

ГОДИНА XXXV

Број 2
АПРИЛ, 2006. ГОДИНЕ

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

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА



Уређивачки одбор:

Председник:

Прим. др Илија Трипковић

Чланови:

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

Главни и одговорни уредник:

Проф. др сп. мед. Предраг Довијанић

Секретар:

Милка Томић-Каришић

Заменик главног и одговорног уредника:

Проф. др Мирјана Мартинов-Цвејин

ВЛАСНИК И ИЗДАВАЧ: Комора здравствених установа Србије – Београд

За издавача: Рајко Гргуревић, dipl. есс.

Уредништво и администрација: 11000 Београд, Нушићева 25/1

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

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

Лекција-корекција:

Ковилька Дабић, проф.

Технички уредник:

Синиша Ђетковић

Тираж:

500 примерака

Штампа:

Београд

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

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

* * *

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

Стручни и научни радови

Морталитет од кардиоваскуларних болести у популацији Београда старости од 30 до 69 година у периоду од 1990. до 2002. године*

C. Шипетић¹, Х. Влајинац², В. Стефановић³, Д. Станисављевић⁴

Cardiovascular Diseases Mortality in the Population of Belgrade Aged 30–69 Years for 1990–2002 Period

S. Šipetić, H. Vlajinac, V. Stefanović, D. Stanisavljević

Сажетак. У јопулацији Београда стварости од 30 до 69 година, од 1990. до 2002. године, скоро свака друга особа умрла је од неке кардиоваскуларне болести (КВБ). У поређењу са женама, мушкици су чешће умирали од свих кардиоваскуларних болести 1,7 пута, од исхемијске болести сраца (ИБС) 2,5 пута, од цереброваскуларних болести (ЦВБ) 1,3 пута и од других болести 1,6 пута. У току овог периода стапа умирања од свих кардиоваскуларних болести порасла је за 18,6 одсто у мушкију јопулацији и за 10 одсто у женској јопулацији, а од цереброваскуларних болести за 32,6 одсто, односно 17,2 одсто. Код мушкираца је забележено двоструко веће ојадање умирања од исхемијске болести сраца (17,0 одсто) него код жења (8,5 одсто). Код оба пола са годинама стварости долази до пораста просечних специфичких стапа смртности од кардиоваскуларних болести, с тим да стапа смртности код жења касни за стапом смртности код мушкираца у прсеку за пет година. Код особа оба пола стварости од 30 до 34 године дошло је до пораста умирања од кардиоваскуларних болести и то за 22,2 одсто у мушкију и за 14,1 одсто у женској јопулацији.

Кључне речи: кардиоваскуларне болести; мортилизитет; епидемиологија; епидемиолошки методи.

Summary. During the period between 1990 and 2002 in Belgrade population, almost every second person aged 30–69 years, died od some cardiovascular disease (CVD). Men, as compared to women, had higher standardized mortality rates from CVD (1.7 times), ischemic heart diseases (2.5 times), other heart diseases (1.6 times), and cerebrovascular diseases (1.3 times). During that period, the mortality from CVD increased by 18.6% in men, and by 10.9% in women. The increase in cerebrovascular disease mortality was 32.6% for men and 17.2% for women. Mortality from ischemic heart disease decreased twice as much in men (17.0%) than in woman (8.5%). In both sexes, the average age-specific mortality rates were 5 years behind those in men. In both sexes aged 30–34 years, the average mortality rate from CVD increased by 22.2% in men bu 14.1% in women, respectively.

Key words: cardiovascular diseases; mortality; epidemiology, epidemiologic methods.

* Пренето из Војносатитетског прегледа, 5, 2005.

¹ Сандра Шипетић, Медицински факултет, Институт за епидемиологију, Београд.

² Христина Влајинац, Медицински факултет, Институт за епидемиологију, Београд.

³ Весна Стефановић, Завод за заштиту здравља, Ђуприја.

⁴ Дејана Станисављевић, Институт за социјалну медицину, статистику и здравствено истраживање, Београд.

Увод

Кардиоваскуларне болести (КВБ) су водећи узрок оболевања и умирања у већини земља света.^{1,2} Према подацима Светске здравствене организације, сваке године у свету од кардиоваскуларних болести умире око 17 милиона људи, што чини око 30 одсто свих умрлих³. Процењује се да ће 2020. године у свету од кардиоваскуларних болести умрети око 25 милиона људи, што би чинило 36,3 одсто свих умрлих⁴. У Европи око четири милиона људи годишње умре услед неке кардиоваскуларне болести (48 одсто свих умрлих), односно скоро свака друга умрла особа⁵. У многим земљама северне, западне и јужне Европе присутан је пад умирања од кардиоваскуларних болести, док се у земљама централне и источне Европе и даље бележи пораст умирања.^{1,3,6}

Циљ ове дескриптивне епидемиолошке студије јесте да утврди разлике у кретању умирања од свих кардиоваскуларних болести, као и од исхемијске болести срца, других оболења срца и цереброваскуларних болести између мушкараца и жене старости од 30 од 69 година у популацији Београда у периоду од 1990. до 2002. године.

Методе

Подаци о најчешћим узроцима добијени из непубликованог материјала Градског завода за статистију јесу: неоплазме (140–239, C00–D48), кардиоваскуларне болести (390–458/459, I00–I99), повреде тровања и последице деловања спољних фактора (800–999, S00–T98), исхемијске болести срца (410–414, I20–I25), друга оболења срца (393–398, 402, 404, 415–429, I05–I52), цереброваскуларне болести (430–438, I60–I69), симптоми, знаци и недовољно дефинисана стања (780–799, R00–R99) и сви узроци смрти (000/001–A00–Z99) (шифре дате према IX и X ревизији Међународне класификације болести).

Стопа морталитета (на 100 000 становника) рачуната је у односу на популацију Београда, старости од 30 до 69 година, а доби-

јена је као просечна вредност две последње пописне године (1991. и 2001. године). Стопе морталитета стандардизоване су директном методом стандардизације, а као стандардна популација коришћена је популација света.⁷ Израчунавање 95% интервала поверења (95% IP) за стопе морталитета базирано је на Poissonовој дистрибуцији. У оквиру анализе података о морталитету коришћене су пропорције, а за процену кретања умирања регресиона анализа.

Резултати

На основу процента учешћа од главних узрока смрти у свих узрока, за период од 1990. до 2002. године, уочено је да мушкарци, као и жене, старости од 30 до 69 година, најчешће умиру од кардиоваскуларних болести (мушкарци – 43,4 одсто и жене – 38,8 одсто), а затим од неоплазми (32,5 одсто и 34,5 одсто) и повреда, тровања и последица деловања спољних фактора (9,2 одсто и 4,1 одсто).

У популацији Београда, старости од 30 до 69 година, мушкарци су 1,8 пута чешће умирали од жена, а за сваког седмог мушкарца и дванаесту жену није био познат узрок смрти (*табела 1*). У посматраном периоду мушкарци су, у поређењу са женама, имали 1,6 пута веће просечне стандардизоване стопе морталитета на 100 000 становника од кардиоваскуларних болести, 1,3 пута веће стопе смртности од неоплазми и 4,8 пута веће стопе умирања због повреда, тровања и последица деловања спољних фактора.

Међу мушкарцима који су умирали од свих кардиоваскуларних болести, највише је било оних са другим оболењима срца (34,2 одсто), а затим са исхемијском болести срца (33,3 одсто) и цереброваскуларним болестима (30,2 одсто). У женској популацији са другим оболењима срца (35,6 одсто), а потом са цереброваскуларним болестима (37,5 одсто) и исхемијском болести срца (22,8 одсто).

Просечне стандардизоване стопе морталитета од свих кардиоваскуларних болести биле су 1,7 пута веће за мушкарце (119,7;

Табела 1. Просечне стандардизоване стопе морталитета (на 100 000 становника) од главних узрока смрти и свих узрока умирања за популацију Београда, старости од 30 до 69 година, по полу, за период од 1990. до 2002. године

Узрок смрти (шифре према 9. и 10. ревизији МКБ)	Мушкирци		Жене	
	Број умрлих*	Стопа морталитета** (95% IP)	Број умрлих*	Стопа морталитета** (95% IP)
Неоплазме (140–239, C00–D48)	1327	92,1 (73,3–110,9)	1032	68,6 (52,3–84,9)
Кардиоваскуларне болести (390–459, I00–I99)	1774	119,7 (98,3–141,1)	1160	72,2 (55,4–88,8)
Симптоми, знаци и недовољно дефинисана стања (780–799, R00–R99)	610	67,0 (50,9–83,1)	253	27,0 (16,8–37,2)
Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (800–999, S00–T98)	374	38,2 (69,8–106,6)	123	18,4 (10,1–26,9)
Сви узроци смрти (000–999, A00–Z99)	4086	433,2 (392,4–474,0)	2989	233,7 (203,7–263,7)

МКБ – Међународна класификација болести.

* Просек за период од 1990. до 2002. године.

** Стопе морталитета стандардизоване према популацији света – према Waterhouseu.⁷

95% IP = 98,3–141,3) него за жене (72,1; 95% IP = 55,4–88,8) (**табела 2**). Мушкирци су у поређењу са женама чешће умирали од других оболења срца (мушкирци – 40,3; 95% IP = 27,8–52,8; жене – 25,4; 95% IP = 15,2–34,8), исхемијске болести срца (40,3; 95% IP =

28,0–52,6; 16,3; 95% IP = 8,5–24,1) и од цереброваскуларних болести (35,5; 95% IP = 23,7–47,3; 27,3; 95% IP = 17,1–37,5).

Приказане стандардизоване стопе морталитета (на 100 000 становника), за период од 1990. до 2002. године, за мушкирце и жене у

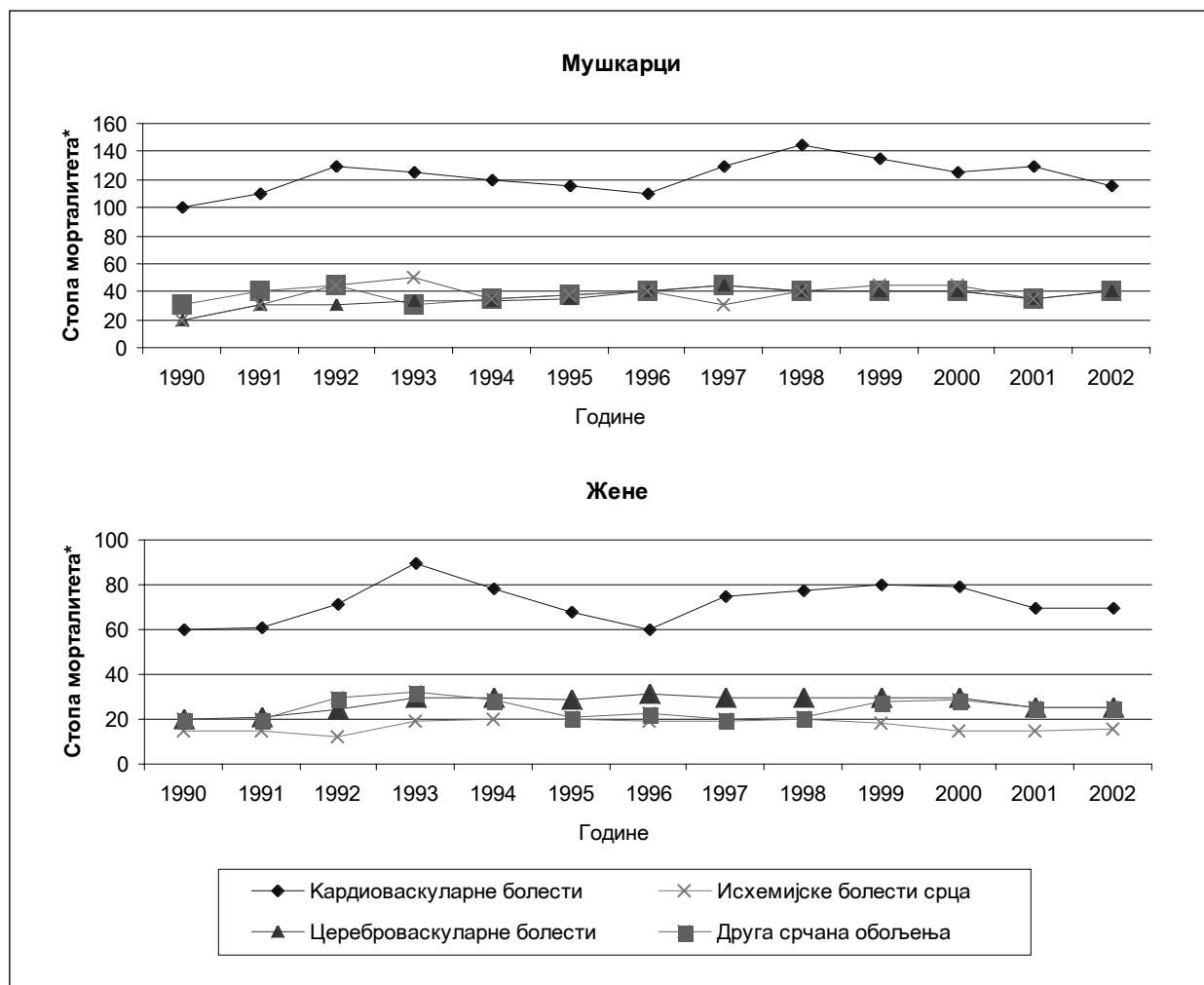
Табела 2. Просечне стандардизоване стопе морталитета (на 100 000 становника) од свих и одређених група кардиоваскуларних болести за популацију Београда, по полу, за период од 1990. до 2002. године.

Узрок смрти (шифре према 9. и 10. ревизији МКБ)	Мушкирци		Жене	
	Број умрлих*	Стопа морталитета** (95% IP)	Број умрлих*	Стопа морталитета** (95% IP)
Кардиоваскуларне болести (390–459, I00–I99)	1774	119,7 (98,3–141,3)	1160	72,1 (55,4–88,8)
Исхемијске болести срца (410–414, I20–I25)	591	40,3 (28,0–52,6)	264	16,3 (8,5–24,1)
Друге болести срца (393–398, 402, 404, 415–429, I05–I09, I11, I13, I30–I52)	606	40,3 (27,8–52,8)	413	25,4 (15,2–34,8)
Цереброваскуларне болести (430–438, I60–I69)	536	35,5 (23,7–47,3)	435	27,3 (17,1–37,5)

МКБ – Међународна класификација болести.

* Просек за период од 1990. до 2002. године..

** Стопе морталитета стандардизоване према популацији света – према Waterhouseu.⁷



Графикон 1. Стандардизоване стопе морталитета (на 100 000 становника) од свих и одабраних група кардиоваскуларних оболења, за популацију Београда старости од 30 до 69 година, по полу, у периоду од 1990. до 2002. године.

популацији Београда, старости од 30 до 69 година, указују на пораст умирања од свих кардиоваскуларних болести и цереброваскуларних болести, као и на опадање умирања од исхемијске болести срца (**табела 3**).

У **табели 3** сумирани су резултати тренда умирања. У популацији Београда, старости од 30 до 69 година, током посматраног периода дошло је до пораста умирања од свих кардиоваскуларних болести, и то за 18,3 % (95% IP = 10,7–25,9) у мушкијој и за 10,0% (95% IP = 4,1–15,9) у женској популацији. У женској популацији забележен је скоро двоструко већи пораст умирања од цереброваскуларних боле-

сти (32,6%; 95% IP = 27,9–37,3) него у мушкијој популацији (17,2%; 95% IP = 13,4–21,0). Код оба пола ни један од модела регресионе анализе није одговарао тренду умирања за друга оболења срца. У мушкијој популацији опадање умирања од исхемијске болести срца било је скоро двоструко веће (−17%) од оног забележеног код жена (−8,5%).

Код оба пола са годинама старости долази до пораста просечних специфичних стопа морталитета од кардиоваскуларних болести, с тим да стопа смртности код жена касни за истом стопом код мушкираца у просеку за око пет година (**табела 4**).

Табела 3. Тренд умирања од свих и одређених група кардиоваскуларних болести за популацију Београда, старости од 30 до 69 година, по полу, за период од 1990. до 2002. године

Узрок смрти (шифре према 9. и 10. ревизији МКБ)	Мушкирци			Жене		
	Једначина регресионе анализе	Процент измене у тренду умирања	95% IP	Једначина регресионе анализе	Процент измене у тренду умирања	95% IP
Кардиоваскуларне болести (390–426, I00–I99)	$y=106,5+7,6 \ln(t)$	+18,3	10,7–25,9	$y=68,2+0,6t$	+10,0	4,1–15,9
Исхемијске болести срца (410–414, I20–I25)	$y=44,6-0,6t$	-17,0	9,6–24,4	$y=12,7+1,58t-0,12t^2$	-8,5	0,6–16,0
Друге болести срца (393–398, 402, 404, 415–429, I05–I09, I11, I13, I30–I52)	*	*	*	*	*	*
Цереброваскуларне болести (430–438, I60–I69)	$y=29,4+0,9t$	+17,2	13,4–21,0	$y=22,4+2,85 \ln(t)$	+32,6	27,9–37,3

МКБ – Међународна класификација болести.

* Ни један од модела регресионе анализе не одговара датим подацима.

Табела 4. Просечне специфичне стопе морталитета (на 100 000 становника) од свих кардиоваскуларних оболења за популацију Београда, старости од 30 до 69 година, као њихов тренд за период од 1990. до 2002. године

Старосне групе	Мушкирци			Жене		
	Стопа морталитета* (95% IP)	Једначина регресионе анализе	Процент измене у тренду умирања (95% IP)	Стопа морталитета* (95% IP)	Једначина регресионе анализе	Процент измене у тренду умирања (95% IP)
30–34	7,3 (4,8–9,8)	$y=13,3+2,0 \ln(t)$	+22,2 (13,2–31,2)	4,5 (0,5–8,5)	$y=15,1+0,2t$	+14,1 (7,4–21,2)
35–39	49,6 (39,8–59,4)	$y=59,0+2,4t$	-51,8 (42,0–67,5)	23,0 (14,8–31,3)	$y=28,7-1,3t$	-57,5 (47,7–67,2)
40–44	106,3 (86,4–125,3)	$y=97,5+1,4t$	-17,2 (9,8–24,6)	51,9 (42,1–61,7)	$y=3,4+27,4t-3,6t^2+0,1t^3$	-23,5 (15,2–31,8)
45–49	221,4 (195,7–247,1)	$y=107,9+11,3t$	+114,2 (110,2–118,4)	101,0 (82,4–119,6)	$y=61,7+3,4t$	+62,6 (57,8–67,4)
50–54	325,4 (296,4–354,4)	$y=217,8+8,2t$	+43,6 (33,9–53,3)	144,1 (122,4–165,8)	**	**
55–59	751,4 (724,6–778,2)	$y=726,9+13,0t$	-22,0 (13,9–31,0)	352,1 (326,5–381,7)	$y=342,2+6,3t$	-22,6 (14,5–30,8)
60–64	1339,4 (1272,5–1406,2)	$y=1123,9+1,3t$	+57,1 (47,7–66,7)	693,4 (643,6–743,2)	**	**
65–69	1985,4 (1907,2–2063,6)	$y=1290,1+64,4t$	+64,9 (55,6–74,2)	1345,5 (1278,4–1412,2)	**	**

* Просечне стопе морталитета за период од 1990. до 2002. године.

** Ни један од модела регресионе анализе не одговара датим подацима.

У табели 4 приказано је кретање умирања од свих кардиоваскуларних болести по старосним групама за период од 1990. до 2002. године, одвојено за мушкарце и жене. У мушкиј и женској популацији забележен је највећи пораст умирања од кардиоваскуларних болести у групи од 45 до 49 година (114,2% и 62,6%). Пораст умирања од кардиоваскуларних болести уочен је и у групи од 30 до 34 године за 22,2% у мушкиј популацији, и за 14,1% у женској, а код мушкараца и у групама од 50 до 54 (43,6%), 60–64 (57,1%) и 65–69 година (64,9%). И код мушкараца и код жена смртност од кардиоваскуларних болести опала је у групи од 35 до 39 година (22,0% и 22,6%). Ни један од модела регресионе анализе није могао да се примени на податке који су се односили на кретање умирања од кардиоваскуларних болести у женској популацији старости од 50 до 54, 60–64 и 65–69 година.

Дискусија

Кардиоваскуларне болести су водећи узрок умирања и неспособности у многим земљама света.⁸ У 1990. години око 5,3 милиона људи умрло је од кардиоваскуларних болести у развијеним земљама света, а чак осам до девет милиона у земљама у развоју¹. У популацији Београда, старости од 30 до 69 година, у периоду од 1990. до 2002. године, кардиоваскуларне болести су узрок смрти код 43,4% свих умрлих у мушкиј популацији и 38,8% свих умрлих у женској. То значи да је од укупног броја умрлих скоро свака друга особа умрла од неке кардиоваскуларне болести, што је слично са подацима из других земаља у свету.⁹

У САД, као и у другим развијеним земљама, исхемијска болест срца је узрок смрти код 50 одсто свих умрлих од кардиоваскуларних болести, а цереброваскуларне болести и друга оболења срца узрок су смрти у преосталих 50% умрлих⁹. У Шведској, исхемијска болест срца и цереброваскуларне болести имају сличну учесталост, док се у Јапану цереброваскуларне болести јављају

много чешће.^{9–11} У популацији мушкараца у Београду, старости од 30 до 69 година, током посматраних тринаест година, слична је учесталост исхемијске болести срца, других болести срца и цереброваскуларних болести (око 30% свих умрлих умрло је од кардиоваскуларних болести). У женској популацији, код једне четвртине свих умрлих узрок смрти била је исхемијска болест срца, код 36% друга оболења срца, а чак код 38% цереброваскуларне болести.

Овакве разлике у учесталости одређених група кардиоваскуларних болести могу се објаснити присуством различитих фактора ризика у датим срединама, коришћењем различитих дијагностичких процедура, као и разликама у квалитету пријављивања узрока смрти.

У већини индустријализованих земаља у свету долази до опадања умирања од кардиоваскуларних болести (укључујући умирање од исхемијске болести срца и цереброваскуларних болести).¹ Процењује се да је у периоду од 1965. до 1990. године стопа морталитета од кардиоваскуларних болести опала за 50 одсто у Аустралији, Канади, Француској и САД, а чак за 60 одсто у Јапану.¹ У земљама западне Европе, са изузетком Француске, присутан је умеренији пад умирања од кардиоваскуларних болести и то за 20–25 одсто.¹ Интересантно је да је опадање стопа морталитета од цереброваскуларних болести много више изражено у односу на умирање од исхемијске болести срца. Тако је у САД, у периоду од 1979. до 1989. године, стопа морталитета од цереброваскуларних болести опала за једну трећину, а од исхемијске болести срца само за 22 одсто.^{12,13}

Док је у земљама северне, западне и јужне Европе дошло до опадања смртности од свих кардиоваскуларних болести, у земљама источне и централне Европе забележен је пораст умирања од ове групе оболења¹⁴. Смртност од цереброваскуларних болести је у порасту у централној Европи, а опада у северној, западној и јужној Европи. Највеће опадање је забележено у Француској и оно је веће од три одсто годишње.¹⁴

У популацији Београда старости од 30 до 69 година, у периоду од 1990. до 2002. године, наставља се пораст стопе умирања од кардиоваскуларних болести, који је забележен у претходном периоду, од 1975. до 1989. године.¹⁵

Када је реч о исхемијској болести срца, уочава се пораст стопе умирања у источној Европи, посебно у Румунији, а опадање у северној и западној Европи, као и у неким деловима јужне Европе (Француска и Италија). Највеће опадање умирања забележено је код мушкараца у Белгији и износи два одсто годишње.¹⁴ У Аустралији и на Новом Зеланду стопе морталитета од исхемијске болести срца опала је за око 60 одсто током последњих 25 година.^{16,17}

Опадање стопе морталитета од исхемијске болести срца у популацији Београда уочено у периоду од 1990. до 2000. године забележено је и у претходном периоду, од 1975. до 1989. године.¹⁵ Опадању умирања од исхемијске болести срца код оба пола популације Београда, старости од 30 до 69 година, највише до-приноси смањивања стопе умирања од акутног инфаркта миокарда и то за 23,8 осто у мушкији и за 11,6 одсто у женској популацији.

Не располажемо подацима на основу којих би се могло рећи да ли је до опадања стопе умирања од акутног инфаркта миокарда дошло услед смањивања броја оболелих и/или услед правовременог дијагностиковања и адекватног лечења овог оболења.

У посматраној популацији Београда просечне стандардизоване стопе морталитета од свих кардиоваскуларних болести за 1,7 одсто веће су код мушкараца (119,7) него код жена (72,1), а у периоду од 1975. до 1989. године однос стопе морталитета од кардиоваскуларних болести код мушкараца и жена је био 1,6:1.¹⁵ У Европи стопе морталитета (на 100 000 становника) од свих кардиоваскуларних болести за старост од 45 до 75 година такође су биле веће код мушкараца него код жена и кретале су се од 330 у Француској до 1490 у Украјини. Стопе морталитета (на 100 000) код жена у Европи крећу се од 122 у Француској до 830 у Украјини.¹⁴

У популацији Београда, старости од 30 до 69 година, мушкарци су 2,5 пута чешће умирали од исхемијске болести срца (40,3 на 100 000 становника) него жене (16,3 на 100 000 становника). У периоду од 1975. до 1989. године, у истој старосној популацији, однос стопа морталитета од исхемијске болести срца код мушкараца и жена био је 2,3:1,0.¹⁵ У Европи стопе морталитета код мушкараца, старости од 45 до 74 године, кретала се од 142 у Француској до 907 у Летонији, а код жена од 36 у Француској до 342 у Украјини.¹⁴ Највише стопе морталитета од исхемијске болести срца забележене су у источној Европи¹⁴.

