће на послу само послодавци.

Спровођење осигурања било је поверено *Средишњем уреду за осигурање радника*, са седиштем у Загребу, и *окружним уредима* за осигурање радника. Поред ових органа постојали су: пензиони заводи за осигурање намештеника, братинске благајне за осигурање рудара и топионичара, трговачко болесничко осигурање и остала друштва.

Међународни уговори о социјалном осигурању

У периоду између два светска рата Краљевина Југославија је закључила знатан број *билатералних уговора*, нарочито трговачких, којима је посредно уређивана и област социјалног осигурања. У току 1924. и 1925. године закључено је десет уговора са Аустријом, а њима су регулисана поједина питања овог осигурања за неке категорије радника, посебно железничаре.

Такође, закључивани су и билатерални међународни уговори који су се непосредно односили на област социјалног осигурања, и имали за циљ да обезбеде равноправан третман југословенских и домаћих држављана у иностранству. Поред осталих, закључени су:

- Конвенција о здравственој заштити која се даје на реципрочној основи држављанима, закључена са Пољском 9. маја 1923. године;
- Општи споразум о реципроцитету на подручју социјалног осигурања, закључен са Италијом 25. јуна 1925. године;
- Конвенција о реципроцитетном третирању радника обе државе на подручју повреде на послу, закључена са Аргентином 8. октобра 1928. године;
- Уговор о социјалном осигурању, закључен са Немачком 15. децембра 1928. године;
- Уговор о социјалном осигурању са Аустријом, закључен 21. јула 1931. године;
- Уговор о раду и социјалној заштити, који је закључен са Француском 29. јула 1932. године;
- Конвенција о социјалном осигурању са Румунијом од 30. јануара 1933. године и
- Уговор о социјалном осигурању, закључен са Чехословачком 14. децембра 1936. године.

ПЕРИОД ПОСЛЕ ДРУГОГ СВЕТСКОГ РАТА

У периоду после Другог светског рата долази до даљег развоја социјалног осигурања у Србији, који се огледа, пре свега, у све већој обухватности становништва социјалним осигурањем и у проширивању права.

Развој социјалног осигурања, под снажним утицајем економских и политичких чинилаца, прошао је кроз више етапа. Тај развој је, свакако, најлакше пратити на основу законских прописа који су донети у

томе периоду. Навешћемо кључне законске прописе.

Закон о спровођењу социјалног осигурања на подручју Демократске Федеративне Југославије

Након ослобођења земље, Председништво Антифашистичког већа народног ослобођења Југославије донело је 2. маја 1945. године *Закон о спровођењу социјалног осигурања на подручју Демократске Федеративне Југославије*.[6]

Једини носилац за спровођење *осигурања* на подручју целе државе *за случајеве*: а) *болести*, б) *изнемоглости, старости, смрти* (*пензионог осигурања*), в) *несреће* и г) *неупослености* био је Средишњи завод за социјално осигурање са седиштем у Загребу, који је спроводио осигурање преко земаљских завода за социјално осигурање, оснивaних у седиштима федералних јединица.

Средишњи завод за социјално осигурање, као и земаљски заводи за социјално осигурање, био је на начелу самоуправе заснована јавна установа.

Средишњи завод за социјално осигурање спроводио је осигурање за случај изнемоглости, старости и смрти (пензионо осигурање), несреће и неупослености.

Тадашњи пензиони заводи за осигурање приватних намештеника, као и сви пензиони фондови државних службеника, централне установе болесничког и пензионог осигурања за државно саобраћајно особље и главне братинске благајне постали су *одељења* Средишњег завода, а све остале установе (фондови) обавезног осигурања за случај изнемоглости, старости и смрти и за случај несреће постали су *привремени органи* Средишњег завода, и то до одређеног рока до када су морали престати са самосталним спровођењем осигурања.

Средишњи завод за социјално осигурање водио је одвојено рачуне, евиденције и статистику за сваку грану осигурања, а у грани осигурања за случај болести и за подручје сваког Земаљског завода.

До избора самоуправних органа код Средишњег завода, министар социјалне политике Демократске Федеративне Југославије, на предлог организација интересената, поставио је *привремену управу* од 15 чланова и *надзорни одбор* од 5 чланова.

Земаљски заводи за социјално осигурање, преко својих *филијала*, спроводили су *осигурање за случај болести*, а све остале врсте осигурања спроводили су као *органи* Средишњег завода. Дотадашњи окружни уреди за осигурање радника, обласне управе Болесничког фонда државног саобраћајног особља и братинске благајне рударских радника постали су *филијале земаљских завода*, а све остале установе обавезног социјалног осигурања у болести постале су привремене *експозитуре надлежних филијала* завода.

Законом о спровођењу социјалног осигурања на подручју Демократске Федеративне Југославије основани су *судови социјалног осигурања* (у седишту сваке филијале Земаљског завода) и *Врховни суд социјалног осигурања* (у седишту Средишњег завода). Ови судови били су искључиво надлежни за решавање спорова „по захтевима осигураника и њихових правно овлашћених сродника против носилаца социјалног осигурања" (члан 2). Судови социјалног осигурања судили су у споровима из социјалног осигурања у првом степену, а Врховни суд социјалног осигурања у спровима у другом степену. Надлежности ових судова биле су регулисане: *Законом о уређењу судова социјалног осигурања и Врховног суда социјалног осигурања*[7] и Уредбом о судском поступку код судова социјалног осигурања и Врховног суда социјалног осигурања.[8]

Закон о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника

Закон о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника[9] Народна

скупштина ФНРЈ донела је 26. јула 1946. године, а исти се примењивао од 1. јануара 1947. године.

Овај закон има велики значај за развој социјалног осигурања, јер су њиме регулисане све гране социјалног осигурања, обухваћене све категорије запослених лица и знатно проширен обим права.

Обавезно осигурана била су сва лица „у најамном радном односу, упослена на подручју Федеративне Народне Републике Југославије, у државним надлештвима, у државним, задружним и приватним предузећима, установама, организацијама и газдинствима, или у служби приватних лица".

Радници, намештеници и службеници по овом закону имали су *право на државно социјално осигурање,* за случај *болести*, *трудноће* и *порођаја*, *несреће на послу*, *изнемоглости*, *старости* и *смрти*.

Социјално осигурање спроводила је држава преко *Државног завода за социјално осигурање* и његових органа организованих на територијалној и професионалној основи, по начелу да се социјално осигурање што више приближи самим осигураницима. Ради остварења овог начела, предложено је да се служба социјалног осигурања, где год је то могуће, организује при самим предузећима. Државни завод за социјално осигурање, као државна установа општедржавног значаја, био је под непосредним руководством и надзором Министарства рада ФНРЈ.

Социјално осигурање финансирано је путем доприноса које су плаћали послодавци и осигураници, а чију висину је прописивала Влада ФНРЈ уредбом на предлог Министарства финансија и Министарства рада. Приходи и расходи државног социјалног осигурања утврђивани су годишњим буџетом, који је улазио у састав општедржавног буџета. Држава је, на тај начин, јамчила осигураницима сва давања из социјалног осигурања.

Спорове између осигураника и Државног завода за социјално осигурање решавали су судови социјалног осигурања, организовани при окружним судовима.

Државни завод за социјално осигурање преузео је од 1. јануара 1947. године целокупну имовину и целокупно пословање Средишњег завода за социјално осигурање и његових органа без посебне ликвидације.

