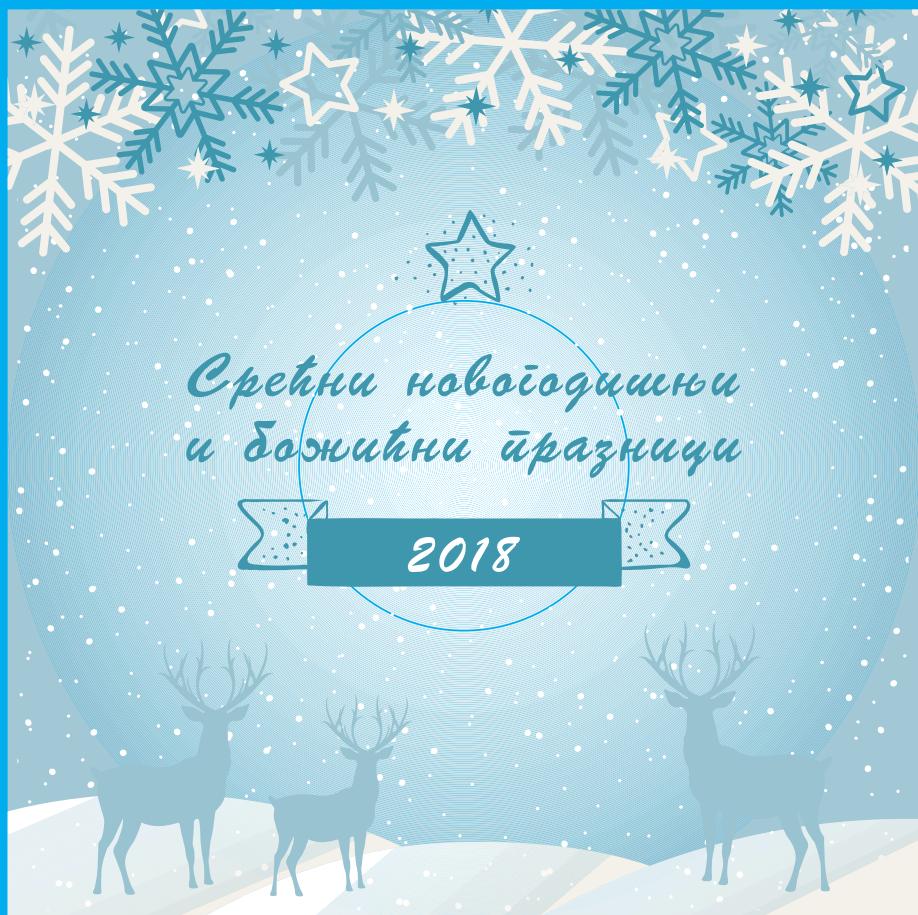


# ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

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

ГОДИНА XLVI • ДЕЦЕМБАР 2017. • БРОЈ 4



КОМОРА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ - БЕОГРАД

ГОДИНА XLVI

Број 4

ДЕЦЕМБАР 2017. 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: Снежана Рашић Ђорђевић

Уредништво и администрација: 11000 Београд, Хајдук Вељков венац 4-6.

Тел/факс: (+381 11) 3622 523, 3622 524; Жиро-рачун: 205-4707-32

Лектура/Коректура:  
Бојана Пасер

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-y (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**

1. Ивана Беговић Лазаревић, Лепосава Гаротић Илић, Биљана Беговић Вуксановић, Славица Марис, Невенка Павловић, Мила Узелац НЕЖЕЉЕНЕ РЕАКЦИЈЕ НАКОН ИМУНИЗАЦИЈЕ НА ПОДРУЧЈУ БЕОГРАДА У ПЕРИОДУ ОД 2012. ДО 2016. ГОДИНЕ . . . . .	1
2. Љиљана Кулић, Јовица Јовановић, Миливоје Гаљак, Јована Јовановић, Анђелка Лазаревић, Оливер Бојчески, Христо Анђелски ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ ЕЛЕКТРИЧАРА ЗАПОСЛЕНИХ НА РАДНИМ МЕСТИМА СА ПОВЕЋАНИМ РИЗИКОМ ПО ЗДРАВЉЕ . . . . .	8
3. Марко Дожић, Сузана Стојановић Рундић, Весна Плешинац Карапанџић, Срђан Милановић, Никола Милошевић САВРЕМЕНИ ТЕРАПИЈСКИ ПРИСТУП У ЛЕЧЕЊУ КАРЦИНОМА АНАЛНОГ КАНАЛА . . . . .	14
4. Дејан Живановић ПРОЦЕНА КВАЛИТЕТА ЖИВОТА У НЕЗИ БОЛЕСНИКА НА ХЕМОДИЈАЛИЗИ . . . . .	19
5. Стеван Литвињенко ЗДРАВСТВЕНИ, СОЦИЈАЛНИ И ДЕМОГРАФСКИ АСПЕКТИ НЕКИХ РИЗИЧНИХ ПОНАШАЊА МЛАДИХ . . . . .	27
6. Игор Лукић, Драгица Ранковић, Невена Ранковић ПРИСУСТВО ИНТЕРНЕТ ЗАВИСНОСТИ КОД УЧЕНИКА СРЕДЊИХ ШКОЛА . . . . .	33
7. Рајко Косановић, Христо Анђелски ПРОЦЕСИ ЦЕНТРАЛИЗАЦИЈЕ И ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЈЕ У СИСТЕМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ (1990–2017) . . . . .	41
<b>Упутство ауторима</b> . . . . .	61



## НЕЖЕЉЕНЕ РЕАКЦИЈЕ НАКОН ИМУНИЗАЦИЈЕ НА ПОДРУЧЈУ БЕОГРАДА У ПЕРИОДУ ОД 2012. ДО 2016. ГОДИНЕ

Ивана Беговић Лазаревић<sup>1</sup>, Лепосава Гаротић Илић<sup>2</sup>, Биљана Беговић Вуксановић<sup>3</sup>, Славица Марис<sup>4</sup>,  
Невенка Павловић<sup>5</sup>, Мила Узелац<sup>6</sup>

## VACCINE SIDE EFFECTS IN BELGRADE FOR THE PERIOD 2012. – 2016.

Ivana Begović Lazarević, Leposava Garotić Ilić, Biljana Begović Vuksanović, Slavica Maris,  
Nevenka Pavlović, Mila Uzelac

### Сажетак

У раду су приказане карактеристике нежељених реакција након имунизације на подручју Београда у периоду од 2012. до 2016. године. У обради података је примењен дескриптивни епидемиолошки метод. На основу пријава нежељених реакција након имунизације приспелих у Градски завод за јавно здравље (образац бр. 3 Правилника о имунизацији и начину заштите лековима) и података добијених од ординирајућег лекара који је пријавио нежељену рејакцију, на подручју Београда у периоду од 2012. до 2016. године регистрована је 241 нежељена рејакција. Највећи број нежељених рејакција је пријављен 2014. године (65), док је двоструко мањи број нежељених рејакција регистрован 2016. године (32). Сваке године током наведеног периода је већа заступљеност нежељених рејакција међу особама мушкиог пола, а најучесталија појава нежељених рејакција је код деце узраста од једне до четири године (109) и деце млађе од 12 месеци (70). Незнатно је већа учесталост појаве локалних (37,76%) у односу на нежељене рејакције општег типа (35,68%). Највећи број нежељених рејакција је регистрован након имунизације комбинованом петовалентном (28,63%) и MMR вакцином (21,58%). Спровођење надзора над нежељеним рејакцијама након имунизације има за циљ повећавање безбедности имунизације. Унапређење квалитета

### Summary

The paper presents characteristics of vaccine side effects after immunization, reported in the area of Belgrade in the period 2012. – 2016. Descriptive epidemiological study was applied. Data were collected from the application form Number 3. that is used for reporting vaccine side effects after immunization (according to the Regulation about Immunization and Ways of Protecting Drugs) and using the data received from the general practitioner who had reported vaccine side effect. During this period, 241 vaccine side effects were registered. The highest number of them was reported 2014. (65), but twofold decrease in reported vaccine side effects was 2016. (32). Every year vaccine side effects after immunization occurred more often among male. The majority of vaccine side effects were among children 1 – 4 years of age (109 vaccine side effects) and younger than 12 months of age (70 vaccine side effects). Vaccine side effects at the injection site were registered a little beat more often (37,76%) than the general reactions after immunization (35,68%). The greatest number of vaccine side effects was occurred after DTaPIPVHiB (28,63%) and MMR vaccine (21,58%). Vaccine side effects after immunization reporting system is conducted to improving vaccine safety. In order to improve vaccine side effects reporting system, it is necessary to forse engagement of all participants in the realisation Immunization Programme.

<sup>1</sup> Др Ивана Беговић Лазаревић, Градски завод за јавно здравље, Београд, Србија.

<sup>2</sup> Прим. др Лепосава Гаротић Илић, Градски завод за јавно здравље, Београд, Србија.

<sup>3</sup> Др Биљана Беговић Вуксановић, Градски завод за јавно здравље, Београд, Србија.

<sup>4</sup> Mr сп. мед. др Славица Марис, Градски завод за јавно здравље, Београд, Србија.

<sup>5</sup> Mr сп. мед. др Невенка Павловић, Градски завод за јавно здравље, Београд, Србија.

<sup>6</sup> Мила Узелац, Medical Science at Western University of Ontario

надзора над нежељеним реакцијама подразумева ажурније ангажовање свих учесника у реализацији програма имунизације.

**Кључне речи:** нежељена реакција, вакцина, имунизација.

---

## УВОД

**Н**ежељена реакција после имунизације је медицински инцидент који се догодио после извршене имунизације и може се повезати са применом имунобиолошког препарата. Лекар који утврди постојање нежељене реакције после имунизације сваки појединачни случај одмах пријављује (телефоном, факсом, електронским путем) епидемиолошкој служби здравствених установа које обављају послове јавног здравља основаним за територију више општина, односно града, и истовремено им доставља пријаву и на Образцу бр. 3 Правилника о имунизацији и начину заштите лековима (Сл. Гласник РС 11/2006, 25/2013, 63/2013, 99/2013, 118/2013, 65/2014 и 32/2015).<sup>(1)</sup>

Свака вакцина може изазвати нежељену реакцију. За већину вакцина оне су благе и пролазе спонтано унутар неколико дана. Безбедност вакцина је под сталним мониторингом, а као и било који лек, вакцине могу имати нежељену реакцију.<sup>(2)</sup>

Нежељене реакције на вакцине деле се у три групе: локалне, системске и алергијске. Локалне реакције су најчешће и најмање тешке, а алергијске су најтеже и најређе. Локалне реакције као што су бол, оток и црвенило јављају се на месту давања вакцине. До њих најчешће доводе мртве вакцине, посебно оне које садрже адјуванс, као што је ДТП/ДТАП. Јављају се у року од неколико сати од вакцинације и обично су благе и самоограничавајуће.

Системске нежељене реакције укључују опште и неспецифичне симптоме, као што су повишена телесна температура, болови

**Key words:** vaccine side effect, vaccine, immunization.

у мишићима, малаксалост, главобоља, губитак апетита и друго. Релативно су честе након примена ДТП вакцине. Могу се појавити и након примене живих вакцина у облику благе вакциналне болести.

Алергијске (анафилактичке) реакције су проузроковане самим вакциналним антигеном или неком другом компонентом вакцине и могу угрозити живот. Срећом, веома су ретке и најчешће се дешавају по стопи мањој од 1 на 1.000.000 доза.

У већини земаља уведен је надзор над нежељеним реакцијама након имунизације с циљем да се повећа безбедност имунизације. У нашој земљи обавезно се испитује свака тежа нежељена реакција, што значи: апсцес на месту апликације (инјекције), лимфаденитис после давања БЦГ вакцине, случај смрти, хоспитализације или по здравље опасне или неочекиване нежељене реакције за које се сматра да су у вези са имунизацијом.<sup>(3)</sup>

## ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да се анализирају карактеристике нежељених реакција након имунизације на подручју Београда за период од 2012. до 2016. године.

## МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

За анализу нежељених реакција коришћени су подаци наведени у пријавном Образцу бр. 3 Правилника о имунизацији и начину заштите лековима, подаци добијени у контакту са ординирајућим лекаром који је пријавио нежељену реакцију и подаци преузети из годишњег извештаја о раду

на спречавању, сузбијању и елиминацији заразних болести Градског завода за јавно здравље Београд. У обради података применјен је дескриптивни епидемиолошки метод. У студију су укључене нежељене реакције регистроване након свих апликованих вакцина у наведеном петогодишњем периоду, независно од узраста.

## РЕЗУЛТАТИ

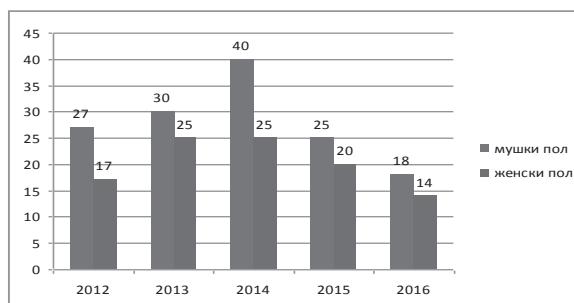
На основу пријава нежељених реакција након имунизације, приспелих у Градски завод за јавно здравље Београд, на подручју Београда у периоду од 2012. до 2016. године регистрована је укупно 241 нежељена реакција, што износи 0,02% од укупно 1.023.626 апликованих доза вакцина у наведеном петогодишњем периоду. Највећи број нежељених реакција пријављен је 2014. године (65), док је двоструко мање нежељених реакција регистровано током 2016. године (32), што је приказано на Графику 1.

**Графикон 1.** Нежељене реакције након имунизације у периоду од 2012. до 2016. године на подручју Београда.



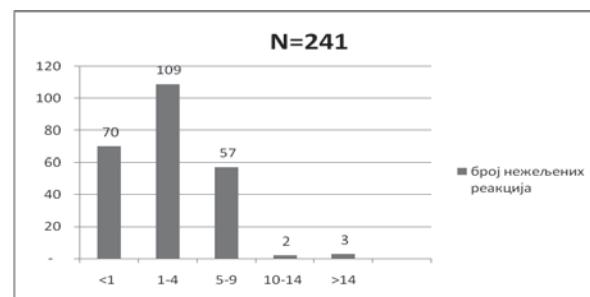
На Графику 2 приказана је дистрибуција по полу међу особама са нежељеним реакцијама након имунизације. Уочава се већа учсталост мушких пола сваке године, а нарочито 2014. године када су нежељене реакције биле учсталитеје код мушких пола за 60%.

**Графикон 2.** Дистрибуција нежељених реакција након имунизације по полу на подручју Београда у периоду од 2012. до 2016. године.



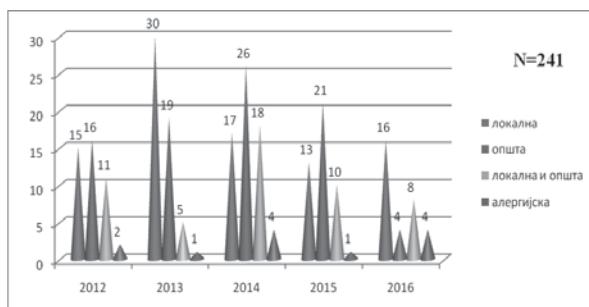
Узрасна дистрибуција појаве нежељених реакција након имунизације за посматран петогодишњи период показује да је највише нежељених реакција регистровано у узрасту од једне до четири године (109) и код деце млађе од 12 месеци (70) (Графикон 3).

**Графикон 3.** Узрасна дистрибуција појаве нежељених реакција након имунизације у периоду од 2012. до 2016. године на подручју Београда.



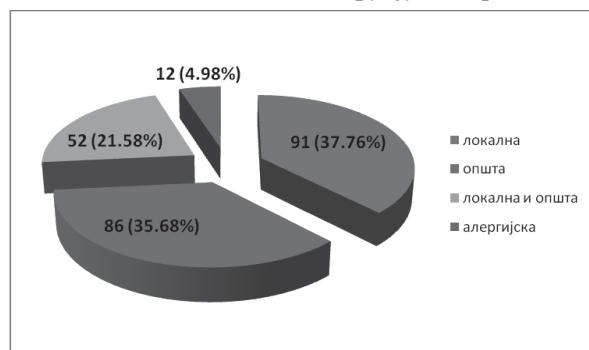
Учсталост четири групе испољавања нежељених реакција (локална, општа, локална и општа и алергијска) на годишњем новоу приказана је на Графику 4. У 2013. и 2016. години доминира појава локалних нежељених реакција (30, односно 16), док су се алергијске реакције најређе јављале сваке године. Уочава се одсуство веће разлике у учсталости појаве локалних и општих реакција током 2012. године.

**Графикон 4.** Учесталост четири групе испољавања нежељених реакција у периоду од 2012. до 2016. године на подручју Београда.



Учесталост четири групе испољавања нежељених реакција (локална, општа, локална и општа и алергијска) збирно посматрана у периоду од 2012. до 2016. године показује незнатно већу учесталост појаве локалних 91 (37,76%) у односу на опште нежељене реакције 86 (35,68%), док је учесталост алергијских реакција само 4,98% (12) од укупног броја нежељених реакција (241) (Графикон 5).

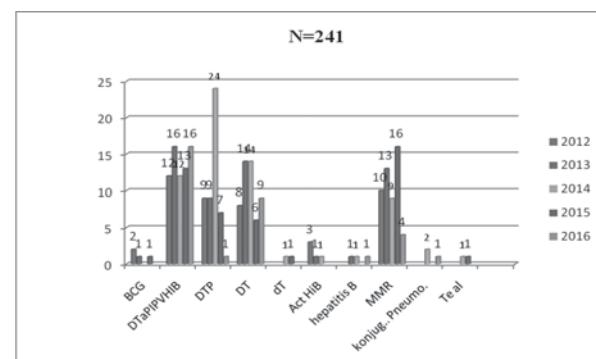
**Графикон 5.** Учесталост четири групе испољавања нежељених реакција у периоду од 2012. до 2016. године на подручју Београда.



Број регистрованих нежељених реа-кција у односу на врсту вакцине приказан је на Графику 6. Након имунизације комбинованом петовалентном вакцином (ДТАПИПВХиБ) сваке године је регистрован сличан број нежељених реакција (од 12 до 16), тј. није било већих осцилација, док је највећи број нежељених реакција пријављен након имунизације комбинованом вакцином против дифтерије, тетануса и великог кашља (ДТП) у 2014. години (24 нежељене реакције). Такође, након имунизације ММР

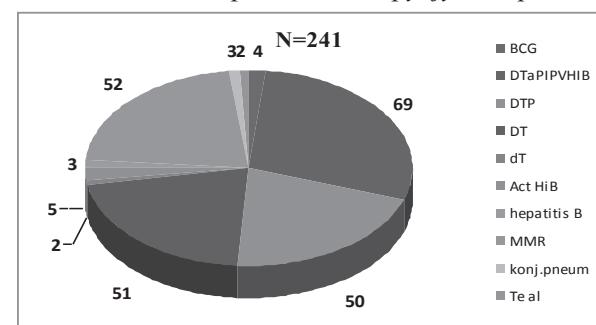
вакцином број нежељених реакција у 2016. години (4) био је четири пута мањи од броја нежељених реакција регистрованих у 2015. години (16).

**Графикон 6.** Број регистрованих нежељених реа-кција према врсти вакцине у периоду од 2012. до 2016. године на подручју Београда.



Током посматраног периода, највећи број нежељених реа-кција (69) настао је након имунизације комбинованом петовалентном вакцином, ДТАПИПВХиБ, са учесталошћу од 28,63%. Нешто мањи број реа-кција (52) регистрован је након имунизације ММР вакцином са учесталошћу од 21,58%, ДТ вакцином са учесталошћу од 21,16% (51 нежељена реа-кција) и ДТП вакцином, 50 нежељених реа-кција (20,75%) (Графикон 7).

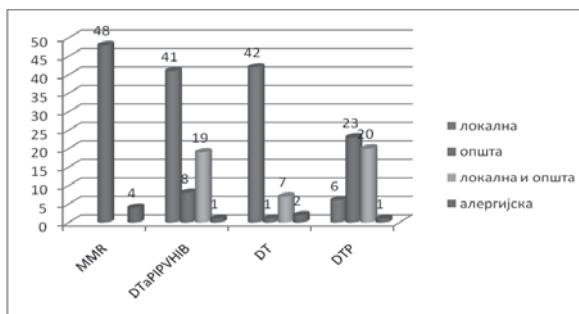
**Графикон 7.** Број регистрованих нежељених реа-кција према врсти вакцине током петогодишњег периода на подручју Београда.



Након имунизације ММР вакцином најучесталија је појава општих реа-кција (48), манифестованих у виду фебрилности, отока паротидних жлезда или макулопапулозне осре. Након апликације комбиноване петовалентне и ДТ вакцине регистрован је највећи број локалних реа-кција, 41, односно

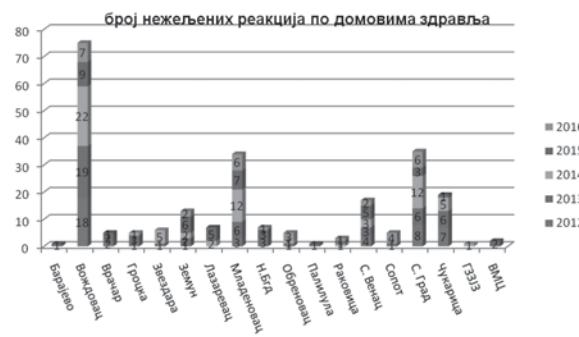
42, што износи 45,05%, односно 46,15% од укупног броја регистрованих локалих реакција. Након апликације ДТП вакцине доминирала је појава општих реакција у виду фебрилности, пролонгираног плача и узнемирености детета, као и удружене појава реакција на месту апликације вакцине и општих напред поменутих тегоба (Графикон 8).

**Графикон 8.** Број регистрованих нежељених реакција по групама након апликације ДТаПИПВХиБ, ММР, ДТ и ДТР вакцине у петогодишњем периоду на подручју Београда.