У посматраној популацији просечне стандардизоване стопе морталитета (на 100 000 становника) од цереброваскуларне болести биле су 35,5 за мушкарце и 27,3 за жене. У већини студија налазимо податке да од цереброваскуларне болести више умиру мушкарци него жене,^{14,15} што се слаже са резултатима наше студије. У Европи код мушкараца, старости од 45 до 74 године, стандардизоване стопе морталитета (на 100 000) кретале су се од 54 у Швајцарској до 606 у Украјини, а код жена од 32 у Швајцарској до 408 у Украјини.¹⁴ Однос између највише и најниже забележене стопе морталитета у Европи био је 11 за мушкарце и 13 за жене.¹⁴ У популацији Београда код мушкараца старости од 30 до 69 година, у периоду од 1975. до 1989. године, просечна стопа морталитета била је 1,3 пута већа него код жена.¹⁵ Овај однос умирања по половима задржао се и у периоду од 1990. до 2002. године.

У нашој популацији пораст умирања, како од свих кардиоваскуларних болести, тако и од одабраних група кардиоваскуларних болести, може се повезати са високом учесталошћу и порастом учсталости појединих фактора ризика за кардиоваскуларне болести^{3, 5}. У 2000. години, у Србији без Косова и Метохије, на пример, смањена физичка активност, хипертензија, пушење, гојазност и високи ниво холестерола у крви у 85,2% случајева, узрок су оболевања од исхемијске болести срца.¹⁸

У нашој студији, као и у другим студијама,^{19,20} специфичне стопе морталитета од кардиоваскуларних болести расту са годинама старости код оба пола. Мушкирци у поређењу са женама имају веће стопе морталитета од кардиоваскуларних болести у групи од 30 до 34, па и у групи од 30 до 69 година живота. Стопа смртности од кардиоваскуларних болести код жена касни за истом стопом код мушкараца у просеку за пет година. У многим земљама уочава се појава кардиоваскуларних болести у све млађим старосним групама, што је у складу са све чешћим откривањем атеросклеротских промена на крвним судовима још у првој деценији живота.^{21,22} У популацији Београда узраста од 30. до 34. године дошло је до пораста умирања од кардиоваскуларних болести чак за 22,2% у мушкију популацији и за 14,1% у женској.

Закључак

Резултати ове студије указују на то да је неопходна примена примарних и секундарних мера превенције кардиоваскуларних болести. Велики значај у превенцији кардиоваскуларних болести имали би програми едукације који би се спроводили на нивоу популације, као и едукације особа код којих је повећан ризик од настанка кардиоваскуларних болести.

Литература

1. Lopez AD. Assessing the burden of mortality from cardiovascular diseases. *World Health Stat Q* 1993; 46(2): 91-6.
2. Murray CJL, Lopez AD. Global comparative assessments in the health sector disease burden, expenditures and intervention packages. Geneva: World Health Organization; 1994.
3. Tundstall-Pedoe H, editor. WHO MONICA project. Geneva: WHO; 2003.
4. Gaziano JM. Global burden of cardiovascular disease. In: Zoran R, editor. Heart Disease. A textbook of cardiovascular medicine. 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2001.p.1-18.
5. Rayner M, Peterson S. European cardiovascular disease statistics 2000 (monograph in the Internet). London: British Heart Foundation, University of Oxford; 2000 (cited 2005). Available at: <http://www.heartstats.org/datapage.asp?id=1570>.
6. Howson CP, Reddy KS, Ryan TJ, Bale JR, editors. Control of cardiovascular disease in developing countries: Research, Development and Institutional Strengthening. Washington, DC: The National Academies Press; 1988.
7. Waterhouse J, Muir C, Correa P, Powell J. Cancer incidence in five continents. Vol. 3. Lyon: International agency for research on cancer; 1976.
8. Luepker RV. Cardiovascular disease. In: Detels R, McEwen, Beaglehole R, Tanaka H, editors. The practice of public health. Vol. 3. New York: Oxford University Press; 2002.p. 1127-54.
9. American Heart Association. Heart and stroke statistical update. Dallas: American Heart Association; 1999.
10. WHO. World health statistics annual. Geneva WHO; 1995.
11. WHO. World health statistics annual. Geneva: WHO, 1996.
12. Whelton PK, Brancati FL, Appel LJ, Klag MJ. The challenge of hypertension and atherosclerotic cardiovascular disease in economically developing countries. *High Blood Press Cardiovasc Prev* 1995; 4: 36-45.
13. Feinleib M, Ingster L, Rosenberg H, Maurer J, Singh G, Kochanek K. Time trends, cohort effects, and geographic patterns in stroke mortality—United States. *Ann Epidemiol* 1993; 3(5): 458-65.
14. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. *Eur Heart J* 1997; 18(8): 1231-48.
15. Vlajinac HD, Adanja BJ, Jarebinski MS, Šipetić SB. Cardiovascular disease mortality in Belgrade: trends from 1975-89. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48(3): 254-7.
16. Public Health Commission. Our health, our future. Wellington: Public Health Commission, 1994.
17. Russell MA, Dobson AJ. Age-specific patterns of mortality from cardiovascular disease and other major causes, 1969 to 1990. *Aust J Public Health* 1994; 18(2): 160-4.
18. Atanasković-Marković Z, Bjegović V, Janković S, Kocev N, Lasser U, Marinković J, et al. The burden of disease and injury in Serbia. Belgrade; Ministry of health of the Republic Serbia; 2003.
19. Grundy SM, Pasternak R, Greenland P, Smith S Jr, Fuster V. Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *Circulation* 1999; 100(13): 1481-92.
20. Ridker PM, Hennekens CH, Buring JE, Rifai N. Creactive protein and other markers of inflammation in the prediction of cardiovascular disease in women. *N Engl J Med* 2000; 342(12): 836-43.
21. Berenson GS, Wattigney WA, Tracy RE, Newman WP 3rd, Srinivasan SR, Webber LS, et al. Atherosclerosis of the aorta and coronary arteries and cardiovascular risk factors in

- persons aged 6 to 30 years and studied at necropsy (The Bogalusa Heart Study). Am J Cardiol 1992; 70(9): 851–8.
22. Kanjuh V, Ostojić M, Durić D, Zalić N, editors. Significante and prospects of salving the problem of atherosclerosis at the dawn of III millenium. Proceedings of the 1st Yugoslav International Congress on Atherosclerosis; 2001 June 14–16; Belgrade, YU. Belgrade: Serbian Academy of Science and Art; 2001. (Serbian).

Стручни и научни радови**Касне хроничне инфекције у алоартропластичној хирургији – приказ случаја**З. Јовановић,¹ М. Илић,² Б. Ристић,³ З. Грујовић⁴**Late Chronic Infection in Aloarthroplastic Surgery – a Case Report**

Z. Jovanović, M. Ilić, B. Ristić, Z. Grujović

Сажетак. Алоартиројласиичне ћропедуре значајно побољшавају квалитет живота, међутим, дубоке инфекције у ортопедској хирургији представљају озбиљну, а некада и фаталну компликацију која не компромитује само функционални резултат и подгоришава почетном здравствено стање, већ може угрозити живот болесника.

Циљ овог рада јесте сагледавање посебног карактера касних хроничних инфекција костију и имплантацији, односно сложених интеракција између микроорганизама, имплантата и домаћина.

У раду је приказан случај болеснице код које је после нешто више од две године од имплантације постале ендопротезе кука истиољена перијпротетичка инфекција. Болесница је примињена у Центар за ортопедију и трауматологију Клиничког центра Крагујевац са болом, сеизернирањем, црвенилом и температуром у пределу десног кука, као и улкусом на појатколеници. На ренгенограму десног кука луксација пропротезе и перијпротетична осијеолиза. Интраоперативне културе остала су стерилне.

За успешиносћ алоартиројласиичних ћропедуре од велико је значаја разумевање мо-

Summary. While successful total joint replacement offers dramatic and lasting improvement in the quality of life, deep infection is the most feared complication of this procedure as it threatens the function of the joint, the preservation of the limb, and occasionally even the life of the patient.

The pathogenesis of late chronic infection and interaction between the microorganisms, the implants and the host have been recognized in this article.

This article is a case report of a 75-year-old woman who underwent a right total hip replacement procedure and developed a late periprosthetic infection (more than 24 months after surgery). This woman with persistent joint pain, effusion, erythema and warmth at the implant site, as well as ulcer on the lower leg hospitalised at Centre for Orthopaedic surgery and Traumatology. Laboratory studies revealed an erythrocyte sedimentation rate of 110mm/1hr, and normal white blood-cell count, with a normal differential. Radiographs of the hip revealed loosening of the prosthetic components and osteolysis. Cultures from joint aspiration and tissue specimen in the course of the operation was sterile.

¹ Доц. др Зорица Јовановић, Медицински факултет, Крагујевац.

² Проф. др Милена Илић, Медицински факултет, Крагујевац.

³ Доц. др Бранко Ристић, Центар за ортопедију и трауматологију, Клинички центар Крагујевац.

⁴ Асс. др Зоран Грујовић, Центар за ортопедију и трауматологију, Клинички центар Крагујевац.

ћућих компликација тих процедура и механизма настанка.

Кључне речи: касна хронична инфекција, алоартилоститичне процедуре кука, патогенеза, фактори ризика.

Увод

Имплантирана страна тела веома су пријемчива за пиогене инфекције и представљају значајан проблем у модерној медицини. Последњих деценија повећава се број имплантата у ортопедској хирургији. Инфекција је једна од најчешћих, а некада и фаталних компликација имплантације, која не компромитује само функционални резултат, већ може угрозити живот болесника.¹

Касне хроничне инфекције у ортопедској хирургији јављају се месец дана,² односно шест месеци³ по имплантацији. Trampuzova класификација перипротетичких инфекција⁴, поред раних (до три месеца) и касних (после 24 месеца), уводи и појам продужених инфекција које се јављају између три и 24 месеца по имплантацији. Продужене инфекције у већини случајева узроковане су интраоперативном контаминацијом, сојевима бактерија мање вируленције, за разлику од касних које су, углавном, последица хематогене дисеминације бактерија из удаљених фокуса.

Најчешћи узрочници инфекција јесу коагулаза-позитивни стафилокок (*Staphylococcus aureus*), коагулаза-негативни стафилокок (*Staphylococcus epidermidis* и *Staphylococcus haemolyticus*) и грам-негативни бацили. Грозница, бол и дисфункција зглоба могу бити једини симптоми и знаци инфекције.

Патогенеза овог облика инфекција веома је комплексна и укључује интеракцију између микроорганизама, имплантата и домаћина. Данас се са сигурношћу зна да примарну улогу у патогенези има стварање слузи и адхеренција бактерија на површину имплантата, односно формирање биофилма. Егзистенција бактерија у биофилму чини микрорганизме резистентнијим на дејство анти-

The success of a total joint arthroplasty is contingent on a clear understanding of the potential complications of the procedure.

Key words: late chronic, infection, hip arthroplasty, pathogenesis, risk factors.

биотика, као и специфичних и неспецифичних одбрамбених механизама домаћина.⁴

Биокомпабилност материјала не месту имплантације укључује сложене интеракције ћелија и ткива са биоматеријалима. Ђелија-ћелија и ћелија-полимер интеракција покреће ослобађање медијатора као што су хемотаксични фактори и фактори раста и изазива инфламаторну реакцију на месту имплантата.⁵

Биоматеријал имплантата, оштећено ткиво и кост изузетно су осетљиви на инфекцију, јер микроорганизми показују афинитет за инертни биоматеријал или оштећене ћелије и ткива. Овај облик инфекције резистентан је на антибиотике и веома често захтева одстрањење протезе и оштећеног ткива.

Ризик за настајање инфекције после алоартропластичних процедура повећава се код болесника са реуматоидним артритисом, *diabetes mellitusom*, улкусима на кожи, компромитованим имуним системом, као и код болесника на имуносупресивној терапији. Ризик од инфекције повећава се са годинама, гојазношћу, честим уринарним инфекцијама, хипокалијемијом, малнутрицијом, пушењем. Доказано је да су дубоке инфекције чешће код претходних хируршких интервенција на истом зглобу, као и код велике запремине имплантационог материјала, односно великих ендопротеза.⁶ Бактеријемија је фактор ризика за хематогене инфекције код алоартропластичних процедура на зглобовима. Дуго трајање операције (више од 2,5 сата) повећава могућност настајања инфекције.

Истраживања у *in vivo* и *in vitro* условима показала су да метали од којих су направљени имплантати (титанијум, кобалт и хром) узокују поремећаје хуморалног и целуларног имунитета⁷, као неспецифичних одбрамбених механизама⁸, што би могло бити од великог

утицаја на развој касних инфекција на месту имплантiranе ендопротезе.

Приказ случаја

Болесница, стара 75 година, примљена је у Центар за ортопедију и трауматологију Клиничког центра у Крагујевцу ради лечења гноjnог процеса у пределу десног кука.

На пријему, болесница је афебрилна: у пределу десног кука видљиво сецернирање жућкасног бистрог садржаја из оперативног реза, локално повишена температура и првенило. Први симптоми испољени су четири дана пре пријема у болницу.

У личној анамнези болесница наводи податак за операцију десног кука (*Implantatio endoprothesis totalis coxae lat. dex.*) која је пре две и по године обављена у једној ортопедској болници. Болесница даје податак да је после три месеца од операције осетила болове у оперисаном куку. Отежано се кретала (уз коришћење помагала) и храмала. Тегобе су се повремено погоршавале. У том периоду спроведено је симптоматско лечење и рехабилитациони третман.

Нешто више од две године по операцији дошло је до луксације уграђене ендопротезе, због чега је болесница први пут хоспитализована у Центру за ортопедију и трауматологију (*Dg: Luxatio endoprothesis totalis coxae lat. dex.; Varices cruris bill.; Ulcus crurus lat. dex.*). Тада је на пријему констатовано скраћење десне ноге, палпаторна болна осетљивост у десној препони, ограничени и болни покрети у куку, без промена на кожи и сецернације у пределу оперативног реза. Констатована улкусна рана (5 см x 3 см) у пределу доње трећине десне потколенице (треба истаћи да приликом примарне операције није било промена на кожи). После ортопедске репозиције луксиране ендопротезе, преведена на одељење пластичне хирургије ради лечења улкуса на потколеници.

По санирању улкуса на потколеници, поново примљена на одељење ортопедије са знацима сецернирања у пределу оперативног реза. У терапију је уведен Ceftriaxon. Микро-

биолошки налаз бриса ране у пределу десног кука негативан. Биолошко-биохемијски синдром запаљенске реакције: брзина таложења еритроцита 110 mm/1h, а затим 86 mm/1h, док је број леукоцита био нормалан (до $6,1 \times 10^9/1$), а у леукоцитарној формули доминирали су неутрофилни леукоцити. Број еритроцита и количина хемоглобина били су смањени. Фибриноген, позитивни реактант акутне фазе запаљења, незнатно увећан (4,1 g/1).

Рендгенограм десног кука (**слика 1**) показивао је перипротетичке остеолитичне промене.

У другој недељи хоспитализације имплантациони материјал и цемент извађени (*Extirpation endoprothesis totalis coxae lat. dex.*). Интраоперативно узети узорци (брисеви) остали су стерилни. Примењена интензивна антибиотска терапија (*Vankomicin* и *Fifampicin*), као и



Слика 1. Рендгенограм кука – перипротетичка инфекција, остеолитичне промене. Секвестрација, периостална реакција и склероза бутне кости.

перфузиона дренажа са антибиотицима у трајању од три недеље.

Болесница оптуштена кући у добром општем стању, афебрилна. Локално, у пределу десне ноге дошло до смиривања запаљенског процеса.

У наредном периоду, када опште здравствено стање болеснице то буде дозвољавало, планирана је поновна уградња ендопротезе кука.

Дискусија

Основно питање код касних дубоких инфекција у ортопедији јесте да ли је инфекција изазвана уградњом протезе или су за настајање инфекције одговорни други фактори. С обзиром на дуг асимптоматски период између имплантације протезе и испољавања инфекције (више од две године), мало је вероватно да је коштана инфекција изазвана директном инокулацијом бактерија приликом примарне операције (под условом да су бактерије ниске вирулентије и патогености). Објашњење за негативне интраоперативне културе јесте дуготрајна преоперативна примена антибиотика широког спектра у циљу лечења улкуса на потколеници.

Подаци из литературе показују да касне хроничне инфекције најчешће настају хематогеним путем из удаљених фокуса инфекције одакле бактерије доспевају у кост са имплантirаним металом и цементом, што представља погодан терен за инфекцију. Бактерије се причвршићују за коштани матрикс и ортопедске имплантате преко прецептора за фибронектин и друге структурне протеине. *In vitro* студије⁹ показале су да се резистенција бактерија на антибиотике повећава после адхеренције за *polymethylmethacrylat* (PMMA).

Дugo време између имплантације метала и појаве коштане инфекције могло би се објаснити интернализацијом бактерија у остеобласте.¹⁰ Остеобласти који садрже бактерије секретују цитокине (IL-1, IL-2 и IL-18) који су одговорни за локални инфламаторини одговор као и остеолизу.¹¹ Присуство орто-

педских имплантата такође узрокује и дефект локалних полиморфонуклеарних леукоцита, са смањеном способношћу да убију и одстрane бактерије.

У току инфекције бактерије идукују локалну деструкцију костију (остеолизу). Физиолошко ремоделирање костију представља координисану интеракцију између остеобласта и остеокласта. Цитокини (као што су IL-1, IL-6, IL-11 и TNF) које стварају локалне инфламаторне и коштане ћелије одликују се снажном остеолитичком активношћу. Неке компоненте бактерија делују директно или индиректно као фактори модулације костију. Присуство метаболита арахидонске киселине (као што је PGE₂), који је јак агонист остеокласта, смањује број бактерија потребних за инфекцију.¹²

Трећи могући пут којим бактерије доспевају у кост јесте директно ширење из околних жаришта инфекције (као што је улкус потколенице исте ноге код ове болеснице).

Неспецифични маркери акутне инфламације указивали су на присуство жаришта инфекције у приказаном случају.

Познато је да хируршка интервенција слаби отпорност организма и чини га подложнијим инфекцији. Ортопедски болесници после хируршких интервенција као што је хемиартропластика показују значајан стресни одговор¹³ праћен неспецифичном реакцијом организма, односно општим адаптационим синдромом. Повећано лучење глукокортикоида из коре надбubreжне жлезде изазива и атрофију лимфног ткива и испољава цитотоксично дејство на Т и Б лимфоците са смањеном производњом имуноглобулина. Имплатирана ендопротеза окружена је имуно некомпететном, фибронинфламаторном зоном, у којој је повећана осетљивост на инфекцију због стимулације макрофага, што је праћено ослобађањем супероксидног радикала и цитокина. Ова зона се на радиографији препознаје као остеолиза. Производња реактивних облика кисеоника, исцрпљивање макрофага и континуирано оштећење ткива око ендопртезе могу довести до асептичног разлабављења протезе. Међутим, хематогено

расејавање у подручје имуно некомпететне, фибронинфламаторне зоне доводи до пери-протетичке инфекције.¹⁴ Како је код приказане болеснице дошло до луксације ендопротезе, могуће је да је перипротетичка инфекција одговорна за њено разлабављење.

Закључак

Патогенеза касних коштаних инфекција по хемиартропластици представља комплексну интеракцију између имплантата, микроорганизама и домаћина. Овај облик инфекције резистентан је на антибиотике и веома често захтева одстрањење протезе.

Резултати приказани у овом раду показују да су фактори ризика од несумњивог значај, али не представљају и неопходан предуслов за настанак касних коштаних инфекција. Присуство фактора ризика у великој мери одређује ток, терапијски приступ и исход перипротетичких инфекција.

Литература

1. Zimmerli W, Lew D, Waldvogel F. Pathogenesis of foreign body infection. *J Clin Invest* 1984; 73: 1191-1200.
2. Tsukayama DT, Goldberg VM, Kyle RK. Diagnosis and management of infection after total knee arthroplasty. *JBJS* 2003;85:S75-S80.
3. Norden C, Nelson JD, Marder JT, Calandra GB. Evaluation of new anti-infective for the treatment of infections of prosthetic hip joints. *Infectious Diseases Society of America and the Food and Drug Administration. Clin Infect Dis* 1992;Suppl 1:S177-181.
4. Trampuz A, Zimmerli W. Prosthetic joint infections: update in diagnosis and treatment. *Swis Med Wkly* 2005;135: 243-251.
5. Zaits NP, Miller KM, Anderson JM. In vitro and in vivo interactions of cells with biomaterials. *Biomaterials* 1988; 1:5-13.
6. Bengtson S, Blomgren G, Knutson K, Wigren A, Lidgren L. Hematogenous infection after knee arthroplasty. *Acta Orthop Scand* 1987;58(5):529-534.
7. Wang JY, Wicklund BH, Gustilo RB, Tsukayama DT. Prosthetic metals impair murine immune response and cytokine release in vivo and in vitro. *J Orthop Res* 1997;15(5): 688-699.
8. Pascual A, Tsukayama DT, Wicklund BH, Bechtold JE, Merritt K, Peterson PK, et al. The effect of stainless steel, cobalt-chromium, titanium alloy, and titanium on the respiratory burst activity of human polymorphonuclear leukocytes. *Clin Orthop Relat Res* 1992;280:281-288.
9. Arizono T, Oga M, Sugioka Y. Increased resistance of bacteria after adherence to polymethylmethacrylate. An in vitro study. *Acta Orthop Scand* 1992;63(6):661-664.
10. Bosse MJ, Gruber HE, Ramp WK. Internalization of bacteria by osteoblasts in a patient with recurrent, long-term osteomyelitis. *JBJS* 2005;87:1343-1347.
11. Ciampolini J, Harding KG. Pathophysiology of chronic bacterial osteomyelitis. Why do antibiotics fail so often? *Postgrad Med J* 2000;76:479-483.
12. Bost KL, Ramp WK, Nicholson NC, Bento JL, Marriott I, Hudson MC. Staphylococcus aureus infection of mouse or human osteoblasts induces high levels of interleukin-6 and interleukin-12 production. *J Infect Dis* 1999; 180(6):1912-1920.
13. Leopold SS, Casnelli MT, Warne WJ, Colonel L, Dougherty PJ, Colonel L, et al. Endogenous cortisol production in response to knee arthroscopy and total knee arthroplasty. *JBJS* 2003;85:2163-2167.
14. Hanssen AD, Osmon DR, Nelson CL. Instructional course lectures, the American Academy of Orthopaedic surgeons-prevention of deep periprosthetic joint infection. *JBJS* 1996;78:458-471.

Стручни и научни радови**Из Републичког Завода за здравствено осигурање
Стоматолошка здравствена заштита за 2006. годину***M. Милетић¹***Увод**

Потреба да се систем обавезног здравственог осигурања усклади са растућим потребама становништва у коришћењу здравствене заштите и са расположивим средствима за финансирање обавезног здравственог осигурања, са једне стране, и потреба да се систем обавезног здравственог осигурања усклади са изменама у другим прописима који утичу на његову организацију, као и усклађивање истог са савременим токовима у земљама Европске уније, са друге стране, основ су за континуирано спровођење реформе система обавезног здравственог осигурања.

Такође, смањење јавне потрошње изискује потребу сталног усклађивања трошкова здравствене заштите са расположивим средствима буџета Републике и Републичког завода за здравствено осигурање и укључивање појединача, односно послодавца, у партиципирању трошкова здравствене заштите ради одрживости система обавезног здравственог осигурања, водећи рачуна о равномерној оптерећености осигураних лица и заштити најугроженије популације становништва (како оболелих од одређених болести већег социјално-медицинског значаја, тако и социјално угроженог становништва).

Наведени параметри, као и низ других који регулишу остваривање општег интереса у здравственој заштити, а који обезбеђује Република из средстава буџета, и друштвену бригу за здравље становништва (на нивоу Републике, аутономне покрајине, града, одно-

сно општине, послодавца и појединца), а што представља новину у односу на досадашњи правни систем у области здравственог законодавства, уређени су новим Законом о здравственој заштити ("Службени гласник РС", бр. 107/05) и Законом о здравственом осигурању ("Службени гласник РС", бр. 107/05).

1. Увођење система плаћања стоматолошке здравствене заштите по услугама

Одредбама члана 181. Закона о здравственом осигурању дефинисано је да се уговором са здравственом установом, поред осталих начина плаћања, може утврдити плаћање здравствених услуга по ценама појединачних здравствених услуга. Сходно томе, за 2006. годину предложен је систем плаћања стоматолошке здравствене заштите по појединачним ценама здравствених услуга, као наставак реформе ове делатности из 2005. године када је, такође, Финансијским планом Републичког завода определен посебан износ средстава за стоматолошку здравствену заштиту и утврђен посебан образац рачуна за ову здравствену делатност у циљу исказивања и праћења трошковне структуре стоматолошке здравствене заштите, а што је омогућило њено сагледавање као целовите области у оквиру укупне здравствене заштите.