Закон о социјалном осигурању радника и службеника и њихових породица

Доношењем *Основног закона о управљању привредним предузећима и вишим привредним удружењима од стране радних колектива* 1950. године, отпочео је процес значајних друштвених и политичких промена у систему управљања, како у области привреде, тако и унутар државног уређења. Овим законом установљено је право самоуправљања произвођача над средствима за производњу, која уместо државне постају *друштвена својина*. Средствима за производњу привредних организација не управљају више државни органи, већ *раднички савети* и управни одбори као органи управљања у тим организацијама.

Процес формирања државног социјалног осигурања, започет доношењем Закона о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника 1946. године, доведен је до краја *Законом о социјалном осигурању радника и службеника и њихових породица,*[10] донетим 21. јануара 1950. године.

Држава социјалним осигурањем обезбеђује радницима и службеницима и њиховим породицама одређена права за случај болести, губитка способности за рад, старости, смрти и друга права утврђена овим законом.

Послове социјалног осигурања вршили су, у оквиру својих надлежности, Комитет за социјално старање Владе ФНРЈ, министарства за социјално старање народних република, повереништва за социјално старање Главног извршног одбора Народне скупштине Аутономне Покрајине Во-

јводине и Извршног одбора Обласног народног одбора Аутономне Косовско-метохијске области, повереништва за социјално старање обласних, среских, градских и рејонских народних одбора.

Држава је обезбеђивала *финансијска средства за социјално осигурање*. Плате радника и службеника нису се могле оптеретити доприносом за социјално осигурање.

Доношењем овог закона *престали су са радом судови социјалног осигурања*, а у надлежности редовних судова били су спорови из социјалног осигурања.

Уредба о оснивању завода за социјално осигурање и о привременом управљању средствима социјалног осигурања

Државно социјално осигурање, установљено Законом о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника, донетим 1946. године, и Законом о социјалном осигурању радника и службеника и њихових породица, донетим 1950. године, трајало је до јуна 1952. године.

Влада ФНРЈ донела је 2. јуна 1952. године *Уредбу о оснивању завода за социјално осигурање и о привременом управљању средствима социјалног осигурања*.[11] Овом уредбом оснивају се заводи за социјално осигурање, којима управљају осигураници преко својих представника. Заводи за социјално осигурање оснивају се у срезовима и градовима, као и у седиштима народних република, аутономне покрајине и аутономне области. Према Уредби, заводи су самосталне установе које за спровођење службе социјалног осигурања имају сопствена средства (фонд социјалног осигурања).

Заводима за социјално осигурање управљају скупштине завода изабране од осигураника. Скупштина завода из својих редова бира извршни и надзорни одбор. Редовним пословима завода непосредно руководи директор, који је наредбодавац за извршење предрачуна завода, њега поставља скупштина завода којој он одговара за свој рад.

Прелазак социјалног осигурања из надлежности државе на заводе за социјално осигурање омогућен је и двема уредбама донетим 1953. године (Уредба о финансирању социјалног осигурања) и 1955. године (Уредба о организацији социјалног осигурања).

Доношењем Уредбе о оснивању завода за социјално осигурање и о привременом управљању средствима социјалног осигурања, започиње период самоуправљања у социјалном осигурању, који се може поделити на два периода, и то: а) на период рационалног самоуправљања, који траје до доношења уставних амандмана 1968. и 1971. године и б) на период који траје од доношења тих амандмана до 1990. године, а који се одликује формалним самоуправљањем, неефикасношћу, нерационалношћу и одступањем од принципа социјалног осигурања.

Организовање социјалног осигурања по гранама

Значајне измене у организацији социјалног осигурања настају од 1954. године. Доношењем *Закона о здравственом осигурању радника и службеника* 1954. године[12], *Закона о пензијском осигурању* 1957. године[13] и *Закона о инвалидском осигурању* 1958. године[14], социјално осигурање организује се *по гранама*.

Финансијска средства за здравствено осигурање обезбеђивана су у *фондовима здравственог осигурања*, којима су управљали *заводи за социјално осигурање*. Фондови здравственог осигурања образовани су из *доприноса* који су плаћале привредне и друге организације, установе и послодавци за сва код њих запослена лица, као и други обвезници доприноса по посебним прописима.

Доношењем *Уредбе о фондовима за узајамно помагање* 1956. године[15], у систем здравственог осигурања уводи се

добровољно осигурање, независно од обавезног осигурања.

Закон о установљењу здравственог осигурања пољопривредних произвођача

Здравствено осигурање постаје потпуније доношењем *Закона о установљењу здравственог осигурања пољопривредних произвођача* 1959. године.[16]

Здравствено осигурање пољопривредних произвођача могло је бити *основно* и *проширено*. Основним здравственим осигурањем обезбеђивао се законом одређени обим здравствене заштите, а проширеним – здравствена заштита у ширем обиму, као коришћење под повољнијим условима оне здравствене заштите која се обезбеђивала основним здравственим осигурањем.

Основним здравственим осигурањем обезбеђивало се:

- лечење у свим здравственим установама у случају обољења од колере, куге, жуте грознице, великих богиња, пегавца и других болести утврђених законом;
- лечење у одговарајућим здравственим установама у случају обољења од душевних болести, када је оболело лице опасно по живот других лица;
- вакцинисање, кад је оно обавезно по посебним прописима;
- дезинфекција, дезинсекција и дератизација у стану, кад су медицински индицирани због појаве заразне болести.

За спровођење здравственог осигурања пољопривредних произвођача образовани су *фондови здравственог осигурања пољопривредних произвођача* у оквиру *среских завода за социјално осигурање*.

Закон о здравственом осигурању из 1962. године

Савезна народна скупштина на седницама Савезног већа и Већа произвођача, одржаним 23. маја 1962. године, усвојила је *Закон о здравственом осигурању*. Закон је објављен у „Службеном листу ФНРЈ“ од 30. маја 1962. године[17], а ступио је на снагу осмог дана по објављивању.

Допуне овог закона вршене су у децембру исте године („Службени лист ФНРЈ“, број 53/62).

Доношењем Закона о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању априла 1965. године[18], назив закона мења се и гласи *Основни закон о здравственом осигурању*. Измене и допуне овог закона вршене су наредне 1966. (два пута) и 1967. године.[19]

Средства за обезбеђење права из здравственог осигурања остваривана су доприносима од којих су образовани *фондови* здравственог осигурања код *комуналних завода* за социјално осигурање, сагласно одредбама Закона о организацији и финансирању социјалног осигурања.

При коришћењу одређених видова здравствене заштите, осигурана лица учествовала су сношењем дела трошкова здравствене заштите.

Закон о организацији и финансирању социјалног осигурања из 1962. године

Закон о организацији и финансирању социјалног осигурања Савезна народна скупштина донела је 23. маја 1962. године. Закон је објављен у „Службеном листу СФРЈ” од 30. маја исте године, а ступио је на снагу осмог дана по објављивању.[20] Након измена и допуна извршених у марту 1965. године („Службени лист ФНРЈ“, број 13/65), поред осталог, промењен је и назив овог закона, тако да је он гласио *Основни закон о организацији и финансирању социјалног осигурања.* Пречишћени текст Основног закона о организацији и финансирању социјалног осигурања објављен је у мају 1965. године („Службени лист СФРЈ“, број 24/65). Наредних година, више пута закон је мењан и допуњиван („Службени лист СФРЈ“, бр. 57/65, 29/66, 52/66, 12/67, 54/67 и 15/71).

Социјално осигурање, у складу са Основним законом о организацији и финансирању социјалног осигурања, организовало се и спроводило по начелу *самоуправљања осигураника*.