Учешће домаца здравља свих 16 београдских општина у пријављивању нежељених реакција приказана је на Графикону 9. Дом здравља Вождовац је током сваке године (од 2012. до 2016. године) пријављивао највише нежељених реакција (од 7 до 22), док су два дома здравља, „Др Милорад Влајковић“ Барајево и „Др Милутин Ивковић“ Палилула пријавили само по једну нежељену рејакцију, 2015. године.

**Графикон 9.** Учешће домаца здравља у пријављивању нежељених реакција након имунизације на подручју Београда у периоду од 2012. до 2016. године.



## ДИСКУСИЈА

На основу пријава нежељених реакција након имунизације приспелих у Градски завод зајавно здравље Београд, у периоду од 2012. до 2016. године, на подручју Београда регистрована је укупно 241 нежељена рејакција. Највећи број нежељених рејакција пријављен је 2014. године (65), док је двоструко мање нежељених рејакција регистровано током 2016. године (32). Слично нашим резултатима, на територији Републике Србије у наведеном периоду пријављено је укупно 826 нежељених рејакција, од чега је највећи број пријављен током 2014. године (219), а троструко мање током 2016. године (72).<sup>(4-7)</sup> У Хрватској је током периода од 2012. до 2015. године, највећи број нежељених рејакција регистрован 2013. године (166), а најмањи број 2012. године (121).<sup>(8-10)</sup>

На територији Београда сваке године је мушки пол био више заступљен међу особама са регистрованим нежељеним рејакцијама, што је нарочито изражено 2014. године. Супротно нашим подацима, у ретроспективној студији спроведеној у Италији, у којој су праћене нежељене рејакције након имунизације на територији Калабрије у периоду од 1. 1. до 31. 12. 2012. године, женски пол је био знатно више заступљен са учешћем од 77,7%. У наведеној студији наводи се податак да су нежељене рејакције биле најбројније код деце узраста од нула до три године.<sup>(11)</sup> Слично томе, на територији Београда у посматраном петогодишњем периоду забележена је највећа учсталост појаве нежељених рејакција код деце узраста од једне до четири године (109 нежељених рејакција) и деце млађе од 12 месеци (70 нежељених рејакција). У систему надзора над појавом нежељених догађаја након имунизације који се спроводи у САД – Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), за период од 1. 1. 1991. до 31. 12. 2001. године, највећа учсталост пријављених нежељених догађаја регистрована је у узрасту од нула до шест година

(44,8%), док је у свим узрасним групама доминантнији женски пол.<sup>(12)</sup>

Према нашим резултатима највећи број нежељених реакција (69) регистрован је након апликације комбиноване петовалентне (28,63%) и ММР вакцине, 52 (21,58%), а затим након имунизације ДТ (51) и ДТП вакцинама (50), што износи 21,16% односно 20,75% од укупног броја нежељених реакција. У Србији је сваке године у периоду од 2012. до 2015. године највећи број нежељених реакција регистрован након апликације ДТП вакцине, а затим након ММР вакцине, док је у 2016. години највећи број нежељених реакција пријављен након апликације комбиноване петовалентне вакцине. У Хрватској је највећи број нежељених реакција током периода од 2012. до 2015. године пријављен након имунизације ДТ вакцином, осим 2015. године, када је на првом месту по учесталости појаве нежељених реакција била комбинована петовалентна вакцина.

Након имунизације ММР вакцином на подручју Београда током петогодишњег периода доминирајућа је појава општих нежељених реакција (48) у виду фебрилности, отока паротидних жлезда или макулопапулозне оспе. За разлику од наших, подаци публиковани у Хрватској показују регистровање и локалних реакција на месту давања ММР вакцине. У нашој студији су након ММР вакцине регистроване четири алергијске реакције по типу уртикарије, док је у Хрватској регистрована једна алергијска

реакција по типу анафилактичког шока и једна у виду ларингитиса (Квинкеов едем).<sup>(8-10)</sup>

Учешће домова здравља са територија свих 16 београдских општина у пријављивању нежељених реакција након имунизације је различито. Дом здравља Вождовац је током сваке године (од 2012. до 2016. године) пријављивао највише нежељених реакција. И у Србији поједини окрузи не достављају пријаве нежељених реакција, што говори о пасивном приступу и неадекватном надзору, односно непопуларизацији Правилника о имунизацији и начину заштите лековима.

## ЗАКЉУЧАК

Справођење надзора над нежељеним реакцијама након имунизације има за циљ повећавање безбедности имунизације. Током петогодишњег периода посматрања на подручју Београда бележи се пад у броју пријављених нежељених реакција, почев од 2014. године. Разлика у учешћу домова здравља са територије свих београдских општина у пријављивању нежељених реакција указује на потребу активнијег приступа у праћењу и пријављивању истих. Мониторинг над појавом нежељених реакција треба да буде важан део програма имунизације. Унапређење квалитета надзора над нежељеним реакцијама подразумева ажурирање ангажовање свих учесника у реализацији програма имунизације.

---

## ЛИТЕРАТУРА

1. Правилник о имунизацији и начину заштите лековима (Сл. гласник РС 11/2006, 25/2013, 63/2013, 99/2013, 118/2013, 65/2014 и 32/2015).
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Possible Side-effects from Vaccines, Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/side-effects.htm>
3. Петровић В. Имунизација против заразних болести. Монографија 111, Универзитет у Новом Саду, Медицински факултет, 2015; 2: 28–29.
4. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Извештај о спроведеној имунизацији на територији Републике Србије у 2012. години: 26.
5. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Извештај о

спроведеној имунизацији на територији Републике Србије у 2013. години: 30.

6. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Извештај о спроведеној имунизацији на територији Републике Србије у 2014. години: 29.

7. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Извештај о спроведеној имунизацији на територији Републике Србије у 2015. години: 34–35.

8. Хрватски завод за јавно здравство. Нуспојаве цијепљења у Хрватској у 2012. години: 6–7, Available from: <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2016/11/nuspojave2012.pdf>

9. Хрватски завод за јавно здравство. Нуспојаве цијепљења у Хрватској у 2013. години: 6–7, Available from: <https://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/nuspojave-2013zlvvv-bk.pdf>

10. Хрватски завод за јавно здравство.

Нуспојаве цијепљења у Хрватској у 2014. и 2015. години: 6–7, 14–15, Available from: <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2016/11/nuspojave20142015.pdf>

11. Orietta Staltari, Felisa Cilurzo, Benedetto Caroleo, Alexia Greco, Francesco Corasaniti, Maria Antonietta Genovesi and Luca Gallelli. Annual report on adverse events related with vaccines use in Calabria (Italy): 2012. *J Pharmacol Pharmacother.* 2013 Dec; 4(Suppl1): S61–S65.

12. Zhou W1, Pool V, Iskander JK, English-Bullard R, Ball R, Wise RP, Haber P, Pless RP, Mootrey G, Ellenberg SS, Braun MM, Chen RT. Surveillance for safety after immunization: Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) – United States, 1991–2001. *MMWR Surveill Summ.* 2003 Jan 24; 52(1): 1–24. Erratum in: *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2003 Feb 14; 52(06): 113.

---

**Контакт:** Др Ивана Беговић Лазаревић, Градски завод за јавно здравље, Београд, тел: 011/2078677, e-mail: [ivana.begovic@zdravlje.org.rs](mailto:ivana.begovic@zdravlje.org.rs)

## ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ ЕЛЕКТРИЧАРА ЗАПОСЛЕНИХ НА РАДНИМ МЕСТИМА СА ПОВЕЋАНИМ РИЗИКОМ ПО ЗДРАВЉЕ\*

Љиљана Кулић<sup>1</sup>, Јовица Јовановић<sup>2</sup>, Миливоје Гаљак<sup>3</sup>, Јована Јовановић<sup>4</sup>, Анђелка Лазаревић<sup>5</sup>,  
Оливер Бојчески<sup>6</sup>, Христо Анђелски<sup>7</sup>

## HEALTH CONDITION OF ELECTRICIANS EMPLOYED AT WORKPLACES WITH INCREASED HEALTH RISK

Ljiljana Kulić, Jovica Jovanović, Milivoje Galjak, Jovana Jovanović, Andelka Lazarević, Oliver Bojčeski,  
Hristo Andělski

\*Рад је резултат истраживања на научно-истраживачком Јуниор пројекту: „Професионални стрес и морбидитет радника запослених на радним местима са повећаним ризиком по здравље Северног дела Косова и Метохије“, који је не-профитан, реализује га Универзитет у Приштини, Медицински факултет са седиштем у Косовској Митровици, циклус научних истраживања од 2015. до 2020. године.

### Сажетак

**Увод.** Електричари су изложени великим броју различитих штетних нокси и Актом о процени ризика утврђена су радна места са повећаним ризиком по здравље запослених.

**Циљ рада** је сагледавање здравственог стања електричара на радним местима са повећаним ризиком по здравље.

**Метод рада.** Ово истраживање је по свом дизајну ретроспективно-проспективно и рађено је као студија пресека. Ретроспективни део истраживања заснован је на клиничком прегледу радника електродистрибуције на радним местима са повећаним ризиком по здравље и за ретроспективну анализу биће коришћени подаци из здравствених картона ових радника и одговарајући извештаји о обављеним периодичним прегледима. Статистичка анализа података вршена је у програмском пакету SPSS.

### Summary

**Introduction.** Electricians are exposed to a large number of different harmful noxae and the Risk Assessment Act has identified work places with an increased risk for the health of employees.

**Objective** is to perceive the health condition of electricians who work at workplaces with an increased health risk.

**Methods.** This research was retrospective-prospective and it was done as a crosssection study. The retrospective part of the research is based on a clinical examination of workers who work at workplaces with an increased health risk, and data from the medical records of these workers and relevant reports on periodic examinations were used for retrospective analysis. Statistical data analysis was performed in the SPSS software package.

**Results.** In this study, 52 electricians were examined and a survey of the respondents by gender and age structure was given, and the results show that all 52 respondents are male (100%) and that the largest number of respondents, more than half of them, belongs to the age group between 40 and 59 – 28 (53.85%), and only 1 (1.92%) is over 60 years. All respondents work at workplaces with an increased health risk, and the ICD 10 health status analysis shows the following: the most frequent are cardiovascular diseases (30.77%)

<sup>1</sup> Доц. др Љиљана Кулић, Универзитет у Приштини, Медицински факултет, Косовска Митровица, Србија.

<sup>2</sup> Проф. др Јовица Јовановић, Универзитет у Нишу, Медицински факултет, Институт за медицину рада, Ниш, Србија.

<sup>3</sup> Др спец. Миливоје Гаљак, Дом здравља Звечан, на докторским студијама, Медицински факултет, Косовска Митровица, Србија.

<sup>4</sup> Др Јована Јовановић, на докторским студијама, Универзитет у Нишу, Медицински факултет, Ниш, Србија.

<sup>5</sup> Проф. др Анђелка Лазаревић, Висока здравствена школа стручних студија у Београду, Србија.

<sup>6</sup> Др спец. Оливер Бојчески, Здравсвен дом, Регионален центар по спортска медицина, Струга, Македонија.

<sup>7</sup> Проф. др Христо Анђелски, Висока медицинска школа стручних студија „Милутин Миланковић“, Београд, Србија.

**Резултати.** У циљу истраживања пре-гледана су 52 електричара и дат је приказ прегледаних испитаника по полној и ста-росној структури и резултати показују да су сви испитаници мушких пола 52 (100%) и да највећи број испитаника, више од пола испитаника, припада старосној групи између 40 и 59 година, 28 (53,85%), а даје веома мали број запослених преко 60 година, 1 (1,92%). Сви испитаници раде на радним местима са повећаним ризиком по здравље и из анализе здравственог стања према МКБ 10 се види да су најзаступљеније кардиоваскуларне болести (30,77%) и ризико фактори одговорни за настанак кардиоваскуларних болести (26,92%). Одмах следе болести ока, пре свега рефракционе аномалије (28,85%), болести ува и мастионог наставка, пре свега оштећења слуха (25%) и болести локо-моторног система (21,15%).

**Дискусија.** У односу на полу структуру присутна је само мушка радна популација, што је разумљиво с обзиром на услове и захтеве радних места, а анализа по ста-росној структури показује да највећи број испитаника припада старосној групи између 40 и 59 година. На основу здравственог стања дат је преглед добијених резултата према одговарајућој класификацији болести, односно према МКБ 10, који показују да доминирају кардиоваскуларне болести, болести и стања који представљају ризико факторе за настанак кардиоваскуларних болести, офтальмологичке болести, болести ува и мастионог наставка и болести локомоторног система. Битан разлог до-минације кардиоваскуларних болести су, поред стреса, и негативне животне навике: пушење, свакодневна конзумација алкохолних пића, неадекватна исхрана и прекомерна телесна тежина. Болести локомоторног система су, такође, честе код ове популације, што је последица дегенеративних промена и процеса на костима које су у вези са процесом старења, али се не може занемарити и значајан утицај тешког физичког рада у лошим климатским условима.

*and risk factors responsible for the development of cardiovascular diseases (26.92%), eye diseases, primarily refractory anomalies (28.85%), ear diseases and mastoid disorders, primarily hearing damage (25%) and diseases of the locomotor system (21.15%).*

**Discussion.** Relative to gender, only the male working population is present, which is understandable given the conditions and requirements of the jobs, and relative to age the majority of respondents belong to the age group between 40 and 59 years. Based on the health condition, a review of the obtained results was given according to the appropriate classification of the disease, i.e. according to ICD 10, and it was shown that cardiovascular diseases, diseases and conditions that pose risk factors for the development of cardiovascular diseases, ophthalmic diseases, urinary and mastoid disorders and diseases of the locomotor system are present. An important reason for the prevalence of cardiovascular diseases, in addition to stress, are negative living habits: smoking, daily consumption of alcoholic beverages, inadequate nutrition and overweight. Locomotor system diseases are also common in this population, which is due to degenerative changes and processes in the bones that are associated with the aging process, but the significant impact of severe physical work in poor climatic conditions can not be neglected.

**Conclusion.** Based on the analysis of the health condition, a high percentage of cardiovascular diseases, ear diseases, refractive anomalies and diseases of the locomotor system have been identified.

**Keywords:** electricians, riskfactors, health, disease.

*Закључак. На основу анализе здравственог стања констатован је висок проценат кардиоваскуларних болести, болести уха, рефракционих аномалија и болести локомоторног система.*

*Кључне речи:* електричари, фактори ризика, здравствено стање, болести.

---

## УВОД

**М**орбидитет радника је један од најважнијих показатеља здравственог стања популације и са аспекта Медицине рада, ради изучавања евентуалних утицаја услова рада и радног процеса на учесталост и структуру морбидитета потребно је познавати услове на радном месту, професионалне штетности, њихов интензитет, дужину изложености и укупан радни стаж запосленог.<sup>(1)</sup> Светска здравствена организација – SZO (WHO – World Health Organization) посебно истиче три групе болести у вези с радом: кардиоваскуларне, у које сврстава и моздани удар, хроничне неспецифичне болести дисајних органа и болести локомоторног система.<sup>(2, 3)</sup> Електричари су изложени великим броју различитих штетних нокси и Актом о процени ризика утврђена су радна места са повећаним ризиком по здравље запослених. Присутан је велики број различитих штетности и то: неадекватни климатски услови, често присутно неадекватно осветљење и температура, рад на висини, опасност од струје, тежак физички рад, стрес, сменски рад, прековремени рад, ноћни рад и др., што све има за последицу појаве патолошке симптоматологије на органским системима.<sup>(4, 5)</sup> Опасности од електричне струје су: директни додир с деловима под напоном, опасност од приближавања деловима под високим напоном, опасност од индиректног додира (ради квара на изолацији), опасност од превисоког напона због пролаза струје кроз уземљиваче, опасност од електричног

лука и др.<sup>(6)</sup> Морбидитет радника представља један од најважнијих показатеља и мерила нивоа здравственог стања и проучавање и праћење морбидитета има вишеструки значај, како за појединца, тако и за друштво у целини. Рано откривање здравствених поремећаја код електричара омогућава превенцију, њихово правовремено лечење, спречавање настанка инвалидитета радника, трауматизма и смртних исхода, што је од великог значаја за радника, послодавца и за ширу друштвену заједницу уопште.

## ЦИЉ РАДА

Циљ рада је сагледавање здравственог стања електричара на радним местима са повећаним ризиком по здравље.

## МЕТОД РАДА

Ово истраживање је по свом дизајну ретроспективно-проспективно и рађено је као студија пресека. Ретроспективни део истраживања заснован је на ранијем клиничком прегледу електричара и за ретроспективну анализу биће коришћени подаци из њихових здравствених картона и одговарајући извештаји о обављеним периодичним прегледима запослених у Електрокосмету. Проспективни део истраживања заснован је на клиничком прегледу испитаника, према прецизно дефинисаној процедуре, приликом њиховог доласка на периодични преглед. Они на периодичне прегледе долазе према утврђеним временским интервалима, у складу са законском регулативом, а на

основу уговора са послодавцима. Истраживање је спроведено у складу са свим етичким нормама и принципима Добре клиничке праксе и Добре научне праксе, дефинисаним код нас прихваћеном, одговарајућом правном регулативом. Анализа статистичких података вршена је у програмском пакету SPSS.

## РЕЗУЛТАТИ

У циљу истраживања прегледана су 52 испитаника и дат је приказ прегледаних радника по полној и старосној структури и резултати показују да су сви испитаници мушки пола 52 (100%) и да највећи број испитаника, више од пола испитаника, припада старосној групи између 40 и 59 година, 28 (53,85%), а да је веома мали број запослених преко 60 година, 1 (1,92%) (Табела 1).

*Табела 1. Старосна и полна структура испитаника.*

Социо-демографске карактеристике испитаника	Број - (%)
<b>Старост</b>	
до 29 година	10 – (19,23%)
30–39 година	13 – (25,00%)
40–49 година	12 – (23,08%)
50–59 година	16 – (30,77%)
преко 60 година	1 – (1,92%)
<b>Пол</b>	
мушкарци	52 – (100%)
жене	0 – (0%)
<b>Укупно</b>	52 – (100%)

Сви испитаници раде на местима са повећаним ризиком по здравље. На основу здравственог стања дат је преглед до-

бијених резултата према Међународној класификацији болести, односно према МКБ 10 (Табела 2).

*Табела 2. Анализа резултата прегледа према Међународној класификацији болести (МКБ 10).*

Шифра према МКБ 10	Групе болести	Испитаници Број - (%)
<b>A00-B99</b>	Заразне и паразитарне болести	/
<b>C00-D48</b>	Тумори	/
<b>D50-D89</b>	Болести крви и болести крвотворних органа и поремећаји имунитета	/
<b>E00-E90</b>	Болести жлезда са унутрашњим лучењем, исхране и метаболизма	14 – (26,92%)

<b>F00-F99</b>	Душевни поремећаји и поремећаји понашања	/
<b>G00-G99</b>	Болести нервног система	1 – (1,92%)
<b>H00-H59</b>	Болести ока и припојака ока	15 – (28,85%)
<b>H60-H95</b>	Болести ува и мостоидног наставка	13 – (25%)
<b>I00-I99</b>	Болести система крвотока	16 – (30,77%)
<b>J00-J99</b>	Болести система за дисање	4 – (7,69%)
<b>K00-K93</b>	Болести система за варење	/
<b>L00-L99</b>	Болести коже и болести поткожног ткива	/
<b>M00-M99</b>	Болести мишићно-коштаног система и везивног ткива	11 – (21,15%)
<b>H00-H99</b>	Болести мокраћно-полног система	6 – (11,54%)
<b>O00-O99</b>	Трудноћа, рађање и бабиње	/
<b>P00-P96</b>	Одређена стања настала у перинаталном периоду	/
<b>Q00-Q99</b>	Урођене малформације, деформације и хромозомске ненормалности	/
<b>R00-R99</b>	Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази, некласификовани на другом месту	2 – (3,85%)
<b>S00-T98</b>	Повреде, тровања и остале последице спољашњих узрока	3 – (5,77%)
<b>B01-Y98</b>	Спољашњи узроци оболевања и умирања	/
<b>300-399</b>	Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом	/
<b>U00-U89</b>	Шифре за посебне намене	/

Кардиоваскуларне болести (30,77%) и ризико фактори одговорни за настанак кардиоваскуларних болести (26,92%) су најзаступљенији. Одмах следе болести ока, пре свега рефракционе аномалије (28,85%), болести ува и мостоидног наставка (25%) и болести локомоторног система (21,15%).

## ДИСКУСИЈА

У циљу истраживања прегледана су 52 испитаника и дат је приказ прегледаних радника по полној и старосној структури и резултати показују да су сви испитаници мушких пола 52 (100%) и да највећи број испитаника, више од пола испитаника, припада старосној групи између 40 и 59 година, 28 (53,85%), а да је веома мали број запослених преко 60 година, 1 (1,92%). Сви испитаници раде на местима са повећаним ризиком по здравље. На

основу здравственог стања дат је преглед добијених резултата према МКБ 10, а анализа здравственог стања електричара према МКБ класификацији показује да доминирају кардиоваскуларне болести, болести и стања које представљају ризико факторе за настанак кардиоваскуларних болести, затим рефракционе аномалије, болести ува и мостоидног наставка и болести локомоторног система, што се поклапа са резултатима других истраживања.<sup>(4-9)</sup> Питање утицаја стреса при раду на настанак кардиоваскуларних болести, и то пре свега хипертензије, веома је значајно, али битан разлог веће заступљености кардиоваскуларних болести ове популације, поред неадекватних услова на раду, јесу и негативне животне навике: пушење, свакодневна конзумација алкохолних пића и неадекватна исхрана, и то представља факторе ризика настанка кар-

диоваскуларних болести, што је доказано многим истраживањима.<sup>(10, 11)</sup> Заступљеност рефракционих аномалија, као и болести ува и мастионог наставка се могу тумачити као последица веће заступљености радника преко 40 година старости и оне се могу повезати са старосном структуром за послених. Болести локомоторног система су, такође, честе код ове популације, што је последица дегенеративних промена и процеса на костима које су у вези са процесом старења, али се не може занемарити и значајан утицај тешког физичког рада у лошим климатским условима.