Прва фаза рада у доношењу одлуке о увођењу плаћања стоматолошке здравствене заштите по услугама јесте, пре свега, разграничењавање стоматолошке делатности у дому

¹ Милица Милетић, дипломирани економиста, директор Сектора за уговорање у РЗЗО.

здравља од осталих здравствених делатности на примарном нивоу здравствене заштите, и утврђивање броја и структуре запослених у стоматолошкој здравственој заштити уз примену норматива кадрова за обављање здравствене делатности донетих од стране Министарства здравља. Истовремено, нормативи Министарства здравља примениће се и на секундарни и терцијарни ниво стоматолошке здравствене заштите.

2. Израда методологије за утврђивање норматива у стоматолошкој здравственој заштити

Припрема у изради списка, тј. номенклатуре стоматолошких услуга, за врсте стоматолошких услуга утврђених у складу са чланом 45. Закона о здравственом осигурању, временски норматив појединачних услуга, односно минутажу рада једног тима, сачинила је Стручна група за припрему критеријума за уговорање здравствене заштите у области стоматологије за 2006. годину, формирана Решењем директора Републичког завода, 01 број: 54-1419/05 од 28. 9. 2005. године.

Поступак прерачунавања временских норматива у њихову релативну - бодовну вредност састоји се у дефиницији да 5 минута рада, или учешћа, стоматолога у стоматолошкој услуги вреди 1 бод, а 5 минута рада медицинске сестре са средњом, односно вишом школском спремом утврђује се сразмерно односу плате тог профиле запослених (утврђених по коефицијентима из Уредбе о коефицијентима за обрачун и исплату плате запослених у јавним службама) и плате стоматолога (утврђених такође по коефицијентима). За специјалисту стоматологије, по овој методологији, бодовна вредност за 5 минута рада већа је сразмерно већем износу његове плате (утврђене по коефицијентима) од плате стоматолога. Код стоматолошких услуга, у чијем пружању учествује више здравствених радника, бодовна вредност се утврђује збрајањем свих појединачних бодова тих здравствених радника.

Након овог, утврђен је годишњи фонд ефективних сати од 1.542 сата, по следећој методологији: годишњи фонд дана умањен је за 52 недеље, дане празника, просечан број дана годишњег одмора, просечан број дана боловања, просечан број дана стручног усавршавања (едукације) и добијени број дана представља фонд радних дана. Време једног радног дана умањено је за пола сата одмора у току радног дана и множењем броја радних дана са ефективним радним временом једног радног дана, тј. са ефективним сатима, добијен је годишњи фонд ефективних сати. Множењем годишњег фонда ефективних сати са планским бодом једног тима на сат добија се радни норматив, односно годишња планска уговорена обавеза једног тима.

Планирана средства за стоматолошку здравствену заштиту обухватају средства за плате запослених по коефицијентима утврђених Уредбом о коефицијентима за обрачун и исплату плате запослених у јавним службама, увећаних за пројектовани раст плате у 2006. години, трошкове за лекове, санитетски материјал, амортизацију и остале материјалне трошкове.

Нови критеријуми за уговорање стоматолошке здравствене заштите не доносе нова нити додатна средства, већ пре свега уводе јединствен и транспарентан приступ успостављању међусобних обавеза између Републичког завода и даваоца услуга. Републички завод преноси средства даваоцима услуга искључиво по испостављеним фактурама за извршене услуге осигураницима без могућности пробијања определених средстава и обима услуга на годишњем нивоу.

Основ за уговорање стоматолошке здравствене заштите која се обавља на примарном нивоу, тј. у дому здравља, као и на секундарном и терцијарном нивоу, у стоматолошким клиникама, јесте план стоматолошких услуга.

Стручна група је, у току јануара и фебруара 2006. године, анализирала пристигле примедбе које су здравствене установе достигле. На основу анализе сачињен је предлог:

- Правилник о утврђивању цена здравствених услуга за превенцију, прегледе и лечење болести уста и зуба;
- Норматив кадрова стоматолога, стоматолошких сестара и техничара и
- Спецификација са ценама стоматолошких услуга;

који су усвојени на седници Управног одбора Републичког завода од 29. марта 2006. године.

У циљу спровођења рационализације кадрова у стоматологији, здравствене установе ће спровести анкету о добровољном одласку запослених у оквиру броја и структуре кадрова до 10. априла, односно разлике између постојећег стања и норматива кадрова, као и потребних средстава за финансирање њихових отпремнина.

Извод из новог Закона о здравству

Изводи из Закона о здравственој заштити (II део)*

VIII. Здравствена служба

Члан 45.

Здравствену службу чине:

1. здравствене установе и приватна пракса;
2. здравствени радници и здравствени сарадници који здравствену делатност обављају у здравственим установама и приватној пракси.

Здравствена установа обавља здравствену делатност, а приватна пракса одређене послове здравствене делатности.

A. Здравствене установе и приватна пракса

1. Врсте, услови за оснивање и престанак рада здравствених установа

Члан 46.

Здравствену установу може основати Република, аутономна покрајина, локална самонадзор, правно или физичко лице, под условима прописаним овим законом.

Здравствене установе могу се оснивати средствима у државној или приватној својини, ако овим законом није друкчије уређено.

Здравствена установа може се основати као:

1. дом здравља;
2. апотека;
3. болница (општа и специјална);
4. завод;
5. завод за јавно здравље;
6. клиника;
7. институт;
8. клиничко-болнички центар;
9. клинички центар.

Члан 47.

Здравствене установе које се оснивају средствима у државној својини (у даљем тексту: здравствена установа у државној својини) оснивају се у складу са Планом мреже здравствених установа (у даљем тексту: План мреже), који доноси Влада.

План мреже за територију аутономне покрајине утврђује се на предлог аутономне покрајине.

План мреже утврђује се на основу:

1. плана развоја;
2. здравственог стања становништва;
3. броја и старосне структуре становништва;
4. постојећег броја, капацитета и распореда здравствених установа;
5. степена урбанизације, развијености и саобраћајне повезаности појединачних подручја;
6. једнаке доступности здравствене заштите;
7. потребног обима одређеног нивоа здравствене делатности;
8. економске могућности Републике.

Планом мреже утврђују се: број, структура, капацитети и просторни распоред здравствених установа и њихових организационих јединица по нивоима здравствене заштите, организација службе хитне медицинске помоћи, као и друга питања од значаја за организацију здравствене службе у Републици.

Члан 48.

Здравствене установе из члана 46. овог закона у државној својини, у зависности од врсте, оснивају Република, аутономна покрајина, општина, односно град, у складу са овим законом и Планом мреже.

Здравствене установе из става 1. овог члана оснивају, и то:

* Службени гласник РС, 107/2005.

1. дом здравља и апотеку – оснива општина, односно град;
2. завод на примарном нивоу обављања здравствене делатности и клиничко-болнички центар – оснива град;
3. општу болницу, специјалну болницу, клинику, институт и клинички центар – оснива Република, а на територији аутономне покрајине – аутономна покрајина;
4. здравствене установе које обављају делатност на више нивоа здравствене заштите, и то: 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.

Члан 49.

Здравствена установа може обављати здравствену делатност ако испуњава услове прописане овим законом, и то:

1. ако има одређену врсту и број здравствених радника одговарајућег степена стручне спреме, са положеним стручним испитом, а за обављање одређених послова и са одговарајућом специјализацијом, или научним, односно наставним звањем;
2. ако има дијагностичку, терапијску и другу опрему за безбедно и савремено пружање здравствене заштите за делатност за коју је основана;
3. ако има одговарајуће просторије за пријем оболелих, односно здравих лица, за обављање дијагностичких и терапијских поступака лечења и смештај пацијената, као и за чување лекова и медицинских средстава;

4. ако има одговарајуће врсте и количине лекова и медицинских средстава које су потребне за обављање одређене здравствене делатности за коју се здравствена установа оснива.

Две или више здравствених установа могу организовати заједничке медицинске службе за лабораторијску, рендген и другу дијагностику, као и заједничке немедицинске службе за правне, економско-финансијске, техничке и друге послове.

Ближе услове у погледу кадра, опреме, простора и лекова за оснивање и обављање здравствене делатности здравствених установа из става 1. овог члана прописује министар.

Здравствена установа која користи изворе јонизујућих зрачења мора поред услова из ст. 1. и 3. овог члана испуњавати и друге услове прописане законом којим се уређује заштита од јонизујућег зрачења.

Члан 50.

Оснивач здравствене установе доноси акт о оснивању који садржи:

1. назив и седиште, односно име и пребивалиште оснивача;
2. назив и седиште здравствене установе;
3. делатност здравствене установе;
4. износ средстава за оснивање и почетак рада здравствене установе и начин обезбеђивања средстава;
5. права и обавезе оснивача у погледу обављања делатности због које се здравствена установа оснива;
6. међусобна права и обавезе здравствене установе и оснивача;
7. органе управљања здравствене установе у оснивању и њихова овлашћења;
8. лице које ће до именовања директора здравствене установе обављати послове и вршити овлашћења директора;
9. рок за доношење статута, именовање директора и органа управљања.

У оснивачком акту здравствене установе која обавља здравствену делатност на примарном нивоу здравствене заштите, а која се оснива за територију више општина, уре-

ћују се међусобна права и обавезе оснивача здравствене установе и других општина за чију територију се та здравствена установа оснива.

Члан 51.

Здравствена установа може обављати здравствену делатност ако Министарство решењем утврди да су испуњени услови прописани законом за обављање здравствене делатности.

Здравствена установа може обављати само здравствену делатност која је утврђена решењем Министарства о испуњености услова за обављање здравствене делатности.

Решење из става 1. овог члана доноси здравствени инспектор, у складу са овим законом и законом којим се уређује општи управни поступак.

На решење из става 3. овог члана може се изјавити жалба министру, у року од 15 дана од дана пријема решења здравственог инспектора.

Решење министра из става 4. овог члана коначно је у управном поступку и против њега се може покренути управни спор.

На основу решења о испуњености услова за обављање здравствене делатности, здравствена установа уписује се у регистар код надлежног суда, у складу са законом.

Здравствена установа почиње са радом даном уписа у регистар из става 6. овог члана.

Члан 52.

Здравствена установа може се укинути, спојити са другом здравственом установом или поделити на више здравствених установа, у складу са законом.

О укидању, спајању и подели здравствених установа у државној својини одлучује Влада, у складу са Планом мреже, уз консултацију са оснивачем.

О укидању, спајању и подели здравствених установа у приватној својини одлучује оснивач.

Члан 53.

Министарство доноси решење о привременој забрани рада, или о привременој забра-

ни обављања одређених послова здравствене делатности, ако:

1. здравствена установа не испуњава услове прописане законом у погледу кадра, опреме, простора и лекова;
2. обавља здравствену делатност која није утврђена решењем за почетак обављања здравствене делатности;
3. у поступку провере квалитета стручног рада, односно обављања надзора над радом здравствене установе, буде изречена једна од мера утврђених овим законом;
4. истакне назив, односно обележи здравствену установу супротно решењу за почетак обављања здравствене делатности;
5. рекламира обављање стручно медицинских поступака и метода здравствене заштите, као и друге здравствене услуге које се пружају у здравственој установи, супротно одредбама члана 71. овог закона;
6. из других разлога утврђених законом.

Здравствени инспектор о утврђеним чињеницама из става 1. овог члана доноси решење о привременој забрани рада, односно обављања здравствене делатности или одређених послова здравствене делатности.

На решење из става 2. овог члана, које доноси здравствени инспектор, може се изјавити жалба министру, у року од 15 дана од дана пријема решења.

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

Здравствена установа може, на основу решења Министарства, почети са радом ако у року прописаним законом, односно решењем Министарства, отклони разлоге који су довели до привремене забране рада здравствене установе или привремене забране обављања одређених послова здравствене делатности.

Члан 54.

Факултети здравствене струке могу обављати здравствену делатност преко својих организационих јединица ако Министарство утврди да те организационе јединице испуњавају услове прописане овим законом за одређену врсту здравствене установе.

Установе социјалне заштите, заводи за извршавање заводских санкција, као и друга правна лица за које је посебним законом предвиђено да обављају и одређене послове из здравствене делатности, могу обављати здравствену делатност ако Министарство утврди да испуњавају услове за одређену врсту здравствене установе, односно услове за одређену врсту приватне праксе.

2. Врсте, услови за оснивање и престанак рада приватне праксе

Члан 55.

Приватну праксу може основати:

1. незапослени здравствени радник са положеним стручним испитом;
2. здравствени радник корисник старосне пензије, уз сагласност коморе здравствених радника.

Члан 56.

Приватна пракса може се основати као:

1. ординација лекара, односно стоматолога (општа и специјалистичка);
2. поликлиника;
3. лабораторија (за медицинску, односно клиничку биохемију, микробиологију, патохистологију);
4. апотека;
5. амбуланта (за здравствену негу и за рехабилитацију);
6. лабораторија за зубну технику.

Приватну праксу из става 1. тач. 5) и 6) овог члана може основати здравствени радник са одговарајућом вишом, односно средњом школском спремом здравствене струке, у складу са овим законом и приписима донетим за спровођење овог закона.

Приватну праксу из става 1. тачка 2) овог члана може основати више здравствених радника са високом школском спремом здравствене струке, у складу са овим законом и приписима донетим за спровођење овог закона.

Оснивач приватне праксе из става 1. овог члана самостално обавља делатност као предузетник.

Здравствени радник може основати само један облик приватне праксе из става 1. овог члана.

Приватна пракса не може обављати здравствену делатност из области хитне медицинске помоћи, снабдевања крвљу и крвним дериватима, узимања, чувања и пресађивања органа и делова људског тела, производње серума и вакцина, патоанатомско-обдукцијску делатност, као и здравствену делатност из области јавног здравља.

Члан 57.

Здравствени радник из члана 55. овог закона може основати приватну праксу под условом:

1. да има општу здравствену способност;
2. да је завршио факултет, односно одговарајућу школу здравствене струке и положио стручни испит, а за специјалисте и одговарајући специјалистички испит;
3. да је извршио упис у именик надлежне коморе;
4. да је добио, односно обновио одобрење за самостални рад, у складу са законом;
5. да испуњава услове прописане овим законом за оснивање и почетак рада приватне праксе у погледу кадра, опреме, простора и лекова;
6. да му правноснажном судском одлуком није изречена кривична санкција – мера безбедности забране обављања здравствене делатности, односно да му одлуком надлежног органа коморе није изречена једна од дисциплинских мера забране самосталног рада, у складу са законом којим се уређује рад комора здравствених радника;
7. да испуњава друге услове утврђене законом.

Члан 58.

Приватна пракса може обављати одређене послове здравствене делатности ако испуњава услове прописане овим законом, и то:

1. ако има одређену врсту и број здравствених радника одговарајућег степена стручне спреме, са положеним стручним испи-

- том, а за обављање одређених послова и са одговарајућом специјализацијом;
2. ако има дијагностичку, терапијску и другу опрему за безбедно и савремено пружање здравствене заштите за делатност за коју је основана;
 3. ако има одговарајуће просторије за обављање здравствене делатности, односно одређених послова здравствене делатности за које је основана;
 4. ако има одговарајуће врсте и количине лекова и медицинских средстава које су потребне за обављање одређених послова здравствене делатности за које се приватне пракса оснива.

Ближе улове у погледу кадра, опреме, простора и лекова за оснивање и обављање одређених послова здравствене делатности приватне праксе из става 1. овог члана прописује министар.

Приватна пракса која користи изворе јонизујућих зрачења мора поред услова из ст. 1. и 2. овог члана испуњавати и друге услове прописане законом којим се уређује заштита од јонизујућег зрачења.

Члан 59.

Приватна пракса може обављати одређене послове здравствене делатности ако Министарство решењем утврди да су испуњени услови прописани законом за обављање одређених послова здравствене делатности.

Решење из става 1. овог члана доноси здравствени инспектор, у складу са овим законом и законом којим се уређује општи управни поступак.

На решење из става 2. овог члана може се изјавити жалба министру, у року од 15 дана од дана пријема решења здравственог инспектора.

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

На основу решења о испуњености услова за обављање одређених послова здравствене делатности приватна пракса уписује се у регистар код надлежног органа, у складу са законом.

Приватна пракса почиње са радом даном уписа у регистар из става 5. овог члана.

Члан 60.

Приватна пракса може обављати само одређене послове здравствене делатности који су утврђени решењем Министарства о испуњености услова за обављање одређених послова здравствене делатности.

Решењем Министарства из става 1. овог члана утврђује се рад приватне праксе у једној или у две смене.

Члан 61.

Приватна пракса може привремено престати са обављањем одређених послова здравствене делатности ако обавести Министарство о разлозима за привремени престанак обављања тих послова.

Министарство доноси решење о привременом престанку обављања одређених послова здравствене делатности приватне праксе из става 1. овог члана.

Привремени престанак може трајати најдуже 12 месеци.

Приватна пракса из става 2. овог члана дужна је да о поновном почетку обављања одређених послова здравствене делатности обавести Министарство, општинску, односно градску управу на чијој територији се налази седиште приватне праксе, као и надлежну комору.

Члан 62.

Приватна пракса дужна је да:

1. пружи хитну медицинску помоћ свим грађанима;
2. учествује на позив надлежног државног органа у раду на спречавању и сузбијању заразних болести, као и на заштити и спасавању становништва у случају елементарних и других већих непогода и ванредних прилика;
3. врши сталну проверу квалитета свог стручног рада у складу са законом;
4. истакне распоред радног времена и придржава се тог распореда;

5. истакне ценовник здравствених услуга и изда рачун за пружене здравствене услуге;
6. редовно доставља надлежном заводу, односно институту за јавно здравље медицинско-статистичке извештаје и другу евиденцију у области здравства, у складу са законом;
7. организује, односно обезбеђује мере за одлагање, односно уништавање медицинског отпада, у складу са законом.

Члан 63.

Приватна пракса из члана 56. став 1. тач. 1) и 2) овог закона, поред услова прописаних законом и прописа донетих за спровођење овог закона, у складу са делатношћу коју обавља, мора обезбедити и стално доступан санитетски превоз, закључивањем уговора са најближом здравственом установом која може обезбедити санитетски превоз.

Приватна пракса из става 1. овог члана може обезбедити лабораторијску и другу додатну дијагностику која је потребна за постављање дијагнозе за свог пацијента, искључиво из области медицине, односно стоматологије, које чине основну делатност приватне праксе утврђене у решењу Министарства о испуњености услова за обављање одређених послова здравствене делатности приватне праксе, закључивањем уговора са најближом здравственом установом, односно приватном праксом.

Здравствена установа, односно приватна пракса, са којом је оснивач приватне праксе закључио уговор из ст. 1. и 2. овог члана дужна је да прими пацијента са упутом из приватне праксе, односно упутом издатим од стране запосленог здравственог радника у тој приватној пракси.

Трошкове пружања здравствене заштите из ст. 1. и 2. овог члана сноси пацијент.

За трошкове настале пружањем хитне медицинске помоћи у приватној пракси средства се обезбеђују у складу са законом.

Члан 64.

Приватна пракса брише се из регистра у случају:

1. одјаве;

2. смрти оснивача приватне праксе;
3. ако оснивач приватне праксе трајно изгуби радну способност за обављање здравствене делатности, по одлуци надлежног органа;
4. ако оснивач приватне праксе изгуби пословну способност потпуно или делимично, по одлуци надлежног суда;
5. ако оснивач приватне праксе заснује радни однос, односно почне да обавља другу самосталну делатност као основно занимање, односно ако буде изабран, именован или постављен на одређену функцију у државном органу, односно органу територијалне аутономије или јединице локалне самоуправе, за коју прима плату;
6. да не започне обављање одређених послова здравствене делатности у року од 12 месеци од дана уписа у регистар код надлежног органа, у складу са законом;
7. ако оснује више од једног облика приватне праксе;
8. ако обавља делатност у време привременог прекида рада по одлуци надлежног органа;
9. кажњавања, више од три пута, за обављање делатности за које не испуњава прописане услове;
10. изречене мере забране обављања делатности због неиспуњавања услова за обављање те делатности, а у року одређеном у изреченој мери не испуни те услове, односно не усклади делатност;
11. других разлога утврђених законом.

Члан 65.

Министарство доноси решење о привременој забрани рада приватне праксе, ако:

1. приватна пракса не испуњава прописане услове у погледу кадра, опреме, простора и лекова;
2. обавља послове здравствене делатности су противно решењу Министарства којим је утврђена испуњеност услова за обављање одређених послова здравствене делатности;
3. у поступку провере квалитета стручног рада, односно обављања надзора над радом приватне праксе, буде изречена једна од мера утврђених овим законом;

4. не обнови одобрење за самостални рад, односно ако му одобрење за самостални рад буде одузето, у складу са овим законом;
5. одлуком надлежног органа коморе оснивачу приватне праксе буде изречена једна од дисциплинских мера забране самосталног рада;
6. истакне пословно име, односно обележи приватну праксу у супротности са решењем Министарства о испуњености услова за обављање одређених послова здравствене делатности;
7. рекламира обављање стручно медицинских поступака и метода здравствене заштите, као и друге здравствене услуге које се пружају у приватној пракси, супротно одредбама члана 71. овог закона;
8. из других разлога утврђених законом.

Здравствени инспектор о утврђеним чињеницама из става 1. овог члана доноси решење о привременој забрани рада приватне праксе.

На решење из става 2. овог члана може се изјавити жалба министру, у року од 15 дана од дана пријема решења.

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

Приватна пракса може, на основу решења Министарства, поново почети са обављањем одређених послова здравствене делатности, ако у року прописаном законом, односно утврђеном решењем Министарства, отклони разлоге који су довели до привремене забране рада приватне праксе.

Члан 66.

На рад приватне праксе примењују се прописи којима је уређена област приватног предузетништва, ако овим законом није другачије уређено.

3. Процена здравствених технологија

Члан 67.

У спровођењу здравствене заштите здравствена установа и приватна пракса дужне су

да примењују научно доказане, проверене и безбедне здравствене технологије у превенцији, дијагностици и лечењу и рехабилитацији.

Под здравственим технологијама, у смислу овог закона, подразумевају се све здравствене методе и поступци који се могу користити у циљу унапређивања здравља људи, у превенцији, дијагностици и лечењу болести, повреда и рехабилитацији, који обухватају безбедне, квалитетне и ефикасне лекове и медицинска средства, медицинске процедуре, као и услове за пружање здравствене заштите.

Процену здравствених технологија из става 2. овог члана врши Министарство, на основу анализе медицинских, стичких, друштвених и економских последица и ефекта развијања, ширења или коришћења здравствених технологија у пружању здравствене заштите.

Ради процене здравствених технологија министар образује Комисију за процену здравствених технологија, као стручно тело.

Чланови Комисије за процену здравствених технологија су истакнути здравствени радници који имају значајан допринос развоју одређених области медицине, стоматологије, односно фармације, примени у развоју здравствених технологија, односно у обављању здравствене делатности.

Мандат чланова Комисије за процену здравствених технологија траје пет година.

Комисија за процену здравствених технологија доноси пословник о свом раду.

Члан 68.

Комисија за процену здравствених технологија:

1. прати и координира развој здравствених технологија у Републици;
2. усаглашава развој здравствених технологија са циљевима утврђеним у Плану развоја;
3. усаглашава развој здравствених технологија у Републици са међународним стандардима и искуствима;
4. врши процену постојећих и утврђује потребе за увођењем нових здравствених

- технологија потребних за пружање здравствене заштите која је заснована на доказима о квалитету, безбедности и ефикасности метода и поступака здравствене заштите;
5. учествује у изради националних водича добре праксе за поједине области здравствене заштите;
 6. даје мишљење о одређивању приоритета за набавку медицинске опреме, као и за инвестиционо улагање у здравствене установе из Плана мреже;
 7. обавља друге послове у складу са актом о образовању ове комисије.

Комисија за процену здравствених технологија у поступку процене здравствених технологија које се заснивају на примени медицинске опреме са изворима јонизујућих зрачења прибавља мишљење министарства надлежног за послове животне средине.

Средства за рад Комисије за процену здравствених технологија обезбеђују се у буџету Републике.

Члан 69.

Здравствена установа, односно приватна пракса подноси захтев Министарству за издавање дозволе за коришћење нових здравствених технологија.

Под новим здравственим технологијама, у смислу овог закона, подразумевају се здравствене технологије које се по први пут уводе за коришћење у здравственим установама у Републици, односно за одређене нивое здравствене заштите, као и здравствене технологије које по први пут користи одређена здравствене установа, односно приватна пракса.

Комисија за процену здравствених технологија даје мишљење руководећи се новим технологијама из области медицине које се примењују у другим високо развијеним земљама, чија је научна прихватљивост потврђена у медицинској пракси тих земаља, а могу се применjвати у спровођењу здравствене заштите код нас.

На основу мишљења Комисије за процену здравствених технологија, Министарство

решењем издаје дозволу за коришћење нових здравствених технологија у здравственој установи, односно приватној пракси.

Решење из става 4. овог закона коначно је у управном поступку и против њега може се покренути управни спор.

Члан 70.

Здравствена установа, односно приватна пракса не сме користити нове здравствене технологије без дозволе за коришћење нових здравствених технологија издате од стране Министарства у складу са овим законом.

Ако здравствена установа, односно приватна пракса користи нове здравствене технологије без дозволе за коришћење нових здравствених технологија, Министарство доноси решење о забрани коришћења нових здравствених технологија.

Решење из става 2. овог члана коначно је у управном поступку и против њега може се покренути управни спор.

4. Забрана рекламирања

Члан 71.