Самоуправљање социјалним осигурањем остваривали су осигураници у оквиру *заједница социјалног осигурања*, као самоуправних организација осигураника у општинама, републикама и федерацији.

Осигураници у општинама чинили су *комуналне заједнице* социјалног осигурања, комуналне заједнице на територији републике чиниле су *републичку заједницу* социјалног осигурања, а републичке заједнице на територији федерације чиниле су *Југословенску заједницу* социјалног осигурања.

Заједнице социјалног осигурања, које су имале својство *правног лица*, образовале су *скупштине социјалног осигурања* као органе самоуправљања социјалним осигурањем.

Скупштина заједнице, поред осталог, одлучивала је о обезбеђивању средстава за *фондове заједнице* који су образовани за поједину заједницу и о организовању службе спровођења социјалног осигурања на подручју које је заједница обухватала.

Скупштина заједнице бирала је из редова својих чланова *извршни одбор* који се, поред осталог, старао о извршавању одлука и закључака скупштине заједнице.

Ради спровођења социјалног осигурања, заједнице социјалног осигурања образовале су *заводе за социјално осигурање*, који су имали статус *установе*.

Комунални заводи оснивани су за подручје једне или више комуналних заједница социјалног осигурања радника; *Републички завод* био је установљен за територију републике, а *Савезни завод* – за територију федерације.

Заводи су се старали о рационалном и економичном трошењу средстава фондова заједница и о рентабилном улагању ових средстава; били су одговорни за наменско коришћење фондова заједница, а у циљу обезбеђивања правилног остваривања права осигураних лица.

Заводом су управљали чланови *радне заједнице,* непосредно и преко *органа управљања* које су они бирали. Органи управљања у заводима били су *савет завода*, *управни одбор* и *директор*.

Средства за здравствено осигурање обезбеђивана су *доприносима* и другим приходима утврђеним законом.

Доприноси за здравствено осигурање били су *основни* и *додатни*.

Основни допринос за здравствено осигурање одређивао се на основу одређеног просечног ризика и просечних трошкова у спровођењу здравственог осигурања.

Додатни допринос за здравствено осигурање служио је за покривање трошкова који су у организацијама појединих група премашивали одређени просек трошкова тог осигурања на подручју комуналне заједнице.

Стопе доприноса за здравствено осигурање *одређивала је скупштина комуналне заједнице* у сагласности са општинском скупштином. Одлуке о стопама доприноса морале су бити донете и сагласности на њих дате пре почетка календарске године у којој је почињала примена стопа одређених односним одлукама. Ако до тог рока одлуке нису донете, односно сагласности нису дате, примењиване су у новој години стопе које су важиле у претходном периоду.

Републичка скупштина, ако је то захтевао општи интерес радних људи у области друштвено-економских односа у републици и остваривање циљева предвиђених друштвеним планом, прописивала је највишу границу до које су скупштине комуналних заједница могле одредити стопу основног доприноса за здравствено осигурање. Тим прописом одређивао се и начин покривања дела обавеза који би остао непокривен због прописивања највише границе за стопу доприноса.

Из доприноса остварених за здравствено осигурање образован је код комуналног завода *фонд здравственог осигурања* за сваку комуналну заједницу.

У фонд здравственог осигурања уносе се:

- основни допринос,
- додатни допринос,
- накнаде из здравственог реосигурања,
- приходи из дела доприноса за инвалидско осигурање који припада фонду,
- средства остварена од вишка прихода над расходима из протекле године према одлуци скупштине,
- уложена средства која се враћају фонду и камате на уложена средства фонда и резерве,
- приход по основу накнаде штете и други приходи фонда здравственог осигурања.

Из фонда здравственог осигурања подмиривани су расходи за: остваривање права осигураних лица из здравственог осигурања и унапређивање здравствене заштите; спровођење професионалне рехабилитације и запошљавање инвалида рада; премије здравственог осигурања и за накнаде заводима за вршење послова спровођења здравственог осигурања.

Устав из 1963. године

До даљих промена у развоју здравственог осигурања долази након доношења Устава из 1963. године.

Доношењем овог устава законодавна функција федерације децентрализована је, те значајна овлашћења за уређивање појединих грана социјалног осигурања добијају републике и покрајине.

Материја социјалног осигурања, према Амандману XVI од 26. децембра 1968. године, који је постао саставни део Устава СФРЈ, уређује се општим законодавством.

Након доношења Устава СФР Југославије из 1963. године, социјално осигурање постаје институција узајамног осигурања свих радних људи. У току 1964. и 1965. године донети су Основни закон о пензијском осигурању и Измене и допуне Закона о здравственом осигурању и Закона о инвалидском осигурању. После усвајања уставних амандмана из 1968. и 1971. године, материја социјалног осигурања уређује се општим законодавством и први пут се у унутрашњем правном уређењу ове области употребљава термин „социјална сигурност“, који има шире значење од појма „социјално осигурање“. Више није постојала јединствена организација, јединствени носилац социјалног осигурања, нити јединствено одређивање права и обавеза.

Када је реч о здравственом осигурању, оно се спроводило у оквиру заједница које осигураници сами оснивају и њима управљају, посредством органа које сами бирају. Биле су основане заједнице здравственог осигурања радника, заједнице здравственог осигурања земљорадника и заједнице здравственог осигурања лица која обављају самосталне професионалне делатности.

Општи закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва

Општи закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва усвојила је Савезна скупштина на седници Савезног већа од 24. априла 1969. године и на седници Социјално-здравственог већа од 25. априла 1969. године, и исти је објављен 8. маја 1969. године.[21]

Општи закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва је *последњи закон из области здравствене заштите и здравственог осигурања који је донет на савезном нивоу*.

Закон је почео да се спроводи 1971. године, када су републике и покрајине, у складу са овим законом, донеле и почеле да примењују своје законе о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите. Област здравствене за-

штите и здравственог осигурања од тада преноси се у законску надлежност република и покрајина.

Средства за остваривање здравствене заштите и других права из здравственог осигурања обезбеђивана су *доприносом* осигураника и законом утврђених других обвезника плаћања доприноса, учешћем друштвено-политичких заједница и другим приходима.

Средства за здравствено осигурање радника обезбеђивали су:

- осигураници: доприносом из бруто личних доходака;
- организације: доприносом из свог дохотка, и приватни послодавци из својих средстава за осигурање радника за случај несреће на послу и обољења од професионалних болести, као и за здравствено осигурање ученика у привреди, односно ученика школа за квалификоване раднике за које се поред школске изводи и практична настава у радној организацији, школи или код приватног послодавца;
- заједнице за послове запошљавања доприносом из средстава обезбеђених за права лица привремено ван радног односа;
- републичке заједнице социјалног осигурања доприносом из средстава обезбеђених за права уживаоца пензија и уживаоци пензија или инвалиднина од иностраних носилаца осигурања: из својих средстава;
- радници запослени у иностранству доприносом из својих средстава за чланове својих породица који бораве у Југославији, а којима није обезбеђена здравствена заштита од иностраног носиоца осигурања.

Доприносе за здравствено осигурање самостално су утврђивале заједнице здравственог осигурања.

Доприноси за здравствено осигурање утврђивани су по јединственим пропорционалним стопама на личне дохотке за све осигуране ризике у заједници.

Заједнице здравственог осигурања земљорадника могле су одредити део доприноса и по члану домаћинства осигураника, а заједнице здравственог осигурања лица која врше самосталне професионалне делатности – по члану породице осигураника.

Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва

Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва Скупштина Социјалистичке Републике Србије донела је 10. јула 1970. године, исти је објављен 18. јула 1970. године.[22] Закон је ступио на снагу наредног дана од дана објављивања у „Службеном гласику Социјалистичке Републике Србије“, а примењивао се од 1. јануара 1971. године.