## ЗАКЉУЧАК

Свако радно место носи своје специфичности и посебне захтеве који се постављају пред запосленима и, без обзира на заједничке и посебне карактеристике различитих радних места, може се слободно рећи да сваки рад, у већој или мањој мери, може угрозити безбедност и здравље запосленог. На основу анализе здравственог стања електричара констатован је висок проценат кардиоваскуларних болести, рефракционих аномалија, болести ува и мастионог наставка и болести локомоторног система.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ђорђевић В. Биостатистика у медицини рада. У: Видаковић А, уредник, Медицина рада I. Институт за медицину рада и радиолошку заштиту КЦС, Удружење за медицину рада Југославије, Београд, 1996; 508–13.
2. World Health Organization. Identification and control of workrelated diseases. Report of WHO Expert Committee (TRS 714). World Health Organization, Geneva, 1985.
3. World Health Organization. Epidemiology of work-related diseases and accidents. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health (TRS 777). World Health Organization, Geneva, 1989.
4. Јовановић Ј, Јовановић М. Occupational stress and arterial hypertension. Мед Прегл. 2004; 57(3–4): 153–8.
5. Аранђеловић М, Милић И, Радевић Љ. Процена ризика и промоција здравља на радном месту. Зборник радова, Процена ризика, Копаоник, 2–6. фебруар 2009; 326–334.
6. Вукорепа К, Бургер А, Сигурност и основе заштите на раду, 2016; 54–58.
7. Landsbergis PA, Dobson M, Schnall P. Need for more individual-level meta-analyses in social epidemiology: example of job strain and coronary heart Disease. Am. J. Epidemiol. 2013; 178(6):1 008–9.
8. Landsbergis PA, Grzywacz JG, La Montagne AD. Work organization, job insecurity and occupational health disparities. Am. J. Ind. Med. 2014; 57(5): 495–515.
9. Ilmarinen J, Rantanen J. Promotion of work ability during ageing. Am J Ind. Med, 1999; 38(1): 21–3.
10. Матић М, Јовановић Ј, Јовановић Ј, Мачванић Н. Effects of occupational stress on working ability of patients suffering from arterial hypertension. Мед Прегл 2013; LXVI(11–12): 497–501.
11. Fang M. et al. Jiaozuo Mine Workers' Mental Health Status and Its Influencing Factors. China Journal of Health Psychology, 2013; 5:024.

**Контакт:** Доц. др Љиљана Кулић, Универзитет у Приштини, Медицински факултет, Косовска Митровица.

## САВРЕМЕНИ ТЕРАПИЈСКИ ПРИСТУП У ЛЕЧЕЊУ КАРЦИНОМА АНАЛНОГ КАНАЛА

Марко Дожић<sup>1</sup>, Сузана Стојановић Рундић<sup>2</sup>, Весна Плешинац Карапандзић<sup>3</sup>, Срђан Милановић<sup>4</sup>,  
Никола Милошевић<sup>5</sup>

## A MODERN APPROACH IN THE TREATMENT OF ANAL CANAL CARCINOMA

Marko Dožić, Suzana Stojanović Rundić, Vesna Plešinac Karapandžić, Srđan Milanović, Nikola Milošević

### Сажетак

Карциноми аналног канала представљају ретке туморе дигестивног тракта. Најзначајнији фактор ризика за настање ових тумора је инфекција хуманим папилома вирусом (HPV), која се сматра узрочником у чак 85% случајева. Најчешће заступљени хистолошки тип је сквамоцетуларни карцином. Сходно препорукама за лечење ових тумора спровођењем комбиноване радиохемиотерапије, могуће је постићи комплетан терапијски одговор код највећег броја пацијената. У случајевима незадовољавајућег локалног одговора, предлаже се разматрање хируршког лечења. Код метастатске болести примењује се хемиотерапија са ограниченим успехом.

**Кључне речи:** карцином аналног канала, радиохемиотерапија, радиотерапија.

### Summary

Anal cancers represent rare tumors of digestive tract. The most important risk factor for these tumors is an infection with human papillomavirus (HPV) which is considered a causative agent in as much as 85% of cases. The most common histological type is squamous cell carcinoma. In accordance with the recommendations for the treatment of these tumors, by conducting combined radio-chemotherapy it is possible to achieve a complete therapeutic response in the majority of patients. In cases of unsatisfactory local response, consideration of surgical treatment is proposed. In metastatic disease chemotherapy is applied, but with limited success.

**Key words:** anal cancer, radio-chemotherapy, radiotherapy.

<sup>1</sup> Марко Дожић, Институт за онкологију и радиологију Србије, Београд, Србија.

<sup>2</sup> Сузана Стојановић Рундић, Институт за онкологију и радиологију Србије, Београд, Србија.

<sup>3</sup> Весна Плешинац Карапандзић, Институт за онкологију и радиологију Србије, Београд, Србија.

<sup>4</sup> Срђан Милановић, Институт за онкологију и радиологију Србије, Београд, Србија.

<sup>5</sup> Никола Милошевић, Институт за онкологију и радиологију Србије, Београд, Србија.

## УВОД

**K**арциноми аналног канала су ретки тумори дигестивног тракта чија је инциденција у порасту. Узрок настанка је најчешће уско повезан са инфекцијом хуманим папилома вирусом (HPV), углавном подтиповима HPV 16 или HPV 18, који се сматрају узрочником у чак 85% случајева, што се доводи и у везу са већим бројем сексуалних партнера. Такође, у литератури се као фактори ризика наводе узрочници из групе херпес вируса, вирус HIV, дуготрајна имуносупресија (употреба кортикостериоида, аутоимуни поремећаји), пушење, као и старија животна доб.<sup>(1, 2)</sup>

На основу патохистолошке слике, постоје различити типови тумора у аналном каналу. Најчешћи хистолошки тип који се јавља у преко 85% случајева је сквамоцелуларни карцином. У мањем броју случајева настаје аденокарцином, учесталости око 10%. Ретки типови који су заступљени у мање од 3% случајева укључују меланом, неуроендокрине карциноме, карциноид, сарком, гастроинтестинални стромални тумор – ГИСТ и лимфоме.<sup>(4)</sup>

Клиничка слика тумора у аналној регији може бити различита и са најчешће неспецифичном симптоматологијом. Обухвата низ симптома почевши од крварења и осећаја нелагодности у овој регији, а који се јављају код око половине пацијената. Бол није уобичајен, али уколико је присутан, може бити веома јаког интензитета. Мање заступљени симптоми могу бити пруритус и измене у режиму пражњења, поготово код дистално локализованих тумора. Тумори мање величине су обично нодуларни или у виду плака, док су већи тумори типично са присутним улцерацијама и инфильтративним растом, који може довести до захватавања околних ткива. Деструкција аналног сфинктера се јавља код око 5% пацијената, иако је инkontиненција чешће заступљена.

Клиничко испитивање и постављање дијагнозе је олакшано захваљујући локализацији ових тумора и приступачности

ради хистопатолошке верификације. Дијагностика карцинома аналног канала обухвата преглед проктолога са дигиторекталним прегледом, аноскопијом са ректоскопијом, биопсијом туморске промене, као и допунском ендоаналном ултрасонографијом. По добијеном хистопатолошком налазу и потврди малигнитета следећи корак је одређивање стадијума болести ради одлуке о даљем терапијском приступу. Радиолошке методе којима се утврђује проширеност болести укључују компјутеризовану томографију (ЦТ) или магнетну резонанцију (МР) абдомена, МР преглед мале карлице и ингвиналних регија,<sup>(5)</sup> радиографију или ЦТ грудног коша. У случају сумње на ширење болести на удаљене органе, може се учинити и позитронска емисиона томографија (PET-CT).<sup>(1)</sup>

Клинички стадијуми болести се одређују у односу на величину примарног тумора, захваћеност регионалних лимфних чворова и постојање удаљених метастаза. Уколико није могуће одредити величину примарног тумора, онда се постојање болести означава по међународној ТНМ класификацији малигних тумора као Tx. Стадијум T0 указује да нема доказа о постојању тумора, а Tis (tumor in situ) да није захваћена базална мембрана. Тумор величине до 2 см је стадијума T1, већи од 2 см а мањи од 5 см је T2, а тумор већи од 5 см у највећој димензији је T3. Туморски стадијум T4 представља захватавање околних органа као што су вагина, уретра, мокраћна бешика. Регионални лимфни чворови су периректални, унутрашњи илијачни и ингвинални лимфни чворови. Захваћеност се обележава симболима N1 до N3, у зависности од регије у којој се налазе. Постојање метастаза у удаљеним органима означава се као M1 и чини четврти клинички стадијум болести.<sup>(6)</sup> Најчешће захваћени удаљени органи у којима се јављају метастазе су јетра и плућа. Стадијуми карцинома аналног канала су приказани у Табели 1.

**Табела 1.** Стадијуми карцинома аналног канала.

Редни број	Стадијум	T	N	M
0	I	2	3	4
1	0	Tis	N0	M0
2	I	T1	N0	M0
3	II	T2	N0	M0
4	II	T3	N0	M0
5	III A	T1	N1	M0
6	III A	T2	N1	M0
7	III A	T3	N1	M0
8	III A	T4	N0	M0
9	III B	T4	N1	M0
10	III B	Било који T	N2	M0
11	III B	Било који T	N3	M0
12	IV	Било који T	Било који N	M1

У зависности од клиничког стадијума болести, примарно лечење има за циљ постизање локорегионалне контроле болести и презервацију функције аналног сфинктера, као и очување квалитета живота пацијената. Модалитети лечења подразумевају радиотерапију, хемиотерапију и хирургију, као и комбинацију ових метода.

## ДИСКУСИЈА

До осамдесетих година прошлог века радикални хируршки захват је представљао ослонац у лечењу свих стадијума болести. Од деведесетих година код локално узнат предовалих стадијума болести примат преузима радиотерапија у комбинацији са хемиотерапијом, тако да данас представља стандард у лечењу. Код I клиничког стадијума болести (T1 N0 M0), где је операцијом могуће постићи адекватне ивице ресекције веће од 5 mm уз очување функције аналног сфинктера, примарни хируршки приступ је и даље терапија избора.

## Радио-хемиотерапија

Радиотерапија као метод лечења заузима значајно место у лечењу ових пацијената, као једини вид терапије или у комбинацији са хемиотерапијом и хирургијом. Најчешће се спроводи и даје најбоље резултате заједно са конкомитантном хемиотерапијом.

Савремени приступ у терапији карцинома аналног канала се заснива на препорукама европских онколошких удружења (ESMO, ESSO, ESTRO) базираних на резултатима више студија. Једну од најзначајнијих су спровели Radiation Therapy Oncology Group (RTOG – Радиотерапијска онколошка група) и Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG – Источна кооперативна онколошка група), којом је показано да је укључивање комбинације цитостатика митомицина и 5-флуороурацила у хемиорадиотерапијски протокол довело до значајно бољих резултата. Студија је укључивала 291 пацијента било ког T и N стадијума, код којих је спроведена транскутана радиотерапија у трајању од

пет недеља, уз два циклуса конкомитантне хемиотерапије 5-флуороурацилом и митомицином, у првој и петој недељи зрачне терапије. На основу резултата овог трајала, митомицин је задржан као стандард у лечењу у комбинацији са 5-флуороурацилом и радиотерапијом.<sup>(7)</sup>

Овом комбинацијом модалитета лечења могуће је постићи комплетан терапијски одговор. Студија RTOG 8704 је показала да је додатком митомицина постигнут комплетан патолошки одговор код 92% пацијената, у поређењу са групом пацијената који су примали само 5-флуороурацил и где је постигнут одговор од 87%.<sup>(8)</sup>

Код око 15% пацијената се након спроведене терапије не постиже задовољавајући одговор и тада се разматра хируршко лечење као терапија „спаса“ (Salvage хирургија, абдоминална перинеална ресекција), даља примена хемиотерапије или симптоматска и супорттивна терапија.

## Радиотерапија

Планирање и спровођење зрачне терапије, са или без хемиотерапије, одређује се сходно клиничком стадијуму. Радиотерапија се може спроводити на више начина: раније коришћеном конвенционалном техником зрачења са два опозитна паралелна поља (2D техника), модерним техникама (3D конформална техника или интензитетом модулисана радиотерапија – IMRT). Модерне технике зрачења омогућавају поштеду органа од ризика уз смањење токсичности и давање ескалираних доза зрачења на туморски волумен. Једна од могућности додатне зрачне терапије је брахитерапија, којом је могуће локално додати високе дозе зрачења на примарни тумор. Конвенционална 2D техника и даље има значајну улогу у палијативном приступу.

Без обзира на локорегионалну проширеност болести, ингвинални лимфни чворови се укључују у зрачни волумен и без радиолошки доказане дисеминације. Укупне дозе зрачења које се примењују су обично у распону од 36 до 50,4 Греја (Gy). Након

примењене дозе на проширен терапијски волумен који укључује обе ингвиналне јаме, зрачење се наставља смањеним волуменима усмереним на регију мале карлице уз евентуални додатак („boost“) на туморску масу, када се апликују дозе од 60 до 65 Gy у трајању од шест до седам недеља. Стандардни режим фракционисања представља апликовање дневне дозе од 1,8 до 2 Gy по фракцији зрачења, пет дана недељно.<sup>(9)</sup>

## Salvage хирургија

После завршетка конзервативног лечења потребан је временски период око три месеца за постизање смрти туморских ћелија. Комплетан одговор се може очекивати након периода и до шест месеци од последњег зрачења.<sup>(8)</sup>

Код пацијената код којих није постигнут комплетан локални одговор на терапију или када постоји локални рецидив болести неки аутори препоручују да се размотри Salvage хирургија. Код већине пацијената то захтева абдоминалну перинеалну ресекцију ради постизања радикалности хируршког захвата и негативних ивица ресекције. Код мањег броја пацијената се разматра и тотална пелвична егзентереза. Код око 60% пацијената је могуће успоставити локалну контролу болести уз петогодишње превивљавање 30 до 60% пацијената.<sup>(1)</sup>

## Метастатска болест

Поред примењених модалитета лечења у комбинованом приступу приближно 20% пацијената има дисеминовану екстрапелвичну болест са захватом парааорталних лимфних чворова, јетре, плућа и коже. Ови пациенти имају лошу прогнозу са превивљавањем од око две године. Једини вид специфичног онколошког лечења који се може применити у овој фази болести је хемиотерапија. Не постоји консензус око стандардне комбинације лекова, најчешће се примењује комбинација цисплатине и 5-флуороурацила, али са краткотрајним и нездадовољавајућим успехом.<sup>(1)</sup>

## Праћење и контроле

По завршеном лечењу су неопходне редовне контроле пацијената и то у прве две године на три до шест месеци, а потом једном до два пута годишње до укупно пет година. Праћење пацијената подразумева дигиторектални преглед, палпацију ингвиналних лимфних чворова, контролну ендоскопију (аноскопија, ректоскопија) уз радиолошке и нуклеарно-медицинске методе. Постоје препоруке да се прва контролна магнетна резонанција уради шест месеци по спроведеном лечењу, с обзиром на време које је потребно да се испољи ефекат примењене терапије. PET-CT представља додатну дијагностичку методу за потврду присуства болести, било у карлици, било у регионалним лимфним чворовима или удаљеним органима.

## ЗАКЉУЧАК

Карцином аналног канала представља редак тумор са тенденцијом пораста инци-

денције. Ради избора оптималног начина лечења неопходан је мултидисциплинарни приступ који укључује тим специјалиста из различитих области онкологије и међусобну сарадњу онколошког хирурга, радиационог онколога, медицинског онколога, патолога и радиолога дијагностичара.

Код локално узнат предовалих стадијума болести, данас је златни стандард лечења конкомитантна радиохемиотерапија, а сходно препорукама европских онколошких удружења (ESMO, ESSO, ESTRO). Оваквим терапијским приступом се постиже комплетан одговор код око 80% пацијената. Код мањег броја пацијената код којих примењена терапија није дала задовољавајући терапијски одговор, у наставку лечења се препоручује хирургија којом се може постићи локална контрола болести. Даља прогресија болести у смислу дисеминације захтева системско лечење, међутим, хемиотерапија у метастатској фази болести не даје очекиване резултате.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Glynne-Jones R, Nilsson PJ, Aschele C. et al. Anal cancer: ESMO-ESSO-ESTRO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. EJSO 2014; 40: 1165–1176.
2. Shridhar R, Shibata D, Chan E. et al. Anal Cancer: Current standards in care and recent changes in practice. Cancer J Clin 2015; 65: 139–162.
3. Nelson RA, Levine AM, Bernstein L. et al. Changing patterns of anal canal carcinoma in the United States. J Clin Oncol. 2013; 31: 1569–1575.
4. Klas JV, Rothenberger DA, Wong WD. et al. Malignant tumors of the anal canal: the spectrum of disease, treatment, and outcomes. Cancer 1999; 85: 1686–1693.
5. Goh V, Gollub FK, Liaw. et al. Magnetic resonance imaging assessment of squamous cell carcinoma of the anal canal before and after chemoradiation: can MRI predict for eventual clinical outcome? Int J Radiat Oncol Biol Phys 2010; 78: 715–21.
6. UICC. TNM klasifikacija. 7 ed. 2010.
7. Flam M, John M, Pajak TF. et al. The role of mitomycin C in combination with 5-fluorouracil and radiotherapy, and of salvage chemoradiation in the definitive nonsurgical treatment of epidermoid carcinoma of the anal canal: results of a phase III randomized Intergroup study. J Clin Oncol 1996; 14: 2527–2539.
8. Glynne-Jones R, Lim F. Anal Cancer: An examination of radiotherapy strategies. Int J Radiation Oncology Biol Phys, 2011.
9. Halperin EC, Perez CA, Brady LW. Perez and Brady's principles and practice of radiation oncology. 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

---

**Контакт:** Др Марко Дожић, радиолог, Институт за онкологију и радиологију Србије, Пастерова 14, Београд, телефон 011/2067242, e-mail: marcodozic@gmail.com

## ПРОЦЕНА КВАЛИТЕТА ЖИВОТА У НЕЗИ БОЛЕСНИКА НА ХЕМОДИЈАЛИЗИ

Дејан Живановић<sup>1</sup>

## QUALITY ASSESSMENT OF LIFE IN PERSONAL PATIENTS ON HEMODIALYSIS

Dejan Živanović

### *Сажетак*

Према Светској здравственој организацији, квалитет живота условљен здрављем (Health Related Quality of Life, HRQoL) дефинише се као индивидуална процена самог болесника о томе колико болест и примењена терапија утичу на његов физички, социјални или емоционални осећај „доброг“. Повећање квалитета живота је примарни циљ лечења и неге болесника у терминалној фази бubreжне инсуфицијенције, и један од најпримеренијих показатеља ефикасности у евалуацији остварене индивидуалне неге, будући да и концепт квалитета живота и здравствена нега доктринално заступају холистички приступ у третману болесника. Од 1994. године за процену квалитета живота болесника који се лече поновљеним хемодијализама се користи стандардизовани упитник KDQOL – SF (Kidney Disease Quality of Life questionnaire, Short form), сачињен од опшег SF – 36 упитника који је наменски допуњен са више ставки које специфично обрађују проблеме здравља болесника на хемодијализи. Побољшање квалитета живота и индивидуално прилагођавање дијализне процедуре сваком болеснику понаособ, представљају основу добре клиничке праксе и примереног лечења болесника у завршној фази хроничне бubreжне инсуфицијенције.

**Кључне речи:** квалитет живота, здравствена нега, упитник, хемодијализа.

### *Summary*

According to the World Health Organization, Health Related Quality of Life, HRQoL, is defined as patient's individual assessment of how much disease and applied therapy affect his physical, social or emotional feeling of „well being“. Increasing the quality of life is the primary goal of medical and nursing care in the terminal phase of renal insufficiency, and one of the most suitable indicators of efficiency in evaluating individual care, since both, the concept of quality of life and nursing care, doctrinally represent a holistic approach in the treatment of patients. Since 1994, a standardized questionnaire has been used to assess the quality of life of patients treated with repeated hemodialysis, KDQOL – SF (Kidney Disease Quality of Life questionnaire, Short form), composed of general SF – 36 questionnaire, which is specifically supplemented with several items specifically addressing the health problems of patients on hemodialysis. Improving the quality of life and individual adjustment of the dialysis procedure to each patient individually, represent the basis of good clinical practice and appropriate treatment of patients in the final phase of chronic renal failure.

**Key words:** quality of life, nursing care, questionnaire, hemodialysis.

<sup>1</sup> Дејан Живановић, дипл. мед. здравствене неге, спец. клиничке неге; сарадник у настави здравствене неге, Клиничко-болнички центар „Др Драгиша Мишовић“ – Дедиње, Одељење хемодијализе Клинике за урологију, Београд; Висока здравствена школа стручних студија у Београду.

## 1. УВОД

**П**римарни циљ лечења једне хроничне болести треба да буде њена оптимална контрола, која ће оболелој особи омогућити не само пуко преживљавање, већ и квалитетан и достојанствен живот.<sup>(1)</sup> Иако постоје различите дефиниције које описују појам квалитета живота, може се рећи да све суштински подразумевају субјективно опажање појединца о сопственом положају у животу, у контексту културе и система вредности у којима живи, али и у односу на властите животне циљеве, очекивања, интересовања и животни стандард. Квалитет живота је заправо широки мултидимензионални концепт кога чине физичко здравље појединца, његово психолошко стање, материјална независност, социјални односи и односи ових чинилаца према значајним карактеристикама спољашње средине.<sup>(2)</sup>

Интензиван технолошки напредак у области биомедицинских наука у другој половини 20. века је омогућио ефикасну превенцију, рану дијагностику и лечење оболења која су се у прошлости сматрала неизлечивим, и пред којим је медицина била немоћна. Овај напредак је можда најбоље сагледати на примеру болесника који се лече поновљеним хемодијализама. Пре само нешто више од пола века осуђени на сигурну смрт, данас се оболели у терминалној фази бубрежне инсуфицијенције са великим успехом лече овом специфичном процедуром, која им омогућава квалитетан живот чак и у случају да никада не буду подвргнути трансплантији бубрега. Од палијативне процедуре, која је омогућавала преживљавање болесника у релативно кратком периоду, за само пола века хемодијализ је постала технолошки готово савршена метода, са неколико различитих терапијских модалитета који у великој мери могу да замене комплексну улогу бубрега у људском организму.