Забрањено је ограшавање, односно рекламирање здравствених услуга, стручно-медицинских поступака и метода здравствене заштите, укључујући здравствене услуге, методе и поступке традиционалне медицине (алтернативне, хомеопатске и друге комплементарне медицине), које се обављају у здравственој установи, приватној пракси или у другом правном лицу које обавља здравствену делатност, у средствима јавног информисања и на другим носиоцима огласних порука које су уређене законом којим се регулише област ограшавања (рекламирања).

Дозвољено је оглашавање назива здравствене установе, односно пословног имена приватне праксе, седишта, делатности која је утврђена решењем о испуњености услова за обављање здравствене делатности, као и радног времена.

Резултати у примени стручно-медицинских метода и поступака здравствене зашти-

те могу се саопштавати само на стручним и научним скуповма и објављивати у стручним и научним часописима и публикацијама.

5. Обележавање здравствене установе и приватне праксе

Члан 72.

Здравствена установа и приватна пракса дужне су да истакну назив, односно пословно име са подацима о делатности која је утврђена решењем о испуњености услова за обављање здравствене делатности, радном времену, оснивачу и седишту здравствене установе, односно приватне праксе, у складу са законом.

Назив здравствене установе, односно пословно име приватне праксе не сме имати обележја којима се може приписати карактер оглашавања односно рекламирања.

Министар прописује начин унутрашњег и спољашњег обележавања здравствене установе и приватне праксе.

6. Вођење здравствене документације и евиденције

Члан 73.

Здравствена установа, приватна пракса, установе социјалне заштите, заводи за извршење заводских финансија, факултети здравствене струке који обављају одређене послове здравствене делатности, као и друга правна лица која обављају одређене послове здравствене делатности у складу са законом дужни су да воде здравствену документацију и евиденцију и да у прописаним роковима достављају надлежном заводу, односно институту за јавно здравље, као и другим организацијама на начин прописан посебним законом.

Загарантована је тајност података из медицинске документације пацијената која се обрађује и доставља за индивидуалне, збирне и периодичне извештаје из става 1. овог члана, односно која се обрађује за здравствену документацију и евиденције.

Здравствена установа, приватна пракса, као и друга правна лица из става 1. овог

члана дужна су да чувају медицинску документацију пацијената од неовлашћеног приступа, копирања и злоупотребе, независно од облика у коме су подаци из медицинске документације сачувани (папир, микрофилм, оптички и ласер дискови, магнетни медији и др.), у складу са законом.

Вођење здравствене документације и унос података у здравствену документацију искључиво обављају овлашћена лица, у складу са законом.

Врсте и садржина здравствене документације и евиденција, начин и поступак вођења, лица овлашћена за вођење здравствене документације и унос података, рокови за достављање и обраду података, начин располагања подацима из медицинске документације пацијената која се користи за обраду података, као и друга питања од значаја за вођење здравствене документације и евиденција, уређују се посебним законом.

7. Интегрисани здравствени информациони систем

Члан 74.

Ради планирања и ефикасног управљања системом здравствене заштите, као и прикупљања и обраде података у вези са здравственим стањем становништва и функционисањем здравствене службе, односно прикупљања и обраде здравствених информација, организује се и развија интегрисани здравствени информациони систем у Републици.

Програм рада, развоја и организације интегрисаног здравственог информационог система, као и садржај здравствених информација из става 1. овог члана, доноси Влада.

8. Распоред рада, радно време и здравствена заштита за време штрајка

Члан 75.

Недељни распоред рада, почетак и завршетак радног времена у здравственој установи и приватној пракси утврђује се у зависности од врсте здравствене установе, односно

приватне праксе, као и од врсте здравствене делатности коју обављају, а у складу са потребама грађана и организацијом рада других здравствених установа и приватне праксе на одређеној територији.

Недељни распоред рада, почетак и завршетак радног времена у здравственој установи, односно приватној пракси, утврђује оснивач, а за здравствене установе које оснива Република – Министарство.

Здравствена установа која је основана у приватној својини, као и приватна пракса, о недељном распореду рада, почетку и завршетку радног времена обавештава општину, односно град на чијој територији има седиште.

Недељни распоред рада, почетак и завршетак радног времена здравствених установа и приватне праксе за време епидемија и отклањања последица проузрокованих елементарним и другим већим непогодама и ванредним приликама утврђује министар, а за здравствене установе и приватну праксу које се налазе на територији аутономне покрајине на предлог покрајинског органа управљања надлежног за послове здравља.

За време штрајка здравствена установа дужна је да, у зависности од делатности, обезбеди минимум процеса рада који обухвата: непрекидно и несметано обављање редовних вакцинација према утврђеним роковима; спровођење хигијенско-епидемиолошких мера за случај опасности избијања, односно за време трајања епидемије заразне болести; дијагностику и терапију, укључујући и превоз пацијената, хитних и акутних оболења, стања и повреда; узимање, обраду, прераду и давање крви и продуката од крви; снабдевање најважнијим лековима и медицинским средствима; здравствену негу и исхрану хоспитализованих болесника, и друге видове неопходне медицинске помоћи.

Забрањено је организовати штрајк у здравственим установама које пружају хитну медицинску помоћ.

Минимум процеса рада за време штрајка из става 5. овог члана према врстама здравствених установа у државној својини ближе уређује Влада.

9. Организација рада здравствене установе и приватне праксе

Члан 76.

Здравствена установа дужна је да у оквиру утврђеног недељног рада и радног времена пружа здравствену заштиту радом у једној, две или више смена, у складу са делатношћу здравствене установе, о чему одлуку доноси директор здравствене установе.

Приватна пракса дужна је да у оквиру утврђеног недељног распореда рада и радног времена пружа здравствену заштиту у једној или две смене, у складу са решењем Министарства из члана 60. став 2. овог закона.

10. Прековремени рад у здравственој установи

Дежурство

Члан 77.

Здравствена установа може да уведе дежурство као прековремени рад ако организацијом рада у сменама из члана 76. овог закона или прерасподелом радног времена није у могућности да обезбеди здравствену заштиту.

За време трајања дежурства здравствени радник мора бити присутан у здравственој установи.

Дежурство из става 1. овог члана може да се уведе ноћу, у дане државног празника и недељом.

Дежурство које се уводи ноћу почиње после друге смене, а завршава се почетком рада прве смене.

Одлуку о увођењу и обimu дежурства на нивоу здравствене установе, као и по здравственом раднику, доноси директор здравствене установе.

Здравственом раднику дежурство не може трајати дуже од десет часова недељно.

Изузетно од става 6. овог члана директор здравствене установе може донети одлуку да за одређеног здравственог радника дежурство траје и дуже, а највише до 20 часова недељно, у зависности од делатности здравствене установе, расположивог кадра, као и

организације здравствене службе на територији коју покрива здравствена установа.

Министарство даје сагласност на одлуку из става 7. овог члана, уз претходно прибављено мишљење надлежног завода за јавно здравље.

Здравствени радник за кога је одлуком директора здравствене установе уведено дежурство има право на увећану зараду за дежурство као прековремени рад, у складу са законом и прописима којима се уређује рад.

**Приправност и рад по позиву
у здравственој установи**

Члан 78.

Под дежурством, у смислу овог закона, сматра се и приправност и рад по позиву.

Здравствена установа може увести и приправност и рад по позиву.

Приправност је посебан облик прековременог рада код којег здравствени радник не мора бити присутан у здравственој установи, али мора бити стално доступан ради пружања хитне медицинске помоћи у здравственој установи.

Рад по позиву је посебан облик прековременог рада код којег здравствени радник не мора бити присутан у здравственој установи, али се мора одазвати на позив ради пружања здравствене заштите.

Одлуку о увођењу и обimu приправности и рада по позиву доноси директор здравствене установе.

Здравствени радници који обављају послове из ст. 3. и 4. овог члана имају право на увећану зараду у складу са законом и прописима којима се уређује рад.

**Б. Делатност и организација
здравствених установа**

1. Заједничке одредбе

Члан 79.

Здравствена делатност обавља се на примарном, секундарном и терцијалном нивоу.

Члан 80.

Здравствена установа дужна је да:

1. прати здравствено стање становништва у области за коју је основана и да предузима и предлаже мере за његово унапређивање;
2. прати и спроводи методе и поступке превенције, дијагностике, лечења и рехабилитације засноване на доказима, а нарочито утврђене стручно-методолошке и доктринарне протоколе;
3. обезбеђује услове за стално стручно усавршавање својих запослених;
4. спроводи програме здравствене заштите;
5. спроводи мере ради спречавања нежељених компликација и последица при пружању здравствене заштите, као и мере опште сигурности за време боравка грађана у здравственим установама и обезбеђује сталну контролу ових мера;
6. организује и спроводи мере сталног унапређивања квалитета стручног рада;
7. организује и спроводи мере у случају елементарних и других већих непогода и ванредних прилика;
8. организује, односно обезбеђује мере за одлагање, односно уништавање медицинског отпада, у складу са законом;
9. обавља друге послове, у складу са законом.

Члан 81.

Завод, завод за јавно здравље, клиника, институт, клиничко-болнички центар и клинички центар, поред послова из члана 80. овог закона, дужни су да:

1. истражују и откривају узроке, појаве и ширење оболења, односно повреда, као и начин и мере за њихово спречавање, сузбијање, рано откривање и ефикасно и благовремено лечење и рехабилитацију;
2. врше испитивање и предлажу увођење нових метода превенције, дијагностике, лечења и рехабилитације;
3. учествују у утврђивању стручно-медицинских и доктринарних ставова и пружају стручно-методолошку помоћ у њиховом спровођењу;

4. организују и спроводе практичну наставу у току школовања и стручног усавршавања здравствених радника и здравствених сарадника;
5. учествују у спровођењу спољне провере квалитета стручног рада у другим здравственим установама и приватној пракси;
6. организују и спроводе и друге мере, у складу са законом.

Клиника која је организациони део клиничко-болничког центра или клиничког центра, као и институт који је организациони део клиничког центра, дужни су да обављају послове из става 1. овог члана и морају испуњавати услове прописане овим законом за клинику, односно институт.

Референтне здравствене установе

Члан 82.

Ради обављања послова здравствене заштите, примене, праћења и унапређења јединствене доктрине и методологије у превенцији, дијагностици, лечењу и рехабилитацији болести у појединим областима здравствене заштите, министар решењем утврђује референтне здравствене установе за поједине области здравствене делатности које испуњавају услове прописане овим законом.

Референтне здравствене установе поред услова из члана 49. овог закона морају испуњавати и следеће услове:

1. да имају организовану службу, односно одговарајући кадар за праћење и предлагање нових здравствених технологија, проучавање и евалуацију здравствене заштите и здравствене службе у области за коју су основане;
2. да примењују најсавременија достигнућа медицинске науке и праксе;
3. да имају признате резултате у фундаменталном и применском научноистраживачком раду;
4. да имају признате резултате у области стручног усавршавања, послемедицинског усавршавања, специјализације и уже специјализације у области здравствене делатности за коју су референтне.

Фармацеутска здравствена делатност

Члан 83.

Здравствене установе које обављају здравствену делатност на примарном, секундарном и терцијалном нивоу обављају и послове фармацеутске здравствене делатности, под условима прописаним овим законом.

Под фармацеутском здравственом делатношћу, у смислу овог закона, подразумева се одговорно снабдевање лековима и одређеним врстама медицинских средстава становништва, здравствених установа и приватне праксе, обезбеђивањем рационалне фармакотерапије ради лечења, побољшања и одржавања квалитета живота пацијената, које дипломирани фармацеут, односно дипломирани фармацеут са одговарајућом специјализацијом, обавља у сарадњи са другим здравственим радницима, као и континуирани процес побољшавања употребе лекова и одређених врста медицинских средстава, односно праћења нежељених реакција на лекове и медицинска средства.

Ближе услове у погледу кадра, опреме, простора и лекова, као и начин обављања фармацеутске здравствене делатности прописује министар.

Члан 84.

Фармацеутска здравствене делатност обухвата:

1. спровођење превентивних мера за очување и заштиту здравља становништва, односно промоцију здравља;
2. унапређивање фармакотерапијских мера и поступака у рационалној употреби лекова и одређених врста медицинских средстава;
3. рационализацију трошкова за спровођење утврђених врста медицинских средстава;
4. праћење нежељених реакција на лекове и медицинска средства, као и избегавање или смањивање тих реакција;
5. избегавање интеракција терапијског дуплирања примене лекова;
6. друге послове фармацеутске здравствене делатности, у складу са законом.

Фармацеутска здравствене делатност обухвата и израду галенских, односно магистралних лекова, у складу са законом.

Члан 85.

Фармацеутска здравствене делатност обавља се апотеци као самосталној здравственој установи, у организационом делу стационарне здравствене установе (у даљем тексту: болничка апотека), односно у другом организационом делу здравствене установе који обезбеђује снабдевање лековима и одређеним врстама медицинских средстава.

Одређени послови фармацеутске здравствене делатности обављају се и у апотеци основаној као приватна пракса, под условима прописаним овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Фармацеутску здравствену делатност обавља дипломирани фармацеут, односно дипломирани фармацеут са одговарајућом специјализацијом (у даљем тексту: фармацеут) и фармацеутски техничар са одговарајућом школом здравствене струке.

Члан 86.

У обављању фармацеутске здравствене делатности фармацеуту је забрањено да:

1. врши промет на мало лекова и медицинских средстава за које није издата дозвола за стављање у промет лекова и медицинских средстава, у складу са законом;
2. изда, односно прода лек без рецепта, односно друге медицинске документације прописане у складу са законом, а чији је режим издавања на рецепт;
3. врши промет на мало лекова и медицинских средстава произведених од правног лица које нема дозволу за производњу, односно израду лекова у овлашћеној апотеци, као и набављених од правног лица које нема дозволу за промет на велико лекова и медицинских средстава;
4. врши промет лекова и медицинских средстава на мало који нису обележени у складу са законом;
5. врши промет на мало лекова и медицинских средстава који немају одговарајућу документацију о квалитету;

6. врши промет на мало лекова и медицинских средстава којима је истекао рок употребе означен на паковању, или је утврђена неисправност у погледу њиховог прописаног квалитета;
7. врши промет на мало лекова и медицинских средстава путем интернета.

Промет на мало лекова и медицинских средстава, у смислу овог закона, обухвата наручивање, чување, издавање на рецепт или без рецепта, односно на налог, као и продају лекова и медицинских средстава, односно израду галенских и магистралних лекова.

Члан 87.

У обављању фармацеутске здравствене делатности фармацеутском техничару забрањено је да:

1. обавља фармацеутску здравствену делатност без присуства фармацеута;
2. издаје, односно продаје на мало лекове на рецепт као и лекове који садрже опојне дроге, односно одговарајућа медицинска средства;
3. самостално израђује галенске, односно магистралне лекове.

Примарна, секундарна и терцијална здравствена делатност

Члан 88.

Здравствена делатност на примарном нивоу обухвата:

1. заштиту и унапређење здравља, спречавање и рано откривање болести, лечење, рехабилитацију болесника и повређених;
2. превентивну здравствену заштиту групација становништва изложених повећаном ризику оболевања и осталих становника, у складу са посебним програмом превентивне здравствене заштите;
3. здравствено васпитање и саветовање за очување и унапређење здравља;
4. спречавање, рано откривање и контролу малигних болести;
5. спречавање, откривање и лечење болести уста и зуба;
6. патронажне посете, лечење и рехабилитацију у кући;

7. спречавање и рано откривање болести, здравствену негу и рехабилитацију за лица смештена у установе социјалног стварања;
8. хитну медицинску помоћ и санитетски превоз;
9. фармацеутску здравствену заштиту;
10. рехабилитацију деце и омладине са сметњама у телесном и душевном развоју;
11. заштиту менталног здравља;
12. палијативно збрињавање;
13. друге послове утврђене законом.

У обављању здравствене делатности на примарном нивоу здравствене установе остварују сарадњу са другим здравственим, социјалним, образовним и другим установама и организацијама за припремање и извођење програма за очување и унапређење здравља.

Члан 89.

Специјалистичко-консултативна делатност може се обављати у дому здравља и другој здравственој установи на примарном нивоу.

Специјалистичко-консултативна делатност која се обавља на примарном нивоу мора имати за своје потребе одговарајућу лабораторијску и другу дијагностику.

Дом здравља, као и друге здравствене установе на примарном нивоу, у обављању специјалистичко-консултативне делатности повезују се у стручном или организационом смислу са одговарајућом здравственом установом која обавља секундарну здравствену делатност.

Члан 90.

Здравствена делатност на секундарном нивоу обухвата специјалистичко-консултативну и болничку здравствену делатност.

Специјалистичко-консултативна делатност на секундарном нивоу у односу на здравствену делатност на примарном нивоу обухвата сложеније мере и поступке откривања болести и повреда као и лечења и рехабилитације болесних и повређених.

Болничка здравствена делатност обухвата дијагностику, лечење и рехабилитацију,

здравствену негу и смештај у болницима, као и фармацеутску здравствену делатност у болничкој апотеци.

Члан 91.

Здравствена делатност на терцијалном нивоу обухвата пружање најсложенијих облика здравствене заштите и специјалистичко-консултативне и болничке здравствене делатности као и научноистраживачку и образовну делатност, у складу са законом којим се утврђује научноистраживачка делатност, односно делатност образовања.

Здравствена делатност на терцијалном нивоу обухвата обављање и фармацеутске здравствене делатности у болничкој апотеци.

Члан 92.

Министар решењем одређује здравствену установу на терцијалном нивоу која обавља послове центра за контролу тровања Републике.

Центар за контролу тровања из става 1. овог члана прикупља и обрађује податке о дејству отровних хемикалија и природних отрова; води регистар о инцидентима тровања; учествује у формирању и надзору над централним залихама противотрова у Републици; пружа информације и савете у вези са акутним тровањима здравственим установама, приватној пракси, здравственим радницима, као и другим правним и физичким лицима; врши испитивање и примену нових метода превенције од тровања; утврђује стручно-медицинске и доктринарне ставове у вези са заштитом од тровања, као и пружања медицинске помоћи и отклањања последица тровања.

Центар за контролу тровања мора имати и токсиколошку лабораторију и службу за стационарну здравствену заштиту.

Здравствена установа и приватна пракса дужни су да центру за контролу тровања достављају податке о тровањима, у складу са законом.

Центар за контролу тровања дужан је да до 31. марта текуће године за претходну годину достави прикупљене податке о тровању

хемикалијама Министарству, као и министарству надлежном за послове управљања хемикалијама.

Начин прикупљања, обраде и чувања података о тровањима и дејству отрова, као и обим и садржај података који се достављају надлежним министарствима из става 6. овог члана, споразумно прописују министар и министар надлежан за послове управљања хемикалијама.

Члан 93.

Поред здравствених установа које обављају здравствену делатност на терцијалном нивоу, образовна делатност може се обављати и у установама примарног и секундарног нивоа здравствене заштите.

Образовну делатност здравствена установа може обављати ако закључи уговор са одговарајућом школом, односно факултетом.

Услове које здравствена установа мора испуњавати за обављање практичне наставе ученика и студената здравствене струке споразумно прописује министар и министар надлежан за послове образовања.

2. Здравствена делатност на примарном нивоу

Дом здравља

Члан 94.

Дом здравља је здравствена установа у којој се обавља здравствена делатност на примарном нивоу.

Дом здравља у државној својини оснива се за територију једне или више општина, односно града, у складу са Планом мреже.

Дом здравља у државној својини оснива општина, односно град.

Оснивач дома здравља у државној својини који је основан за територију више општина јесте она општина у којој се налази седиште дома здравља.

Члан 95.

Дом здравља је здравствена установа у којој се обезбеђује најмање превентивна

здравствена заштита за све категорије становника, хитна медицинска помоћ, општа медицина, здравствена заштита жена и деце, патронажна служба, као и лабораторијска и друга дијагностика.

У дому здравља обезбеђује се и превенција и лечење у области стоматолошке здравствене заштите, здравствена заштита запослених, односно медицина рада и физикална медицина и рехабилитација, ако обављање ове здравствене делатности није организовано у другој здравственој установи на територији за коју је основан дом здравља.

У дому здравља обезбеђује се и санитетски превоз ако та служба није организована у болници или у другој здравственој установи на територији за коју је дом здравља основан.

У дому здравља обавља се фармацеутска здравствена делатност, у складу са овим законом.

Ако у општини постоје дом здравља и општа болница који су у државној својини, лабораторијска, радиолошка и друга дијагностика могу се организовати само у оквиру једне здравствене установе.

Члан 96.

У дому здравља, у зависности од броја становника у општини, као и њихових здравствених потреба, удаљености најближе опште болнице, односно постојања других здравствених установа у општини, може се обављати и друга специјалистичко-консултативна делатност, у складу са Планом мреже.

Изузетно, на подручјима са специфичним потребама пружања здравствене заштите становништву, где саобраћајни и географски услови то оправдавају, у складу са Планом мреже, у дому здравља може се организовати породилиште и стационар за дијагностику и лечење акутних и хроничних болести.

Члан 97.

Ради обезбеђивања доступности здравствене заштите у дому здравља могу се организовати здравствене амбуланте и здравствене станице, у складу са Планом мреже.

У здравственој станици обавља се најмање хитна медицинска помоћ, делатност опште медицине и здравствена заштита деце.

У здравственој амбуланти обавља се најмање делатност опште медицине.

Члан 98.

Примарну здравствену заштиту у дому здравља грађани остварују преко изабраног лекара.

Изабрани лекар је:

1. доктор медицине или доктор медицине специјалиста за област опште медицине, односно специјалиста опште медицине;
2. доктор медицине специјалиста педијатрије;
3. доктор медицине специјалиста гинекологије;
4. доктор стоматологије

Изабрани лекар обавља здравствену заштиту у тиму са здравственим радником одговарајуће школске спреме здравствене струке.

Изузетно од става 2. овог члана, изабрани лекар може бити и доктор медицине друге специјалности, по условима које пропише министар.

Члан 99.

Изабрани лекар:

1. организује и спроводи мере на очувању и унапређењу здравља појединача и породице;
2. ради на откривању и сузбијању фактора ризика за настанак болести;
3. врши дијагностику и благовремено лечење пацијената;
4. указује хитну медицинску помоћ;
5. упућује пацијента у одговарајућу здравствену установу према медицинским индикацијама, односно код лекара специјалисте и усклађује мишљења и предлоге за наставак лечења пацијента;
6. спроводи кућно лечење, здравствену негу и палијативно збрињавање, као и лечење болесника којима није неопходно болничко лечење;
7. прописује лекове и медицинска средства;
8. спроводи здравствену заштиту из области менталног здравља;

9. обавља и друге послове, у складу за законом.

У поступку остваривања здравствене заштите изабрани лекар упућује пацијента на секундарни и терцијални ниво.

Изабрани лекар на основу мишљења доктора медицине специјалисте одговарајуће гране медицине упућује пацијента на терцијални ниво.

Изабрани лекар води потпуну медицинску документацију о здравственом стању пацијента.

Здравствена заштита преко изабраног лекара остварује се у складу са закојом којим се уређује област здравственог осигурања.

Апотека

Члан 100.

Апотека је здравствена установа у којој се обавља фармацеутска здравствена делатност на примарном нивоу.

Апотека у државној својини оснива се за територију једне или више општина, односно града, у складу са Планом мреже.

Апотеку у државној својини оснива општина, односно град

Оснивач апотеке у државној својини која је основана за територију више општина јесте она општина у којој се налази седиште апотеке.

У апотеки се обавља фармацеутска здравствена делатност која обухвата:

1. промоцију здравља, односно здравствено васпитање и саветовање за очување и унапређење здравља правилном употребом лекова и одређених врста медицинских средстава;
2. промет на мало лекова и одређених врста медицинских средстава, а на основу планова за набавку лекова и медицинских средстава за редовне и ванредне потребе;
3. праћење савремених стручних и научних достигнућа у области фармакотерапије и пружање грађанима, здравственим радницима, другим здравственим установама и приватној пракси, као и другим заинтересованим људима.

- сованим субјектима, информација о лековима и одређеним врстама медицинских средстава;
4. давање пациентима савета за правилну употребу лекова и одређених врста медицинских средстава, односно упутства за њихову правилну употребу;
 5. израду магистралних лекова;
 6. друге послове, у складу са законом.

Члан 101.

Апотека из члана 100. овог закона може у свом саставу имати и галенску лабораторију за израду галенских лекова (у даљем тексту: овлашћена апотека), у складу са прописима којима се уређује област лекова и медицинских средстава.

Галенски лек израђен у овлашћеној апотеци може се налазити у промету на мало у тој апотеци, као и у другој апотеци која у свом саставу нема галенску лабораторију, а са којом је овлашћена апотека склопила уговор о промету на мало галенских лекова.

Апотека може организовати огранке апотеке или јединице за издавање готових лекова.

У апотеци се обавља фармацеутска здравствена делатност у складу с Добрим апотекарском праксом, односно у складу с смерницама Добре лабораторијске праксе, Добре праксе у дистрибуцији, Добре производњачке праксе за израду галенских лекова која има елементе индустријске производње, у складу са законом којим је уређена област лекова и медицинских средстава.

Добру апотекарску праксу из става 4. овог члана прописује министар.

Апотека је дужна да на видном месту истакне име овлашћеног фармацеута, који је одговоран за целокупно руководење лековима, односно израду галенских и магистралних лекова, у складу са законом којим је уређена област лекова и медицинских средстава.