Доношење Закона о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва представља велику прекретницу у области здравственог осигурања у Републици Србији.

Овим законом утврђен је обим здравствене заштите једнак за све грађане (обавезни видови здравствене заштите), чије остваривање гарантује држава под једнаким условима. У буџету Републике утврђивана су наменска средства за дотације заједницама осигурања које нису биле у могућности да на нивоу просечних доприноса покрију права из обавезних видова здравствене заштите, као и средства за подстицај развоја здравствене инфраструктуре у неразвијеним подручјима.

Радници, земљорадници и лица која су вршила самосталне професионалне делатности (осигураници) обавезно су осигуравали себе и чланове својих породица на здравствену заштиту и друга права из здравственог осигурања у оквиру *самоуправних заједница здравственог осигурања*.

У оквиру самоуправних заједница здравственог осигурања осигураници по начелима узајамности и солидарности обезбеђивали су здравствено осигурање и удруживали средства за остваривање права из овог осигурања.

Самоуправне заједнице здравственог осигурања образоване су као заједнице здравственог осигурања радника и заједнице здравственог осигурања земљорадника.

Лица која су вршила самосталне професионалне делатности осигуравала су се у оквиру заједнице здравственог осигурања радника под условима које је утврдила та заједница.

Заједнице здравственог осигурања радника вршиле су и послове обезбеђивања здравствене заштите за лица која нису била обухваћена обавезним здравственим осигурањем на основу споразума са општином на чијој је територији било њихово пребивалиште.

Самоуправне заједнице здравственог осигурања истих категорија осигураника удруживале су се у *заједницу здравственог осигурања и реосигурања*.

Заједнице здравственог осигурања и реосигурања образоване су за територију Републике ван територија аутономних покрајина (Републичка заједница здравственог осигурања и реосигурања), и за територију аутономне покрајине (покрајинска заједница здравственог осигурања и реосигурања).

Самоуправне заједнице здравственог осигурања и заједнице здравственог осигурања и реосигурања имале су својство *правног лица*.

Највиши орган управљања самоуправних заједница здравственог осигурања и заједницу здравственог осигурања и реосигурања била је *скупштина*.

Средства за остваривање здравствене заштите и других права из здравственог осигурања обезбеђивала су се *доприносом* осигураника и законом утврђених других обвезника плаћања доприноса, учешћем друштвено-политичких заједница и другим приходима.

Средства за здравствено осигурање радника обезбеђивали су:

- осигураници: доприносом из бруто личних доходака;
- организације: доприносом из свог дохотка; грађанско правна лица и приватни послодавци из својих средстава за осигурање радника за случај повреде на раду и обољења, од професионалних болести, као и за здравствено осигурање ученика школа за квалификоване раднике (за које се изводи практична настава у организацији, школи или код приватног послодавца), ученика средњих школа и студената виших и високих школа, факултета и уметничких академија за време трајања практичне наставе;
- Заједнице за послове запошљавања: доприносом из средстава обезбеђених за правна лица привремено ван радног односа;
- Републичка, односно покрајинска заједница социјалног осигурања: доприносом из средстава обезбеђених за права уживалаца пензија; и уживаоци пензија или инвалиднина од иностраних носилаца осигурања: из својих средстава;
- радници запослени у иностранству: доприносом из својих средстава за чланове својих породица који имају пребивалиште, односно боравиште на територији Републике;
- и из других прихода.

Основица за обрачунавање доприноса осигураника-радника у радном односу био је бруто лични доходак.

Средства за здравствено осигурање лица која су вршила самосталне професионалне делатности обезбеђивала су ова лица доприносом од основице коју је утврђивала заједница здравственог осигурања радника.

Средства за здравствено осигурање земљорадника обезбеђивали су:

- осигураници-земљорадници: доприносом из личног дохотка од пољопривредне делатности;
- сопственици пољопривредног земљишта који немају својство земљорадника: доприносом из личног дохотка од пољопривредне делатности, и то само за обавезне видове здравствене заштите;
- пољопривредне задруге и друге радне организације које повремено ангажују земљораднике за вршење појединих послова: посебним доприносом.

Средства за здравствено осигурање земљорадника обезбеђивана су и из других прихода утврђених законом и општим актом заједнице здравственог осигурања земљорадника.

Доприносе за здравствено осигурање и његову висину самостално су утврђивале самоуправне заједнице здравственог осигурања заједнице.

Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите, који је усвојен осам година пре одржавања Међународне конференције о примарној здравственој заштити (Међународна конференција о примарној здравственој заштити одржана је у Алма-Ати, од 6 до 12. септембра 1978. године), имао је у себи већ уграђене најбитније принципе на којима се заснивала Декларација о примарној здравственој заштити, која је усвојена на истој Конференцији.

Овај закон био је на снази до 1979. године. Међутим, у међувремену дошло је до значајних друштвених промена.

Уставним амандманима из 1971. године у самоуправни систем земље уводе се самоуправне интересне заједнице (СИЗ-ови). Уставним амандманом XXI дају се основна обележја СИЗ-ова као места где се обавља „слободна размена рада“ и одлучује на бази самоуправног споразумевања и друштвеног договарања.

Као посебан облик самоуправног организовања радника и других радних људи ради задовољавања личних и заједничких потреба и интереса у области друштвених делатности, СИЗ-ови су институционализовани доношењем Устава СФРЈ 1974. године и устава република и покрајина исте године.

Увођење „слободне размене рада“ унутар заједница здравственог осигурања подразумевало је постојање непосредних односа између корисника услуга (делегата осигураника) и даваоца услуга (здравствених установа) унутар скупштина заједница.

Закон о здравственој заштити из 1979. године

Уставне промене из 1974. године требало је да поставе широку основу за даљи развој и учвршћивање класне и демократске суштине друштвено-економског и политичког система како би се омогућило да радничка класа овлада у целини процесом друштвене репродукције, и да на тој основи самоуправљање обухвати све области друштвеног живота, од основне организације удруженог рада и месне заједнице до федерације. Устав из 1974. године проширује основе самоуправног организовања и одлучивања радних људи у свим облицима удруживања средстава и рада. Међутим, овај устав створио је и основе за будући распад савезне државе.

Скупштина Социјалистичке Републике Србије и Скупштина Републичке заједнице здравственог осигурања и реосигурања, на седницама одржаним 13. јула 1979. године, донеле су *Закон о здравственој заштити*. Закон је објављен у „Службеном гласнику СРС” од 21. јула 1979. године, а ступио је на снагу осмог дана од дана објављивања.[23] Доношењем овог закона материје из области здравствене заштите и здравственог осигурања обједињене су.

Овим законом уређиван је систем здравствене заштите, начела за организацију

здравствене службе и основна права радника, других радних људи и грађана у области здравствене заштите; утврђена обавеза оснивања самоуправних интересних заједница у области здравствене заштите, начела и општи услови за њихово организовање и рад и међусобне односе у њима, начела и општи услови за организовање и рад организација удруженог рада које врше здравствену делатност, и уређен начин остваривања посебног друштвеног интереса у тим организацијама.

У систему здравственог осигурања централно место имале су *самоуправне интересне заједнице здравствене заштите* и то:

а) за територију више општина, односно за територију града Београда (међуопштинске заједнице) и

б) за територију Републике (Републичка заједница).