Високе технолошке могућности индивидуалног прилагођавања дијализне про-

цедуре потребама болесника, омогућиле су и развој специфичног концепта квалитета живота особа које се овом процедуром хронично лече. Повећање квалитета живота је примарни циљ лечења болесника у терминалној фази бубрежне инсуфицијенције, и један од најприменијих показатеља ефикасности примењеног начина лечења.<sup>(3)</sup> Управо због тога, анализа квалитета живота данас није само поље интересовања лекара нефролога, већ и дипломираних медицинских сестара, психолога и социјалних радника, који из различитих научних углова сагледавају и испитују утицај специфичног начина лечења терминалне бубрежне слабости на свакодневни живот ових болесника. Процена квалитета живота је у више различитих студија показала добру корелацију са клинички значајним параметрима исхода лечења бубрежних болесника, због чега је данас и постала базични научни концепт савремене здравствене неге у нефрологији.<sup>(4)</sup>

## 2. КВАЛИТЕТ ЖИВОТА БОЛЕСНИКА ЛЕЧЕНИХ ПОНОВЉЕНИМ ХЕМОДИЈАЛИЗАМА

Хемодијализа представља методу вантелесне депурације крви која се примењује код болесника са акутним или хроничним затајењем бубрежне функције. Хронична, понављана хемодијализа је основни вид лечења у завршној фази реналне инсуфицијенције, и, као таква, једино она има значај са аспекта процене квалитета живота оболелих, будући да се акутна хемодијализа примењује само као краткотрајни терапијски метод у третману појединих ургентних стања.<sup>(4)</sup>

Развој и унапређење технологије извођења дијализне процедуре је резултат сталних истраживања у овој области, која су довела до израде дијализних мембрана високе селективне пропустљивости и конструисањем машина на којима са високом

прецизношћу могу да се изводе различити модалитети лечења поновљеним дијализама. Хемодијафилтрација, као најкомплекснији вид лечења дијализом, комбинује принципе хемодијализе и хемофилтрације, односно дифузијске и конвективне транспортне механизме, како би омогућила боље одстрањење молекула средње и велике молекулске тежине и бољу искористљивост високопропусних дијализних мембрана, а тиме и бољи терапијски ефекат.<sup>(5)</sup> Хемодијафилтрацијом се, уопштено посматрано, у потпуности не може надокнадити само улога бубрега у еритропоези, али је доступношћу циљане, високоефикасне терапије еритропоетинима и овај недостатак данас постао практично занемарљив. Добар терапијски ефекат је од суштинске важности за добру контролу бubreжне слабости и превенцију настанка последичних коморбидитета, а самим тим представља и солидну основу за добар квалитет живота болесника који су подвргнути овом начину лечења.<sup>(6)</sup>

## 2.1. Значај процене квалитета живота у медицини и здравственој нези

Према Светској здравственој организацији (СЗО, WHO), квалитет живота условљен здрављем (Health Related Quality of Life, HRQoL) дефинише се као индивидуална процена самог болесника о томе колико болест и примењена терапија утичу на његов физички, социјални или емоционални осећај „доброг“.<sup>(1)</sup> Иако здравствени радници могу дати свеукупну објективну клиничку процену тежине оболења или степен насталог погоршања, потпуно је неприкладно да они дају и оцену квалитета живота болесника. Процена квалитета живота је искључиво субјективне природе и зависи од личног доживљаја самог болесника, јер једино болесник има непосредан и потпун увид у своја осећања, мисли и утицај болести на његове животне околности.<sup>(1, 2)</sup> Са медицинске стране посматрано, претпоставља се да ће, уколико су један или више објективних показатеља

тежине оболења побољшани, и квалитет живота болесника у вези са здрављем такође бити побољшан. Међутим, пракса често показује да то и није увек тако – болесник се може осећати или функционисати боље а да то не буде у вези са било којим објективним показатељем побољшања здравственог стања. Управо због ове чињенице, квалитет живота треба схватити као посебан аспект процеса неге и лечења који се значајно разликује од најчешће примењиваних стандардних клиничких исхода у медицинској пракси, јер клиничке манифестије оболења представљају само један од неколико чинилаца свеукупног квалитета живота хроничних болесника.<sup>(2)</sup>

Здравствена нега као ужа научна област медицинских наука којом се професионално баве медицинске сестре, доктринално заступа холистички приступ у утврђивању индивидуалних потреба болесника за негом. За разлику од неге болесника као претходне професионалне, али не и научне делатности у професији сестринства, здравствена нега процењује болеснико здравље на основу свеобухватних карактеристика и потреба једне јединке – физичких, менталних и социјалних, а не само на основу присуства или одсуства неког оболења.<sup>(7)</sup> Циљ пружања интервенција здравствене неге је потпuna рехабилитација оболеле особе, не само медицинска, већ и психолошка, радна и социјална, због чега процена квалитета живота представља један од основних инструмената у евалуацији остварене индивидуалне неге.<sup>(8)</sup> Бројна истраживања показују да је управо квалитет живота оболелих једна од најчешћих области којима се дипломиране медицинске сестре баве у преклиничкој и клиничкој здравственој заштити, као и да је то најчешћа тема одбрањених докторских дисертација у западној Европи и САД у професији сестринства.<sup>(7)</sup>

## 2.2. Фактори који утичу на квалитет живота дијализираних болесника

У клиничким студијама испитивања лекова или терапијских режима постоје јасно дефинисани критеријуми када треба мерити квалитет живота. Уколико примена неког лека или терапијске процедуре не-посредно спасава живот или у кратком временском периоду доводи до излечења или значајног побољшања здравственог стања, процена квалитета живота болесника нема ни практични, ни научни значај.<sup>(1)</sup> Мерење квалитета живота има значај само у ситуацијама када примењени лек или терапијска процедура:

- остварује малу или умерену корист у односу на постојећи ризик од нежељених дејстава,
- има само делимично лековити ефекат,
- представља изузетно скуп начин лечења неког оболења, или
- дуготрајном, временски неограниченом применом ефикасно отклања симптоме болести, истовремено изазивајући лаке или умерене нежељене ефекте, или захтева успостављање посебног животног режима ради примене потребне терапијске процедуре.<sup>(1, 2)</sup>

Због последњег наведеног, процена квалитета живота је, уз израчунавање индекса ефикасности дијализе ( $Kt/V$ ), постала један од два основна показатеља ефикасности оствареног лечења и здравствене неге код болесника на хроничном програму хемодијализе.<sup>(9)</sup>

Међутим, и поред неоспорних чињеница да је хемодијализа, бар до трансплантије, једини могући начин лечења болесника са хроничним затајењем бубрежне функције, као и да је објективно могуће да дијализни болесници имају квалитетан живот, у пракси се веома често среће другачија ситуација. Сазнање да им живот у потпуности зависи од машине за дијализу и умешности здравственог особља, да ће све животне активности морати да подреде

обављању дијализе, постојање страха од могућих компликација, инвалидитета, беспомоћности, па и саме смрти, неизоставно доводе до развоја психичких поремећаја код ове популације болесника.<sup>(10)</sup> Иако степен и начин испољавања у највећој мери зависе од преморбидне структуре личности и развијености менталних капацитета за адаптацију, психолошки проблеми су у мањој или већој мери, повремено или стално, присутни код свих болесника који се лече поновљеним дијализама, неизоставно утичући у одређеном степену и на свеукупни квалитет живота ових особа. Депресија је уопште честа појава међу болесницима који болују од хроничних болести, а подаци из литературе указују да приближно 18% болесника у терминалном стадијуму бубрежне болести има озбиљно изражене симптоме депресије.<sup>(11)</sup> Лош квалитет, нередовност или непостојање сексуалних активности је и даље чест проблем код болесника на дијализи, било као последица насталих соматских промена (еректилна дисфункција, сувоћа вагине), ауто или хетеростигматизације. Сексуални нагон се после нагона за самоодржањем сматра другим по јачини, па је сасвим очекивано да ће особа која трпи сексуалну фрустрацију имати и лош квалитет живота.<sup>(12)</sup>

Савремене дијализне процедуре попут хемодијафильтрације обезбеђују задовољавајући квалитет живота болесника, али, нажалост, здравствени прописи у нашој земљи предвиђају да примена овог терапијског модалитета може чинити тек 20% од укупног броја изведенih сесија у једном дијализном центру. Због тога, поред депресије чија појава није у вези са врстом примењене терапијске процедуре, на низак ниво квалитета живота дијализираних болесника и данас утиче честа појава бројних коморбидитета и других чиниоца у вези са соматским здрављем, као што су:

- дијабетес мелитус,
- хипертензија и срчана инсуфицијенција,
- анемија,

- поремећаји коагулације,
- неуролошки поремећаји,
- хепатитис Б и Ц и
- општа склоност ка инфекцијама.<sup>(3, 5)</sup>

И са социјалног аспекта посматрано, свакако постоји низ фактора који се могу негативно одражавати на квалитет живота болесника на дијализи. Подршка, прихватање и прилагођавање новом начину живота оболеле особе у породичном окружењу могу бити велики ослонац у превазилажењу насталих животних промена, али и веома јак окидач за депресију или суицид, уколико изостану. Професионална рехабилитација је један од најважнијих циљева свеобухватног рехабилитационог процеса болесника на хемодијализи, али и један од најважнијих параметара који, поред здравственог стања, у великој мери утиче на квалитет живота.<sup>(9)</sup> Истраживања су показала да у Србији изузетно мали број болесника наставља са претходном или било каквом другом професионалном делатношћу након започињања лечења хемодијализом, за разлику од земаља западне Европе, у којима је веома развијена мрежа пружања социјалне подршке и професионалне рехабилитације овој групи хроничних болесника.<sup>(5)</sup> На крају, не треба заборавити и да новчани приходи у развијеним земљама омогућавају лакше остваривање лечења кућном дијализом, што је у нашој земљи још увек само привилегија оболелих извиших друштвених класа. Кућна дијализа је најбољи начин прилагођавања лечења потребама и животним навикама оболеле особе, што може да у великој мери позитивно утиче на субјективан доживљај квалитета живота.

### **2.3. Методе и инструменти процене квалитета живота код болесника на хроничној хемодијализи**

Мерење квалитета живота у вези са здрављем се врши помоћу посебно конструисаних и стандардизованих здравствених упитника. Стандардизација упитника омо-

гућава њихову рутинску примену у свакодневној пракси и ствара могућност за научну и статистичку обраду добијених података.<sup>(13)</sup>

Упитници за процену квалитета живота могу да буду општи и специфични. Општи упитници су конструисани за широку примену у различитим популацијама, али морају обухватити све аспекте здравља према познатој дефиницији СЗО (физичка, психичка и социјална димензија здравља). Иако се помоћу њих може добити увид у опште здравствено стање једне популације, ови упитници не обрађују значајне аспекте здравља код специфичних група болесника, попут оних који се лече поновљеним дијализама.<sup>(3)</sup> Специфични упитници за процену квалитета живота се углавном састоје из два дела: први обрађује опште аспекте здравља испитаника, док је други део прилагођен специфичним потребама у вези са хроничним оболењем које се испитује.<sup>(4)</sup>

Еволуција испитивања квалитета живота код болесника на хроничном програму хемодијализе је историјски прошла кроз три развојне фазе:

1. рани период (1966–1972. године), у коме је емпиријски приступ најмање био изражен, али се појам „квалитет живота“ коначно уводи у Index medicus;
2. прелазни период (1973–1980. године), који се карактерише увођењем психо-социјалних димензија у све аспекте бриге о болеснику, што је било од посебног значаја за здравствену негу, и
3. савремени период (од 1981. године до данас), у коме квалитет живота добија научни и практични значај.<sup>(14)</sup>

#### **2.3.1. KDQOL – SF упитник за процену квалитета живота**

Од 1994. године за процену квалитета живота болесника који се лече поновљеним хемодијализама постоји специфични инструмент – упитник KDQOL – SF (Kidney Disease Quality of Life questionnaire, Short form). Основно језгро овог упитника чини

општи SF – 36 упитник о квалитету живота, који обрађује домене физичког, психичког и социјалног здравља. Овај упитник је на-менски допуњен са више ставки које специфично обрађују проблеме здравља болесника на хемодијализи.<sup>(13)</sup>

Први део KDQOL – SF упитника обрађује опште проблеме физичког, психичког и социјалног здравља, а у завршном делу овог сегмента од испитаника се захтева да самостално рангира своје опште здравствено стање, од најгорег до најбољег могућег.

Short Form – 36 упитник обрађује следеће домене здравља:

- физичко функционисање,
- евентуално ограничење активности због физичких проблема,
- присуство бола,
- субјективну перцепцију општег здравственог стања,
- емоционално доживљавање „доброг“ („well being“),
- стање емоција,
- остваривање социјалне функције,
- субјективни осећај присуства или одсуства енергије и замора.<sup>(5, 13)</sup>

Други део KDQOL – SF упитника садржи циљно усмерена питања у вези са проблемима здравља који су изазвани бubreжном болешћу и хемодијализом, а на основу којих су формиране скале за процену квалитета живота; питања не смеју имати исти редослед у упитницима, јер се у случају групног испитивања на тај начин обезбеђује објективност добијених одговора. У овом делу упитника испитаници дају одговоре на питања у вези са:

- симптомима и проблемима здравља,
- ефектима бubreжне болести и дијализе на дневне активности,
- оптерећеношћу бubreжном болешћу,
- радном способношћу и задовољством радом,

- стањем и очуваношћу когнитивних функција,
- квалитетом социјалних интерреакција,
- очуваношћу, функционалношћу и квалитетом сексуалне функције,
- спавањем и квалитетом сна.<sup>(5)</sup>

У зависности од потреба испитивања и доктрине установе, овај део KDQOL – SF упитника може садржати и три додатне стандардизоване скале за процену квалитета живота које се односе на социјалну подршку, подршку од стране особља на хемодијализи и личну сatisfactionју болесника.<sup>(5, 13)</sup>

Скала симптоми/проблеми процењује опсег постојећих сметњи (нема, повремено, умерено, често, стално) током последњих 30 дана, а које су посебно значајне за бubreжне болеснике и односе се на постојање:

- бола у мишићима,
- бола у пределу леђа, груди, екстремитета,
- главоболје,
- грчева скелетне мускулатуре током дижализе,
- модрица по телу,
- свраба коже,
- отежаног дисања,
- вртоглавице,
- смањења апетита,
- појачане жеђи,
- укочености руку и ногу,
- проблема у вези са памћењем,
- замагљења вида,
- мучнине и/или повраћања.<sup>(14)</sup>

Истраживање квалитета живота болесника на хроничном програму хемодијализе захтева од здравственог радника потпуно познавање потенцијалних проблема свих аспеката здравља циљне популације. Болесници на хемодијализи представљају специфичну популацију пацијената – најчешће су у потпуности упознати са својом болешћу и дијализном процедуром, а није

реткост да због специфичних психичких промена парадоксално имају хостилан став према здравственим радницима, нарочито медицинским сестрама. Због тога је вештина комуникације изузетно пожељна и потребна особина свих здравствених радника који раде у одељењима за хемодијализу, а нарочито оних који се баве истраживањем квалитета живота дијализираних болесника.

Квалитет живота се може испитивати индивидуално или обрадом података добијених од групе испитаника. Групно испитивање квалитета живота се периодично и организовано спроводи у свим дијализним центрима у циљу процене квалитета остварених здравствених услуга. Етички принципи налажу да мора бити анонимно, а чине га четири етапе:

1. формирање узорка испитаника (не сме бити мањи од 30 болесника, осим уколико се врши појединачно испитивање које се неће статистички обрађивати),
2. анонимно испитивање болесника помоћу KDQOL – SF упитника,
3. анализа и статистичка обрада добијених резултата, и
4. доношење закључка и предлога мера које ће допринети побољшању квалитета живота код болесника који се дијализирају у центру.<sup>(4, 14)</sup>

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вукадиновић Н. Квалитет живота хроничних болесника. Општа медицина. 2011; 17(1–2); 56–61.
2. Вулетић Г. (уредник). Квалитета живота и здравље. Осијек: Филозофски факултет Свеучилишта J.J. Strossmayera, 2011; pp 9–14.
3. Петровић Л, Митић И, Божић Д, Водопивец С, Ђурђевић – Мирковић Т. Квалитет живота болесника са хроничном бубрежном инсуфицијацијом. Мед. Прегл. 2006; LIX (9–10): 411–14.
4. Петровић Г, Вујичић Б, Павлетић – Першић М, Рачки С. Квалитета живота везана уз здравље у болесника лијечених надомјештањем бубрежне функције. Medicina fluminensis 2010; 46(4): 513–18.
5. Хрвачевић Р. Савремене методе дијализе. Београд: Fresenius medical care; 2012.

## 3. ЗАКЉУЧАК

Евалуација квалитета и успешности лечења поновљеним хемодијализама се, уз одређивање индекса ефикасности дијализе, све чешће заснива и на субјективној процени квалитета живота дијализираних болесника. Док је у првим деценијама примене дијализе најважнији циљ био продужење живота болесника, у следећим деценијама се настојало да се тај продужени живот обогати што бОльим квалитетом живљења. Болесници најбоље опажају стање свог нарушеног здравља и њихова самостална процена може веома прецизно указати на степен успешности примењеног начина лечења и здравствене неге. Управо због тога, процена квалитета живота је од суштинске важности за професију сестринства, чији је основни циљ очување или побољшање свих аспеката здравља појединца и заједнице. Могућ прогностички значај анализе квалитета живота за преживљавање болесника на хроничној хемодијализи, а посебно менталне и физичке компоненте, омогућује здравственим радницима рану детекцију болесника са ризиком неповољног исхода лечења. Због свега наведеног, побољшање квалитета живота и индивидуално прилагођавање дијализне процедуре сваком болеснику понаособ, представљају основу добрe клиничке праксе и примереног лечења болесника у завршној фази хроничне бубрежне инсуфицијенције.

6. Сташевић З. и сар. Процена адекватности хемодијализе при употреби различитих дијализних мембрана, Грачаница: КБЦ Приштина; 2007.
7. Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. *J Clin Nurs.* 2006 Sep; 15(9): 1188–95.
8. Тијанић М, Ђурановић Д, Рудић Р, Миловић Љ. Здравствена нега и савремено сестринство. Београд: Научна КМД; 2010.
9. Mrdušić-Đujić N. Квалитета живота болесника на хемодијализи. *Acta Med Croatica.* 2016; 70:225–32.
10. Jadouelle V, Hoyois P, Jadoul M. Anxiety and depression in chronic hemodialysis: some somatopsychic determinants. *Clin Nephrol* 2005; 63: 113–8.
11. Петковић Н, Ристић С, Симић–Огризовић С. Депресија код болесника лијечених редовним хемодијализама. *Биомедицинска истраживања.* 2011; 2(1): 33–9.
12. Weisbord SD. Sexual Dysfunction and quality of life in patients on maintenance dialysis. *Sem Dialysis.* 2013; 26:278–80.
13. Стојимировић Б, Нешић В. Инструменти за испитивање квалитета живота. Зборник радова Прве Југословенске школе перитонеумске дијализе, Београд, 1998.
14. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001; 38: 443–64.

---

**Контакт:** Дејан Живановић, КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ Дедиње, Београд, Клиника за урологију, Одељење хемодијализе, НХ Милана Телића 1, 11000 Београд, Србија.  
E-mail: zivanovic\_dejan@yahoo.com, телефон: +381 60 5291275

# ЗДРАВСТВЕНИ, СОЦИЈАЛНИ И ДЕМОГРАФСКИ АСПЕКТИ НЕКИХ РИЗИЧНИХ ПОНАШАЊА МЛАДИХ

Стеван Литвињенко<sup>1</sup>

## HEALTH, SOCIAL AND DEMOGRAPHIC ASPECT OF SOME RISK BEHAVIOURS IN ADOLESCENTS

Stevan Litvinjenko

### Сажетак

Развој међународног саобраћаја и туризма, миграција радне снаге и експанзија злоупотребе дрога у свету, којима су се последњих година придржали глобална економска криза, пораст незапослености и тешкоће у решавању свакодневних егзистенцијалних проблема, временом су код младих произвели нова схватања и навике и допринели појави неприлагођености, нарушању, па и распаду традиционалних правила понашања у породици и социјалном окружењу. Импресивна достигнућа у информативној технологији и широк продор персоналних рачунара у домове и школе омогућили су младим генерацијама ранији приступ у разна знања, укључујући и она о сексуалном животу човека, што је допринело ранијем сексуалном сазревању и стицању првог сексуалног искуства у млађем узрасту, отуђивању од породице и замени њеног утицаја осећањем припадности вршињацима као и излагању вишеструким ризичним понашањима (пушење, алкохол, конзумирање дрога, насиљничко понашање, незаштићени сексуални односи, коцка), нарочито погубним за девојчице (болести репродуктивних органа, нежељена трудноћа, абортус, стерилизитет, прекид школовања, поремећаји односа у окружењу). Највећа стопа прекида трудноће код адолосценција у Европи (заједно са Великом Британијом) представља деградацију биолошког потенцијала популације носилаца демографског развоја. Образовно-васпитне активности ради превенције ризичних понашања адолосцената треба започети још у преадолосцентном периоду (у петом

### Summary

*Development of international traffic and tourisme, migration of working society, spread of drug addiction disease and subsequent global economic crisis, unemployement as well as troubles in solving everyday existential problems in young people gradually contributed to unadaptability, disturbance and even to the breakdown of traditional rules of behaviour within families and social surrounding. The wide influx of personal computers in home and schools has enabled to young generation earlier access to various knowledges including those relating sexuality. It has contributed to the earlier sexual maturity and sexual contacts in younger period of life. Alienation from family and replacement of her influence with the feeling of belonging to the persons of same age, exposure to various risky behaviours (smoking, alcohol, drug addiction, unprotected sexual contacts, gambling), especially dangerous for girls (diseases of reproductive organs, undesirable gravidity, abortus, sterility, break up of schooling and disturbances of social relations). The worrysome fact is the highest abortion rate in adolescent girls in Europe (together with Great Britain). Health education to prevent risc behaviour in young people should be perfomed in schools in pre-adolescent period (fifth class of elementary) school respectively in age before experiencing first sexual contact. Every pupil has at least one teacher, some students do not have parents, however, not every parent is interested or capable in opening such a delicate subject with his child. Corresponding educational programme integrated in teaching curricula of elementary schools will contribute to positive demographiec development in Serbia.*

<sup>1</sup>Прим. др Стеван Литвињенко, Српско лекарско друштво, Београд, Србија (Serbian Medical Society, Belgrade, Serbia).