Поред промета лекова и медицинских средстава на мало, апотека може снабдевати грађане и децијом храном, дијететским производима, одређеним врстама козметичких и

других средстава за заштиту здравља, у складу са актом који доноси надлежна комора.

Завод

Члан 102.

Завод је здравствена установа која обавља здравствену делатност на примарном нивоу и спроводи здравствену заштиту појединих групација становништва, односно здравствену делатност из поједине области здравствене заштите.

Завод се оснива као:

1. завод за здравствену заштиту студената;
2. завод за здравствену заштиту радника;
3. завод за хитну медицинску помоћ;
4. завод за геронтологију;
5. завод за стоматологију;
6. завод за плућне болести и туберкулозу;
7. завод за кожно-венеричне болести.

Завод из става 2. овог члана може обављати и специјалистичко-консултативну делатност.

Завод у државној својини из става 2. овог члана може се основати само на територији на којој се налази седиште универзитета који у свом саставу има факултет здравствене струке, у складу са Планом мреже.

Завод из става 4. овог члана оснива град, осим Завод за здравствену заштиту радника Министарства унутрашњих послова који оснива Република.

Члан 103.

Завод за здравствену заштиту студената је здравствена установа у којој се обавља здравствене заштита студената и организује превентивна и куративна здравствена заштита из области опште медицине, стоматологије, гинекологије, лабораторијске и друге дијагностике и терапије за потребе студената.

У заводу за здравствену заштиту студената може се обављати и специјалистичко-консултативна делатност, као и стационарна здравствена делатност.

Здравствена заштита студената може се обезбедити и у дому здравља, у складу са законом.

Члан 104.

Завод за здравствену заштиту радника је здравствена установа у којој се обавља здравствена заштита и очување здравља запослених у безбедној и здравој радној средини, обављањем делатности медицине рада.

У заводу за здравствену заштиту радника може се обављати и превентивна и куративна здравствена делатност из области опште медицине, стоматологије, гинекологије, као и специјалистичко-куративна делатност.

Послодавац може за потребе својих запослених сновати ординацију медицине рада, која обавља послове превентивне здравствене делатности у области медицине рада.

Министар прописује услове за оснивање и почетак рада и обављање делатности ординације медицине рада из става 3. овог члана.

Члан 105.

Завод за хитну медицинску помоћ је здравствена установа у којој се обавља хитна медицинска помоћ и санитетски превоз акутно оболелих и повређених у друге одговарајуће здравствене установе, превоз пацијената на дијализи, као и снабдевање лековима који се дају у хитним случајевима.

Члан 106.

Завод за геронтологију је здравствена установа у којој се обавља здравствена заштита старих лица и спроводе мере за очување и унапређење здравља и превенцију болести ове популационе групе, односно која обавља и делатност кућног лечења и неге, палијативног забрињавања и рехабилитације старих лица.

Члан 107.

Завод за стоматологију је здравствена установа у којој се обавља здравствена делатност из области стоматолошке здравствене заштите која обухвата превентивне, дијагностичке, терапијске и рехабилитационе здравствене услуге.

У заводу за стоматологију може се обављати и специјалистичко-консултативна делатност из области стоматологије.

Члан 108.

Завод за плућне болести и туберкулозу је здравствена установа у којој се обавља специјалистичко-консултативна делатност и пружају превентивне, дијагностичке, терапијске и рехабилитационе здравствене услуге из области здравствене заштите пацијената оболелих од туберкулозе и других плућних болести које се могу лечити на амбулантни начин.

Завод за плућне болести и туберкулозу у склопу превентивне здравствене заштите организује и спроводи мере за спречавање, сузбијање, рано откривање и праћење туберкулозе и других плућних болести.

Члан 109.

Завод за кожне и венеричне болести је здравствена установа у којој се обавља специјалистичко-консултативна делатност и пружају превентивне, дијагностичке, терапијске и рехабилитационе здравствене услуге из области дерматовенерологије и микробиологије са паразитологијом.

Завод за кожне и венеричне болести у склопу превентивне здравствене делатности организује и спроводи мере за спречавање, сузбијање, рано откривање и праћење полно преносивих инфекција.

3. Здравствена делатност

на секундарном нивоу

Болница (општа и специјална)

Члан 110.

Болница је здравствена установа која обавља здравствену делатност на секундарном нивоу.

Болница обавља здравствену делатност по правилу као наставак дијагностике, лечења и рехабилитације у дому здравља, односно када су због сложености и тежине оболења потребни посебни услови у погледу кадра, опреме, смештаја и лекова.

Болница је дужна да сарађује са домом здравља и пружа му стручну помоћ у спровођењу мера примарне здравствене заштите.

Стационарна и специјалистичко-консултативна делатност болнице чине јединствену функционалну и организациону целину.

Болница организује свој рад тако да се највећи број болесника испитује и лечи у поликлиничкој служби, а стационарно лечење пружа се оболелим и повређеним лицима само када је то неопходно.

Болница може имати, односно организовати посебне организационе јединице за продужену болничку негу (геријатрија), палијативно збрињавање болесника у терминалној фази болести, као и за лечење оболелих у току дневног боравка (дневна болница).

Болница може бити општа и специјална.

Члан 111.

Општа болница пружа здравствену заштиту лицима свих узраса оболелих од разних врста болести.

Општа болница у државној својини оснива се за територију једне или више општина.

Општа болница мора имати организоване службе најмање за:

1. пријем и збрињавање хитних стања;
2. обављање специјалистичко-консултативне и стационарне здравствене делатности из интерне медицине, педијатрије, гинекологије и акушерства и опште хирургије;
3. лабораторијску, рендген и другу дијагностику у складу са својом делатношћу;
4. анестезиологију са реанимацијом;
5. амбуланту за рехабилитацију;
6. фармацеутску здравствену делатност преко болничке апотеке.

Општа болница мора обезбедити самостално или преко друге здравствене установе и:

1. санитетски превоз за упућивање пацијентата на терцијални ниво;
2. снабдевање крвљу и крвним продуктима;
3. службу за патолошку анатомију.

Општа болница може обављати и специјалистичко-консултативну делатност из других грана медицине.

Општа болница која је основана за територију више општина, ако и болница у средишту округа, поред служби утврђених у ставу 3. овог члана, може обављати болничку здравствену делатност и из других грана медицине.

Члан 112.

Специјална болница пружа здравствену заштиту лицима одређених добних група, односно оболелима од одређених болести.

Специјална болница обавља специјалистичко-консултативну и стационарну здравствену делатност за област за коју је основана, лабораторијску и другу дијагностику, као и фармацеутску здравствену делатност преко болничке апотеке.

Специјална болница у складу са делатношћу коју обавља мора обезбедити самостално или преко друге здравствене установе, и:

1. санитетски превоз за упућивање пацијентата на терцијални ниво;
2. снабдевање крвљу и крвним продуктима;
3. службу за патолошку анатомију.

Члан 113.

Специјална болница која у обављању здравствене делатности користи природни фактор лечења (газ, минерална вода, пелоид и др.) дужна је да у току коришћења природног фактора прати његова лековита својства и најмање једном у три године изврши поновно испитивање његове лековитости у одговарајућој здравственој установи.

Специјална болница из става 1. овог члана може пружати и услуге из туризма, у складу са прописима који уређују област туризма.

Члан 114.

Болница чији је оснивач Република, односно аутономна покрајина дужна је да се повезује и сарађује са установама на примарном нивоу подручја за које је основана, са циљем успостављања и одржавања сврсисходног упућивања пацијената на секундарни ниво здравствене заштите и размене стручних знања и искустава.

4. Здравствена делатност на терцијалном нивоу

Клиника

Члан 115.

Клиника је здравствена установа која обавља високоспецијализовану специјали-

стичко-консултативну и стационарну здравствену делатност из одређене гране медицине, односно стоматологије.

Клиника обавља и образовну и научноистраживачку делатност, у складу са законом.

Клиника, у складу са делатношћу коју обавља, мора испуњавати и услове из члана 111. ст. 3 и 4. овог закона.

Клиника се може основати само у седишту универзитета који у свом саставу има факултет здравствене струке.

Клиника у државној својини у чијем седишту не постоји општа болница обавља за територију за коју је основана и одговарајућу делатност опште болнице.

Институт

Члан 116.

Институт је здравствена установа која обавља високоспецијализовану специјалистичко-консултативну и стационарну здравствену делатност, или само високоспецијализовану специјалистичко-консултативну здравствену делатност из једне или више грана медицине или стоматологије.

Институт обавља образовну и научноистраживачку делатност, у складу са законом.

Поред услова прописаних овим законом за обављање здравствене делатности, институт мора испунити и услове који су прописани законом којим се уређује област научноистраживачке делатности.

Институт, у складу са делатношћу коју обавља, мора испуњавати и услове из члана 111. ст. 3. и 4. овог закона.

Институт се може основати само у седишту универзитета који у свом саставу има факултет здравствене струке.

Институт у државној својини у чијем седишту не постоји општа болница обавља за грађане са те територије и одговарајућу делатност опште болнице.

Клиничко-болнички центар

Члан 117.

Клиничко-болнички центар је здравствена установа која обавља високоспецијализо-

вану специјалистичко-консултативну и стационарну здравствену делатност на терцијалном нивоу из једне или више грана медицине.

Поред услова предвиђених овим законом за општу болницу, клиничко-болнички центар у гранама медицине из којих обавља високоспецијализовану здравствену делатност мора испуњавати и услове предвиђене овим законом за клинику.

Клиничко-болнички центар се може основати само у седишту универзитета који у свом саставу има факултет здравствене струке.

Клиничко-болнички центар у државној својини у чијем седишту не постоји општа болница обавља за територију за коју је основан и одговарајућу делатност опште болнице.

Клинички центар

Члан 118.

Клинички центар је здравствена установа која обједињује делатност три или више клиника, тако да чини функционалну целину, организовану и оснапољену да може успешно обављати послове и задатке који се односе на:

1. обављање високоспецијализоване специјалистичко-консултативне и стационарне здравствене делатности;
2. образовно-наставну делатност;
3. научноистраживачку делатност.

Клинички центар обавља специјализовану поликлиничку и болничку здравствену делатност из више грана медицине, односно области здравствене заштите.

Клинички центар може се основати само у седишту универзитета који у свом саставу има факултет здравствене струке.

Клинички центар у државној својини у чијем седишту не постоји општа болница за територију за коју је основан обавља и делатност опште болнице.

5. Здравствена делатност која се обавља на више нивоа

Завод за јавно здравље

Члан 119.

Завод за јавно здравље оснива Република на територији аутономне покрајине – аутономна покрајина.

Завод за јавно здравље је здравствена установа која се оснива за територију више општина, односно града, као и за територију Републике, у складу са Планом мреже.

Под јавним здрављем, у смислу овог закона, подразумева се остваривање јавног интереса стварањем услова за очување здравља становништва путем организованих свеобухватних активности друштва усмерених на очување физичког и психичког здравља, односно очување животне средине, као и спречавање настанка фактора ризика за настанак болести и повреда, који се остварује применом здравствених технологија и мерама намењених промоцији здравља, превенцији болести и побољшању квалитета живота.

Члан 120.

Завод за јавно здравље:

1. прати, процењује и анализира здравствено стање становништва и извештава надлежне органе и јавност;
2. прати и проучава здравствене проблеме и ризике по здравље становништва;
3. предлаже елементе здравствене политике, планове и програме са мерама и активностима намењеним очувању и унапређењу здравља становништва;
4. врши информисање, образовање и обуку становништва за бригу о сопственом здрављу;
5. врши процену ефикасности, доступности и квалитета здравствене заштите;
6. планира развој стручног усавршавања здравствених радника и здравствених сарадника;
7. подстиче развој интегрисаног здравственог информационог система;

8. врши примењена истраживања у области јавног здравља;
9. сарађује и развија партнерство у друштвеној заједници на идентификацији и решавању здравствених проблема становништва;
10. обавља друге послове, у складу са законом.

Члан 121.

Завод за јавно здравље је здравствене установа која обавља социјално-медицинску, хигијенско-еколошку, епидемиолошку и микробиолошку здравствену делатност.

Завод за јавно здравље врши бактериолошке, серолошке, вирусолошке, хемијске и токсиколошке прегледе и испитивања у вези са производњом и прометом животних намирница, воде, ваздуха, предмета опште употребе, као и у вези са дијагностиком заразних и незаразних болести.

Завод за јавно здравље координира, усклађује и стручно повезује рад здравствених установа из Плана мреже, за територију за коју је основан.

Завод за јавно здравље сарађује са другим здравственим установама на територији за коју је основан, као и са надлежним органима локалне самоуправе и другим установама и организацијама од значаја за унапређење јавног здравља.

Оснивач може организовати завод за јавно здравље као институт, уколико су испуњени услови прописани чланом 116. овог закона.

Завод за јавно здравље може обављати послове дезинфекције, дезинсекције и дератизације ако на подручју за које је основан не постоји друга здравствена установа која обавља те послове.

Члан 122.

Завод за јавно здравље основан за територију Републике, поред послова из чл. 120. и 121. овог закона, обавља и следеће послове:

1. координира и прати стручни рад завода за јавно здравље и других запослених установа које обављају хигијенско-епидемиоло-

- шку и социјално-медицинску делатност у Републици;
2. изучава и у сарадњи са другим здравственим установама предлаже дугорочну стратегију здравствене заштите са приоритетима и методолошки руководи њеним спровођењем, у сарадњи са факултетима медицинске струке;
 3. утврђује потребне мере у елементарним и другим већим непогодама и несрећама и врши њихово спровођење у сарадњи са другим установама.

Начин и поступак, као и услови за организацију и спровођење јавног здравља уредиће се посебним законом.

Завод за трансфузију крви

Члан 123.

Завод за трансфузију крви оснива Република а на територији аутономне покрајине – аутономна покрајина.

Завод за трансфузију крви је здравствена установа која обавља послове прикупљања крви и крвне пласме за прераду, тестирање крви, обезбеђивање потреба за крвним дериватима и лековима произведеним од крви, дистрибуцију крвних деривата, дијагностичка испитивања, терапијске поступке, контролу и надзор трансфузиолошког лечења, прикупљање матичних ћелија, типизацију крви, консултације у клиничкој медицини, као и промоцију и организацију добровољног даваштва крви.

Завод за трансфузију крви може се основати само у седишту универзитета који у свом саставу има факултет здравствене струке.

Завод за трансфузију крви утврђује јединствену доктрину, обезбеђује њено спровођење и стручно повезивање са службама за трансфузију крви при стационарним здравственим установама.

Снабдевање крвљу и крвним дериватима обезбеђују заводи за трансфузију крви и службе за трансфузију крви при стационарним здравственим установама.

Завод за трансфузију крви у сарадњи са Црвеним крстом Србије подстиче и органи-

зује активности на омасовљавању добровољног даваштва крви, спровођењу програма прикупљања крви, као и планирање потреба у лековима произведеним из крви.

Завод за трансфузију крви основан за територију Републике, поред послова из ст. 2, 4, 5. и 6. овог члана, обавља и друге послове у складу са законом којим се уређује област трансфузије крви.

Оснивач може организовати завод за трансфузију крви као институт, уколико су испуњени услови прописани чланом 116. овог закона.

Начин и поступак, као и услови и организација трансфузиолошке делатности, уредиће се посебним законом.

Завод за медицину рада

Члан 124.

Завод за медицину рада за територију Републике – оснива Република.

Завод за медицину рада из става 1. овог члана је здравствена установа која обавља делатност из области медицине рада, односно заштите здравља на раду, и то:

1. прати и проучава услове рада, организовања и спровођења информационог система прикупљања података и праћења епидемиолошке ситуације на територији Републике у области професионалних болести, болести у вези са радом и повредама на раду и предлаже мере за њихово спречавање и смањивање;
2. планира, организује, спроводи и евакуира мере, активности и поступке у области заштите здравља на раду, утврђује стручно-медицинске и доктринарне ставове у области медицине рада, промоцију здравља на раду и пружа стручно-методолошку помоћ у њиховом спровођењу;
3. унапређује организацију и рад здравствених установа у области заштите здравља на раду и координира њихов рад;
4. утврђује јединствену методологију и поступке у програмирању, планирању и спровођењу мера превентивне заштите радника;

5. уводи и испитује нове здравствене технологије, као и примену нових метода превенције, дијагностике, лечења и рехабилитације у области медицине рада;
6. прати савремена достигнућа у области организације медицине рада и предлаже здравствене стандарде за унапређење и развој;
7. изучава све факторе професионалних ризика и врши њихову идентификацију, квалификацију и процену;
8. врши здравствене и друге прегледе и мерења у вези са јонизирајућим и нејонизирајућим зрачењем у здравственој заштити, односно радиолошку здравствену заштиту;
9. обавља стручно-медицинске поступке и активности у вези са утврђивањем радних места, послова са повећаним ризиком, односно послова на којима се стаж осигуруја рачуна са увећаним трајањем;
10. предлаже и спроводи превентивне лекарске прегледе радника који раде на радним местима са повећаним ризиком;
11. предлаже и примењује критеријуме за оцену способности за управљање моторним возилима;
12. оцењује радну способност оболелих од професионалних болести, болести у вези са радом, последица повреда на раду и ван рада, врши оцену радне и опште животне способности, проценује телесно оштећење и врши друга вештачења у вези са радном способношћу запослених;
13. обавља друге послове у области заштите здравља на раду, у складу са законом.

Завод за медицину рада обавља и образовну делатност из области заштите здравља на раду.

Оснивач може организовати завод за медицину рада као институт, уколико су испуњени услови прописани чланом 116. овог закона.

Завод за судску медицину

Члан 125.

Завод за судску медицину у државној својини оснива Република.

Завод за судску медицину је здравствена установа која обавља делатност у области судске медицине, односно судско-медицинске дијагностике и експертизе, а на основу обдукција, клиничких прегледа и лабораторијске дијагностике, за потребе суда, здравствених установа, медицинских факултета и других лица.

Завод за судску медицину обухвата најмање судско-медицинску и хемијско-токсиколошку делатност, проверу успешности оперативних и других поступака и средстава лечења, као и проверу исправности постављене дијагнозе.

Завод за судску медицину може се основати само у седишту универзитета који у свом саставу има факултет здравствене струке.

Оснивач може организовати завод за судску медицину као институт, уколико су испуњени услови прописани чланом 116. овог закона.

Завод за вирусологију, вакцине и серуме

Члан 126.

Завод за вирусологију, вакцине и серуме оснива Република.

Завод за вирусологију, вакцине и серуме је здравствена установа која прати и проучава, испитује, утврђује и уводи, односно спроводи стручне и научне методе превенције и дијагностике заразних болести, производи се руме, вакцине и друге имунобиолошке и дијагностичке препарате и средства којима се снабдевају здравствене установе на територији Републике.

Завод за вирусологију, вакцине и серуме учествује у утврђивању и спровођењу доктринарних упутстава у области превенције и дијагностике заразних болести.

Завод за вирусологију, вакцине и серуме може се основати само у седишту универзитета који у свом саставу има факултет здравствене струке.

Оснивач може организовати завод за вирусологију, вакцине и серуме као институт, уколико су испуњени услови прописани чланом 116. овог закона.

Завод за антирабичну заштиту

Члан 127.

Завод за антирабичну заштиту оснива аутономна покрајина.

Завод за антирабичну заштиту обавља здравствену делатност из области превенције и лабораторијске дијагностике беснила и других заразних болести, односно прати и проучава раширеност беснила и предлаже мере за његово сузбијање.

Завод за антирабичну заштиту врши испитивање и примену нових метода превенције и имунопрофилаксе беснила, односно утврђује стручно-медицинске и доктринарне ставове из антирабичне заштите и пружа стручно-методолошку помоћ у њиховом спровођењу.

Завод за антирабичну заштиту може обављати и друге послове здравствене заштите.

Завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију

Члан 128.

Завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију обавља ванболничку и стационарну здравствену делатност из области психофизиолошких и говорних поремећаја, прати и проучава стање развојних поремећаја, општећења слуха код деце и омладине и говорних поремећаја лица свих узраста, као и слепе и слабовиде деце предшколског узраста.

Завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију истражује и открива узроке и појаве поремећаја и начин и мере њиховог раног откривања, ефикасног и квалитетног лечења, рехабилитације и спречавања инвалидности.

Завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију прати и спроводи стручно и научно утврђене методе дијагностике, лечења и рехабилитације, односно утврђује стручно-методолошке и доктринарне критеријуме и координира рад свих здравствених радника и здравствених сарадника који обављају ову здравствену делатност на територији Републике.

Завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију може обављати и друге послове здравствене заштите.

Завод за биоциде и медицинску екологију

Члан 129.

Завод за биоциде и медицинску екологију у државној својини оснива град.

Завод за биоциде и медицинску екологију обавља здравствену делатност из области превентивне здравствене заштите становништва од заразних болести.

Завод за биоциде и медицинску екологију спроводи мере дезинфекције, дезинсекције и дератизације у спречавању и сузбијању заразних болести у здравственим и другим установама, у складу са законом.

Завод за биоциде и медицинску екологију утврђује и прати спровођење јединствене доктрине у примени биоцида у спречавању и сузбијању заразних болести и спроводи програме медицинске екологије кроз процену ризика у примени биоцида.

Завод за биоциде и медицинску екологију може обављати и друге послове, у складу са законом.

Извод из новог Закона о здравству

Извод из Закона о здравственом осигурању (I део)*

III. Права из обавезног здравственог осигурања

Члан 30.

Права из обавезног здравственог осигурања јесу:

1. право на здравствену заштиту;
2. право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад осигураника (у даљем тексту: накнада зараде);
3. право на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите (у даљем тексту: накнада трошкова превоза).

Права из здравственог осигурања из става 1. овог члана остварују се под условом да је доспели допринос за здравствено осигурање плаћен, ако овим законом није друкчије одређено.

Члан 31.

Осигураницима из члана 17. став 1. овог закона обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања из члана 30. став 1. тач. 1) – 3) овог закона, ако овим законом није друкчије одређено.

Осигураницима из члана 17. став 1. тач. 24) и 25) обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања из члана 30. став 1. тач. 1) и 3) овог закона.

Осигураницима из члана 22. ст.1 и 4. овог закона обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања из члана 30. став 1. тач. 1) и 3) овог закона.

Лицима која се укључују у обавезно здравствено осигурање из члана 23. став 1. овог закона обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања из члана 30. став 1. тач. 1) и 3) овог закона.

Право на накнаду зараде припада осигураницима из члана 17. став 1. овог закона, под условима прописаним овим законом, ако за време привремене спречености на рад губе зараду или део зараде.

члановима породице из чл. 24–27. овог закона обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања из члана 30. став 1. тач. 1) и 3) овог закона.

Лицима из члана 28. овог закона обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања из члана 30. став 1. тач. 1) и 3) овог закона само у случају повреде на раду и професионалне болести.

Држављанима, односно осигураницима земља са којима је закључен међународни уговор о социјалном осигурању из члана 29. овог закона обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања у складу са тим уговором.

1. Претходни стаж здравственог осигурања

Члан 32.

За остваривање права из члана 30. овог закона, осигураници морају да имају стаж осигурања у обавезном здравственом осигурању, у својству осигураника у складу са овим законом, у трајању од најмање три месеца непрекидно или шест месеци са прекидима у последњих 18 месеци, пре почетка коришћења права из обавезног здравственог осигурања (у даљем тексту: претходно осигурање).

У претходно осигурање рачуна се време од дана када је осигураник стекао својство осигураника у складу са овим законом, за које је уплаћен допринос.

* Службени гласник РС, 107/2005.

Изузетно од става 1. овог члана, осигураник остварује права из обавезног здравственог осигурања и у случају ако нису испуњени услови у погледу претходног осигурања, и то:

1. у случају повреде на раду или професионалне болести осигураника из члана 17. овог закона;
2. у случају хитне медицинске помоћи и остваривања припадајућих новчаних накнада из члана 30. овог закона;
3. за остваривање права на накнаду зараде у висини минималне зараде утврђене у складу са прописима о раду за месец за који се накнада зараде исплаћује.
4. чланови породице осигураника остварују права из обавезног здравственог осигурања под условом да осигураник на основу кога остварују та права испуњава услове у погледу претходног осигурања.

2. Право на здравствену заштиту

Члан 33.

Право на здравствену заштиту за случај настанка болести и повреде ван рада обухвата здравствену заштиту у погледу превенције и раног откривања болести, здравствену заштиту у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја, као и здравствену заштиту у случају болести и повреде ван рада без обзира на узрок, која се обезбеђује на примарном, секундарном и терцијалном нивоу, у зависности од здравственог стања осигуреног лица, у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Право на здравствену заштиту у случају повреде на раду или професионалне болести обухвата здравствену заштиту у случају настанка повреде на раду или професионалне болести која се обезбеђује на примарном, секундарном и терцијалном нивоу.

Здравствена заштита из ст. 1. и 2. овог члана пружа се на начин да сачува, поврати или унапреди здравствено стање осигуреног лица и његову способност да ради и задовољи своје личне потребе у складу са овим за-

коном и прописима донетим за спровођење овог закона.

Повреда на раду из става 2. овог члана утврђује се на основу извештаја о повреди на раду која се дододи на раду који је под непосредном или посредном контролом послодавца, у складу са прописима којима се уређује заштита здравља и безбедност на раду.

Повреда на раду или професионална болест утврђују се у складу са прописима којима се уређује пензијско и инвалидско осигурање.