Заједнице здравствене заштите имале су *скупштину*, у којој се обезбеђивало усклађивање самоуправно утврђених интереса и равноправно одлучивање радника и радних људи и радника у здравственим организацијама о њиховим међусобним правима, обавезама и одговорностима. Скупштину заједнице здравствене заштите сачињавали су: *веће корисника услуга* и *веће давалаца услуга*.

Скупштина заједнице здравствене заштите имала је секретара, који је извршавао одлуке скупштине и њених органа, заступао заједницу здравствене заштите, старао се о припреми аката за скупштину заједнице здравствене заштите и њене органе и обављао друге послове у складу са законом и самоуправним општим актима заједнице здравствене заштите.

Искључиво општинске заједнице имале су своје изворне приходе, убиране по основу доприноса и из других извора, док су регионална (чије оснивање није било обавезно по закону) и републичка заједница остваривале средства за своје функције на основу самоуправних споразума које су склапале општинске заједнице. Међутим, и поред обавезаности која је проистицала из закључених споразума, у пракси убирање средстава за функције регионалних и републичке заједнице није било ефикасно, што се сматра једном од највећих слабости у систему самоуправних интересних заједница (Д. Ђокић, Ђ. Јаковљевић, П. Мићовић, В. Грујић: Развој здравствене заштите у Србији. Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд, 1997, стр. 80).

Самоуправне интересне заједнице у правном систему земље постојале су до 1990. године. Круг осигураника и обим права на здравствену заштиту проширен је за време њиховог постојања. Међутим, интересно организовање у области здравства за последицу је имало неефикасност, слабљење функционалне повезаности здравства због све већег затварања заједница, смањење солидарности, све теже остваривање права на здравствену заштиту изван територије својих заједница, блокаду одлучивања због настојања да се о свему постигне консензус и друге слабости. Очекивања да ће радници из непосредне производње овладати целином дохотка путем слободне размене рада и интересног организовања нису се остварила.

Закон о здравственој заштити из 1990. године

Основе новог система социјалног осигурања дате су у Уставу Републике Србије из 1990. године, тако да су и прописи из области здравствене заштите и здравственог осигурања почели са њиме да се уклађују. Међутим, претходно је донет *Закон о здравственој заштити*.

Закон о здравственој заштити, који је слично Закону о здравственој заштити из 1979. године уређивао материју из области здравствене заштите и здравственог осигурања, донет је 25. јануара 1990. године.[24]

У Србији од 1. априла 1990. године више не постоје СИЗ-ови здравствене заштите, уместо њих формирани су *фондови.*

Фондови су образовани за шире подручје од општинског, са једноставном организацијом и мањом стручном службом, што је омогућило ефикасније одлучивање.

На територији Србије било је *18 општинских фондова* здравствене заштите и здравственог осигурања (сваки је покривао територију више општина) и *један градски фонд* здравствене заштите и здравственог осигурања (за територију града Београда).

У општинском, односно градском фонду, на основама узајамности и солидарности, обезбеђивало се:

- спровођење здравствене заштите и обављање здравствене делатности на подручју општинског, односно градског фонда;
- права из здравственог осигурања утврђена овим законом, осим права која се обезбеђују у Републичком фонду;
- средства и други услови за усклађен развој здравствених установа на подручју општинског фонда;
- средства и други услови за рад и развој завода за заштиту здравља који обавља делатност за подручје општинског фонда;
- средства и други услови за развој грана медицине и области здравствене заштите у здравственим установама од интереса за више општинских фондова, у складу са споразумом тих фондова.

У општинском фонду закључивали су се уговори о пружању здравствених услуга са здравственим и другим установама и организацијама које спроводе одређене програме здравствене заштите, у складу са критеријумима и мерилима утврђеним у Републичком фонду.

У циљу спровођења здравствене заштите и здравственог осигурања на основама шире узајамности и солидарности, основан је *Републички фонд здравствене заштите и здравственог осигурања*.

У Републичком фонду здравствене заштите и здравственог осигурања, поред осталог, обезбеђивало се:

- уједначавање остваривања обавезних видова здравствене заштите и за спровођење здравствене заштите на недовољно развијеном подручју;
- развој здравствених установа које врше послове од значаја за Републику, и здравствених установа на недовољно развијеном подручју утврђених програмом Републичког фонда;
- солидарно спречавање и отклањање последица проузрокованих већим елементарним несрећама, епидемијама заразних болести и другим масовним обољењима, групним несрећама на послу, обољењима већег социјално-медицинског значаја, као и услови за спречавање, сузбијање, одстрањивање и искорењивање одређених заразних болести, трансплантацију органа и ткива и примену дијализе;
- здравствена заштита осигураника упућених на лечење у иностранство;
- коришћење здравствене заштите у иностранству;
- учешће у изградњи водних и других хигијенских објеката на неразвијеном подручју у складу са епидемиолошким индикацијама;
- рад здравствених установа, хуманитарних организација, савеза и удружења на пословима здравствене заштите од интереса за Републику (стручно-методолошки рад, израда и спровођење стручних доктрина, рад референтних лабораторија, одређени послови заштите човекове околине, планирање информатике, статистике, послови заједничког медицинског снабдевања и др.).

Органи фондова били су: савет фонда и секретар фонда.

Две трећине чланова савета фонда бирала је скупштина друштвено-политичке заједнице која је оснивала фонд, из редова осигураника, а једну трећину чланова савета бирале су здравствене установе и њихова удружења и друге организације из области здравствене заштите.

Секретара фонда именовало је Извршно веће Скупштине СР Србије, односно Извршни савет Скупштине града Београда, на предлог савета фонда.

Стручне и административне послове за фондове, као и послове спровођења здравственог осигурања, обављала је служба у саставу републичког органа управе надлежног за послове здравства. У граду Београду ове послове обављао је градски орган управе надлежан за послове здравства.

Средства за здравствену заштиту и друга права из здравственог осигурања обезбеђивала су се доприносом за здравствено осигурање из личних доходака радника, односно из одговарајућих прихода других радних људи и грађана, и из дохотка предузећа и других организација и заједница које утврђују и распоређују доходак.

Средства за здравствену заштиту уживалаца права из пензијског и инвалидског осигурања обезбеђује одговарајућа заједница, односно фонд пензијског и инвалидског осигурања.

Из буџета друштвено-политичке заједнице, поред осталог, обезбеђивана су средства за:

- здравствену заштиту материјално необезбеђених лица;
- здравствену заштиту лица са непознатим пребивалиштем;
- здравствену заштиту лица на издржавању казне затвора;
- здравствену заштиту лица смештених у установе социјалне заштите;
- лекарске и друге прегледе и психолошка испитивања регрута ради утврђивања способности за војну службу;
- заштиту од јонизујућих зрачења;
- обавезне вакцинације;
- учешће у изградњи водних и других хигијенских објеката на неразвијеном подручју у складу са епидемиолошким индикацијама;
- спречавање, сузбијање и гашење епидемија заразних болести;
- здравствено васпитање;
- спровођење мера здравствене заштите које наређе органи друштвено-политичке заједнице;
- спровођење надзора над стручним радом;
- пружену хитну медицинску помоћ грађанину коме се право на здравствену заштиту не обезбеђује у фонду, као и средства за пружену хитну медицинску помоћ страном држављанину у складу са овим законом;
- преглед умрлих лица и стручно утврђивање времена и узрока смрти за лица умрла ван здравствене установе;
- рад завода за заштиту здравља у области хигијене и епидемиологије и социјалне медицине, за спровођење прописа из здравствене статистике, здравствене информатике и статистичких истраживања и за контролу ваздуха, воде, земљишта, хигијенске исправности намирница и комуналне буке;
- здравствену заштиту лица која обављају верске функције у оквиру верских заједница, као и монаха и монахиња који живе у манастирима, и то у висини једне половине доприноса за здравствено осигурање ових лица.
- и за друге намене утврђене законом.