разреду основне школе), тј. у доба пре него што доживе своје прво сексуално искуство. Сваки ћак има најмање једног учитеља (наставника), док неки ученици немају родитеље. Међутим, није сваки родитељ склон или способан да отвара тако деликатну тему са својим дететом. Уношење одговарајућих едукативних садржаја у наставне програме основних школа до-принеће стимулисању позитивног демографског развоја Србије.

**Кључнеричи:** ранијесексуалносазревање; ризична понашања; незаштићени сексуални контакт; наркоманија; депопулација; ране превентивне мере.

---

## УВОД

Другу половину прошлог века обележили су снажан развој међународног саобраћаја, миграција радне снаге, експанзија злоупотребе дрога и почетак дуготрајне пандемије ХИВ-а. Последњих година су им се придружили глобална економска криза, пораст незапослености и тешкоће у решавању свакодневних егзистенцијалних проблема. Ови чиниоци су код младих временом произвели нека нова схватања и навике и допринели поремећају система вредности, као и појави неприлагођености, нарушавању, па и распаду традиционалних хијерархијских односа и правила понашања у породици, школи и социјалном окружењу.

Део младих у размишљањима о својој будућности и изгледима запошљавања по завршетку школовања показује индиферентност према знањима стеченим у школи. На основу истраживања Завода за проучавање културног развоја из 2011. године о културном животу и потребама ученика средњих школа у Србији, којима је обухваћено 2.500 ученика у 56 школа из 33 града, трећина ученика чита лектиру само кад мора, а преостали само тек један наслов годишње. Највећи део слободног времена проводи се испред телевизора, на

**Keywords:** early sexual maturity, risk behaviours, unprotected sexual contact, drug addiction, depopulation, early preventive measures.

Фејсбуку, у слушању музике, док највише средњошколца сматра да највеће проблеме младих представљају наркоманија, насиљничко понашање и алкохолизам.<sup>(1)</sup> Не мали број усмерава своју будућност ка естради која ставља у изглед „новац, публицитет и прилику да се постане неко“.

Време у којем живимо означила су и импресивна достигнућа у информативној технологији, а широк прород персоналних рачунара у домове и школе омогућио је данашњим генерацијама девојчица и дечака да, за разлику од својих родитеља, остваре ранији, доступнији и обимнији приступ знању из различитих области, укључујући и она о сексуалном животу человека. Овим путем стечена или од вршиљака интерпретирана знања побуђују радозналост, подгревају мајшту и стимулишу убрзавање сексуалног сазревања и стицања првог сексуалног искуства, доприносећи померању почетка пубертета ка млађем узрасту.

## ИЗЛАГАЊЕ РИЗИЧНИМ ПОНАШАЊИМА И ЊИХОВЕ ПОСЛЕДИЦЕ

Пубертет, који представља процес телесног, психичког и социјалног сазревања, карактеришу развијање свести о сопственој

личности, као и потреба за ослобађањем од ауторитета родитеља и за доношењем властитих одлука. Неспособност младих бића да ове промене у себи контролишу и прилагоде нормама понашања у породичној средини доводи често до отуђивања од породице и замењивања њеног утицаја осећањем припадности вршњацима, чија мишљења и ставови добијају на важности. Ово издавање представља почетак излагања вишеструким опасностима. Слободно време, па и знатан део времена на рачун школских обавеза, почиње да се проводи у глуварењу (у жаргону блејању, кулирању) по пакетовима, на улици, у крају. У тим групама се стиче навика пушења, конзумира алкохол, започиње са испробавањем илегалних дрога и доживљава прво сексуално искуство. Део њих постаје склон насиљу, а неко роб коцкања, најтеже болести зависности.

Ова ризична понашања обично теку паралелно, збрајајући штетне здравствене последице и генеришући материјалне и социјалне проблеме који се преливају на породично и шире окружење.

Како социјално сазревање у пубертету заостаје за почетком телесног, опасност од последица ризичних понашања расте са започињањем у млађем узрасту. Стога је и незаштићени сексуални однос (без заштитних средстава) чешћи уколико су партнери млађи, те су и његове последице (сексуално преносиве болести, нежељена трудноћа, стерилитет, пратећи психолошки и социјални проблеми) бројније међу млађим партнерима.

Код девојица, због ранијег почетка пубертета и стицања сексуалне зрелости, излагање ризичним понашањима почиње две године раније него код дечака. Стога су адолосценткиње, како због потенцијално већег броја сексуалних партнера у односу на своје вршњаке, тако и због анатомских особености женског пола, изложене бројнијим и разноврснијим штетним последицама ступања у незаштићене сексуалне односе. Тако се опасности од сексуално

преносивих болести, као што су: хламидијаза, ХИВ инфекција, хепатитис Б, генитални херпес, хумани папилома вирус, трихомонијаза, гонореја и др., придржују нежељена трудноћа, абортус и оштећења репродуктивних органа (запаљење јајовода), стерилитет, поремећај душевне равнотеже и породичних односа, прекид школовања, економски и социјални проблеми.

У савременом друштву постоји тенденција померања доба првог сексуалног искуства ка млађем узрасту. Према налазима студије Светске здравствене организације (СЗО), велики број адолосцената у Европи доживео је прво сексуално искуство пре навршених 15 година живота. Тако је у Енглеској удео сексуално активних девојака до тог узраста износио 40,4%, а код младића 35,7%. У Шкотској је то учешће износило 34,6%, односно 32,9%, у Шведској 30,9% и 25,3%, у Немачкој 33,5% и 22,5%, Финској 31,1% и 23,0%, Италији 20,5% и 27,2%, Словенији 21,6% и 30,8%, Хрватској 9,7% и 23,2%, Руској Федерацији 16,4% и 40,9%, Украјини 24,0% и 47,2% итд.<sup>(2)</sup>

Тенденцију доживљавања првог сексуалног искуства у млађим годинама адолосцената и у нашем друштву потврђују проучавања сексуалног понашања ученица другог разреда различитих средњих школа у Новом Саду. Тако је 1964. године сексуална активност ученица у узрасту од 16 до 17 година била присутна код само 2,2% испитаница. Већ у 2000. години је сексуално искуство до тог узраста доживело 26,2% девојака.<sup>(3)</sup>

Др Катарина Седлецки, генерални секретар Европског удружења за репродуктивно здравље и начелница Републичког центра за планирање породице, наводи податак да у Србији годишње абортира око 8.000 младих девојака у узрасту од 15 до 19 година, чиме Србија по стопи прекида трудноће адолосценткиња, заједно са Великом Британијом, предњачи у Европи!<sup>(4)</sup> А управо генерације младих људи представљају популацију будућих родитеља, од чијег репро-

дукционог понашања и здравственог стања зависи и демографски развој Србије.

Део младих, због неспособности за суочавање са реалношћу свакодневице, опредељује се за бег у артефицијелни, имагинарни свет, у коме се дрогом доћарава илузија спокоја и сигурности. Процене Министарства здравља из 2011. године указују на цифру од 150.000 зависника у Србији, од којих је не мање од 24.000 инјектирајућих наркомана.

До првог сусрета са дрогом у просеку долази се у 15. години живота, али је све већи број зависника у 14, 13. и 12. години. Епидемиолог др Мирослав Спасић је још 2001. године реферисао о дванаестогодишњацињи у Нишу која је у себе инокулисала хероин.<sup>(5)</sup> Све је више младих који се примају у институције за лечење.

Уношење дрога у организам продукује у кратком времену разне физичке и психичке поремећаје који већ у младим годинама прогредирају у тешко телесно, психичко, економско и социјално пропадање, прекраћено фаталним исходом у случају узимања прекомерне дозе.

Истраживања вршена у популацији инјектирајућих корисника дрога у Београду, Нишу и Новом Саду у периоду 2007/2008. године (Министарство здравља и Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“) указала су да је прво сексуално искуство пре 15. године живота имало близу 30% испитаника, као и да је готово две трећине испитиване популације у сва три града имало у последњих годину дана два и више партнера.<sup>(6)</sup>

Инокулисање дрога удружене са игнорисањем коришћења заштитних мера у сексуалном контакту још више повећава ризик од заразе узрочницима хепатитиса Б, хепатитиса Ц и ХИВ-ом, док неодољива потреба за дрогом код зависника без финансијских средстава представља повод вршења криминалних радњи.

Алкохол отупљује ефекте префронталне регије великог мозга која контролише

инстинктивна понашања и отвара пут задовољавању сексуалних потреба. Под утицајем алкохола припадници оба пола постају отворенији за секс, као и друга ризична понашања, при чему су опасности веће уколико су актери млађи.

За зависност од пушења дувана се везује чешће оболевање од карцинома плућа, гласних жица, инфаркта миокарда, хроничне инфламаторне болести артерија и вена екстремитета (Биргерова болест). Пушењу, као и пасивном излагању дуванском диму, придаје се велика улога у настајању хроничне опструктивне болести плућа, од које према процени СЗО у свету болује преко 200 милиона људи.

## УЛОГА ШКОЛЕ У ПРЕВЕНЦИЈИ РИЗИЧНИХ ПОНАШАЊА

Померање почетка периода пубертета ка млађим годинама, као и раније стицање првог сексуалног искуства (најчешће без заштитних средстава), удружене са другим опасним понашањима ризичним по здравље младих, условили су потребу померања ка млађем узрасту популације на коју треба приоритетно усмеравати информативно васпитне активности. О томе је писано још 1989. године,<sup>(7)</sup> а да „информативно едукативне делатности треба усмеравати првенствено каadolесцентима (тинејџерима), па и раније, у преадолесцентном периоду (5. и 6. разред основне школе), тј. у добу пре него што доживе свој први сексуални контакт или пак унесу у себе дрогу интравенским путем“, излагано је и на стручном скупу у Сарајеву 1991. године.<sup>(8)</sup>

Овакав став је добио подршку Светске здравствене организације 1992. године у публикацији „Здравствена едукација у школама у циљу превенције сиде и сексуално преносивих болести“, у којој, на 21. страни, између остalog стоји: „Расположиве информације указују да је најпримереније време за едукацију о дрогама, сексуалности и

односима са околином, пре него што ученици достигну узраст у коме почињу ризична понашања“.<sup>(9)</sup>

Идентични стратешки приступ је 1995. године нашао место и у „Програму за превенцију и контролу сиде (АИДС-а) у Савезној Републици Југославији“, који је сачинила тадашња Савезна комисија за заштиту од сиде,<sup>(10)</sup> на страни 5 ове брошуре стоји дословно: „Програмске активности биће посебно усмерене на следеће групације: 1) децаци и девојчице преадолесцентног периода; 2) адолосценти... итд.“

Дужност спровођења ових активности треба да преузму просветни радници. Свако дете мора да иде у школу, а сваки ученик има најмање једног учитеља, наставника. Међутим, нема свако дете родитеље. Део деце има оба, неки имају само једног, док неки ниједног родитеља. Постоје и деца са оба родитеља, али из разорених бракова, или им се родитељи не интересују за потребе, склоности, проблеме, начин ко-ришћена слободног времена, блиске другове и другарице своје деце, која на тај начин остају лишена родитељске топлине и савета. Постоје и родитељи који због конзервативних ставова нису склони отварању тако осетљивих тема са својом децом. Утолико више остаје на школи, као најпоузданјем васпитном чиниоцу у критичном добу одрастања, да ученицима обезбеди своју драгоцену помоћ.

Уношење одговарајућих едукативних садржаја, припремљених у сарадњи са здравственом службом, у наставне програме основних школа, допринеће да активности за превенцију ризичних понашања постану систематске и континуиране.

Ове активности треба започети још у петом разреду основне школе, тј. у добу када је јединка већ доволно зрела да на основу примљених информација формира своје ставове и понашања. Каснији савети, код особа које су већ оформиле своје навике, могу често имати ефект гласа вапијућег у пустињи.

Овде треба посебно истаћи да основна школа представља константу у одређеном добу сваког грађанина ове земље. У том смислу значај породица са складним односима њених чланова је огроман, али као што је напред поменуто, велики је број породица у којима, из разних разлога, њихови наследници немају потребне услове да буду обликовани у трезвене грађане са цивилизованим односом према ужој и широј околини, као и поштовању друштвених вредности. У својењу разлога који указују на неопходност улоге школе као институционалног чиниоца у борби друштва против ризичних понашања младих,

- увођењем здравствено-социјалног васпитања у наставне програме за основне школе омогућено је остварити комплетан увид у популацију преадолесцената у петом разреду основне школе;
- школа омогућава континуирани едукативно васпитни рад са сваким обvezником без обзира на актуелно стање у породици, односно окружењу;
- школски програми су засновани на савременим знањима и искуствима која младима преноси за ту сврху претходно обучени наставни кадар;
- извођење едукативно здравствених програма у школама омогућава рад институције стручног надзора над радом наставника и формирању утиска о знањима и понашању ученика.

Напомињемо да је министар образовања одобрио увођење здравственог васпитања у основне школе.

## ЗАКЉУЧАК

Историјска дешавања и токови у прошлом и веку у којем живимо, снажан развој информативне технологије, раније сексуално сазревање и планетарна распрострањеност злоупотребе дрога, временом су код младих произвели нова схватања и навике и довели до промене традицио-

налних правила понашања у породици и друштвеном окружењу. Отуђивање од породице и њеног утицаја, запостављање школских обавеза на рачун „кулирања“ у крају, раније доживљавање првог, најчешће незаштићеног сексуалног контакта, алкохол, испробавање дрога, са пратећим погубним последицама упућују на започињање активности за превенцију ризичних понашања младих још у једанаестој години живота (петом разреду основне школе).

---

## ЛИТЕРАТУРА

1. Mrđa C. Културни живот и потребе ученика средњих школа у Србији. Завод за проучавање културног развитка, Београд, 2011.
2. Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.
3. Капор Стануловић Н, Капамађија А. Follow-up студија о знању и понашању младих у регулацији фертилитета (1964–1980–2000). Социјална мисао, 2000; (3–4): 149–54.
4. Седлецки К. Пресс. Београд. 24. 5. 2011.
5. Спасић М, Петровић Б, Тиодоровић Б, Величковић З, Коцић Б, Тасић Г, и сар.
6. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од ХИВ-а. Министарство здравља, Београд, 2008.
7. Литвињенко С, Грегорић Д. Не умирите због незнაња. Алтера, Београд, 1989.
8. Литвињенко С. Сида у свету и код нас – могућности обуздавања ширења ХИВ инфекције. Зборник радова у част академика Јакоба Гаона. Академија наука и умјетности БиХ, Сарајево, 1991; 47–57.
9. WHO. School Health Education to Prevent AIDS and Sexually Transmitted Diseases. WHO, Geneva, 1992.
10. Програм за превенцију и контролу сиде (АИДС-а) у Савезној Републици Југославији. Савезна комисија за заштиту од сиде, Београд, 1995.

Основне школе треба да имају носећу улогу у информативно-васпитним активностима за превенцију ризичних понашањаadolесцената. Пошто млади људи представљају носиоце демографског развоја, заштита њиховог здравља и репродуктивног потенцијала има изузетан значај за успостављање позитивног тренда у природном кретању становништва Србије.

---

**Контакт:** Прим. др Стеван Литвињенко, Оморика 2/23, 11000 Београд, Србија,  
тел.: 0116507405, stevan.l@sezampro.rs, stevan.litvinjenko1@gmail.com

---

## ПРИСУСТВО ИНТЕРНЕТ ЗАВИСНОСТИ КОД УЧЕНИКА СРЕДЊИХ ШКОЛА\*

Игор Лукић<sup>1</sup>, Драгица Ранковић<sup>2</sup>, Невена Ранковић<sup>3</sup>

## THE PRESENCE OF INTERNET ADDICTION AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS

Igor Lukić, Dragica Ranković, Nevena Ranković

\*Рад је извод из магистарске тезе „Пријузство интернет зависности код ученика средњих школа“ Игора Лукића, одбрањене на Медицинском факултету у Новом Саду, из области Здравствене неге. Истраживање је реализовано анонимно и добровољно у сарадњи са ученицима и професорима Медицинске школе „Др Миша Пантић“ у Ваљеву.

### Сажетак

Зависност од интернета је савремени облик зависности који се манифестише као стање појединца у коме је употреба интернета постала најважнија животна активност у односу на остале животне активности, у тој мери и на тај начин, да га изолује од других друштвених активности и да доноси штетне последице како по њега самог тако и по његову породицу. Карактеристични примери кодadolесцената: несаница, породичне несугласице, кашњења у школу или изостајање и избегавање школских обавеза, нервоза, умор, физичке промене, као што су занемаривање личне хигијене, мршављење или супротно гојазност, кривљење кичме и слично. Број корисника интернета, а и његових зависника, сваког је дана у порасту. Овим истраживањем желимо да утврдимо у којој мери и да ли постоји код ученика средњих школа.

**Кључне речи:** интернет зависност, интернет, болести зависности.

### Summary

*Internet addiction is a modern form of dependence, which manifests itself as a state of the personal, where the Internet has become the most important life activity in comparison to other life activities, to that extent and in that way to isolate him from other social activities and to bring harmful consequences, both for himself and for his family. Typical examples of adolescents: insomnia, family disagreements, delays in school or absenteeism and avoiding schoolwork, nervousness, tiredness, physical changes such as: neglecting personal hygiene, weight loss or contrary to obesity, curvature of the spine, etc.<sup>(1)</sup> Number of Internet users, and its addicts is increasing every day. With this research, we want to find to what extent and whether there was in high school pupils.*

**Keywords:** internet addiction, internet, addictions.

<sup>1</sup> Игор Лукић, мастер организатор здравствене неге, клиника „Роберт Бош“, Штутгарт, Немачка.

<sup>2</sup> Др Драгица Ранковић, доктор техничких наука, Медицинска школа „Др Миша Пантић“, Ваљево, Србија.

<sup>3</sup> Невена Ранковић, информатичар, Пмф-Информатика, Нови Сад, Србија.

## УВОД

**З**ависност од интернета је савремени облик зависности који се манифестије као стање појединца у коме је употреба интернета постала најважнија животна активност у односу на остале животне активности, у тој мери и на тај начин, да га изолује од других друштвених активности и да доноси штетне последице како по њега самог тако и по његову породицу. Карактеристични примери кодadolесцената: несаница, породичне несугласице, кашњења у школу или изостајање и избегавање школских обавеза, нервоза, умор, физичке промене, као што су занемаривање личне хигијене, мршављење или супротно гојазност, кривљење кичме и слично.<sup>(1)</sup> Средњошколско, односноadolесцентно доба јесте доба великих физичких и психичких промена, које изазивају нестабилност и осцилације у расположењу и понашању средњошколца. То је доба када се младалачко узбуђење смењује с тренуцима зловоље, љутње, свадљивости и појачане осетљивости, трагање за сопственим идентитетом и повезивање с осталим вршњацима.<sup>(2)</sup> Интернет као водећи масовни медиј управо из тих разлога знатно утиче на социјализацију младих, њихово друштвено понашање, стварање сопствене визије света и обликовање сопственог идентитета. Али када коришћење интернета постане најважнија активност ученика, када почиње његова социјална изолација, потиштеност, запостављање школских обавеза, када одвојеност од рачунара испољава непријатне симптоме, дакле има битан утицај на његов приватни живот, а и односе према најближима, или особама у окружењу, може се рећи да постоје симптоми који указују на интернет зависност.<sup>(3)</sup>

## ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

Основни циљ: испитати, на основу истраживања да ли постоје симптоми који указују на интернет зависност код ученика

средњих школа у колубарском округу. Утврдити на основу добијених емпиријских података у ком степену, проценту, је она присутна код ученика средњошколског узрасла. Затим, испитати и утврдити на основу истраживања у којој је од две групе испитаника, млађој или старијој у узорку, присуство симптома веће, односно указује на већу интернет зависност и у ком степену, проценту. И на крају, на основу добијених резултата установити да ли постоји потреба за едукацијом ученика о правилном коришћењу интернета и упознавањем са последицама његовог прекомерног и неправилног коришћења.

## ПРЕДМЕТ И МЕТОД ИСТРАЖИВАЊА

Предмет овог рада је спровођење експерименталног истраживања којим би утврдили присуство симптома који указују на постојање интернет зависности, или прекомерног, неконтролисаног коришћења интернета код ученика средњих школа, стварости од 14 до 19 година.

У нашем истраживању је учествовало 240 ученика различитих образовних профила и подручја рада који уче у средњим школама у колубарском округу, подељених у две подједнаке групе. Прву групу чине ученици првог и другог разреда (сви имају мање од 18 година) а другу групу чине ученици трећег и четвртог разреда (сви имају преко 18 година). Реализацију нашег истраживања су помогли још педагози, психологи и наставници здравствене струке.

## ДОБИЈЕНИ РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА

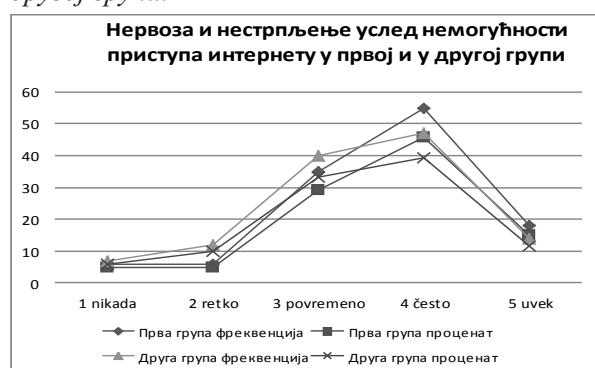
Да бисмо дошли до сигурног закључка о постојању симптома интернет зависности код ученика у обе групе испитаника, посматрали смо следеће симптоме који указују на присуство интернет зависности, а које смо анкетним упитником испитивали:

нервоза, нестрпљење услед немогућности приступа интернету, занемаривање школских обавеза због интернета, интернет уместо лошег расположења, нерасположење и нездовољство нестају када је корисник *online*, осећај да сви проблеми нестају на интернету, главоболја, несаница и умор као последица прекомерног коришћења интернета.