Републички завод, односно матична филијала, у поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања осигураних лица процењује извештај о повреди на раду из става 4. овог члана, односно да ли је повреда на раду утврђена у складу са прописима којима се уређује пензијско и инвалидско осигурање.

Члан 34.

Право на здравствену заштиту које се обезбеђује обавезним здравственим осигурањем из члана 33. овог закона, обухвата:

1. мере превенције и раног откривања болести;
2. прегледе и лечење жена у вези са планирањем породице као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;
3. прегледе и лечење у случају болести и повреде;
4. прегледе и лечење болести уста и зуба;
5. медицинску рехабилитацију у случају болести и повреде;
6. протезе, ортозе и друга помагала за крећање, стањање и седење, помагала за вид, слух, говор, стоматолошке надокнаде, као и друга помагала (у даљем тексту: медицинско-техничка помагала).

Републички завод може прописати претходну сагласност првостепене лекарске комисије за коришћење здравствене заштите из става 1. овог члана, а посебно за одређене врсте дијагностичких и терапијских

поступака, стационарно лечење или кућну негу.

Мере превенције и раног откривања болести

Члан 35.

Осигураним лицима се, ради очувања и унапређења здравља, спречавања, сузбијања и раног откривања болести и других поремећаја здравља обезбеђују следеће мере:

1. здравствено власпитање које се спроводи организовањем посебних предавања или давања савета од стране здравственог радника у вези са заштитом, очувањем и унапређењем здравља, стицањем знања и навика о здравом начину живота, откривањем и сузбијањем фактора ризика;
2. систематски и остали прегледи деце, школске омладине, студената до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година живота, жена у вези са трудноћом и одраслих особа у складу са републичким програмом превенције и раног откривања болести од већег социјално-медицинског значаја и утврђеним стандардима;
3. превентивне стоматолошке и профилактичке мере за превенцију болести уста и зуба код трудница и деце до навршених 18 година живота, као и старијих лица која су тешко душевно или телесно ометена у развоју;
4. здравствено власпитање у вези са планирањем породице, превенцијом трудноће, контрацепцијом и хируршком стерилизацијом, тестирањем на трудноћу, тестирањем и лечењем сексуално преносивих болести и ХИВ инфекције;
5. вакцинација, имунопрофилакса и хемопрофилакса која је обавезна према републичком програму имунизације становништва против одређених заразних болести;
6. хигијенско-епидемиолошке и друге законом предвиђене мере и поступке у вези са спречавањем, откривањем и лечењем ХИВ инфекције и других заразних болести и спречавањем њиховог ширења.

Влада доноси републички програм превенције и раног откривања болести од већег социјално-медицинског значаја, републички програм стоматолошке здравствене заштите деце до навршених 18 година живота и трудница, као и републички програм имунизације становништва против одређених заразних болести, као и медицинске стандарде мера и поступака који проистичу из програма.

Прегледи и лечење у вези са трудноћом, порођајем и постнаталним периодом

Члан 36.

Женама у вези са планирањем породице, у трудноћи, за време порођаја и материнства до 12 месеци обезбеђује се:

1. прегледи и лечење од стране гинеколога и бабице који се односе на трудноћу (укључујући пренатални период, порођај и постпорођајни период), стања која могу да изазову компликацију трудноће, као и прекид трудноће из медицинских разлога;
2. болничко лечење када је медицински неопходно и порођај у здравственој установи;
3. патронажне посете и помоћ породиљи и рутинска нега новорођенчета од стране патронажне сестре;
4. дијагностика и лечење стерилитета.

Под прегледом у смислу става 1. тачка 1) овог члана подразумева се и пренатално и генетско тестирање и друге превентивне мере, у складу са медицинским стандардима.

Прегледи и лечење у случају болести и повреда

Члан 37.

Оболелим, односно повређеним осигураним лицима, у зависности од медицинских индикација и стручно-методолошких и доктринарних ставова, обезбеђују се:

1. указивање хитне медицинске помоћи на месту медицинске хитности или у здравственој установи, односно другом облику здравствене службе (у даљем тексту: приватна пракса);

2. хитан санитетски превоз за болести или повреде које су опасне по живот осигураниог лица;
3. санитетски превоз који није хитан, када је оправдан и медицински неопходан;
4. прегледи и лечење у примарној здравственој заштити, као и у кући осигураника, од стране изабраног лекара;
5. амбулантни прегледи и лечење код специјалисте и здравственог сарадника, по упути изабраног лекара;
6. лабораторијска, рендгенска и друга дијагностика која је предложена од изабраног лекара или лекара специјалисте, а медицински је неопходна и оправдана за дијагностику и лечење болести или повреде;
7. стационарно лечење када је оправдано и медицински неопходно, које обухвата прегледе и лечење од стране лекара специјалисте, медицинску негу, смештај у једничкој соби или соби интензивне неге и исхрану, односно специфичну дијету у стационарној здравственој установи;
8. право на пратиоца осигураним лицу до навршених 15 година живота, као и старијем лицу теже душевно или телесно ометеном у развоју за време стационарног лечења и медицинске рехабилитације, када је то медицински неопходно;
9. кућно лечење када је оправдано и медицински неопходно.

Члан 38.

Хитан санитетски превоз из члана 37. тачка 2) овог закона обухвата превоз санитетским возилом због болести или повреде које су опасне по живот осигураниог лица до најближе здравствене установе која је оснобођена за наставак даљег лечења оболелог, односно повређеног.

Санитетски превоз који није хитан, из члана 37. тачка 3) овог закона, обухвата превоз до здравствене установе у којој се пружа здравствена заштита која је оправдана и медицински неопходна, као и превоз из здравствене установе до куће осигураниог лица.

Санитетски превоз који није хитан, оправдан је и медицински неопходан у случају да

транспорт било којим другим транспортним средством може угрозити живот и здравље осигураниог лица.

Члан 39.

Стационарно лечење из члана 37. тачка 7) овог закона оправдано је и медицински неопходно ако потребна здравствене заштита (дијагностика, лечење или рехабилитација) или њен део може искључиво да се пружи у стационарним здравственим условима, односно ако се не може обезбедити амбулантним и кућним лечењем.

Изузетно од става 1. овог члана, осигураним лицу које је у терминалној фази болести и непокретно, односно покретно уз помоћ других лица, а коме је потребно палијативно збрињавање, има право на краткотрајно болничко лечење ради примене симптоматске терапије и здравствене неге, под условима прописаним општим актом Републичког завода.

Члан 40.

Кућно лечење из члана 37. тачка 9) овог закона оправдано је и медицински неопходно у случају када је од стране изабраног лекара или лекара специјалисте индикована примена партералних лекова, медицинских и рехабилитационих процедура које здравствени радник може да пружи у кућним условима осигураним лицу које је непокретно или чије кретање захтева помоћ другог лица.

Кућно лечење се спроводи и као наставак стационарног лечења.

Прегледи и лечења болести уста и зуба

Члан 41.

Осигураним лицима обезбеђују се прегледи и лечења болести уста и зуба у амбулантно-поликлиничким и стационарним условима и то најмање:

1. прегледи и лечење болести уста и зуба код деце до навршених 18 година живота, старијих лица која су тешко душевно или

- телесно ометена у развоју, као и лица са тежим урођеним и стеченим деформитетом лица и вилица;
2. прегледи и лечење болесни уста и зуба, изузев протетског збрињавања, код жена у вези са трудноћом и 12 месеци после порођаја;
 3. указивање хитне стоматолошке здравствене заштите за одрасле;
 4. прегледи уста и зуба, изузев протетског збрињавања, пре трансплантирају бубрега, односно операција на срцу;
 5. прегледи и лечење болести уста и зуба у оквиру преоперативног и постоперативног третмана малигних болести и максилофацијалног предела;
 6. ургентни стоматолошки и хируршки прегледи и лечење повреда зуба и костију лица, укључујући примарну реконструкцију остеосинтетским материјалом;
 7. израда акрилатне тоталне и субтоталне протезе код особа старијих од 65 година живота;
 8. неопходан стоматолошки третман, укључујући и фиксне ортодонске апарате у оквиру преоперативног и постоперативног третмана код особа са урођеним и стеченим тежим деформитетом лица и вилице;
 9. израда протетских надокнада лица и вилице (интраоралне постресекционе протезе и протезе лица) у оквиру посттуморске рехабилитације и реконструкције, укључујући и имплантате за њихово узвршћивање.

Медицинска рехабилитација у случају болести и повреде

Члан 42.

Осигураним лицима обезбеђује се медицинска рехабилитација ради побољшања или враћања изгубљене или општећене функције тела као последице акутне болести или повреде, погоршања хроничне болести, медицинске интервенције, конгениталне аномалије или развојног поремећаја.

Медицинском рехабилитацијом обезбеђује се утврђивање, примена и евалуација рехабилитационих поступака који обухватају кине-

зитерапију и све видове физикалне, окупациона терапије и терапије гласа и говора, као и одређене врсте медицинско-техничких помагала, намештање, примену и обуку за употребу тог помагала код осигураних лица.

Окупационом терапијом се осигураним лицу обезбеђују поступци медицинске рехабилитације после болести и повреде који имају за циљ да се осигурено лице оспособи за самосталну бригу о себи, односно да уна-преди функционисање у осталим активностима свакодневног живота.

Рехабилитацијом гласа и говора се осигураном лицу обезбеђују медицински поступци уз употребу одговарајућих помагала која су неопходна за дијагнозу и третман болести и повреда или конгениталне аномалије које за последицу имају поремећај гласа и говора који онемогућава комуникацију осигураних лица, односно поремећај гутања који је по-следица болести или повреде.

Физикалном терапијом обезбеђују се утврђивање, примена и евалуација свих одговарајућих физикалних агенаса, укључујући природни лековити фактор у третману повређеног и оболелог осигураних лица.

Осигураним лицу обезбеђује се медицинска рехабилитација у амбулантно-поликлиничким и болничким условима када је оправдана и неопходна за третман стања осигураних лица.

Осигураним лицима се рехабилитацијом у стационарним здравственим установама (рана рехабилитација) обезбеђује спровођење интензивног програма рехабилитације, за који је неопходан мултидисциплинарни тимски рад, у оквиру основног медицинског третмана, ради побољшања здравственог стања и отклањања функционалних сметњи.

Осигураним лицима обезбеђује се рехабилитација у стационарним здравственим установама специјализованим за рехабилитацију (продужена рехабилитација) као континуирани продужетак лечења и рехабилитације, у оквиру индикационог подручја, када се функционалне сметње не могу ублажити или отклонити са подједнаком ефикасношћу у амбулантно-поликлиничким

условима и у оквиру болничког лечења основне болести.

Републички завод општим актом утврђује врсте индикација за коришћење медицинске рехабилитације, дужину трајања рехабилитације, начин и поступак остваривања рехабилитације и упућивања на рехабилитацију из става 1. овог члана.

Општи акт из става 1. овог члана објављује се у „Службеном гласнику Републике Србије“.

Лекови и медицинска средства

Члан 43.

Право на лекове и медицинска средства обухвата:

1. право на лекове са Листе лекова који се прописују на рецепт или издају на налог на терет средстава обавезног здравственог осигурања (у даљем тексту: Листа лекова);
2. право на медицинска средства која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, односно која се прописују на налог или се уgraђују у организам осигураних лица.

Изузетно од става 1. овог члана, осигураним лицу обезбеђује се и лек који није на Листи лекова, а медицински је неопходан за лечење, под условима утврђеним општим актом Републичког завода.

Републички завод доноси општи акт којим утврђује Листу лекова, која најмање садржи неопходне – есенцијалне лекове за лечење болести и повреда, без обзира на узрок, у складу са листом есенцијалних лекова Светске здравствене организације.

Републички завод доноси општи акт којим се утврђују критеријуми, начин и поступак за стављање лекова на Листу лекова, односно за скидање са Листе лекова.

Републички завод доноси општи акт којим се утврђују врста и стандард медицинских средстава која се уgraђују у организам осигураних лица (у даљем тексту: имплантати), као и друге врсте неопходних медицинских средстава.

Општи акти из ст. 3, 4. и 5. овог члана објављују се у „Службеном гласнику Републике Србије“.

Медицинско-техничка помагала

Члан 44.

Осигураним лицима обезбеђују се медицинско-техничка помагала која служе за функционалну и естетску замену изгубљених делова тела, односно за омогућавање ослонца, спречавање настанка деформитета и кориговање постојећих деформитета, као и олакшавање вршења основних животних функција.

Осигураним лицима обезбеђују се медицинско-техничка помагала потребна за лечење и рехабилитацију која омогућавају побољшање основних животних функција, омогућавају самосталан живот, омогућавају савладавање препрека у средини и спречавају суштинско погоршање здравственог стања или смрт осигураних лица.

Републички завод општим актом утврђује врсту медицинско-техничких помагала и индикације за њихово коришћење, стандарде материјала од којих се израђују, рокове трајања, односно набавку, одржавање и њихово занављавање, као и начин и поступак остваривања права на медицинско-техничка помагала.

Општи акт из става 3. овог члана објављује се у „Службеном гласнику Републике Србије“.

Здравствене услуге које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања

Члан 45.

У остваривању права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања из чл. 34. – 44. овог закона, осигураним лицима обезбеђују се:

1. 100% плаћања од цене здравствене услуге из средстава обавезног здравственог осигурања за:
 - мере превенције и раног откривања болести;

- прегледе и лечење у случају планирања породице, трудноће, порођаја и у постнаталном периоду, укључујући прекид трудноће из медицинских разлога;
 - прегледе, лечење и медицинску рехабилитацију у случају болести и повреда деце, ученика и студената до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година живота, односно старијих лица која су тешко телесно или душевно ометена у развоју;
 - прегледе и лечење болести уста и зuba деце до навршених 18 година живота, као и старијих лица која су тешко телесно или душевно ометена у развоју, жена у вези са трудноћом и 12 месеци после порођаја, као и лица са урођеним или стеченим деформитетом лица и вилица;
 - прегледе и лечење у вези са ХИВ инфекцијом и осталим заразним болестима за које је законом предвиђено спровођење мера за спречавање њиховог ширења;
 - прегледе и лечење од малигних болести, хемофилије, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултипле склерозе, прогресивних неуро-мишићних болести, церебралне парализе, параплегије, тетраплегије, трајне хроничне бubreжне инсуфицијенције код које је индикована дијализа или трансплантација бубрега, цистичке фиброзе, системских аутоимунских болести, реуматске болести и њених компликација;
 - преледе и лечење у вези са узимањем, давањем и разменом ткива и органа за трансплантацију од осигураних и других лица за обезбеђивање здравствене заштите осигураних лица;
 - прегледе, лечење и рехабилитацију због професионалних болести и повреда на раду;
 - пружање хитне медицинске и стоматолошке помоћи, као и хитан санитетски превоз;
 - медицинско-техничка помагала, имплантате и медицинска средства, у вези са лечењем болести и повреда из ове тачке;
2. најмање 95% од цене здравствене услуге из средстава обавезног здравственог осигурања за:
 - интензивну негу у стационарној здравственој установи;
 - оперативне захвате који се изводе у операционој сали, укључујући и имплантате за најсложеније и најскупље здравствене услуге,
 - најсложеније лабораторијске, рендгенске и друге дијагностичке и терапијске процедуре (магнетна резонанца, скенер, нуклеарне медицина и др.),
 - лечење осигураних лица упућених у иностранство;
 3. најмање 80% од цене здравствене услуге из средстава обавезног здравственог осигурања за:
 - прегледе и лечење од стране изабраног лекара и лекара специјалисте;
 - лабораторијске, рендген и друге дијагностичке и терапијске процедуре које нису обухваћене тачком 2) овог члана;
 - кућно лечење;
 - стоматолошке прегледе и лечење у вези са повредом зуба и костију лица, као и стоматолошке прегледе и лечење зуба пре операције срца и трансплантације бубрега;
 - лечење компликација каријеса код деце и омладине, вађење зуба као последица каријеса, као и израду покретних ортодонских апаратова;
 - стационарно лечење, као и рехабилитацију у стационарној здравственој установи;
 - прегледе и лечење у дневној болници, укључујући и хируршке захвате ван операционе сале,
 - медицинску рехабилитацију у амбулантним условима;
 - медицинско-техничка помагала, имплантате и медицинска средства, која нису обухваћена тачком 1) овог члана;
 4. најмање 65% од цене здравствене услуге из средстава обавезног здравственог осигурања за:
 - дијагностику и лечење стерилитета;

- израчу акрилатне тоталне и субтоталне протезе код лица старијих од 65 година живота;
- очна и слушна помагала за одрасле;
- санитетски превоз који није хитан.

Члан 46.

У Листи лекова из члана 43. став 3. овог закона Републички завод утврђује износ средстава који се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, односно износ средстава који обезбеђује осигурено лице.

Члан 47.

Републички завод за сваку календарску годину доноси општи акт којим уређује садржај, обим и стандард права на здравствenu заштиту из обавезног здравственог осигурања из члана 45. овог закона за поједине врсте здравствених услуга и поједине врсте болести, проценат плаћања из средстава обавезног здравственог осигурања до пуног износа цене здравствene услуге, као и проценат плаћања осигуреног лица.

Општи акт из става 1. овог члана мора бити усклађен са планом здравствene заштите из обавезног здравственог осигурања и годишњим финансијским планом Републичког завода.

За поједине врсте здравствених услуга и поједине врсте болести, актом из става 1. овог члана, Републички завод може утврдити да се из средстава обавезног здравственог осигурања плаћа већи проценат цене здравствene услуге до пуног износа цене из члана 45. став 1. тач. 2) - 4) овог закона.

У општем акту из става 1. овог члана, Републички завод утврђује и највиши годишњи износ, односно највиши износ по одређеној врсти здравствene услуге, који осигурено лице плаћа из својих средстава, водећи рачуна да такав износ не одвраћа осигурено лице од коришћења здравствene заштите, односно да онемогућава осигуреном лицу успешно спровођење здравствene заштите.

Републички завод доноси општи акт из става 1. овог члана најкасније до 31. децембра текуће године за наредну годину.

Влада даје сагласност на акт из става 1. овог члана.

Акт из става 1. овог члана објављује се у „Службеном гласнику Републике Србије“.

Партиципација

Члан 48.

Новчани износ до пуног износа цене здравствene услуге из члана 45. тач. 2) - 4) овог закона, као и новчани износ из члана 46. овог закона (у даљем тексту: партиципација) плаћа осигурено лице које користи ту здравствenu услугу, односно лекове, ако овим законом није друкчије одређено, односно плаћају правно лице које осигуреном лицу обезбеђује добровољно здравствено осигурање.

Републички завод може општим актом из члана 47. став 1. овог закона утврдити да се партиципација која пада на терет осигуреног лица плаћа у фиксном износу, с тим да фиксни износ не сме бити већи од проценуталног износа одређеног у складу са овим законом.

Општим актом из члана 47. став 1. овог закона Републички завод уређује начин и поступак наплаћивања партиципације, престанак плаћања партиципације у току календарске године, као и повраћај средстава уплаћених изнад највишег годишњег износа, односно највишег износа партиципације по одређеној врсти здравствene услуге.

Забрањено је да здравствена установа, односно приватна пракса, или друго правно лице са којима је матична филијала, односно Републички завод закључио уговоре о пружању здравствene заштите (у даљем тексту: давалац здравствених услуга) наплати друкчије износе партиципације за пружене здравствene услуге које су обухваћене обавезним здравственим осигурањем од прописаних у складу са чл. 45-47. овог закона, као и да наплати партиципацију осигуреном лицу које је уплатило највиши годишњи износ партиципације или највиши износ партиципације по одређеној врсти здравствene услуге.

Забрањено је да давалац здравствене услуге наплати износ партиципације од осигураних лица које има добровољно здравствено осигурање.

Члан 49.

Давалац здравствене услуге дужан је да осигураним лицима изда рачун за извршену здравствену услугу који садржи податак о износу који се обезбеђује из средстава Републичког завода као право из обавезног здравственог осигурања и износу партиципације коју плаћа осигураним лицима.

Образац рачуна из става 1. овог члана прописује Републички завод.

Акт из става 2. овог члана објављује се у „Службеном гласнику Републике Србије“.

Осигурано лице дужно је да чува све рачуне о наплаћеној партиципацији у току једне календарске године, који служе као доказ у поступку утврђивања права на престанак плаћања партиципације у току те календарске године.

Осигурана лица којима се обезбеђује здравствена заштита у пуном износу

Члан 50.

Осигураним лицима обезбеђује се здравствена заштита у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања без плаћања партиципације, и то:

4. ратним војним инвалидима и цивилним инвалидима рата;
2. слепим лицима и трајно непокретним лицима, као и лицима која остварују новчану накнаду за туђу помоћ и негу другог лица, у складу са законом;
3. добровољним даваоцима крви који су крв дали десет и више пута, осим лекове са Листе лекова, као и за медицинско-техничка помагала и имплантате;
4. добровољним даваоцима крви који су крв дали мање од десет пута, осим за лекове са Листе лекова, као и за медицинско-техничка помагала и имплантате, у року од 12 месеци после давања крви.

Члан 51.

Осигураницима из члана 22. ст. 1 и 4. овог закона обезбеђује се здравствена заштита у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања без плаћања партиципације.

Члановима уже породице осигураника из члана 22. став 1. тач. 7) до 9) овог закона, као и члановима у же породице осигураника из става 4. тог члана, обезбеђује се здравствена заштита у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања без плаћања партиципације.

Садржај, обим и стандард здравствене заштите

Члан 52.

Под садржином здравствене заштите, у смислу овог закона, подразумевају се поступци и методи дијагностике, лечења и рехабилитације ради спречавања, сузбијања, раног откривања и лечења болести, повреда и других поремећаја здравља, а који су обухваћени обавезним здравственим осигурањем.

Под обимом здравствене заштите, у смислу овог закона, подразумева се број и дужина трајања поступака и метода дијагностике, лечења и рехабилитације, као и друге величине којима се може изразити обим појединачних садржаја здравствене заштите (систематско пружање здравствених услуга у одређеном временском периоду и др.), а који чине садржину права из обавезног здравственог осигурања.

Под стандардима здравствене заштите, у смислу овог закона, подразумевају се услови за коришћење поступака и метода који чине садржину права из обавезног здравственог осигурања, укључујући ограничења за коришћење и начин пружања тих здравствених услуга.

Хитна медицинска помоћ и неопходна здравствена заштита

Члан 53.

Хитна медицинска помоћ, у смислу овог закона, јесте непосредна – тренутна меди-

цинска помоћ која се пружа да би се избегло довођење осигураног лица у животну опасност, односно непоправљиво или озбиљно слабљење или оштећење његовог здравља или смрт.

Под хитном медицинском помоћи, у смислу овог закона, сматра се и медицинска помоћ која се пружи у току од 12 сати од момента пријема осигураног лица да би се избегао очекивани настанак хитног медицинског стања.

Неопходна здравствена заштита, у смислу овог закона, обухвата здравствену заштиту која је одговарајућа, односно потребна за дијагностику, односно лечење болести или повреда осигураног лица, која је у складу са стандардима добре медицинске праксе у земљи и која није пружена на захтев осигуреног лица или здравственог радника, ради стављања осигураног лица у повољнији положај у односу на друга осигурана лица, односно ради стицања посебних користи за здравствену установу, приватну праксу или здравственог радника.

Хитну и неопходну здравствену заштиту у поступку остваривања права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања утврђују стручно-медицински органи у поступку остваривања права.

План здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања

Члан 54.

Право осигураног лица на здравствену заштиту из чл. 34-45. овог закона утврђује се на основу плана здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања који се доноси на основу:

1. здравствених потреба осигураних лица;
2. обезбеђених финансијских средстава за спровођење обавезног здравственог осигурања;
3. утврђених приоритета за спровођење здравствене заштите на примарном, сеундарном и терцијалном нивоу;
4. расположивих капацитета здравствене службе.

План из става 1. овог члана доноси Републички завод за сваку календарску годину, најкасније до 31. децембра претходне године.

План из става 1. овог члана објављује се у „Службеном гласнику Републике Србије“.

Номенклатура и цене здравствених услуга

Члан 55.

Номенклатуру здравствених услуга из члана 45. тач. 1) до 4) овог закона утврђује министар.

Републички завод доноси акт којим се утврђују цене здравствених услуга из члана 45. тач. 1) до 4) овог закона.

Министар даје сагласност на акт из става 2. овог члана.

Цене здравствених услуга из става 2. овог члана формирају се на основу:

1. номенклатуре здравствених услуга и норматива рада за вршење тих услуга;
2. трошкова уложеног рада запослених за здравствене услуге;
3. материјалних трошкова;
4. амортизације прописане законом;
5. других законских обавеза.

Акт о ценама здравствених услуга из става 2. овог члана објављује се у „Службеном гласнику Републике Србије“.

Листа чекања

Члан 56.

За одређене врсте здравствених услуга које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања и које нису хитне може се утврдити редослед коришћења, у зависности од медицинских индикација и здравственог стања осигураног лица, као и датума јављања здравственој установи, с тим да време чекања не може да буде такво да угрози здравље или живот осигураног лица (у даљем тексту: листа чекања).

Републички завод доноси општи акт којим утврђује врсте здравствених услуга за које се утврђује листа чекања, као и критеријуме и стандардизоване мере за процену здравстве-

ног стања пацијената и за стављање на листу чекања, најдуже време чекања за здравствене услуге, неопходне податке и методологију за формирање листе чекања.