Закон о здравственом осигурању из 1992. године

У условима потпуног распада СФРЈ, Србија и Црна Гора образовале су тзв. трећу Југославију. Трећа Југославија настала је проглашењем Устава Савезне Републике Југославије 27. априла 1992. године. Устав

СРЈ остављао је могућност и другим републикама чланицама да приступе Савезној Републици Југославији, али само у складу са тим уставом.

Од 1992. године, материја из области здравственог осигурања поново се регулише посебним законом.

Нови *Закон о здравственом осигурању* Народна скупштина Републике Србије донела је 2. априла 1992. године, објављен је 4. априла и ступио је на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије".[25]

За разлику од потпуне *децентрализације* која је постојала у области здравственог осигурања у периоду „слободне размене рада", овим законом уведена је *централизација*.

Здравствено осигурање на територији читаве Републике спроводило се посредством једне организације – Републичког завода за здравствено осигурање и 30 његових филијала (са испоставама), које нису имале својство правног лица ни органе. Изменама Закона о здравственом осигурању из децембра 1998. године („Службени гласник РС", број 46/98), *укинута је скупштина* Републичког завода за здравствено осигурање, тако да су његови органи били *управни одбор*, *надзорни одбор* и *директор*.

Приход Завода чинила су средства:

- доприноса за обавезно здравствено осигурање;
- доприноса за добровољно здравствено осигурање;
- од имовине којом располаже Завод;
- од личног учешћа осигураника у трошковима здравствене заштите;
- од домаћих и иностраних кредита и зајмова;
- и друга средства.

Односи између Завода и носилаца здравствене службе поводом пружања здравствене заштите осигураницима уређивали су се *уговором*, који се, по правилу, закључује на неодређено време. Завод је утврђивао услове, критеријуме и мерила под којима су се закључивали уговори о пружању здравствене заштите са носиоцима здравствене службе.

Уговором утврђивали су се нарочито: врсте, обим и квалитет здравствених услуга које се пружају осигураницима, цене које Завод плаћа за пружање здравствених услуга, односно за извршење програма здравствене заштите, начин обрачунавања и плаћања цена, начин решавања спорних питања и друга међусобна права и обавезе уговарача.

Закон о здравственом осигурању из 2005. године

Важећи *Закон о здравственој заштити,*[26] којим долази до децентрализације у систему здравствене заштите, и *Закон о здравственом осигурању*, који задржава централизацију здравственог осигурања, донети су 2005. године, са каснијим изменама и допунама.

Права из обавезног здравственог осигурања запослених и других грађана обухваћених обавезним здравственим осигурањем и организација, као и финансирање обавезног здравственог осигурања, добровољно здравствено осигурање и друга питања од значаја за систем здравственог осигурања у Републици Србији уређују се *Законом о здравственом осигурању*, који се примењује од 10. децембра 2005. године.[27]

У Републици Србији, у складу са овим законом, здравствено осигурање је:

1) *обавезно* здравствено осигурање (здравствено осигурање којим се запосленима и другим грађанима обухваћеним обавезним здравственим осигурањем, на начелима солидарности и узајамности, као и другим начелима утврђеним законом, обезбеђују право на здравствену заштиту и право на новчане накнаде) и

2) *добровољно* здравствено осигурање (осигурање од настанка ризика плаћања

учешћа у трошковима здравствене заштите, осигурање грађана који нису обавезно осигурани, односно који се нису укључили у обавезно здравствено осигурање, као и осигурање на већи обим и стандард и друге врсте права из здравственог осигурања).

Врсте добровољног здравственог осигурања су: 1) паралелно здравствено осигурање, 2) додатно здравствено осигурање и 3) приватно здравствено осигурање.

Обавезно здравствено осигурање обезбеђује се и спроводи у *Републичком фонду за здравствено осигурање*. Законом о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању из августа 2011. године („Службени гласник РС“, број 57/11), *Републички завод за здравствено осигурање* променио је назив у *Републички фонд за здравствено осигурање.*

Одређени послови обавезног здравственог осигурања спроводе се и у *филијалама* Републичког фонда и њиховим *испоставама* и у *Покрајинском фонду за здравствено осигурање*, који *немају својство правног лица*.

Добровољно здравствено осигурање могу да спроводе правна лица која обављају делатност осигурања у складу са законом, као и Републички фонд за здравствено осигурање.

Средства за остваривање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се уплатом доприноса за обавезно здравствено осигурање, као и из других извора, у складу са законом.

Приход Републичког фонда чине средства:

1) доприноса за обавезно здравствено осигурање;

2) премије за добровољно здравствено осигурање које организује и спроводи Републички фонд;

3) од имовине којом располаже Републички фонд;

4) домаћих и иностраних кредита и зајмова;

5) друга средства у складу са законом.

Средства Републичког фонда могу се користити само за намене одређене законом, и то:

1) за остваривање права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања;

2) за унапређивање система здравственог осигурања;

3) за остваривање права осигураних лица из добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи Републички фонд;

4) за подмирење трошкова спровођења здравственог осигурања;

5) за друге расходе, у складу са законом.

Односи између матичне филијале, односно Републичког фонда и давалаца здравствених услуга, поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту, уређују се *уговором*.

Уговором се могу утврдити следећи начини плаћања здравствених услуга:

1) плаћање по једном опредељеном осигураном лицу (у даљем тексту: капитација);

2) плаћање по случају, односно по епизоди болести или повреде;

3) плаћање по ценама појединачних здравствених услуга;

4) откупом плана рада давалаца здравствених услуга;

5) плаћање по дијагностички сродним групама болести и повреда;

6) други начин утврђен уговором.

Доношењем *Закона о изменама Закона о здравственом осигурању* („Службени гласник РС“, бр. 123/14), број чланова управног одбора Републичког фонда смањен је са 21 на 7 чланова (од којих се четири именују на предлог министра надлежног за послове здравља), а број чланова надзорног одбора смањен је са 7 на 5 чланова (од којих се три именују на предлог министра надлежног за послове здравља), чиме министарство

надлежно за послове здравља преузима функцију управљања Републичким фондом.

Конвенције о социјалном осигурању

Почев од 1950. године, од када је на снази Општа конвенција о социјалном осигурању са Француском, закључен је читав низ билатералних уговора у овој области (са Луксембургом и Белгијом 1954. године, Холандијом 1956. године, са Чехословачком, Италијом, Мађарском и Бугарском 1957. године, са Шведском, Пољском и Великом Британијом 1958. године, са Швајцарском 1962. године, са Аустријом 1965. године, са СР Немачком 1968. године, са Норвешком, Либијом и ДР Немачком 1974. године, са Панамом 1975. године, са Румунијом 1976. године, са Данском 1977. године, са Египтом 1987. године).

Са државама формираним на простору СФР Југославије су, такође, закључени споразуми о социјалном осигурању и то: са Хрватском 1997. године, са Македонијом 2000. године, са Босном и Херцеговином 2002. године, са Црном Гором 2006. године и са Словенијом 2009. године.

Конвенције које су најраније закључене имале су за циљ да обезбеде заштиту предратној економској емиграцији која је планирала повратак у домовину у старости. Са повећањем миграција радне снаге након Другог светског рата, закључивањем билатералних уговора пружа се знатно већи степен заштите миграната и равноправни третман држављана страна уговорница.