### 1. Нервоза и нестрпљење услед немогућности приступа интернету у првој и у другој групи.

Ред. број	Нервоза и нестрпљење	Прва група		Друга група	
		Фреквенција	Процент	Фреквенција	Процент
0	1	2	3	4	5
1	Никада	6	5,0	7	5,8
2	Ретко	6	5,0	12	10,0
3	Повремено	35	29,2	40	33,3
4	Често	55	45,8	47	39,2
5	Увек	18	15,0	14	11,7
6	<b>Укупно</b>	120	100,0	120	100,0

**Графикон 1:** Нервоза и нестрпљење услед немогућности приступа интернету у првој и у другој групи.



Свих шест симптома смо испитивали у првој и другој групи, где можемо видети колики је проценат одговора ученика на свако постављено питање и упоређивати дате одговоре, а затим утврдити у којој групи је већа присутност и где постоји више ученика са наведеним симптомима.

Испитивање постојања нервозе, нестрпљења и нездовољства код испитаника, са одговором „увек“ имамо у првој групи 15,0% ученика, а у другој 11,7% ученика. Са одговором „често“ у првој групи имамо 45,8% ученика, а у другој 39,2% ученика. Можемо закључити да постоје ученици са симптомом нервозе, нестрпљења и нездовољства у обе групе.

**Табела 2.** Занемаривање школских и других обавеза због интернета у првој групи и у другој групи.

Ред. број	Занемаривање школских и других обавеза	Прва група		Друга група	
		Фреквенција	Процент	Фреквенција	Процент
0	1	2	3	4	5
1	Никада	2	1,7	4	3,3
2	Ретко	7	5,8	15	12,5
3	Повремено	27	22,5	22	18,3
4	Често	59	49,2	60	50,0
5	Увек	25	20,8	19	15,8
6	<b>Укупно</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

**Графикон 2.** Занемаривање школских и других обавеза због интернета у првој групи и у другој групи.



Испитивање занемаривања школских и других личних обавеза са одговором „увек“ имамо у првој групи 20,8% ученика, а у другој 15,8% ученика. Са одговором „често“ у првој групи имамо 40,2% ученика, а у другој 50,0% ученика. Можемо закључити да постоје ученици са симптомом занемаривања школских и других личних обавеза у обе групе.

**Табела 3.** Коришћење интернета ради избегавања лошег расположења у првој и у другој групи.

Ред. број	Коришћење интернета	Прва група		Друга група	
		Фреквенција	Процент	Фреквенција	Процент
0	1	2	3	4	5
1	Никада	5	4,2	8	6,7
2	Ретко	21	17,5	32	26,7
3	Повремено	45	37,5	58	48,3
4	Често	42	35,0	18	15,0
5	Увек	7	5,8	4	3,3
6	<b>Укупно</b>	120	100,0	120	100,0

**Графикон 3.** Коришћење интернета ради избегавања лошег расположења у првој и у другој групи.



Испитивање коришћења интернета ради избегавања лошег расположења са одговором „увек“ имамо у првој групи 5,8% ученика, а у другој 3,3% ученика. Са одговором „често“ у првој групи имамо 35,0% ученика, а у другој 15,0% ученика. Можемо закључити да постоје ученици са симптомом коришћења интернета ради избегавања лошег расположења у обе групе.

**Табела 4.** Лоше расположење и нездовољство нестају када сте online у првој и у другој групи.

Ред. Број	Лоше расположење и нездовољство	Прва група		Друга група	
		Фреквенција	Процент	Фреквенција	Процент
0	1	2	3	4	5
1	Никада	1	8	4	3,3
2	Ретко	10	8,3	11	9,2
3	Повремено	18	15,0	21	17,5
4	Често	67	55,8	64	53,3
5	Увек	24	20,0	20	16,7
6	<b>Укупно</b>	120	100,0	120	100,0

**Графикон 4.** Лоше расположење и нездовољство нестају када сте online у првој и у другој групи.

Испитивање нестанка лошег расположења и нездовољства када су *online* са одговором „увек“ имамо у првој групи 20,0% ученика, а у другој 16,7% ученика. Са одговором „често“ у првој групи имамо 55,8% ученика, а у другој 53,3% ученика. Можемо закључити да постоје ученици са симптомом нестанка лошег расположења и нездовољства када су *online* у обе групе.

**Табела 5.** Срећни и задовољни и све проблеме решавају када су на интернету у првој и у другој групи.

Ред. Број	Срећни и задовољни и све проблеме решавају	Прва група		Друга група	
		Фреквенција	Процент	Фреквенција	Процент
0	1	2	3	4	5
1	Никада	14	11,7	13	10,8
2	Ретко	52	43,3	51	42,5
3	Повремено	43	35,8	44	36,7
4	Често	10	8,3	9	7,5
5	Увек	1	8	3	2,5
6	<b>Укупно</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

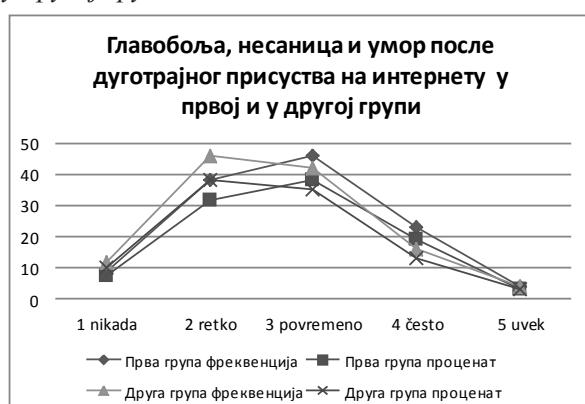
**Графикон 5.** Срећни и задовољни и све проблеме решавају када су на интернету у првој и у другој групи.



**Табела 6.** Главобоља, несаница и умор после дуготрајног присуства на интернету у првој и у другој групи.

Ред. Број	Главобоља, несаница и умор	Прва група		Друга група	
		Фреквенција	Процент	Фреквенција	Процент
0	1	2	3	4	5
1	Никада	9	7,5	12	10,0
2	Ретко	38	31,7	46	38,3
3	Повремено	46	38,3	42	35,0
4	Често	23	19,2	16	13,3
5	Увек	4	3,3	4	3,3
6	<b>Укупно</b>	120	100,0	120	100,0

**Графикон 6.** Главобоља, несаница и умор после дуготрајног присуства на интернету у првој и у другој групи.



Испитивање настанка главобоље, несанице и умора услед прекомерног коришћења интернета са одговором „увек“ имамо у првој групи 3,3% ученика, а у другој исто

Испитивање осећаја среће и задовољства и решавања свих проблема када су на интернету са одговором „увек“ имамо у првој групи 0,8% ученика, а у другој 2,5% ученика. Са одговором „често“ у првој групи имамо 8,3% ученика, а у другој 7,5% ученика. Можемо закључити да постоје ученици са симптомом осећаја среће и задовољства и решавања свих проблема када су на интернету у обе групе.

3,3% ученика. Са одговором „често“ у првој групи имамо 19,2% ученика, а у другој 13,3% ученика. Можемо закључити да постоје ученици са симптомом настанка главобоље, несанице и умора услед прекомерног коришћења интернета у обе групе.

На основу добијених резултата спроведеног истраживања међу ученицима средњих школа, установили смо да постоје симптоми којима се може утврдити постојање присуства интернет зависности код ученика средњих школа у колубарском округу. На основу детаљних анализа (Табела 1. до Табела 6), од структуре самог узорка па преко упоредних анализа истих променљивих у два скупа на који смо поделили узорак и различитих променљивих које имају важан утицај на присуство наведених симптома, установили смо да: ученика са одговорима

„увек“ на све испитиване симптоме имамо 4,96%, што би на узорку износило 11,9 ученика, дакле скоро 12 ученика има све симптоме интернет зависности, да ученика са одговорима „често“ на све испитиване симптоме имамо 15,9%, што би на узорку износило 38,2 ученика, дакле скоро 38 ученика је, можемо рећи, на граници да постане зависно од интернета.

На основу добијених резултата спроведеног истраживања можемо закључити да је код ученика прве групе, ученика првог и другог разреда већа присутност интернет зависности него у другој групи, ученика трећег и четвртог разреда, на основу претходно урађене детаљне дискусије. Са одговорима „увек“ на све испитиване симптоме у првој групи имамо: 10,95% ученика, а у другој 8,88% ученика, што је за 2,07% више у првој него у другој групи. Са одговорима „често“ на све испитиване симптоме у првој групи имамо: 34,05% ученика, а у другој 29,71% ученика, што је за 4,33% више у првој него у другој групи.

Симптоми интернет зависности код женског пола су у износу око 5,0%, а код мушких пола незнатно више око 5,8%.

Посматрано по разредима, односно према узрасту, 0,8% ученика првог разреда, 3,75% другог и исто 3,75% трећег разреда, а 1,25% ученика четвртог разреда има испитиване симптоме.

Испитиване симптоме има 1,67% ученика сеоског подручја, 0,8% приградског подручја, а највећи проценат ученика 6,67% потиче са градског подручја.

Посматрајући место приступа интернету, од куће приступа њих 3,3%, из школе 1,67%, од другова 0,8%, а настале начине њих 3,75%, са присуством наведених симптома интернет зависности.

Посматрајући начин приступа интернету, ADSL приклjučak користи њих 1,25%, wireless њих 2,9%, мобилни интернет 7,1%, а настале начине 0,8% ученика, са присуством наведених симптома интернет зависности.

Посматрајући сврху коришћења интернета, њих 1,25% користи за забаву, филмове, музику, 0,8% за помоћ при учењу, 5,4% за комуникацију и друштвене мреже, устале сврхе 2,1%, а имају испитиване симптоме интернет зависности.

Посматрајући присуство симптома по успеху ученика, 0,8% има недовољан успех, 2,9% има довољан успех, 2,9% добар успех, 2,1% врло добар успех, 0,4% одличан успех.

Посматрајући присуство симптома у односу на дужину коришћења интернета, 0,4% користи од једне до три године, 2,1% користи од три до пет година, њих 7,1% користи интернет више од пет година.

Посматрајући присуство симптома у односу на просечно дневно време коришћења интернета, нема ученика који користе интернет мање од четири сата, 7,5% користи интернет од четири до осам сати дневно, а више од осам сати њих 1,67%.

На основу наведених закључака можемо сматрати да: Код ученика средњих школа постоје симптоми који указују на интернет зависност.

## ЗАКЉУЧАК

На основу свих изнесених и презентованих резултата, потребно је и неопходно што пре почети са едукацијом ученика о правилном коришћењу интернета и упознавањем са последицама његовог прекомерног и неправилног коришћења.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Грујић ВТ. Особине личности и интернет зависност. Дипломски рад, Филозофски факултет у Косовској Митровици, 2010.
2. Зависност од интернета. Доступно на: <http://ehtml0.tripod.com/zoi.htm>
3. Шта је интернет? Доступно на: <http://mg-dizajn.com/index.php/web-dizajn/7-cemu-sluzi-internet>.
4. Бугарски В. Зависност од интернета на путу ка новој дијагностичкој категорији. UDK 616.89:681.324.
5. Михић В, Леловић Г, Дамјанов Ј, Олујић В. Понашање везано за интернет, ефекти пола, узраста и интроверзије. Филозофски факултет у Новом Саду, Одсек за психологију.
6. Ковачевић-Лепојевић М. Појам и карактеристике интернет зависности.
- Специјална едукација и рехабилитација, Београд, 2011; 10 (4): 615–631.
7. Јовић Ј, Ђинђић Н. Утицај допаминергчког система на зависност од интернета. UDK 616.314-089.28:616.315.
8. Интернет зависност и особине личности. Доступно на: <http://www.seminarski.diplomski.co.rs/PSIHOLOGIJA/Interent-zavisnost-i-osobine-licnosti.html>.
9. Zavisnost od interneta. Доступно на: [sr.wikipedia.com](http://sr.wikipedia.com)
10. Kako prepoznati internet zavisnika. Доступно на: [www.b92.net](http://www.b92.net)
11. Појам интернета. Доступно на: <http://mg-dizajn.com/index.php/web-dizajn/7-cemu-sluzi-internet>.
12. Митровић Д. и др. Употреба интернета код ћака у Књажевцу. Тимочки гласник, 2014; 39(2): 66–77. UDK 613.8:004.738.5(497.11), ISSN 035–2899.

---

**Контакт:** Др Драгица Ранковић, доктор техничких наука, Медицинска школа „Др Миша Пантић“, Ваљево, Србија.

# ПРОЦЕСИ ЦЕНТРАЛИЗАЦИЈЕ И ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЈЕ У СИСТЕМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ (1990–2017)

Рајко Косановић<sup>1</sup>, Христо Анђелски<sup>2</sup>

## CENTRALIZATION AND DECENTRALIZATION PROCESSES IN THE HEALTH CARE SYSTEM IN SERBIA (1990–2017)

Rajko Kosanović, Hristo Andjelski

### **Сажетак**

У оквиру мера реформи система здравствене заштите, вршилих деведесетих година прошлог века у већини европских земаља, питање децентрализације заузимало је централно место. У литератури се углавном наводе четири типа децентрализације: деконцентрација, деволуција, делегација и приватизација. Од поменутих типова децентрализације спорна је приватизација, која по извесним ауторима не представља тип децентрализације, пошто се ту ради о преношењу овлашћења ван јединственог система власти. Најважнији циљеви који су се желели остварити децентрализацијом у области система здравствене заштите били су: побољшање пружања здравствене заштите, боља алокација ресурса према потребама корисника, смањење неједнакости у коришћењу здравствене заштите, брже и адекватније реаговање на потребе корисника и други циљеви. Децентрализацијом су се заправо настојале отклонити све слабости које нужно прате централизацију, као што су: неефикасност, спорост приhvатања промена и иновација, спорост реаговања на факторе који угрожавају здравље људи, подложност политичким манипулацијама и бројне друге слабости.

Могуће предности децентрализације система здравствене заштите су: 1) боља контрола спровођења здравственог осигурања, 2) боља контрола коришћења средстава здравственог осигурања, 3) ефикаснији одговор на специфичне потребе становника појединачних региона, 4) већа

### **Summary**

*As part of the reform of the health care system, carried out in the 1990s, in most European countries, the issue of decentralization occupied a central place. The literature often uses four types of decentralization: deconcentration, devolution, delegation and privatization. Of the mentioned types of decentralization, privatization is controversial, which, according to certain authors, is not a type of decentralization, as it is about transferring powers outside the unified system of government. The most important goals that were to be achieved through decentralization in the health care system were: improving the provision of health care, better allocation of resources to the needs of the users, reducing inequalities in the use of health care, faster and more adequate response to the needs of the users and other goals. Decentralization actually attempted to eliminate all the weaknesses that necessarily accompany centralization, such as: inefficiency, slow acceptance of change and innovation, slow reaction to factors that endanger human health, susceptibility to political manipulations, and numerous other weaknesses.*

*Possible advantages of decentralization of the health care system are: 1) better control of the implementation of health insurance, 2) better control of the use of health insurance funds, 3) more efficient response to the specific needs of the inhabitants of certain regions, 4) Increased interest of health institutions to use the available resources more rationally, 5) Increased interest of the local economy in helping health institutions in its area, 6) Better tax and contributions, 7) Reducing the gray economy, 8) more balanced regional development, 8)*

<sup>1</sup> Др сц. Рајко Косановић, Београд, Србија.

<sup>2</sup> Проф. др Христо Анђелски, Београд, Србија.

заинтересованост здравствених установа да рационалније користе расположива средства, 5) већа заинтересованост локалне привреде да помаже здравствене установе на свом подручју, 6) боља наплативост пореза и доприноса, 7) смањење сиве економије, 8) равномернији регионални развој, 8) равномернији развој здравствених капацитета на читавој територији земље, 9) допринос решавању демографских проблема и смањење миграција ка великим градовима, 10) децентрализација одлучивања о укупним средствима за здравствену заштиту и здравствено осигурање, 11) смањење корупције, 12) раст поверења грађана у државне институције, 13) повећање одговорности локалних самоуправа за развој система здравствене заштите и друге предности.

У овом раду аутори разматрају процесе централизације и децентрализације у систему здравствене заштите у Србији, у периоду од 1990. до 2017. године.

**Кључне речи:** здравствено осигурање, здравствена заштита, централизација, децентрализација.

---

## УВОД

У оквиру мера реформи система здравствене заштите, вршених деведесетих година прошлог века у већини европских земаља, посебно у тадашњим земљама у транзицији, а данас земљама чланицама Европске уније (Чешка, Словачка, Польска, Мађарска, Румунија и Бугарска), питање децентрализације заузимало је централно место.<sup>(1)</sup> Најважнији циљеви који су се желели остварити децентрализацијом у области система здравствене заштите, били су: побољшање пружања здравствене заштите, боља алокација ресурса према потребама корисника, смањење неједнакости у коришћењу здравствене заштите, брже и адекватније реаговање на потребе корисника и други

*more balanced development of health capacities throughout the country, 9) contribution to solving demographic problems and reducing migration to big cities, 10) decentralization of decision-making on total funds for health care and health insurance, 11) reduction of corruption, 12) growth of citizens' confidence in state institutions, 13) increase of responsibility of local self-governments for development of health care system and other advantages.*

*In this paper, the authors discuss the processes of centralization and decentralization in the health care system in Serbia, in the period from 1990 to 2017.*

**Key words:** *health insurance, health care, centralization, decentralization.*

циљеви. Децентрализацијом су се заправо настојале отклонити све слабости које нужно прате централизацију, као што су: неефикасност, спорост прихватања промена и иновација, спорост реаговања на факторе који угрожавају здравље људи, подложност политичким манипулацијама и бројне друге слабости.

У овом раду аутори разматрају процесе централизације и децентрализације у систему здравствене заштите у Србији, у периоду од 1990. до 2017. године.

## 1. ПОЈАМ И ТИПОВИ ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЈЕ

Под **децентрализацијом**, најопштије говорећи, подразумевамо преношење овлашћења и одговорности са виших на ниже

органе власти. Преношење овлашћења и одговорности са централне администрације на органе ужих локалних заједница не значи уједно и лишавање централне администрације свих овлашћења. Напротив, она и даље задржава значајне функције, као што су: законодавна, финансијска, контролна и остале.

У литератури се углавном наводе четири типа децентрализације: *деконцентрација, деволуција, делегација и приватизација*.<sup>(2)</sup> Од поменутих типова децентрализације спорна је приватизација, која по извесним ауторима не представља тип децентрализације, пошто се ту ради о преношењу овлашћења ван јединственог система власти.

Значење наведених типова децентрализације је следеће:

1. *Деконцентрација* је преношење доношења одлука на ниže административне органе унутар постојеће структуре централне власти (административна децентрализација);
2. *Деволуција* је преношење функција са централних органа на органе над којима немају више директну контролу (политичка децентрализација);
3. *Делегација* је преношење само одређених задатака на ниже органе, без директне контроле централног органа;
4. *Приватизација* је преношење надлежности из државне (јавне) надлежности у приватни сектор.

Због чињенице да не задире у постојећу структуру централне власти, де-концентрација је један од најчешћих типова децентрализације. Нижи административни органи на које се преносе овлашћења централног органа најчешће су у саставу тог органа.

## **2. ПЕРИОДИЗАЦИЈА ПРОЦЕСА ЦЕНТРАЛИЗАЦИЈЕ И ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЈЕ У СИСТЕМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ**

Процесе централизације и децентрализације у систему здравствене заштите у Србији можемо посматрати кроз више периода, односно потпериода.<sup>(3, 4)</sup>

Када је реч о *здравственој заштити*, разликујемо три периода:

1. период од фебруара 1990. до марта 1992. године;
2. период од априла 1992. до новембра 2005. године;
- период од априла 1992. до маја 1996. године;
- период од јуна 1996. до новембра 2005. године;
3. период од 2005. године до данас;
- период од децембра 2005. до децембра 2015. године;
- период од јануара 2016. године до данас.

Процесе централизације и децентрализације у *здравственом осигурању* такође можемо посматрати кроз више периода:

1. период од фебруара 1990. до марта 1992. године;
2. период од априла 1992. до новембра 2005. године;
- период од априла 1992. до децембра 1998. године;
- период од јануара 1998. до новембра 2005. године;
3. период од децембра 2005. године до данас;
- период од децембра 2005. до октобра 2014. године;
- период од новембра 2014. до данас.

Најопштије посматрано:

1. период од фебруара 1990. до марта 1992. године карактерише – *децентрализација* здравствене заштите и здравственог осигурања;

2. период од априла 1992. до новембра 2005. године карактерише – *централизација*

**Табела 1:** Децентрализација и централизација у систему здравствене заштите у Србији (1990–2017).

Ред. бр.	Периоди	Здравствена заштита	Здравствено осигурање
0	1	2	3
1	Фебруар 1990 – март 1992.	децентрализација	децентрализација
2	Април 1992 – новембар 2005.	централизација	централизација
3	Децембар 2005–2017.	децентрализација	централизација

### 3. ПЕРИОД ОД ФЕБРУАРА 1990. ДО МАРТА 1992. ГОДИНЕ

Период који је трајао од 1990. до марта 1992. године, започео је доношењем *Закона о здравственој заштити*<sup>(5)</sup>, који је ступио на снагу 4. фебруара 1990. године. Даном ступања на снагу овог закона престао је да важи *Закон о здравственој заштити* из 1979. године.<sup>(6)</sup>

Закон о здравственој заштити из 1990. године, који је уједно регулисао и проблематику из области здравственог осигурања, као и претходни Закон о здравственој заштити из 1979. године, предвиђао је *висок степен децентрализације у области здравствене заштите и здравственог осигурања*.