Акт из става 2. овог члана Републички завод доноси на основу стручно-методолошке инструкције министра.

Актом из става 2. овог члана уређује се и начин информисања пацијента, лекара који је упутио пацијента и Републичког завода о битним подацима са листе чекања, изменама, допунама, као и брисању осигураних лица са листе чекања, надзор над листом чекања, као и начин коришћења здравствене заштите мимо листе чекања.

Давалац здравствених услуга са којим је матична филијала, односно Републички завод закључио уговор о пружању здравствене заштите на терет средстава обавезног здравственог осигурања дужан је да утврди листу чекања у складу са ст. 1. до 4. овог члана и да осигураним лицу пружи здравствену услугу у складу са том листом чекања.

Претходно обавештење осигураним лицем

Члан 57.

Ако давалац здравствених услуга са којима је Републички завод, односно матична филијала, закључила уговор утврди да здравствена услуга није медицински неопходна, односно оправдана за здравствено стање осигураним лицем, дужан је да о томе изда писмено обавештење осигураним лицем, пре пру-

жања здравствене заштите (у дањем тексту: претходно обавештење).

Претходно обавештење давалац здравствених услуга мора дати и осигураним лицу кога ставља на листу чекања, у складу са чланом 56. овог закона.

Претходно обавештење садржи писмену информацију даваоца здравствених услуга о разлозима због којих здравствена услуга није медицински неопходна, односно оправдана за здравствено стање осигураниог лица, као и разлозима за стављање на листу чекања и о утврђеном редоследу на листи чекања.

Ако се осигураним лицем и поред претходног обавештења из става 1. овог члана здравствена услуга пружи на лични захтев осигураним лицем, трошкови здравствене услуге падају на терет осигураним лицем.

Право Републичког завода да одбије плаћање одређених здравствених услуга

Члан 58.

Републички завод има право да одбије плаћање трошкова даваоцима здравствених услуга за пружене здравствене услуге, медицинско-техничка помагала, лекове, медицинска средства, имплантате, као и за друге врсте здравствених услуга које нису утврђене као право из обавезног здравственог осигурања, односно које нису у складу са садржином, обимом и стандардом здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања.

Извештај Уредништва**Извештај Уредништва часописа „Здравствена заштита“
за 2005. годину****I.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II.

Уређивачки одбор и уредници часописа са радошћу констатују да је током 2005. го-

дине, од шест бројева часописа који је Планом излажења утврдио Управни одбор Коморе, изишло свих планираних шест бројева.

У тих шест издатих бројева часописа објављено је укупно 86 наслова, научних и стручних радова, чланака, реферата, саопштења. Одштампано је 484 страница текста, а у тим радовима је учествовало 83 аутора и коаутора (лекари и стоматолози, специјалисти опште праксе, социологи, економисти, правници, информатичари и др.). Међу њима је значајан број професора Универзитета, чланова САНУ, директора здравствених установа и других институција од интереса за здравство и здравље, доктора и магистара наука разних ужих специјалности, примарјуса, лекара опште медицине, правника, економиста и сл.

Анализирајући структуру објављених радова и садржај поједињих бројева часописа у 2005. години, могу се издвојити неколико главних тематских подручја:

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

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

Посебна пажња и значајан обим простора посвећен је темама које се односе на квалитет здравствених услуга и здравствене заштите, реформе система здравствене службе и здравственог осигурања, економику здравства; стандарде, менаџмент и информатику у здравству Србије.

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

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

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

У оквиру ове теме неколико радова односило се на разматрање праваца трансформације својинских односа у здравству, на потребе и правце промена и реформи здравствене делатности, прошле и актуелне проблеме у систему здравственог осигурања, на облике финансирања здравствене потрошње, демографске проблеме у популацији Србије и сл. Посебна пажња била је посвећена расправи о нацртима нових законских пројеката из области здравствене заштите, здравственог осигурања и лекарске Коморе.

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

Радови на ове теме заузели су доста простора у бројевима објављеним током 2005. године.

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

Преведени текстори су били присутни у неколико бројева часописа, али у нездовољавајућем обиму, јер Комора није у могућности да хонорише преводе. Иначе је традиција овог часописа да кроз приказ или директан превод одабраних текстова из стране стручне публицистике, посебно из публикација Светске здравствене орга-

анизације, благовремено и на синтетичан начин широм кругу читалаца омогући да се упозна са новинама и достигнућима из области којима се часопис бави.

6. Теме везане за рад Коморе здравствених установа Србије.

Ово посебно поглавље часописа, резервирано за радове и извештаје из рада Коморе, у 2005. години, није било довољно искоришћено.

7. Ново поглавље „Из прошлости/историје здравствене делатности у Србији“, замишљено је да буде подсетник на решења и збивања у прохујалним деценијама у области здравства наше земље. У неколико бројева часописа дати су радови и на ову тему.

8. Посебно поглавље било је посвећено Светској кампањи борбе против СИДЕ, Светском дану здравља и актуелним темама поводом тога.

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

Анализа садржаја часописа у 2005. години даје основу за оцену да се квалитет објављених радова, разноврсност тематских подручја и квалификованост аутора прилога, уз примерену графичку обраду и технику штампања, одржава на постигнутом нивоу квалитета, уз задржавање традиционалне форме. Са друге стране, у 2005. години у часопису је било недовољно текстова о актуелним збивањима у здравственим установама.

Очекујемо да Управни одбор Коморе, Уређивачки одбор и стручна публика дају своје оцене, критике и сугестије, које ће бити узете у обзир у даљем уређивању часописа. Уређивачки одбор ће током 2006. године пратити поштовање принципа и кодекса уређивачке политике и вршити анализу претходно издатих бројева часописа.

Сигурно је да би садржај часописа могао бити богатији уколико би се нашле могућности за хонорисање аутора. Тада би уредници могли да наручују прилоге од афирмисаних личности из науке и струке, као и

превођење актуелних тема из публикација, бар Светске здравствене организације, од које имамо званично одобрење за коришћење њихових издања.

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

Уредништво часописа треба да се још више потруди да за следеће бројеве окупи што више аутора са високим стручним и научним титулама и то из различитих области деловања, уз придржавање постављене издавачке политике да часопис обухвата широко тематско подручје у коме суделују стручњаци из социјалне медицине, економије, планирања, права, социологије, информатике, менаџмента, архитектуре, екологије, медицинске технологије, епидемиологије, хигијене, сестринства и сл.

Узимајући у обзир све изложено, може се оценити веома позитивно, како оријентација, тако и садржај, структура и укупни квалитет издатих бројева часописа у току 2005. године.

Исто тако, сматра се да треба наставити са издавањем часописа и у будуће на досадашњој платформи, уз одређене иновације, како у тематском смислу, тако и у техничком погледу. Тематика која се третира у часопису треба да заинтересује што шири круг здравствених радника, нарочито руководиоце здравствених установа, као и стручњаке из парамедицинских дисциплина и да делује позитивно на њих и то на свим новоима орга-

низованости. То је, уистину, суштина програмске оријентације часописа за коју сви заинтересовани треба да се заложе, а посебно чланови Управног одбора Коморе.

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

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

Часопис „Здравствена заштита“ представља својеврstan прозор наше Коморе у свет струке и научне области од интереса за делатност сваке здравствене установе – чланице Коморе. С друге стране, то је једини часопис у нашој земљи, али и у суседним земљама, који се бави комплексом тема из социјалне медицине, здравственог осигурања, економије, информатике, права и менаџмента у здравству. Овако програмски определјен, поред осталог, омогућава здравственим радницима и сарадницима из свих облика здравствене делатности да своје стручне и научне радове објављују и тиме стичу услове за доделу стручног звања „примаријус“.

Према томе, доволно је разлога да органи Коморе омогуће да „Здравствена заштита“ и даље живи, односно, излази бар као двомесечник, како је то практиковано последњих година. Корисно би било проширити круг претплатника, повећати тираж, тако да свака чланица Коморе добија бар по пет примерака, а веће установе по десет. Корисно би било takoђе повећати број пропагандних – маркетиншких порука веледрогерија и произвођача лекова, медицинских уређаја и сл.

У току 2005. године, дакле, остварен је план издавања у чему је значајну улогу одиграло разумевање председника Управног одбора и Уређивачког одбора прим. др Илије Трипковића и залагање и ентузијазам секретара Коморе Рајка Гргуревића.

На крају да закључимо да је током 2005. године остварена веома добра сарадња и са издавачким предузећем „Обележја“ из Београда, када је реч о припреми за штампу, лектури и коректури текстова, прелому, техничком уређивању штампе и, што је веома битно за овај часопис – рокова изласка из штампе. Овогодишње искуство доказује да би било добро да Комора здравствених установа Србије са овом издавачком кућом оствари уговор као са извршним издавачем часописа, како је то пракса са неким другим часописима, уз овлашћења која би била корисна за Комору у организационом и материјалном погледу!

III.

РЕГИСТАР ОБЈАВЉЕНИХ ТЕМА У ЧАСОПИСУ У 2005. ГОДИНИ

Часопис број 1

- Примедбе, предлози и сугестије на радне верзије Нацрта Закона о здравственој заштити и Нацрта Закона о коморама здравствених радника
- Извештај Уредништва часописа „Здравствена заштита“ за 2004. годину,
- Програмска оријентација и план излажења часописа „Здравствена заштита“ у 2005. години,
- Здравствена заштита жена у Србији (1950–2000),
- Шећерна болест и пародонтопатија у популацији Београда,
- Аерозагађење и респираторне болести код школске деце,
- Дом здравља „Звездара“ – прича дуга 50 година,
- Осврт на историјат стоматологије,
- Сугестије и предлози на радну верзију Нацрта закона о здравственој заштити,

- Расправа Секције за социјалну медицину СЛД-а о радној верзији Нацрта закона о здравственој заштити,
- Значајни догађаји и вести из здравства Србије.

Часопис број 2

- Ризици рађања у четвртој деценији,
- Угрожен опстанак народа,
- Све мање младости,
- Центри за пренаталну дијагностику,
- Стоматолошка здравствена заштита у Србији (1950–2000),
- Велефарм у здравству – здравство у Велефарму,
- Серолошка дијагноза Lyme borreliosis у оболелих са убодом крпеља на зеленим површинама Београда,
- Предиктивна вредност укупног скора и појединачних ајтема теста за процену ризика оболевања од карцинома дојке,
- Лиценце за лекаре
- Да ли је за директора боли менаџер или доктор,
- Водич кроз нови Закон о раду,
- Извод из I Закона о организацији здравствене делатности у Србији
- Вести и догађаји у здравству Србије.

Часопис број 3

- Прошлост и садашњост српских лекара у матици и расејању – неговање традиције и сарадње,
- Остеопороза – клинички и социјално-медицински проблем,
- Место, улога и садржај рада института/завода за заштиту здравља у савременом здравственом систему,
- Развој реуматологије у Србији до 1996. године,
- Уџбеници социјалне медицине у Србији – кратак преглед њихових издања,
- Стандардизовани садржаји неге – нови квалитет у сестринском раду,
- Систем квалитета – предуслов за ефективан и ефикасан рад главних медицинских сестара,
- Председништво српског лекарског друштва,

- Правилник о условима за добијање назива примаријус,
- Примарна здравствена заштита,
- Социјално-медицински карактер противепидемијске акције на санирању епидемије великих богиња у Београду март–мај 1972.,
- Четрдесет година рада Института за реуматологију Београд (1965–2005. године),
- Где је у нашој земљи, према сачиваним подацима, подигнута прва болница,
- In memoriam: Примаријус доктор Живадин Ђорђевић-Жиле
- Савезничке медицинске мисије у Србији,
- Календар стручних и научних састанака
- Вести и догађаји у здравству.

Часопис број 4

- Солидарност у здравственој струци,
- Програм промоције здравља у насељима на руралном подручју,
- Концепт промоције здравља на нивоу локалне заједнице,
- Тимски рад у новом јавном здравству,
- Инфекција у алоартропластичној хирургији – приказ случаја,
- Сузбијање крпеља на зеленим површинама Београда,
- Salmonellosis на подручју Београда у последњих деветнаест година,
- Огледало протока времена,
- Улога медицинске сестре у превенцији хоспитализма са посебним освртом на хоспитализам деце,
- Поводом јубилеја 55 година рада Реуматолошке секције Српског лекарског друштва,
- Из историје здравства, доктор Божа и докторка Драга Спасовић,
- Мишљења, изјаве, предлози и примедбе о здравству,
- Вести и догађаји у здравству и из здравства Србије,
- In memoriam: Проф. др сц. мед. Слободан Борјановић,
- Календар стручних састанака

Часопис број 5

- Теорија старења,
- Развој геронтологије (као научне и примене дисциплине) у свету и код нас,

- Интегрисана здравствена заштита старих: теоријске перспективе и искуства Градског завода за геронтологију, кућно лечење и негу – Београд,
- Информатичка подршка методи утврђивања ХЕТ2 позитивности у евалуацији оболелих од рака дојке
- Приказ рада дневних болница у Београду,
- Морталитет од малигних неоплазми на територији шумадијског округа,
- ЕХО колор доплер сонографија магистралних артерија у процени степена атеросклерозе,
- Приватизација и тржишни закони нису лек за здравство,
- Расправа о законима у здравству,
- Из историје здравства у Србији – Прва болница у Свилајнцу и први Пропис о раду болнице,
- Из светске здравствене организације,
- Из активности Српског лекарског друштва,
- Вести и новости из система здравства у Србији,
- Приказ књига
- In memoriam - Сећање: Предраг Каличанин (1927–2004) – Корифеј српске психијатрије
- Календар стручних и научних састанака

Часопис број 6

- Београд – здрави град – 2000
- Екологија градске средине у античкој и средњовековној Србији,
- Срес – „тиранин“ и реметилачки чинилац здравља,
- Дефинисање параметара за процену квалитета стоматолошке заштите,
- Сатисфакција корисника радом службе за здравствену заштиту жена у Дому здравља „Звездара“
- Основе еколошког вредновања Београда,
- Сведочење савременика: Организовање и развој здравствене службе у Ивањици (1929–1945),
- Утемељивачи дечје пулмологије у Србији,
- Звали су га „Драгачевска мајка“ – доктор Љубомир Поповић (сећање на легенду драгачевског здравства),
- Мишљења, коментари, предлози из здравствених установа,

- Из Српског лекарског друштва,
- Националне фондације за хуману старост
- Приказ књига
- Вести и новости из система здравства у Србији.

IV.

РЕГИСТАР АУТОРА САРАДНИКА

- Проф. др сц. Предраг Довијанић, 1, 2, 3, 4
 Mr. sc. dr Маријола Обрадовић, 1
 Mr sc. Биљана Анђелски-Радичевић, 1
 Dr Небојша Ранковић, 1
 Prof. dr Milena Илић, 1,4
 Dr Mila Хаднађев, 1
 Prim. dr Radmila Кандић, 1, 4, 6
 Dr Branika Грујић, 1, 4, 6
 Prim. dr Leposava Буњак, 1, 4
 Prim. mr sc. dr Јулијана Полић, 1, 4, 6
 Dr Vesna Богдановић, 1, 4
 Dr sc. Милутин Обрадовић, 1, 2
 Doc. dr Слађана Јовић, 1
 Dr Љиљана Црнчевић-Радовић, 1
 Prof. dr Milan Војновић, 1
 Dr Вера Бабић-Дуњић, 2, 4
 HC прим. dr sc. мед. Radmila Dmitrović, 2, 4
 Dr Божидар Љубић, 2,4
 Dr Тијана Релић, 2
 Prim. dr Снежана Радивојевић, 2, 4
 Mr. sc. dr Драган Арсић, 2
 Инж. Радиша Девић, 2
 Академик проф. др Владимир Кањух, 3
 Dr Иван А. Радојковић, 3, 5
 Dr. Јана И. Радојковић, 3, 5
 Prof. dr Braniwoje Timotijć, 3
 Prof. dr Momir Јањић, 3
 Prim. dr sc. мед. Христо Анђелски, 3
 Prof. dr Vlastimir Младеновић, 3, 4
 Верица Ђорлука, ВМС, 3
 Зоран Р. Пендић, 3
 Prof. dr Ђорђе Јаковљевић, 3
 Prof. dr Немања Дамјанов, 3
 Prof. dr sc. мед. Иванка Гајић, 4
 Prim. dr Предраг Ристић, 4

Др Зоран Ђукановић, 4

Др Гордана Драгутиновић, 4

Др Вељко Куловић, 4

Др сц. мед. Весна Томић, 4

Доц. др Бранко Ристић, 4

Др Александар Зечевић, 4

Доц. др Зорица Јовановић, 4

Проф. др Новица Стјаковић, 4,

Предраг Ђуричић, дипл. инж., 4

Мирјана Гуцић, дипл. прав., 4

Др Бранислава Златар, 4

Др сц. Веселин Шањевић, 4

Биљана Ераковић, ВМС, 4

Александра Аксић, ВМС, 4

Олгица Стефановић, ВМС, 4

Проф. др Роксандра Стојановић, 4

Проф. др Младен Давидовић, 5

Доц. др Драгослав П. Милошевић, 5

Доц. др Радмила Стевић, 5

Проф. др Снежана Ђурица, 5

Проф. др Момир Јањић, 5

Прим. др сц. Љиљана Жикић, 5

Др Сања Јанкелић, 5

Мр сц. др Драган Миљуш, 5

Проф. др Оливера Стојановић, 5

Др мр сц. мед. Анђелија Нешковић, 5

Др Ђорђе Илић, 5

Др мр сц. мед Милена Пауновић, 5

Др сц. мед. Зорица Димитријевић, 5

Биљана Будић, ВМС, 5

Мр сц. др Снежана Радовановић, 5

Мр сц. др Сања Коцић, 5

Проф. др Часлав Милић, 5

Др Предраг Тоскић, 5

Десанка Стаматовић, 5

Др Јелена Тоскић, 5

Проф. др Момчило Бабић, 6

Прим. мр сц. др Љиљана Сокал-Јовановић, 6

Прим. сц. др Маја Вучковић-Крчмар, 6

Прим. др сц. Будимир Павловић, 6

Прим. др сц. мед. Божидар Мићић, 6

Др сц. мед. Зоран Влаховић, 6

Прим. мр сц. др Слободан Тошовић, 6

Верица Гбурчик, дипл. метеоролог, 6

Академик проф. др сц. Светомир Стокинић, 6

Прим. др Владимира Пешић, 6

Прим. др сц. Будимир Павловић, 6

Др Никола М. Ковачевић, 6.

Главни и одговорни уредник

Проф. др сц. мед. Предраг Довијанић, с.р.

Извештај Уредништва**Програмска оријентација и план излажења
часописа „Здравствена заштита“ у 2006. години***

У 2006. години доследно следити утврђену програмску оријентацију часописа. Посебну пажњу поклонити проширивању тематских подручја из области економике здравства, информатике, здравственог права и сличних области од интереса за здравство.

У том циљу уредници, уз помоћ чланова Уређивачког одбора часописа, могли би да ангажују одговарајуће личности којима ће наручивати радове за објављивање у часопису уз хонорисање (ако предлог прихвати Управни одбор Коморе).

У 2006. години и убудуће објављивати више радова из делатности Коморе, што обавезује Стручну службу Коморе да се више ангажује у припреми и обради актуелних тема из делатности Коморе и групације чланица Коморе.

У 2006. години обезбедити извршење утврђеног Плана издавања часописа као двомесечника тј. шест бројева. Поред тога организовати и објавити ванредни специјални тематски број часописа са темама о Комори здравствених установа Србије, њеној организацији, делатности, облицима деловања и сличним темама, као и о новим законским актима из области здравства.

Квалитету радова објављених у часопису у 2006. години убудуће ће допринети и строжије рецензирање. У ту сврху Уређивачки одбор ће ревидирати листу рецензената чији рад би требао бити и хонорисан. Висину хонорара одређиваће Управни одбор Коморе.

Изабрани преводи из стране стручне литературе из области којима се бави часопис такође су важан елемент квалитета његовог садржаја. Часопис је давно већ добио генерално одобрење директора Светске здравствене организације за праћење текстова из одговарајућих публикација које та организација издаје и њихово објављивање само уз навођење извора. То је чињено у протеклом периоду. Сматрамо да треба наставити са том праксом и зато је потребно решити проблем хонорисања превода текстова по избору Уредника.

У овој години треба предузети мере за инсталирање часописа на Интернет, односно Еуронет мрежу, Провајдер – ПТТ.

Могуће су и неке друге иновације у садржинском погледу као и техничко-графичким решењима уколико то буде могуће према материјалним могућностима издавача часописа – Коморе здравствених установа Србије.

План и динамика излажења часописа Здравствена заштита у 2006. године:

- број 1/06 – фебруар месец
- број 2/06 – април месец
- број 3/06 – јуни месец
- број 4/06 – август месец
- број 5/06 – октобар месец
- број 6/06 – децембар месец.

Јануар, 2006. године

Главни и одговорни уредник
Проф. др сц. мед Предраг Довијанић

* Записник са седнице Уређивачког одбора часописа, од 13. марта 2006. године.

Мишљења и коментари

Усвојени нови закони из области здравства

Приватници без „Хитне помоћи“*

Обавезна лиценца за лекаре који више неће моћи да page у више приватних ординација

Доктори, стоматолози и фармацеути, али и медицинске сестре и биохемичари мораће убудуће да имају лиценцу за рад, коју ће издавати одговарајућа комора здравствених радника, новина је која је најзад стигла у закон. Лиценцу ће обновљати сваких седам година. По оваквој одредби најзад смо се уврстили у ред развијених здравствених система, у којима је незамисливо непостојање лиценци.

Такође, у Закону о здравственом осигурању стоји начело солидарности. То значи да ће убудуће сви грађани имати право на основно здравствено осигурање, било по основу запослења или на неки други начин. Тако ће избеглима, прогнанима и неосигуранима држава омогућити свеобухватно осигурање, што значи да их, када им хитно и озбиљно треба помоћ лекара, нико неће избацити из болница, нити питати које осигурање имају, као што је то у Америци, где чак 45 одсто становника нема никакво здравствено осигурање. Новим законом, поред већ постојећег обавезног осигурања, предвиђено је постојање допунског осигурања. Ко га плати биће ослобођен партиципације за неке од здравствених услуга.

Бомбардовани кришникама

Ово су тек неке од новина које су најзад усвојене новим законима у здравству. Посланици су усвојили сет од пет здравствених закона: о здравственом осигурању, здравственој

заштити, коморама здравствених радника, супстанцима које се користе у недозвољеној производњи опојних дрога и психотропних супстанци и о Црвеном крсту Србије.

Дugo најављивани закони из области здравства брзо су прошли кроз скupштинску процедуру, иако су месецима пре тога били „бомбардовани“ критикама, највише из редова радника.

Сет закона о здравственој заштити требало би да постане основ за свеобухватну реформу здравственог система, неопходна основа за усклађивање здравственог осигурања с токовима у тој области у земљама Европске уније.

Министар здравља, др Томица Милосављевић, током викенда пред посланицима, али и месецима раније на јавним расправама и у сусретима са новинарима, објашњавао је да ови закони нису предвиђени за сто година, ниту су спектакуларни, али у њима се налази неколико решења која су Србији у овом часу неопходна. То су лиценце, акредитације, конкурси за избор директора, мере за бољи квалитет лечења, регулисање права пацијената, уређење алтернативне традиционалне медицине, формирање савета за здравље Републике и стратегије донети у Скупштини.

Закони су у великој мери усмерени на превентивну заштиту и унапређење јавног здравља. Тако ће се од паре из здравственог фонда у целини надокнађивати услуге из области превентивне медицине, као што су, на пример, прегледи којима се откривају болести у раним фазама, прегледи у случајевима планирања породице, током трудноће, по-

* Из: Политика, 30. новембар 2005.

рођаја, али и прекиди трудноће из медицинских разлога. Деца до 18 година код стоматолога неће плаћати ништа, као ни труднице и жене годину дана после порођаја. За хируршке, кардиохируршке, неурохируршке и друге сложеније операције биће плаћана партиципација, а исто ће важити и за лечење на интензивној нези.

Законом се уводе и листе чекања за одређене врсте здравствених услуга како би се заступио принцип равноправности.

Ако се буду држали слова новоизглесаних и усвојених закона, лекари убудуће неће моћи поподне да раде у десет приватних ординација. Законом је предвиђено да државна здравствена установа омогући допунски рад за своје запослене, за средства изван обавезног осигурања, али којим се не може реметити редовни рад. Такође, дозвољено је да се уговор о допунском раду потпише само с једном здравственом установом. Приватну ординацију може да има само незапослени здравствени радник с положеним стручним испитом или лекар у пензији, ако му сагласност да надлежна комора.

Недозвољена трговина

Хитна помоћ и даље остаје под „капом државе“ и приватници неће моћи да раде у тој области.

Законом о коморама здравствених радника се најзад, после више од пола века, у Ср-

бију поново враћа институт лекарске коморе, као струковна, независна и професионална организација. Комора добија значајно јавно овлашћење да издаје, обнавља, али и одузима лиценце за самостални рад у тачно одређеним ситуацијама.

Ко најбоље лечи неку болест или обавља одређену тешку операцију убудуће ће се одређивати међусобним упоређивањем и инсистирањем на мерилима квалитета. Данашња пракса да се сви хваље како најбоље оперишу, „исто као у Мејо клиници“ или у најелитнијој париској болници, убудуће ће се драстично мењати. Ко је најбољи за неку операцију или лечење одређене врсте тумора или друге болести доказиваће се референцама, по прецизним мерилима утврђеним та кзованим акредитацијама.