ЗАКЉУЧАК

У свету су присутни различити облици финансирања здравствене заштите, различити облици власништва над зградама и опремом у здравству, различит обухват становништва здравственим осигурањем, као и различит садржај и обим права из здравственог осигурања. Међутим, у зависности од *доминантног* извора финансирања, *преовлађујућег* власништва и величине обухвата становништва здравственом заштитом, систем здравствене заштите сваке државе може се, као што смо претходно већ навели, сврстати у један од три основна модела – система.[29]

Да подсетимо, у земљама са *системом националне здравствене службе* (Велика Британија, Ирска, скандинавске земље, Грчка, Италија, Португалија, Шпанија и друге земље), доминантни извор финансирања здравства су *порези*, у земљама са *системом обавезног социјалног осигурања* (Немачка, Француска, Аустрија, Белгија, Швајцарска и друге земље) то су *доприноси*, док у земљама са *системом приватног осигурања* (САД), доминантно је *лично плаћање*.

Као што се у земљама са системом националне здравствене службе, део средстава за здравствену заштиту обезбеђује од доприноса, тако се и у земљама са системом социјалног осигурања део средстава обезбеђује из буџета (здравствена заштита неосигураних лица, капиталне инвестиције у здравству и др.).

Који је модел система здравствене заштите најбољи? Одговор на тако постављено питање није једноставан, пошто је избор модела система здравствене заштите условљен историјским, економским, социјалним, културним и другим чиниоцима. Променама ових околности, национални системи здравствене заштите прелазе из једног модела у други. Тако, на пример, бивше социјалистичке земље Централне и Источне Европе имале су системе здравствене заштите који су у многим аспектима били слични моделу националне здравствене службе („Семашков централизовани модел“). Распадом социјализма и започињањем процеса транзиције, ове земље углавном уводе систем обавезног социјалног, односно здравственог осигурања.[30]

Устав Србије је прихватио концепт обавезног социјалног, односно здравственог осигурања. Да би се евентуално прешло на модел националне здравствене службе,

односно на финансирање здравствене заштите и осталих права из буџета, неопходне су измене уставних одредби које се односе на питања социјалног осигурања.

Мишљења смо да треба задржати концепт обавезног здравственог осигурања из већег броја разлога:

1) постојање дуге традиције у организацији здравственог осигурања на просторима Србије;

2) прихватање овог концепта од стране бивших социјалистичких земаља Централне и Источне Европе;

3) постојање концепта обавезног здравственог осигурања у већини европских земаља, које су нам биле и узор у стварању нашег здравственог осигурања (Немачка и Аустрија);

4) заснованост конвенција о социјалном осигурању које је Србија закључила са већим бројем земаља на концепту обавезног социјалног, односно здравственог осигурања;

5) боља могућност управљања финансијским средствима и контроле здравствене потрошње;

6) већа заинтересованост осигураних лица за рационално коришћење средстава здравственог осигурања;

7) јачање одговорности и иницијативе осигураних лица за функционисање система здравственог осигурања;

8) ослобађање државе од послова који нису чисто државног карактера, али уз задржавање значајних функција у овој области;

9) јачање поверења грађана у државу која им је дала могућност да учествују у обављању важних друштвених послова, као што су послови у вези са здравственим осигурањем.

Међутим, било за који модел система здравствене заштите да се определи Србија, важно је да се испоштују принципи на којима се ти модели заснивају. Уколико се определи да даље развија модел обавезног здравственог осигурања, нужно је да се отклони, у доброј мери, постојање *дуализма* између државе и органа здравственог осигурања у спровођењу здравственог осигурања. Свака двојност представља велику сметњу у успешном функционисању здравственог осигурања.

Чињеница да је у правно уређеном систему здравственог осигурања функције тог осигурања у доброј мери преузела држава, те укидање скупштине осигураника, маргинализација улоге органа здравственог осигурања, онемогућавање самоуправе осигураника и остале чињенице које карактеришу функционисање здравственог осигурања од почетка последње деценије двадесетог века – захтевају одређена решења која ће ићи или у правцу успостављања система националне здравствене службе или у правцу афирмисања система обавезног социјалног осигурања.

Уколико се, након детаљно извршених анализа, дође до закључка да у постојећим друштвено-економским околностима више одговара успостављање система националне здравствене службе, који претпоставља буџет као основни извор финансирања, потребно је прво нормативно (изменом устава и закона), а након тога и практично увести тај систем.

Уколико постоји опредељење да се развија систем обавезног здравственог осигурања, за шта се и ми залажемо, онда органима здравственог осигурања с једне стране, и држави с друге стране, доношењем нових законских прописа из области здравствене заштите и здравственог осигурања, треба утврдити овлашћења каква тај систем захтева.

Рационално коришћење средстава здравственог осигурања, могућност остваривања права осигураних лица и успешно спровођење здравственог осигурања – у великој мери су условљени његовом организацијом.

Важећи Закон о здравственом осигурању, донет 2005. године, као и претходни из 1992. године, предвидео је да здравствено

осигурање спроводи један завод, односно фонд са близу 30 филијала које немају својство правног лица. То је први пут у дугој историји развоја здравственог осигурања у Србији да један фонд спроводи осигурање на целој њеној територији. У условима кад постоји један фонд на око седам милиона осигураних лица, не може се постићи рационално пословање, што потврђују како светска, тако и наша искуства. У фонду са преко 7 милиона осигураних лица не може се остварити самоуправа осигураника, а поготово у условима непостојања скупштине као органа Фонда и преузимања функције управљања Фондом од стране надлежног министарства. Непостојање самоуправе осигураника негативно се одражава на рационално коришћење средстава осигурања, на контролу њиховог трошења и на целокупно спровођење осигурања.

ЛИТЕРАТУРА

1. Косановић Р: Социјално право. Радничка штампа, Friedrich Ebert Stiftung, Београд, 2011; стр. 26−30 и 81−93.
2. Косановић Р: Речник термина из области здравствене заштите и здравственог осигурања. Комора здравствених установа Србије и И. П. Обележја, Београд, 2007; стр. 333−347.
3. Влада Републике Србије: 2. Национални извештај о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији, за период 2011−2014. године. Београд, 2014, стр. 258.
4. Устав Републике Србије, „Службени гласник РС”, број 98 /06.
5. Закон о осигурању радника, „Службене новине”, број 117/22.
6. Закон о спровођењу социјалног осигурања на подручју Демократске Федеративне Југославије, „Службени лист ДФЈ“, број 29/45.
7. Закон о уређењу судова социјалног осигурања и Врховног суда социјалног осигурања, „Службени лист ДФЈ“, број 85/45.
8. Уредба о судском поступку код судова социјалног осигурања и Врховног суда социјалног осигурања, „Службени лист ДФЈ“, број 89/45.
9. Закон о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника, „Службени лист ФНРЈ“, број 65/46.
10. Закон о социјалном осигурању радника и службеника и њихових породица, „Службени лист ФНРЈ“, бр. 10/50, 13/50, 4/51, 11/51 и 46/51.
11. Уредба о оснивању завода за социјално осигурање и о привременом управљању средствима социјалног осигурања, „Службени лист ФНРЈ“, број 30/52.
12. Закон о здравственом осигурању радника и службеника, „Службени лист ФНРЈ“, број 51/54.
13. Закон о пензијском осигурању, „Службени лист ФНРЈ“, број 51/57.
14. Закон о инвалидском осигурању, „Службени лист ФНРЈ“, број 49/58.
15. Уредба о фондовима за узајамно помагање, „Службени лист ФНРЈ“, број 51/56.
16. Закон о установљењу здравственог осигурања пољопривредних произвођача, „Службени лист ФНРЈ”, број 27/59.
17. Закон о здравственом осигурању, „Службени лист ФНРЈ”, бр. 22/62 и 53/62.
18. Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању, „Службени лист СФРЈ”, број 15/65.