#### 3.1. Здравствена заштита

Здравствена установа, према члану 21 Закона о здравственој заштити из 1990. године, осниваласе у складу са планом развоја донетим у Републици, односно Покрајини којим је утврђена мрежа, структура, врста, број и распоред здравствених установа. План развоја и поделу рада између здравствених установа доносила је Скупштина Социјалистичке Републике Србије, односно Скупштина Социјалистичке Аутономне Покрајине.

лизација здравствене заштите и здравственог осигурања, и

3. период од децембра 2005. године до данас карактерише – *децентрализација* здравствене заштите и *централизација* здравственог осигурања.

Здравствену установу могли су основати друштвено-политичка заједница, Фонд здравственог осигурања, предузеће, установа која обавља друштвену делатност, грађанин и друга правна лица.

Оснивач здравствене установе, према члану 22 истог закона, која стиче средства за рад из Фонда здравственог осигурања, био је дужан да пре доношења акта о оснивању здравствене установе прибави мишљење о елаборату о оправданости оснивања установе од републичког, односно покрајинског органа надлежног за послове здравства и сагласност Фонда. Мишљење, односно сагласност прибављала се и у случају промене или проширења делатности.

На пример, у складу са овим законом, *Град Београд*, односно Секретаријат за здравство, имао је следеће надлежности:

1. оснивачка права према свим здравственим установама у Београду (55 установа), што је подразумевало: именовање директора, чланова управних и надзорних одбора, давање сагласности на статуте здравствених установа, као и вршење других оснивачких права (чл. 21–23);

2. утврђивање испуњености услова за почетак рада и обављање здравствене делатности у погледу кадрова, опреме и грађевинско-техничких услова (члан 23);
3. надзор над стручним радом здравствених установа на подручју Београда (чл. 59–71). Напомена: надзор није вршен јер Република није донела подзаконски акт, односно упутство за вршење надзора, нити су за ове намене у буџету била обезбеђена средства, у складу са законом;
4. послове здравствене инспекције (члан 147);
5. надзор над законитошћу рада здравствених установа (члан 186);
6. послове стручне службе Градског фонда здравствене заштите и здравственог осигурања у Београду. Као орган у саставу Секретаријата за здравство, служба Градског фонда обављала је стручне, административне и техничке послове за Градски фонд здравствене заштите и здравственог осигурања у Београду (члан 78).

У саставу Секретаријата за здравство били су здравствени и санитарни инспекторат, као органи управе који врше послове здравствене, односно санитарне инспекције.

### **3.2. Здравствено осигурање**

Према члану 74 Закона о здравственој заштити из 1990. године, ради ефикаснијег и рационалнијег остваривања здравствене заштите, здравственог осигурања и обезбеђивања средстава за њихово спровођење, оснивао се Фонд здравствене заштите и здравственог осигурања за територију више општина, односно за територију града Београда (*општински, односно градски фонд*), и то:

1. за територију града Београда, у Београду (у даљем тексту: Градски фонд);

2. за територију општина Ваљево, Лајковац, Љиг, Мионица, Осечина и Уб – у Ваљеву;
3. за територију општина Босилеград, Бујановац, Владичин Хан, Врање, Прешево, Сурдулица и Трговиште – у Врању;
4. за територију општина Бољевац, Бор, Зајечар, Кладово, Књажевац, Мајданпек, Неготин и Сокобања – у Зајечару;
5. за територију општина Аранђеловац, Баточина, Кнић, Крагујевац, Рача и Топола – у Крагујевцу;
6. за територију општина Врњачка Бања, Краљево и Рашка – у Краљеву;
7. за територију општина Нови Пазар, Сјеница и Тутин – у Новом Пазару;
8. за територију општина Александровац, Брус, Варварин, Крушевац, Трстеник и Ђићевац – у Крушевцу;
9. за територију општина Бојник, Власотинце, Лебане, Лесковац, Медвеђа и Црна Трава – у Лесковцу;
10. за територију општина Крупањ, Лозница, Љубовија и Мали Зворник – у Лозници;
11. за територију општина Алексинац, Бела Паланка, Гаџин Хан, Дольевац, Ниш, Ражањ и Сврљиг – у Нишу;
12. за територију општина Бабушница, Димитровград и Пирот – у Пироту;
13. за територију општина Велико Грађаште, Голубац, Жабари, Жагубица, Кучево, Мало Црниће, Петровац и Пожаревац – у Пожаревцу;
14. за територију општина Блаце, Житорађа, Куршумлија, Мерошина и Прокупље – у Прокупљу;
15. за територију општина Велика Плана, Смедерево и Смедеревска Паланка – у Смедереву;
16. за територију општина Ариље, Бајина Башта, Ивањица, Косјерић, Нова Варош, Пожега, Прибој, Пријепоље, Титово Ужице и Чајетина – у Титовом Ужицу;

17. за територију општина Деспотовац, Параћин, Рековац, Светозарево, Свилајнац и Ђуприја – у Ђуприји;
18. за територију општина Горњи Милановац, Лучани и Чачак – у Чачку;
19. за територију општина Богатић, Владимирици, Коцељева и Шабац – у Шапцу.

Одлуком Скупштине СР Србије оснивали су се фондови из тачке 2) до 19) члана 74, по прибављеном мишљењу скупштине општине за чије територије су се оснивали. Одлуком Скупштине града Београда оснивао се Градски фонд.

Према члану 76 истог Закона, ради спровођења здравствене заштите и здравственог осигурања на основама шире узајамности и солидарности, осниван је за територију СР Србије: *Републички фонд здравствене заштите и здравственог осигурања*.

#### **4. ПЕРИОД ОД АПРИЛА 1992. ДО НОВЕМБРА 2005. ГОДИНЕ**

##### **4.1. Здравствена заштита**

Доношењем *Закона о здравственој заштити*, који је ступио на снагу 1. априла 1992. године,<sup>(7)</sup> започиње процес централизације у здравственој заштити у Републици Србији.

Период од априла 1992. године до новембра 2005. године, можемо поделити на два и то: 1) на период од априла 1992. године до маја 1992. године и 2) на период од јуна 1992. године до новембра 2005. године.

##### **4.1.1. Период од априла 1992. до маја 1996. године**

Ступањем на снагу Закона о здравственој заштити из 1992. године, знатно се смањују надлежности општина и градова у области здравствене заштите.

Здравствену установу, према члану 15 овог закона, могло је основати свако правно и физичко лице, ако законом није другачије уређено.

Здравствене установе чијом се делатношћу обезбеђује остваривање права грађана утврђених законом и здравствена заштита утврђена члановима 7 и 8 овог закона, оснивали су Влада Републике Србије, град или општина, у складу са планом мреже здравствених установа.

Уколико планом мреже здравствених установа није другачије уређено, општина је оснивала дом здравља и апотеку, а град апотекарску установу и завод.

План мреже здравствених установа доносила је Народна скупштина на предлог Владе Републике Србије.

План мреже здравствених установа доносио се на основу: (1) стратегије, циљева и програма здравствене заштите и неопходне свеобухватности у њиховом спровођењу, (2) послова и задатака које поједине здравствене установе обављају у спровођењу здравствене заштите, (3) здравственог стања, броја и старосне структуре становништва, (4) неопходне доступности у здравственој заштити, (5) степена урбанизације и развијености појединачних подручја, (6) броја и распореда здравствених установа и других облика обављања здравствене делатности, која су основала друга правна и физичка лица, као и (7) исказаних потреба организација здравственог осигурања. Планом мреже утврђивала се врста, број, структура и распоред здравствених установа и болесничких постеља, као и референтне здравствене установе.

Град Београд, на пример, у овом периоду вршио је оснивачка права према 34 од укупно 55 здравствених установа на својој територији, и то према: 16 домова здравља, 11 завода, четири клиничко-болничка центра, две болнице и једној апотекарској установи.

Поред вршења оснивачких права према 34 здравствене установе, што је подразумевало именовање органа здравствених установа (директор, управни одбор и надзорни одбор), и давања сагласности на статуте

здравствених установа, Секретаријат за здравство утврђивао је испуњеност услова у погледу кадрова, опреме и простора за рад здравствених установа у државној својини и здравствених установа и других облика обављања здравствене делатности у приватној својини.

Све остале надлежности централизују се на нивоу Републике (вршење надзора над стручним радом здравствених установа у Београду и управни надзор над здравственим установама, укључујући и инспекцијски надзор – здравствена и санитарна инспекција).

Средства у друштвеној својини којима располажу здравствене установе у Републици, осим средстава здравствених установа чији су оснивачи предузећа, односно грађани, у државној су својини са балансним стањем на дан 31. децембар 1991. године (члан 92).

#### **4.1.2. Период од јуна 1996. до новембра 2005. године**

**Централизација** у здравственој заштити у Републици Србији **до својих крајњих граница** настаје доношењем **Закона о изменама и допунама Закона о здравственој заштити**,<sup>(8)</sup> који је ступио на снагу 6. јуна 1996. године.

Доношењем овог закона све дотадашње надлежности и овлашћења органа локалне самоуправе пренета су на органе Републике Србије, Владу и Министарство за здравље.

У Закону о изменама и допунама Закона о здравственој заштити само једним чланом (156) утврђује се, и то више декларативно, надлежност општине (града), у смислу да „прати здравствено стање становништва на свом подручју и стара се о унапређивању услова којима се доприноси очувању и унапређивању здравља грађана у општини.“

То практично значи да је Влада Републике Србије, у складу са планом мреже здравствених установа, који такође доноси Влада, била оснивач свих здравствених установа у Републици, па и у Граду Бео-

граду, осим занемарљиво малог броја здравствених установа чији су оснивачи приватна лица.

#### **4.2. Здравствено осигурање**

**Закон о здравственом осигурању**<sup>(9)</sup> Народна скупштина Републике Србије донела је 2. априла 1992. године, објављен је 4. априла, а ступио на снагу 12. априла 1992. године.

За разлику од децентрализације, која је постојала у области здравственог осигурања до доношења овог закона, новим законским решењем уведена је потпуна централизација здравственог осигурања.

Први пут у историји здравственог осигурања оно се на територији читаве Републике спроводи посредством једне организације – Републичког завода за здравствено осигурање и 30 његових филијала (са испоставама) које немају својство правног лица ни органе.

У оквиру ове фазе развоја здравственог осигурања разликујемо два периода: 1) период од априла 1992. до децембра 1998. године и 2) период од јануара 1999. до новембра 2005. године.

#### **4.2.1. Период од априла 1992. до децембра 1998. године**

У складу са чланом 93 Закона о здравственом осигурању, из 1992. године, ради обезбеђивања и спровођења здравственог осигурања основан је *Републички завод за здравствено осигурање* (у даљем тексту: Завод), као правно лице са статусом установе, са седиштем у Београду.

Органи Завода били су: Скупштина, Управни одбор, Надзорни одбор и директор.

Скупштину Завода чинили су представници осигураника, чији је мандат трајао четири године. Састав, број чланова, начин избора, делокруг, начин рада, као и друга питања од значаја за рад Скупштине уређивао се статутом Завода.

Скупштина Завода је: доносила статут, средњорочне и годишње програме рада,

финансијски план, завршни рачун, одлучивала о другим питањима и обављала друге послове у складу са статутом. Влада Републике Србије давала је сагласност на статут Завода.

#### **4.2.2. Период од јануара 1999. до новембра 2005. године**

Доношењем **Закона о изменама и допуна-ма Закона о здравственом осигурању**,<sup>(10)</sup> који је ступио на снагу 30. децембра 1998. године, укинута је скупштина Републичког завода за здравствено осигурање, тако да су његови органи били: управни одбор, надзорни одбор и директор.

### **5. ПЕРИОД ОД ДЕЦЕМБРА 2005. ГОДИНЕ ДО ДАНАС**

#### **5.1. Здравствена заштита**

Процеси децентрализације у здравственој заштити, започети доношењем **Закона о локалној самоуправи и Закона о утврђивању одређених надлежности аутономне покрајине**<sup>(11)</sup> 2002. године, доведени су до краја доношењем важећег **Закона о здравственој заштити**,<sup>(12)</sup> који је ступио на снагу 10. децембра 2005. године.

Ниво децентрализације који предвиђа Закон о здравственој заштити нижи је од нивоа децентрализације који је постојао у периоду од 1992. до 1996. године, а посебно од нивоа децентрализације који је постојао до 1992. године, односно до доношења претходног Закона о здравственој заштити.

Према члану 264 важећег Закона о здравственој заштити, општина, град, односно аутономна покрајина оснивачка права над здравственим установама преузеле су до 1. јануара 2007. године.

Период од децембра 2005. године до данас можемо поделити на две фазе и то на: 1) период од децембра 2005. године до децембра 2015. године и 2) период од јануара 2016. године до данас.

#### **5.1.1 Период од децембра 2005. до децембра 2015. године**

Здравствене установе у државној својини, у зависности од врсте, према члану 48 Закона о здравственој заштити, оснивају Република, аутономна покрајина, општина, односно град, у складу са овим законом и Планом мреже:

1. дом здравља и апотеку – оснива **општина**, односно **град**;
2. завод на примарном нивоу обављања здравствене делатности – оснива **град**;
3. општу болницу, специјалну болницу, клинику, институт, клиничко-болнички центар и клинички центар – оснива Република, а на територији аутономне покрајине – **аутономна покрајина**;
4. здравствене установе које обављају делатност на више нивоа здравствене заштите: завод за јавно здравље, завод за трансфузију крви, завод за медицину рада, завод за судску медицину, завод за вирусологију, вакцине и серуме, завод за антирабичну заштиту, завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију и завод за дезинфекцију, дезинсекцију и дератизацију – оснивају се у складу са овим законом.

Здравствене установе које обављају хитну медицинску помоћ, снабдевање крвљу и крвним дериватима, узимање, чување и пресађивање органа и делова људског тела, производњу серума и вакцина и патоанатомско-обдукцијску делатност, као и здравствену делатност из области јавног здравља оснивају се искључиво у државној својини.

Надлежности општине, односно града у области здравствене заштите могу се сврстати у три групе, и то су: а) друштвена брига за здравље на нивоу општине, односно града; б) вршење оснивачких права над здравственим установама, и в) обезбеђивање средстава у буџету.

### **5.1.2. Период од јануара 2016. године до данас**

Доношењем *Закона о изменама и допунама Закона о здравственој заштити*,<sup>(13)</sup> који је ступио на снагу 29. децембра 2015. године, у *Закону о здравственој заштити*<sup>(14)</sup> учињена је, између осталих, измена у члану 48 у смислу да *клиничко-болнички центар више не оснива град, већ Република, а на територији аутономне покрајине – аутономна покрајина*. У складу са овом изменом, учињене су измене у члановима 130. и 141. Закона о здравственој заштити.

### **5.2. Здравствено осигурање**

Доношењем, данас важећег, *Закона о здравственом осигурању*,<sup>(15)</sup> који је ступио на снагу 10. децембра 2005. године, задржава се централизација здравственог осигурања.

Обавезно здравствено осигурање обезбеђује се и спроводи у Републичком фонду за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички фонд) и у организационим јединицама Републичког фонда (филијале), које немају својство правног лица. Одређени послови обавезног здравственог осигурања спроводе се и у Покрајинском фонду за здравствено осигурање у складу са законом.

Доношењем *Закона о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању*,<sup>(16)</sup> који је ступио на снагу 9. августа 2011. године, Републички завод за здравствено осигурање променио је назив у Републички фонд за здравствено осигурање.

У овој фази развоја здравственог осигурања, посматрано са аспекта централизације, разликујемо два периода: 1) од децембра 2005. до октобра 2014. године и 2) од новембра 2014. године до данас.

### **5.2.1. Период од децембра 2005. до октобра 2014. године**

**Управни одбор** Републичког фонда за здравствено осигурање (у даљем тексту: Фонд) до ступања на снагу Закона о изменама *Закона о здравственом осигурању*,<sup>(17)</sup> 18. новембра 2014. године, а пре-ма *Закону о здравственом осигурању*,<sup>(18)</sup> имао је 21 члана, од којих је 14 представника осигураника запослених, по два представника осигураника пензионера, осигураника земљорадника и осигураника који обављају самосталну делатност и једног представника удружења инвалида који је имао својство осигураника.

Чланове Управног одбора је именовала и разрешавала Влада, на предлог:

- репрезентативних синдиката организованих на нивоу Републике, у складу са законом којим се уређује рад – за представнике из реда осигураника запослених;
- удружења пензионера организованих на нивоу Републике која имају више од 50.000 регистрованих чланова – за представнике из реда осигураника пензионера;
- удружења пољопривредника организованих на нивоу Републике која имају више од 50.000 регистрованих чланова – за представнике из реда осигураника земљорадника;
- Привредне коморе Србије – за представнике из реда осигураника који обављају самосталну делатност;
- удружења инвалида које има највећи број регистрованих чланова – за представника удружења инвалида.

Влада је именовала и разрешавала председника и заменика председника Управног одбора из реда чланова Управног одбора.

Председник, заменик председника и чланови Управног одбора именују се на период од четири године.

**Надзорни одбор Фонда** је имао *седам чланова*, од којих су три представници осигураника запослених, по један представник осигураника пензионера, осигураника земљорадника и осигураника који обављају самосталну делатност и један запослени у Републичком фонду, односно у филијали или у Покрајинском фонду.

Чланове Надзорног одбора је именовала и разрешавала Влада, на предлог:

- репрезентативних синдиката организованих на нивоу Републике, у складу са законом којим се уређује рад – за представнике из реда осигураника запослених;
- удружења пензионера организованих на нивоу Републике која имају више од 50.000 регистрованих чланова – за представнике из реда осигураника земљорадника;
- Привредне коморе Србије – за представнике из реда осигураника који обављају самосталну делатност;
- директора Фонда – за члана из реда запослених у Фонду, односно филијали или у Покрајинском фонду.

Влада је именовала и разрешавала председника Надзорног одбора из реда чланова Надзорног одбора. Председник и чланови Надзорног одбора су именовани на период од четири године.

#### **5.2.2. Period od новембра 2014. godine do danas**

Доношењем **Закона о изменама и допунама Закона о пензијском и инвалидском осигурању<sup>(19)</sup>** (Службени гласник РС бр. 75/14), **Закона о изменама Закона о здравственом осигурању<sup>(17)</sup>** (Службени гласник РС бр. 123/14) и Закона о изменама и допунама **Закона о запошљавању и осигурању за случај незапослености<sup>(20)</sup>** (Службени гласник РС бр. 38/15), дошло је, поред осталог, и до измена у броју и структури чланова управних и надзорних одбора организација за обавезно социјално

осигурање, односно Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање, Републичког фонда за здравствено осигурање и Националне службе за запошљавање.

Након ступања на снагу Закона о изменама Закона о здравственом осигурању, 18. децембра 2014. године, **Управни одбор Фонда** има *седам чланова*, које именује и разрешава Влада, и то:

1. *четири члана*, на предлог министра надлежног за послове здравља;
2. *једног члана* представника осигураника запослених, напредлог репрезентативних синдиката организованих на нивоу Републике, у складу са законом којим се уређује рад;
3. *једног члана* представника осигураника пензионера, на предлог удружења пензионера организованог на нивоу Републике које има више од 50.000 регистрованих чланова.

Чланови Управног одбора заступају интересе осигураника, односно осигураних лица у обезбеђивању и спровођењу права обухваћених обавезним здравственим осигурањем, у складу са законом.

Влада именује и разрешава председника и заменика председника Управног одбора из реда чланова Управног одбора. Председник, заменик председника и чланови Управног одбора именују се на период од четири године.

Након доношења Закона о изменама Закона о здравственом осигурању, **Надзорни одбор** фонда има *пет чланова*, које именује и разрешава Влада, и то:

1. *три члана*, на предлог министра надлежног за послове здравља;
2. *једног члана* представника осигураника запослених, напредлог репрезентативних синдиката организованих на нивоу Републике, у складу са законом којим се уређује рад – за представнике из реда осигураника запослених;

3. једног члана представника осигураника пензионера, на предлог удружења пензионера организованог на нивоу Републике које има више од 50.000 регистрованих чланова.

**Табела 2:** Број чланова Управног одбора и Надзорног одбора Републичког фонда за здравствено осигурање пре и после измена и допуна Закона о здравственом осигурању.

Ред. бр.	Предлагачи	Управни одбор		Надзорни одбор	
		Пре измена Закона	После измена Закона	Пре измена Закона	После измена Закона
0	1	2	3	4	5
1	Репрезентативни синдикати	14	1	3	1
2	Удружења пензионера	2	1	1	1
3	Удружења пољопривредника	2	1	1	-
4	Привредна комора Србије	2	-	1	-
5	Удружење инвалида	1	-	-	-
6	Републички фонд	-	-	1	-
7	Влада	-	4	-	3
8	Укупно:	21	7	7	5

Након последњих измена и допуна закона из области обавезног социјалног осигурања, смањен је број чланова управних и надзорних одбора Републичког фонда за ПИО, Републичког фонда за здравствено осигурање и Националне службе за запошљавање, а функција управљања је прешла са представника осигураника на надлежна министарства, односно Владу.

Укупан број чланова управних и надзорних одбора организација за обавезно социјално осигурање је смањен са **65 чланова** (51 члан управних одбора и 15 чланова надзорних одбора) на **26 чланова** (21 члан управних одбора и 5 чланова надзорних одбора) или за 60%.

У Управном одбору Републичког фонда ПИО земљорадници немају свог представника, а у Управном одбору и Надзорном одбору Републичког фонда за здравствено осигурање свог представника немају послодавци.

Влада именује и разрешава председника Надзорног одбора из реда чланова Надзорног одбора.

Председник и чланови Надзорног одбора именују се на период од четири године.

Смањење броја чланова управних одбора можда и има оправдање, али не и преузимање функције управљања од осигураника од стране државе.

Члан 209, став 3 Закона о здравственом осигурању гласи: „Републичким фондом управљају осигураници, који су равноправно заступљени у Управном одбору Републичког фонда сразмерно врсти и броју осигураника утврђених овим законом”. Поставља се питање на који начин осигураници управљају, када од седам чланова Управног одбора четири члана именује и разрешава Владу на предлог министра надлежног за послове здравља.