19. Основни закон о здравственом осигурању, „Службени лист СФРЈ”, бр. 29/66, 52/66 и 23/67).

20. Закон о организацији и финансирању социјалног осигурања, „Службени лист ФНРЈ“, број 22/62.

21. Општи закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва, „Службени лист СФРЈ”, број 20/69.

22. Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва, „Службени гласник СРС”, број 27/70.

23. Закон о здравственој заштити, „Службени гласник СРС“, бр. 30/79, 59/82, 18/83, 22/84, 50/84, 51/85, 49/86, 22/87, 35/87 − исправка, 42/87 − пречишћен текст, 46/87 − исправка, 8/88 и 20/89).

24. Закон о здравственој заштити, „Службени гласник СРС“, број 4/90).

25. Закон о здравственом осигурању, „Службени гласник РС“, бр. 18/92, 26/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96, 46/98, 54/99, 29/2001 и 18/2002).

26. Закон о здравственој заштити, „Службени гласник РС“, бр. 107/05, 72/09 – др. закон, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 –др. закон и 93/14).

27. Закон о здравственом осигурању. „Службени гласник РС“, бр. 107/05, 109/09-исправка, 57/11, 110/12 − УС, 119/12, 99/14 и 123/14.

28. Закон о изменама Закона о здравственом осигурању, „Службени гласник РС“, бр. 123/14.

29. Organization for Economic Cooperation and Development. Working Party on Social Policy – Nineth Meeting. The Reform of Health Care System in Seven OECD Countries, Paris: OECD, November 1990.

30. European Helath Care Reforms, Analysis of Current Strategies, Summary, WHO, Reginal Office for Europe, Copenhagen, 1996., str. 19.

Контакт: Рајко Косановић, e-mail: drrajko.kosanovic@gmail.com

У часопису „Здравствена заштита“ објављују се оригинални научни радови, претходна саопштења, прегледи и стручни радови, из социјалне медицине, јавног здравља, здравственог осигурања, економике и менаџмента у здравству. Уз рад треба доставити изјаву свих аутора да рад није објављиван. Сви приспели радови упућују се на рецензију. Радови се не хоноришу. Рад слати на имејл: kzus@open.telekom.rs.

Општа правила

Рукопис доставити ћирилицом, у фонту Times New Roman, величине 12. Литературни подаци означавају се арапским бројевима у заградама, редоследом којим се појављују у тексту. На посебној страници рада навести пуна имена и презимена аутора, године рођења, њихове стручне титуле и називе установа и места у којима раде. Имена аутора повезати са називима установа индексираним арапским бројевима. Такође откуцати име и презиме аутора за контакт, његову адресу, број телефона и интернет адресу. Текст писати кратко и јасно на српском језику. Скраћенице користити изузетно и то само за веома дугачке називе хемијских супстанција, али и за називе који су познати као скраћенице (нпр. сида, РИА итд).

Обим рукописа

Обим 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, за извештај и приказ књиге две стране.

Кратак садржај

Уз оригинални научни рад, саопштење, прегледни и стручни рад дати и кратак садржај до 200 речи на српском и енглеском језику (Сажетак и Summary). 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.

Табеле

Табеле, графиконе, слике, цртеже, фотографије и друго дати у тексту и означити их арапским бројевима по редоследу навођења у тексту. Наслови се куцају изнад и они треба да прикажу садржај табеле и другог. Коришћење скраћеница у насловима обавезно објаснити у легенди табеле и другог.

Списак литературе

Списак литературе дати 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“.

CIP-Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

613/614

ЗДРАВСТВЕНА заштита: часопис за социјалну медицину, јавно здравље, здравствено осигурање, економику И менаџмент у здравству / главни И одговорни уредник Христо Анђелски. - Год. 1. бр. 1 (1972) - . - Београд : Комора здравствених усанова Србије. 1972 (Београд : Stilprint SS). - 26 cm

Месечно.
ISSN 0350-3208 = Здравствена заштита
COBISS.SR-ID 3033858

Bogatija ponuda i novi programi u Merkuru

Svi medicinski paketi SB „Merkur“ u 2015.toj imaće uključenu kompletnu balneologiju (kade, klizme, ispijanje, inhalacije) i subspecijalističke usluge prema izabranom paketu. Uz svakodnevno korišćenje Akva centra „Voterfol” i Fitnes centra „Merkur-Džim” uz medicinu gosti dobijaju i vreme za opuštanje i uživanje u blagodetima mineralne vode.

Misleći na zadovoljstvo i bolje zdravstveno stanje gostiju, koji iz godine u godinu, sve više ukazuju poverenje, Merkur je proširio usluge paketa, koji su sada bogatiji i sadržajniji, a sve u cilju boljeg zdravstvenog stanja i odmora naših korisnika. Bez obzira da li su u pitanju dijabetes, oboljenja koštano zglobnog sistema, gastro entero hepatološka, ili ginekološka oboljenja, brza provera zdravstvenog stanja, ili jednostavno odmor i relaksacija, Merkur predstavlja pravo mesto za kompletnu zdravstvenu uslugu.

Od ove godine, ponuda medicinskih paketa je upotpunjena novim programom – Kardio lajf, koji je namenjen svima onima koji žele da provere srce i krvne sudove. Gostima je omogućeno da u najkraćem mogućem roku dobiju kompletan uvid u svoje zdravstveno stanje i adekvatnu terapiju.

Medicinski pansion se nudi u obliku sledećih medicinskih paketa:

* Opšti medicinski paket namenjen je pacijentima koji u Merkur dolaze radi prevencije, lečenja, rehabilitacije, ili unapređenja svog zdravstvenog stanja.

* Živeti sa dijabetesom je paket namenjen obolelima od šećerne bolesti.

* Gastro paket je namenjen obolelima od gastro-entero-hepatoloških oboljenja.

U ponudi su još i Pokret bez bola, Brza dijagnostika, Vikend dijagnostika, Lejdi lajf (Lady life), Linea lajf (Linea life), Hiperbarični paket i Kardio lajf (Cardio life).

Svi gosti posle zdravstvenih tretmana imaju priliku da se opuste i uživaju u **Wellness centru *„Fons Romanus“*** – bazenu sa termomineralnom vodom i podvodnim masažama koji pružaju potpunu harmoniju tela i duha. Za osvežavanje tela wellness sadržajima, u ponudi su sauna park, relaksacione ručne masaže eteričnim uljima, vulkanskim kamenjem, toplom čokoladom, medom, kao i pedikir, manikir i solarijum.

Gostima je na raspolaganju i uživanje u **Aqua centru *„Waterfall“***, čarobnom vodenom svetu sa brojnim bazenskim atrakcijama.

Fitnes centar *„Merkur Gym“* je mesto relaksacije i zadovoljstva gostiju sa najmodernijim fitnes spravama.

Lekovito svojstvo termomineralne vode i mineralnog blata pruža zadovoljstvo i uživanje upotpunjeno sa relaksirajućim efektima kupki, masaža i kozmetičkih tretmana u **Peloid centru *„Limus Romanus“*.**

merkur
VRNJAČKA BANJA

Specijalna bolnica “Merkur”, Bulevar srpskih ratnika 11, 36210 Vrnjačka banja, 036 618 860, 036 618 865
marketing@vrnjcispa.rs , www.vrnjcispa.rs