**Табела 3:** Процеси централизације и децентрализације у систему здравствене заштите у Републици Србији.

Година	Закони	Здравствена заштита	Здравствено осигурање
0	1	2	3
1990.	Закон о здравственој заштити (Сл. гласник СРС, број 4/90)	Децентрализација здравствене заштите	Децентрализација здравственог осигурања
1992.	Закон о здравственој заштити (Сл. гласник РС, број 17/92)	Централизација здравствене заштите	/
	Закон о здравственом осигурању (Сл. гласник РС, број 18/92)	/	Централизација здравственог осигурања
1996.	Закон о изменама и допунама Закона о здравственој заштити (Сл. гласник РС, број 25/96)	Локална самоуправа без оснивачких права	/
1998.	Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању (Сл. гласник РС, број 46/98)	/	Укинута скупштина као орган Завода
2014.	Закон о изменама Закона о здравственом осигурању (Сл. гласник РС, број 123/14)	/	Република преузима функцију управљања РФЗО
2015.	Закон о изменама и допунама Закона о здравственој заштити (Сл. гласник РС, број 106/15)	Клиничко-болнички центар оснива Република и покрајина.	/

## **6. ДРУШТВЕНА БРИГА ЗА ЗДРАВЉЕ СТАНОВНИШТВА И ОПШТИ ИНТЕРЕС У ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ**

*Друштвена брига за здравље становништва, према члану 8 Закона о здравственој заштити<sup>(21)</sup> (у даљем тексту: 333) остварује се на нивоу:*

- а) Републике;
- б) аутономне покрајине;
- в) општине, односно града;
- г) послодавца и
- д) појединца.

Детаљније ћемо размотрити садржај друштвене бриге за здравље, која се остварује на нивоима: Републике, аутономне покрајине и општине, односно града.

Здравствена заштита која се обезбеђује у оквиру друштвене бриге за здравље обухвата:

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

## **6.1. Друштвена брига за здравље на нивоу Републике и општи интерес у здравственој заштити**

### **6.1.1. Друштвена брига за здравље на нивоу Републике**

*Друштвену бригу за здравље на нивоу Републике*, према члану 9 333 чине мере привредне и социјалне политике којима се стварају услови за спровођење здравствене заштите ради очувања и унапређења здравља људи, као и мере којима се усклађује деловање и развој система здравствене заштите.

Друштвена брига за здравље на нивоу Републике, према члану 10 333, обухвата:

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

Друштвена брига за здравље на нивоу Републике, према истом члану 333, обухвата и доношење републичког програма у области заштите здравља од загађене животне средине проузроковане штетним и опасним материјама у ваздуху, води и земљишту, одлагањем отпадних материја, опасним хемикалијама, изворима јонизујућих и нејонизујућих зрачења, буком и вибрацијама, као и вршење систематских испитивања животних намирница, предмета опште употребе, минералних вода за пиће, воде за пиће и других вода које служе за

производњу и прераду животних намирница и санитарно-хигијенске и рекреативне потребе, ради утврђивања њихове здравствене и хигијенске исправности и прописаног квалитета (мониторинг).

Друштвена брига за здравље, према члану 11 333, под једнаким условима, на територији Републике остварује се обезбеђивањем здравствене заштите *групација становништва које су изложене повећаном ризику оболевања*, здравственом заштитом лица у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лечењем болести од већег социјално-медицинског значаја, као и здравственом заштитом социјално угроженог становништва.

Здравствена заштита из члана 11 333 обухвата:

1. децу до навршених 18 година живота, школску децу и студенте до краја прописаног школовања, а најкасније до 26 година живота, у складу са законом;
2. жене у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;
3. лица старија од 65 година живота;
4. особе са инвалидитетом и ментално недовољно развијена лица;
5. лица која болују од ХИВ инфекције или других заразних болести које су утврђене посебним законом којим се уређује област заштите становништва од заразних болести, малигних болести, хемофилије, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултипле склерозе, лица у терминалној фази хроничне бubreжне инсуфицијенције, цистичне фиброзе, системске аутоимуне болести, реуматске грознице, болести зависности, оболела односно повређена лица у вези са пружањем хитне медицинске помоћи, лица оболела од ретких болести, као и здравствену заштиту у вези са давањем и примањем ткива и органа;
6. монахе и монахиње;

7. материјално необезбеђена лица која примају материјално обезбеђење по прописима о социјалној заштити и заштити бораца, војних и цивилних инвалида рата, као и чланове њихових породица ако нису здравствено осигурани;
8. кориснике сталних новчаних помоћи по прописима о социјалној заштити као и помоћи за смештај у установе социјалне заштите или у друге породице;
9. незапослена лица и друге категорије социјално угрожених лица чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање;
10. кориснике помоћи чланова породице чији је хранилац на одслужењу војног рока;
11. лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште, односно боравиште у Републици;
12. жртве насиља у породици;
13. жртве трговине људима;
14. лица којима се обезбеђује обавезна имунизација у складу са прописима којима се уређује здравствена заштита становништва од заразних болести;
15. лица којима се обезбеђују циљани превентивни прегледи, односно скрининг, према одговарајућим републичким програмима;
16. самохране родитеље са децом до седам година живота, чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање.

Влада Републике Србије (у даљем тексту: Влада) уређује садржај и обим, начин и поступак, као и услове за остваривање здравствене заштите наведених лица.

Према члану 12 333, здравствена заштита за лица из члана 11 333 која су обухваћена обавезним здравственим осигурањем обезбеђује се из средстава обавезног здрав-

ственог осигурања у складу са законом којим се уређује област обавезног здравственог осигурања.

Средства за остваривање здравствене заштите из члана 11 333 за лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем обезбеђују се у буџету Републике и преносе се организацији за обавезно здравствено осигурање.

#### ***6.1.2. Општи интерес у здравственој заштити***

Република, према члану 18 333, као ***општи интерес у здравственој заштити*** обезбеђује:

1. праћење и проучавање услова живота, рада и здравственог стања становништва, односно поједињих групација становништва, узрока појава, ширења и наちなа спречавања и сузбијања болести и повреда од већег социјално-медицинског значаја;
2. промоцију здравља у складу са програмима здравствене заштите и обезбеђивање услова за спровођење посебних програма за очување и унапређење здравља;
3. спровођење епидемиолошког надзора и организовање и спровођење посебних мера за заштиту становништва од заразних болести, спровођење ванредних мера утврђених у складу са законом, којим се уређује област заштите становништва од заразних болести, као и спровођење програма за спречавање, сузбијање, одстрањивање и искорењивање заразних болести, у складу са законом;
4. спречавање, сузбијање и гашење епидемија заразних болести;
5. праћење и спречавање хроничних масовних незаразних болести и болести зависности;
6. епидемиолошко и хигијенско систематско праћење, као и систематско праћење и испитивање утицаја загађења животне средине на здравље људи, као

- и систематско испитивање здравствене исправности животних намирница, предмета опште употребе и воде за пиће;
7. хитну медицинску помоћ особама непознатог пребивалишта, као и другим лицима која право на хитну медицинску помоћ не остварују на другачији начин у складу са законом;
8. здравствену заштиту лица која се налазе на издржавању казне затвора која им се пружа ван завода за издржавање заводских санкција, извршавање мера безбедности обавезног психијатријског лечења и чувања у здравственој установи, обавезног психијатријског лечења на слободи, обавезног лечења алкохоличара и наркомана;
9. спречавање и отклањање здравствених последица проузрокованих елементарним и другим непогодама и ванредним приликама;
10. организовање и развој интегрисаног здравственог информационог система прикупљањем, обрадом и анализом здравствено-статистичких и других података и информација о здравственом стању и здравственим потребама становништва, као и праћење података о функционисању здравствене службе у по-гледу обезбеђености простора, кадрова, опреме и лекова, као и праћење показатеља извршења рада;
11. праћење и стално унапређење квалитета здравствене заштите и спровођење и контролу квалитета здравствене заштите;
12. организовање и спровођење провере квалитета стручног рада;
13. ванредну контролу квалитета лекова, као и контролу случајних узорака лекова који се употребљавају у хуманој медицини, по програму министарства надлежног за послове здравља (у даљем тексту: Министарство);
14. подстицање активности за унапређивање рационалне фармакотерапије у лечењу оболелих и повређених;
15. подстицање активности на омасовљавању добровољног давалаштва крви и спровођење програма прикупљања крви, као и давања и примања органа и ткива за пресађивање;
16. обезбеђивање услова за рад републичких стручних комисија, као и комисије за процену здравствених технологија;
17. подстицање активности хуманитарних и стручних организација, савеза и удружења на пословима који су као приоритет предвиђени Планом развоја, односно посебним програмима здравствене заштите;
18. учешће у обезбеђивању средстава за уједначавање услова за равномерно остваривање здравствене заштите на целој територији Републике, а посебно на примарном нивоу здравствене заштите у општинама са неповољним демографским карактеристикама и недовољно развијеним општинама, у складу са приоритетима;
19. средства за изградњу и опремање здравствених установа у државној својини чији је оснивач Република, што подразумева: инвестиционо улагање, инвестиционо – текуће одржавање просторија, медицинске и немедицинске опреме и превозних средстава, односно набавку медицинске и друге опреме неопходне за рад здравствених установа и превозних средстава, обезбеђивање средстава, односно набавку опреме за развој интегрисаног здравственог информационог система, као и обезбеђивање средстава за друге обавезе одређене законом и актом о оснивању;
20. финансирање примењених истраживања у области здравствене заштите;
21. примену мера Владе у елементарним и другим непогодама и ванредним при-

ликама у складу са законом којим се уређује поступање у ванредним ситуацијама;

22. обезбеђивање средстава за обављање послова из члана 124, став 2, тачка 1)–7) 333, као и за поступак утврђивања нивоа јонизујућег и нејонизујућег зрачења у области здравствене заштите од стране завода за медицину рада основаног за територију Републике Србије.

Средства за остваривање општег интереса у здравственој заштити из члана 18 333 обезбеђују се у буџету Републике.

#### **6.1.3. Финансирање здравствене заштите из буџета Републике**

Из буџета Републике финансира се:

1. *друштвена брига за здравље на нивоу Републике* (члан 10 333);  
2. *друштвена брига за здравље, која се, у складу са чланом 11 Закона о здравственој заштити, под једнаким условима, на територији Републике остварује обезбеђивањем здравствене заштите групација становништва које су изложене повећаном ризику оболевања, здравственом заштитом лица у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лечењем болести од већег социјално-медицинског значаја, као и здравственом заштитом социјално угроженог становништва;*

Средства за остваривање здравствене заштите лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем обезбеђују се у буџету Републике и преносе се Републичком фонду за здравствено осигурање (члан 22 Закона о здравственом осигурању).

3. *обезбеђивање општег интереса у здравственој заштити* (члан 18 333);  
4. *рад Здравственог савета Србије* (Закон о здравственој заштити, члан 155);  
5. *рад Етичког одбора Србије* (Закон о здравственој заштити, члан 156);

6. *рад Републичких стручних комисија* (Закон о здравственој заштити, члан 158);

7. *здравствена заштита лица која имају статус избеглице* са територија република бивше СФРЈ (333, члан 238, став 2);

8. *накнада здравственим установама према ценовнику здравствених услуга који је усвојила организација обавезног здравственог осигурања за здравствене услуге које су обухваћене обавезним здравственим осигурањем* (333, члан 241);

9. *накнада здравственим установама и приватној пракси за указану хитну медицинску помоћ страницу*, ако здравствена установа или приватна пракса ту накнаду није могла наплатити од странца, због тога што он нема потребна новчана средства (333, члан 242).

#### **6.2. Друштвена брига за здравље на нивоу аутономне покрајине, општине, односно града**

Друштвена брига за здравље на нивоу аутономне покрајине, општине, односно града, према члану 13 333, обухвата мере за обезбеђивање и спровођење здравствене заштите од интереса за грађане на територији аутономне покрајине, општине, односно града, и то:

1. праћење здравственог стања становништва и рада здравствене службе на својој територији, као и стање о спровођењу утврђених приоритета у здравственој заштити;
2. стварање услова за приступачност и уједначеност коришћења примарне здравствене заштите на својој територији;
3. координирање, подстицање, организацију и усмеравање спровођења здравствене заштите која се остварује делатношћу органа јединица локалне самоуправе, грађана, предузећа, социјалних, образовних и других установа и других организација;

4. планирање и остваривање сопственог програма за очување и заштиту здравља од загађене животне средине проузрокованештетним и опасним материјама у ваздуху, води и земљишту, одлагањем отпадних материја, опасних хемикалија, изворима јонизујућих и нејонизујућих зрачења, буком и вибрацијама на својој територији, као и вршењем систематских испитивања животних намирница, предмета опште употребе, минералних вода за пиће, воде за пиће и других вода које служе за производњу и прераду животних намирница и санитарно-хигијенске и рекреативне потребе, ради утврђивања њихове здравствене и хигијенске исправности и прописаног квалитета;

5. обезбеђивање средстава за вршење оснивачких права над здравственим установама чији је оснивач у складу са законом и Планом мреже здравствених установа, акоје обухвата изградњу, одржавање и опремање здравствених установа, односно инвестиционо улагање, инвестиционо-текуће одржавање просторија, медицинске и немедицинске опреме и превозних средстава, опреме у области интегрисаног здравственог информационог система, као и за друге обавезе одређене законом и актом о оснивању;

6. сарадња са хуманитарним и стручним организацијама, савезима и удружењима, на пословима развоја здравствене заштите;

7. може да обезбеди услове за больу кадровску обезбеђеност здравствене установе чији је оснивач, до норматива, односно стандарда прописаних у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона, за које се, због недостатка финансијских средстава у систему обавезног здравственог осигурања, средства не могу обезбедити на основу уговора закљученог са организацијом за обавезно здравствено осигурање, односно због недостатка сопствених прихода здравствене установе, а до стварања услова да се кадровска обезбеђеност финансира из средстава оба-

везног здравственог осигурања, односно из сопствених прихода здравствене установе;

8. обезбеђивање средстава за пружање хитне медицинске помоћи у складу са чланом 162, став 1 и 2 333.

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

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

Аутономна покрајина, општина, односно град могу донети посебне програме здравствене заштите за поједине категорије становништва, односно врсте болести које су специфичне за аутономну покрајину, општину, односно град, а за које није донет посебан програм здравствене заштите на републичком нивоу, у складу са својим могућностима, и утврдiti цене тих појединачних услуга, односно програма.

Друштвена брига за здравље на нивоу аутономне покрајине, општине, односно града, према члану 13а 3333, може да обухвати и мере за обезбеђивање и спровођење здравствене заштите од интереса за грађане на територији аутономне покрајине, општине, односно града, којима се стварају услови за больу доступност и приступачност у коришћењу здравствене заштите на својој територији у здравственим установама чији је оснивач, а који су виши од норматива, односно стандарда прописаних овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона у погледу простора, опреме, кадра, лекова и медицинских средстава, који се не обезбеђују под условима прописаним законом којим се уређује обавезно здравствено осигурање, укључујући и друге неопходне трошкове за рад здравствене установе којима се постиже виши стандард у обезбеђивању здравствене заштите.

Обезбеђивање кадра под условима из члана 13, тачка 7 333, као и из члана 13а

333, подразумева обезбеђивање средстава за плате запослених, додатке на плате и друге накнаде у складу са законом, односно колективним уговором, као и доприносе за обавезно социјално осигурање.

Аутономна покрајина, општина, односно град може да обезбеди и средстава за вршење оснивачких права над здравственим установама чији је оснивач, ради извршавања обавеза здравствених установа а по извршним судским одлукама, за обавезе које се не финансирају из средстава обавезног здравственог осигурања или на други начин у складу са законом, а за које обавезе здравствена установа не може да обезбеди средства у финансијском плану.

Аутономна покрајина, општина, односно град може да обезбеди и средства за осигурање објекта и опреме за здравствене установе чији је оснивач, у складу са законом.

#### **6.2.1. Буџет аутономне покрајине, општине, односно града**

Из буџета *аутономне покрајине, општине, односно града*, финансира се: *друштвена брига за здравље на нивоу аутономне покрајине, општине, односно града*, која у складу са члановима 13 и 13а 333 обухвата мере за обезбеђивање и спровођење здравствене заштите од интереса за грађане на територији аутономне покрајине, општине, односно града.

## **ЗАКЉУЧАК**

Децентрализација, схваћена као процес преношења овлашћења и одговорности са виших на ниже органе власти, у оквиру реформи система здравствене заштите, у већини европских земаља заузима централно место.

Доношењем Закона о здравственој заштити, марта 1992. године и Закона о здравственом осигурању, априла исте године, започиње процес централизације у систему здравствене заштите у Републици Србији.

Централизација у систему здравствене заштите у Републици Србији, до својих крајњих граница доведена је доношењем Закона о изменама и допунама Закона о здравственој заштити, 1996. године (када селокалној самоуправи одузимају оснивачка права над здравственим установама) и Закона о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању, 1998. године (када се укида скупштина као орган Републичког завода за здравствено осигурање).

Постепена децентрализација у здравственој заштити и здравственом осигурању у Републици Србији настаје доношењем Закона о локалној самоуправи и Закона о утврђивању одређених надлежности аутономне покрајине, фебруара 2002. године.

Доношењем важећег Закона о здравственој заштити, децембра месеца 2005. године, стварају се реалне претпоставке за започињање процеса децентрализације у здравственој заштити на целој територији Републике Србије.

Међутим, доношењем важећег Закона о здравственом осигурању, такође у децембру 2005. године, не долази до децентрализације система здравственог осигурања. Здравствено осигурање на читавој територији Републике Србије спроводи Републички завод за здравствено осигурање и његове филијале које немају својство правног лица. Доношењем Закона о изменама Закона о здравственом осигурању, новембра 2014. године, функцију управљања над Републичким фондом за здравствено осигурање преузима држава, на начин да од седам чланова Управног одбора четири члана именује и разрешава Влада, на предлог министра надлежног за послове здравља.

Начин организације система здравствене заштите зависи од већег броја чинилаца: економских, политичких, историјских, културолошких и других.

Могуће предности децентрализације система здравствене заштите су: 1) боља контрола спровођења здравственог оси-

турања, 2) боља контрола коришћења средстава здравственог осигурања, 3) ефикаснији одговор на специфичне потребе становника појединих региона, 4) већа заинтересованост здравствених установа да рационалније користе расположива средства, 5) већа заинтересованост локалне привреде да помаже здравствене установе на свом подручју, 6) боља наплативост пореза и доприноса, 7) смањење сиве економије, 8) равномернији регионални развој (настојало би се да подручје сваког регионалног фонда-завода располаже економским потенцијалом неопходним за финансирање највећег дела здравствених потреба, а да се

мањи део недостајућих средстава обезбеди солидарношћу других региона, 8) равномернији развој здравствених капацитета на читавој територији земље, 9) допринос решавању демографских проблема и смањење миграција ка великим градовима, 10) децентрализација одлучивања о укупним средствима за здравствену заштиту и здравствено осигурање, 11) смањење корупције, 12) раст поверења грађана у државне институције, 13) повећање одговорности локалних самоуправа за развој система здравствене заштите и друге предности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. European Health Care Reforms, *Analysis of Current Strategies, Summary*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1995.
2. Рајко Косановић, Сања Пауновић: Правноекономски лексикон/ Legal-Economic Lexicon; Савез самосталних синдиката Србије – Confederation of Autonomus Trade Unions of Serbia, 2015 (Београд: Службени гласник).
3. Рајко Косановић, Христо Анђелски: Основни правци развоја здравственог осигурања у Републици Србији (1922–2014) – Basic directions or development health insurance in The Republic of Serbia (1922–2014) – Здравствена заштита, 2015;3.
4. Рајко Косановић, Христо Анђелски: Права из здравственог осигурања у Републици Србији (1922–2015) – Rights from health insurance in the Republic of Serbia (1922–2015) – Здравствена заштита, 2015;5.
5. Закон о здравственој заштити (Службени гласник СРС 4/90 и 40/90).
6. Закон о здравственој заштити (Службени гласник СРС 30/79, 59/82, 18/83, 22/84, 50/84, 51/85, 49/86, 28/87 и 42/87 – пречишћен текст).
7. Закон о здравственој заштити (Службени гласник РС 17/92, 26/92, 50/92, 52/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96 и 18/02).
8. Закон о изменама и допунама Закона о здравственој заштити (Службени гласник РС 25/96).
9. Закон о здравственом осигурању (Службени гласник РС 18/92).
10. Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању (Службени гласник РС 46/98).
11. Закон о утврђивању одређених надлежности аутономне покрајине (Службени гласник РС 6/02).
12. Закон о здравственој заштити (Службени гласник РС 107/05).
13. Закон о изменама и допунама Закона о здравственој заштити (Службени гласник РС 106/15).
14. Закон о здравственој заштити (Службени гласник РС 107/05, 72/09 – др. закон, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 – др. закон, 93/14 и 96/15).
15. Закон о здравственом осигурању (Службени гласник РС 107/05).
16. Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању (Службени гласник РС 57/11).

17. Закон о изменама Закона о здравственом осигурању (Службени гласник РС 123/14).
  18. Закон о здравственом осигурању (Службени гласник РС 107/2005, 109/2005 – испр. 57/2011, 110/2012 – одлука УС, 119/2012 и 99/2014).
  19. Закон о изменама и допунама Закона о пензијском и инвалидском осигурању (Службени гласник РС 75/14).
- 

20. Закон о изменама и допунама Закона о запошљавању и осигурању за случај незапослености (Службени гласник РС 38/15).
21. Закон о здравственој заштити (Службени гласник РС 107/05, 72/09 – др. закон, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 – др. закон, 93/14, 96/15 и 106/15).

**Контакт:** Др Рајко Косановић, Београд, e-mail drrajko@gmail.com

---

## **Упутство ауторима**

---

У часопису „Здравствена заштита“ објављују се оригинални научни радови, претходна саопштења, прегледи и стручни радови, из социјалне медицине, јавног здравља, здравственог осигурања, економије 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.

### **Описта 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 установа 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 imaju uključenu kompletну 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 kompletну 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, topлом 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“**.