Закон о супстанцима које се користе у недозвољеној производњи опојних дрога и психотропних супстанци, такође усвојен пре неколико дана, важан нам је због хватања „корака са светом“. Јасно су прецизирана правила о спречавању злоупотребе или коришћења супстанци за производњу опојних дрога и психотропним супстанци. Значи, овим законом се укључујемо у континуирану сарадњу с међународним бироом и међународним програмом за контролу опојних дрога и постајемо ефикаснији у сужбијању недозвољене трговине опојним дргама.

Мишљења и коментари

За сваку болест – одређена дужина боловања?*

Да из здравственог сектора не престају да изненађују показује и недавна најава о уједначавању критеријума за боловање а у циљу, како је објашњено, спречавања садашње високе стопе боловања. Према изјави председника Радне групе за анализу привремене спречености за рад Републичког завода за здравствено осигурање, стопа боловања у Србији је „релативно висока“ и у првих девет месеци прошле године износила је седам одсто, док се према светским стандардима оптимум сматра четири одсто. Објашњено је да се стопа боловања нарочито повећала после доношења Закона о стечају и ликвидацији предузећа, пошто законодавство не дозвољава послодавцу да запосленог отпustи или прогласи технолошким вишком за време привремене спречености за рад. Управни одбор Републичког завода за здравствено осигурање требало би да до 30. априла усвоји Правилник о медицинско-доктринарним ставовима за утврђивање привремене спречености за рад, што значи да би нови стандарди могли да се примењују већ од јуна ове године.

Оболења ће бити разврстана у 17 група, а за сваку болест биће прецизирају минимум дијагностичких процедура и препоручено време спречености за рад, односно дужина боловања. Међутим, уколико се запосле-

ни радник не опорави у одређеном року, како је утврђено стандардима за ту болест, он ће бити упућен на комисију која ће утврдити зашто је потребно продужити боловање. Ново је и то што ће, у будуће, у првостепеним и другостепеним комисијама за боловање обавезно бити и по један представник из Републичког завода за здравствено осигурање.

Најава нових мера изазвала је реакције, не само грађана, већ и лекара који сматрају да није у реду, ако је предложено, прописивати дужину трајања боловања, јер два човека, који болују од исте болести, од ње не морају да оздраве у исто време. То зависи од много фактора – имунолошког система, да ли особа болује још од неке болести итд.

После новина које се најављују из Републичког завода за здравствено осигурање, а посебно после одређивања цене стоматолошких услуга, извесно је да човек може да се разболи и да рачуна на лечење и боловање само ако има пун новчаник. А примена уједначенних критеријума за дужину трајања боловања вероватно ће моћи да функционише на начин како је замисљена само у случају ако се људи буду клонирани – имаће организам са истим имунолошким системом, боловаће од истих болести, па ће, према томе, моћи да имају исти период боловања.

* Из: Гласа осигураника, 9. март 2006.

Из историје здравства Србије

Први педијатри у Србији*

В. Пешић,¹ Б. Павловић,² Ј. Јовановић-Симић³

The First Pediatricians In Serbia

V. Pešić,¹ B. Pavlović,² J. Jovanović-Simić³

Сажетак. У тешемељивачи савремене педијатрије у Србији били су др Платон Папакостопулос (1864–1915), др Миленко Матерни (1875–1929), др Милан Петровић (1886–1963), др Надежда Стanoјевић (1887–1978) и др Ђура Јовановић (1892–1977). Они су основали и водили прве педијатријске установе: болничка одељења за децу, саветовалишта за мајке и децу и дечје диспанзере у Београду и Новом Саду. Они су такође били оснивачи Секије за дечју медицину Српској лекарској друштвима, а објавили су и већи број стручних и појуљарних радова из педијатрије.

Кључне речи: Србија, први педијатри

Summary. Dr. Platon Papakostopoulos (1864–1915), Dr. Milenko Materni (1875–1929), Dr. Milan Petrovic (1886–1963), Dr. Nadezda Stanojevic (1887–1978) and Dr. Djura Jovanovic (1892–1977) were founders of modern pediatrics in Serbia. They established and managed the first pediatric institutions: Hospital pediatric departments, Mother and Child Health Care Consultations and Child welfare clinics in Belgrade and Novi Sad. They also established Pediatric Section of the Serbian Medical Association and published numerous scientific and popular articles in pediatrics.

Key words. Serbia, first pediatricians.

Увод

Педијатрија је као посебна грана медицине поникла у Европи у 19. веку, издвојивши се из интерне медицине. Прва самостална катедра педијатрије основана је у Берлину 1872. године, а затим у Паризу 1879. године.¹ Иако је већ у то доба у многим европским земљама било различитих установа за здравствену заштиту деце, као и лекара који су се бавили лечењем деце, почетак савремене педијатрије везује се за 19. век и омогућен је развојем физиологије, микробиологије, биохемије и имунологије.

У Србији је почетак савремене педијатрије обележен почетком рада првих педијата-

ра специјалиста. То су били: др Платон Папакостопулос (1864–1915), др Миленко Матерни (1875–1929), др Милан Петровић (1886–1963), др Надежда Стanoјевић (1887–1978) и др Ђура Јовановић (1892–1977).

Др Платон Папакостопулос (1864–1915): први педијатар у Србији

Др Платон Папакостопулос био је први педијатар специјалиста у Србији. Његов отац др Панајот Папакостопулос такође је био лекар и један од оснивача Српског лекарског друштва.²

* Српски архив 2005 (1–2):101–105.

¹ Прим. др сц. Владимир Пешић, Музеј српске медицине, Српско лекарско друштво, Београд.

² Прим. др сц. Будимир Павловић, Музеј српске медицине, Српско лекарско друштво, Београд.

³ Прим. др Јелена Јовановић-Симић, Средња медицинска школа, Београд.

Платон је рођен 4. септембра 1864. године у Београду, где је завршио основну школу и гимназију. Медицину је студирао у Бечу, а за доктора целокупног лекарства промовисан је 19. новембра 1892. године. По повратку у Србију, већ следеће године постављен је за српског лекара у Обреновицу, где је радио до 1897. године, када му је одобрена специјализација из педијатрије.³ Специјализирао је на Дечјој клиници у Бечу, код професора Видерхафера и Ешериха.⁴ У Србију се вратио 1899. године и био је постављен за вршиоца дужности шефа новооснованог одељења за дечје болести у Општој државној болници у Београду у Видинској улици (сада улица Џорџа Ваингтона 19). На место шефа Дечјег одељења, које је одговарало рангу места окружног физикуса, постављен је указом 1900. године. По пресељењу Дечјег одељења у новоизграђену Државну болницу на Врачару 1907. године др Папакостопулос наставља да руководи Одељењем до почетка Првог светског рата. Поред рада у болници, обављао је и приватну лекарску праксу и активно учествовао у раду Српског лекарског друштва. Био је један од иницијатора оснивања Фонда за помоћ сиромашним породицама умрлих лекара.⁵ У току свог рада стално се стручно усавршавао у бројним педијатријским установама у Европи (Беч, Париз, Дрезден и др.). Објавио је четрнаест стручних радова у часопису „Српски архив за целокупно лекарство“, а на Првом конгресу српских лекара и природњака, који је одржан у Београду 1904. године, учествовао је са рефератом „Терапија шарлаха Мозеровим серумом“.⁶

Као санитетски мајор српске војске учествовао је у балканским ратовима и у Првом светском рату. Умро је на дужности управника Војне болнице у Ђевђелији од пегавог тифуса 19. фебруара 1915. године.⁷⁻⁹

Др Миленко Матерни (1875–1929): оснивач и први председник Секиције за дечју медицину Српског лекарског друштва

Др Миленко Матерни рођен је 16. новембра 1875. године у скромној породици Кар-

ла и Јелене. Матерни су, вероватно, дошли из Чешке, али о томе нема поузданих података.

Миленко је гимназију завршио у Нишу 1894. године. Исте године отишао је на студије медицине у Беч, а промовисан је за доктора медицине 1900. године.¹⁰ По повратку у Србију одслужио је војни рок у Нишу, у болничкој чети, 1900–1901. године, након чега је поднео молбу за обављање приватне праксе у Београду. У периоду од октобра 1902. до марта 1903. године специјализирао је педијатрију на Дечјој клиници у Берлину код професора Бегинског, а од марта 1903. до марта 1904. усавршавао се у *Hopital des enfants malades* у Паризу, код професора Комбеба и Марфана. По завршеној специјализацији вратио се у Београд и до Првог светског рата радио као општински лекар.

Године 1904. објавио је књигу „Мајка и одојче“, која је у јавности изазвала велико интересовање.¹¹ Исте године учествовао је у раду Првог конгреса српских лекара и природњака, где је изложио свој рад „О дијагнози и серотерапији дифтерије“¹². Активно је учествовао у раду Српског лекарског друштва и био биран за члана Суда части СЛД.

У току балканских ратова био је лекар за војишта, а затим командир Друге помоћне болнице Дунавске дивизије. У току Првог светског рата постављен је на разне дужности, да би на крају био шеф Унутрашњег одељења Болнице „Престолонаследник Александар“ у Солуну.¹³

По завршетку Првог светског рата и после смрти др Платона Папакостопулоса, др Миленко Матерни био је једини педијатар у Србији. После демобилизације 15. новембра 1919. године постављен је за шефа Дечјег и Инфективног одељења Опште државне болнице у Београду и на овој дужности остао је до краја живота.¹⁴

После рада у Општој државној болници, др Матерни је једно време радио и у Енглеско-српској дечјој болници у Београду, а имао је и своју приватну лекарску ординацију. Године 1923. именован је за лекара „Новоорођеног наследника престола у двору“.

Уживао је велики углед међу грађанима. Највећа заслуга др Матерног јесте оснивање Секције за дечју медицину СЛД-а 16. децембра 1925. године, што је окупило све педијатре и лекаре заинтересоване за педијатрију. Др Матерни је био председник Секције до краја живота.¹²

Захваљујући упорном залагању др Матерног, Дечје одељење пресељено је из барака (у којима је до тада било смештено) у лепу зграду на Врачару (касније Дечје одељење Клинике за оториноларингологију). Ово одељење, са 50 дечјих постела и пратећим службама, било је уређено по угледу на дечја одељења у великим европским градовима и било је најчешће одељење Опште државне болнице.¹³

Неколико година пред смрт здравље др Матерног је почело да слаби, али се он увек по опоравку враћао на дужност. Умро је релативно млад, у 54. години, 26. маја 1929. године.¹⁴

За заслуге у ратовима и у послератном периоду одликован је Орденом Светог Саве IV и III реда, Златним и сребрним медаљама за ревносну службу, Крстом милосрђа и Албанском споменицом.¹²

Др Милан Петровић (1886–1963): први ћочасни председник Педијатријске секције Српског лекарског друштва

Др Милан Петровић рођен је у Нишу 15. маја 1886. године, у трговачкој породици, као девето дете родитеља Димитрија и Ваксе.¹⁵ Основну школу и гимназију завршио је у Нишу као одличан ученик и активан члан литерарне дружине „Његоти“. ¹⁶

Студије медицине отпочео је у Бечу 1904. године, али је већ псоле првог ригорозума отишао у Париз, да би боље научио француски језик, упознао француску културу и слушао предавања на Медицинском факултету. Диплому доктора медицине стекао је у Бечу 13. децембра 1909. године.³

По повратку у Ниш др Милан Петровић је одслужио војну обавезу и јуна 1910. године

дике положио испит за резервног санитетског поручника. Године 1911. радио је као бродски лекар на прекоокеанском броду, којим је обишао многе крајеве света. Након повратка у Србију 1912. године постављен је за општинског, а затим за среског лекара у Нишу.¹⁵

На почетку Првог балканског рата др Милан Петровић је постављен за командира Првог санитетског вода и на тој дужности је остао до повлачења наше војске пре-ко Албаније 1915. године.¹⁵ По завршетку Првог светског рата др Петровић прелази из Ниша у Београд, где је постављен за сескундарног лекара Дечјег одељења Опште државне болнице којим је управљао др Миленко Матерни. Поред свог редовног посла у болници, др Петровић је у периоду од 1921. до 1929. године радио и као педијатар у Француском диспанзеру за одојчад „Кап млека“, који је основао и водио др Габријел Гарније.¹⁵

После смрти др Матерног, др Милан Петровић је 20. јуна 1929. године постављен за шефа Дечјег одељења Опште државне болнице и на тој дужности је остао све до 1947. године, када је оно расформирано. Од 1947. до 1951. године, када је пензионисан, био је шеф Дечјег одељења Градске болнице у Земуну³.

Др Милан Петровић посебно се бавио исхраном одојчади и мале деце, туберкулозом и сифилисом код деце и здравственим просвећивањем. Објавио је више од педесет стручних радова у „Српском архиву за целокупно лекарство“ и другим домаћим и страним медицинским часописима. Одлично познавање пет светских језика омогућило му је да редовно прати новине из медицине и педијатрије и да се стално усавршава.¹⁷

Рад у Српском лекарском друштву био је друга главна делатност др Петровића. Био је главни уредник „Српског архива“ од 1929. до 1933. године и члан Задужбинског одбора СЛД-а. Веома је заслужан за подизање Лекарског дома на Зеленом венцу. Дуги низ година био је председник Педијатријске секције (1929–1939), а после избора нове управе

ве изабран је за почасног председника. Српским лекарским друштвом управљао је од 1939. до 1946. године, након чега је био на челу Надзорног одбора. Осим у СЛД-у, био је активан и у другим струковним удружењима као што су Југословенска унија за заштиту деце, Југословенско лекарско друштво, Унија за борбу против туберкулозе и др. Врло је заслужан за оснивање школе на ваздуху.

За свој рад др Милан Петровић добио је бројна одликовања, међу којима су Орден Светог Саве, Орден белог орла, Орден Југословенске круге, Златна медаља за ревносну службу и друга.¹⁸

Др Милан Петровић је умро 22. октобра 1963. године у Београду.

Др Надежда Станојевић (1887–1978): прва жена ћецијашар у Србији

Др Надежда Станојевић рођена је 9. августа 1887. године. Потиче из угледне пиротске породице, а сестра је генерала др Владимира Станојевића, нашег познатог историчара медицине.

После школовања у Пироту и Београду, обоје су отишли на студије медицине у Петроград, у Русију, 1905. године. Надежда се уписала на Петербуршки женски медицински институт, где је дипломирала 17. јануара 1912. године.^{19,20}

Када се вратила у Србију најпре је обављала лекарски стаж на Интерном одељењу Опште државне болнице у Београду, а већ у јесен 1912, на почетку Првог балканског рата, постављена је за управника Резервне болнице у Пироту. Крајем 1913. вратила се у Београд и наставила да ради у болници, али не задуго, јер је наредне године букнуо Први светски рат и др Станојевић је поново распоређена на дужност управника војних болница, прво у Ужицу, затим у Ваљеву и Чачку. Лечећи рањене и болесне војнике, у пролеће 1915. године и сама је оболела од пегавог тифуса. По опоравку, за време окупације до краја рата ра-

дила је као шеф Интерног одељења Опште државне болнице.²¹

Одмах по завршетку Првог светског рата, јануара 1919. године др Надежда Станојевић одлази на специјализацију педијатрије у Француску, где остаје скоро две године. Специјализацију је обавила у Паризу, у *Hôpital des infants malades*, код професора Марфана, чувеног европског педијатра. Крајем 1920. године, када се вратила у Београд, почела је са радом у Француском диспанзеру за одојчад „Кап млека“.¹⁹

На предлог др Андрије Штампера из Министарства народног здравља, др Станојевић је написала и објавила детаљан извештај о свом раду у Паризу под насловом „Борба са дечјом смртношћу у Француској“, у коме описује организацију здравствене заштите деце у Француској и указује на мере које би требало предузети да би се смањила врло висока смртност деце у нашој земљи.²² Користећи стечено знање и искуство из Париза, а уз помоћ др Јована Јовановића, шефа Акушерског одељења Опште државне болнице, др Станојевић оснива прво саветовалиште за мајке 1921. године, које је касније прерасло у диспанзер.²³

Године 1923. др Станојевић је објавила књигу „Нега одојчета“, у којој је на популаран и савремен начин, заснован на научним основама, обрадила проблеме неге и исхране новорођенчета и одојчета, као и најчешће болести у овом узрасту. Књига је доживела и друго издање 1924. године.²⁴

На Акушерском одељењу Опште државне болнице др Надежда Станојевић је 1927. године прва у нашој земљи почела да примењује *BCG* вакцину против туберкулозе код новорођене деце.²⁵

У периоду од 1924. до 1941. године радила је у Саветовалишту, а затим у Диспанзеру за мајку и одојче, чији је оснивач било Друштво „Српска мајка“.

За време Другог светског рата др Надежда Станојевић је привремено престала са радом, до ослобођења, када је постављена за управника Дечје болнице Материнског удружења. Ову дужност вршила је пет година, од 1945. до 1950. након чега је радила као

педијатар у истој установи до 1953. године, када је пензионисана.²⁶

Своје стручне радове објављивала је у часопису „Српски архив“, а већи број популарних чланака о нези деце у листу „Здравље“.

Одликована је Орденом Светог Саве *V* и *IV* реда и Орденом заслуга за народ са сребрним венцем.¹⁹

Др Надежда Стanoјevић је умрла 17. јануара 1978. године. У сећањима савременика остале су њене главне карактерне прте: појртвованост и скромност.

Др Ђура Јовановић (1892–1977): оснивач педијатрије у Војводини

Иако др Ђура Јовановић није био први педијатар који је започео свој рад у Војводини, он се може сматрати оснивачем педијатрије у овој покрајини јер је дао највећи до-принос организацији здравствене заштите деце. Наиме, први педијатар је био др Јулије Волф (1887–1954), који је студирао медицину и специјализирао педијатрију у Будимпешти до 1912. године, након чега је радио као педијатар у својој приватној ординацији у Суботици. После Другог светског рата вршио је дужност шефа новооснованог дечјег одељења суботичке болнице²⁷.

Др Ђура Јовановић је рођен у Ердевику 4. маја 1892. године. Гимназију је учио у Сремским Карловцима и Новом Саду, где је матурирао 1911. године. Исте године отишao је у Будимпешту на студије медицине као стипендиста Текелијанума. У току Првог светског рата прекинуо је студије, а наставио их је после рата у Клужу, где је промовисан за доктора медицине 1919. године.²⁸

Једногодишњи лекарски стаж провео је у суботичког болници, а до одласка на специјализацију 1920. године био је кратко време управник Дома за напуштену децу „Колевка“ у истом граду. Педијатрију је специјализирао на Дечјој клиници у Берлину, код професора Чернија. У Нови Сад се вратио 1922. године и одмах је постављен за шефа Дечјег диспанзера, који је убрзо прерастао у Завод за здравствену заштиту мајке и детета²⁹.

Између два светска рата др Јовановић првенствено се бавио превентивном педијатријом а његов главни задатак био је сузбијање велике смртности одојчади у Војводини. Интересантно је да се др Јовановић залагао за укидање домова за незбринуту децу и за њихов смештај у хранитељске породице, пре свега на селу. У оквиру превентивног рада др Јовановић је организовао курсеве за дечје неговатељице, као часове здравственог просвећивања за учитељице у школама.

После Другог светског рата др Ђура Јовановић вишне пажње посвећује развоју болничке службе, а резултат његових залагања је изградња нове зграде Дечје болнице, која је у време отварања 1955. године располагала са 110 постельја. Као управник Дечје болнице др Јовановић је до одласка у пензију 1963. године успео да прошири болницу доградњом дечје амбуланте и новог крила зграде у које су смештени Рендген одељење и Хируршко одељење.

Др Ђура Јовановић је од свог доласка у Нови Сад врло активно учествовао у раду СЛД-а, а био је и дугогодишњи председник Педијатријске секције Војводине. Учествовао је на бројним конгресима и стручним састанцима у земљи и иностранству, а своје стручне радове објављивао је у „Српском архиву“ и другим часописима. Аутор је многих публикација, међу којима су „Правилник о заштити напуштене деце“ (1930), „Дечје колоније у Дунавској бановини“ (1936), „О великој смртности одојчади у Војводини“ (1948), „Проблеми модерне дечје болнице“ (1955).

Др Јовановић је обављао и приватну педијатријску праксу у Новом Саду и био поznат и уважаван као добар дијагностичар и савестан лекар.

Умро је у Новом Саду 20. марта 1977. године.

Закључак

На крају треба истаћи да су први педијатри у Србији живели и радили у бурним и тешким годинама наше новије историје. И поред тога, они су успели да организују и

оспособе за рад прве установе за здравствену заштиту деце, да оснују Секцију за дечју медицину (Педијатријску секцију) Српског лекарског друштва, да објаве велики број стручних и популарних радова из педијатрије и едукују млађе лекаре и неговатељице. Њихов рад заслужује дубоко поштовање и даља проучавања.

Женски лекари у Београду

Београд је добио још једног лекара, и то лекара женску. Иако је културна историја забележила да је још ког Арабљана у Шијанији било женскиња које су се бавиле изучавањем медицине, тоzioni векови збрисали су ову шековину и у половини прошлога века – морала се њопово започињати борба да се извођује право за женске да се могу одавати изучавању медицине и вршити јавну службу лекара. Нарочито ово последње било је шешко извојевати. Јер, ако се најзад и Јоанустило да се женске „из доколише“ могу „забављати“ медицинским ступијама, гостиоди шуторима у Јанашлонама никако није ишло у главу да и сукња може стапити у јавну службу и као лекар вршити своју дужносћ.

Политика, 18. фебруар 1906.

Литература

1. Станојевић В. Историја медицине. Београд – Загреб: Медицинска књига; 1953.
2. Papadrianos I. Der Griechische Gelehrte Panagiotis Papakostopoulos und die Serben (1820–1879). In: Greek-Serbian Cooperation 1830–1908. Beograd: Institute for Balkan studies, SANU; 1982.p.117–23.
3. Станојевић В. Ликови и дела истакнутих лекара од оснивања Српског лекарског друштва до данас. У: Српско лекарско друштво – Споменица 1872–1972. Београд: Српско лекарско друштво; 1972. п.159–234.
4. Регистар протокола МУД – Сантитетско одељење од 1890. до 1911. Београд: Архив Србије.
5. Суботић МВ. Педесетогодишња историја Српског лекарског друштва. Београд: Српско лекарско друштво; 1922.
6. Први конгрес српских лекара и природњака. Књига прва. Београд. Српско лекарско друштво; 1905.
7. Суботић МВ. Поменик палих и помрлих лекара и медицинара у ратовима 1912–1918. Београд: Српско лекарско друштво; 1922. п.83–4.
8. Досије лекара: Ф–123, бр. 38 – Др Платон Папакоступолос. Београд. Архив Србије.
9. Приватна архива породице Папакоступолос и Барјактаровић; Београд.
10. Досије лекара: Ф–91, бр. 3 – др Миленко Матерни. Београд: Архив Србије.
11. Мајерни М. Мајка и одојче – за младе матере. Београд; 1904.
12. Записник И ред. састанка Секције СЛД за дечју медицину одржаног 16. XII 1926. Срп Арх Целок Лек 1926; 28(7):373–4.
13. Шевић А. Др Миленко Мајерни – Политика, 27. мај 1929.
14. Николић А. Др Миленко Мајерни – In memoriam. Досије др М. Матерног, Музеј СЛД, Београд.
15. Петровић М. Аутобиографија. Архива породице Петровић.
16. Петровић МР. Прва нишка гимназија 1878–1968. Ниш: Гимназија „Стеван Сремац“, 1972.
17. Томић И. Примаријус др Милан Петровић – живот и дело (рукопис). Архива породице Петровић.
18. Петровић Д. Др Милан Петровић – мој отац (рукопис). Архива породице Петровић.
19. Гавrilović СВ. Др Надежда Станојевић – прва Оена специјалиста педијатар у нас. Срп Арх Целок Лек 1975; 103(4):335–40.
20. Станојевић В. Аутобиографија. Ацта хисторије мед стом вет 1978; 18(2):15–24.
21. Лазовић-Милошевић И. Прва Српкиња специјалиста педијатар др Надежда Станојевић. Архив за историју здравствене културе Србије 1991; 20(1–2):107–16.
22. Станојевић Н. Борба са дечјом смртношћу у Француској. Гласник Министарства народног здравља Краљевине СХС 1920; 7:271–80.
23. Здравље и социјална политика у Београду за 1935 и 1936. годину. Библиотека Дирекције за социјално и здравствено осигурање општине београдске. Београд, 1937. стр. 313–8.
24. Станојевић Н. Нега одојчата. Београд. Библиотека „Здравље“, 1923.
25. Станојевић Н. О вакцинацијама по Цалметте-у на Акушерском одељењу Државне болнице. Срп Арх Целок Лек 1928; 30(22):974–85.
26. Досије лекара: Ф–158, бр. 17 – др Надежда Станојевић. Београд. Архив Србије.
27. Свобода А. Дечје одељење у Суботици. У: Споменица здравствене заштите деце Војводине 1872–1922–1972. Нови Сад; 1973. стр. 46.
28. Сел Д. Јовановић др Ђура. Енциклопедија Новог Сада. Нови Сад; 1988. св. 10, стр. 59–69.
29. Јовановић Ђ. Педијатријска слушба у Новом Саду у протеклих педесет година. У: Споменица здравствене заштите деце Војводине 1872–1922–1972. Нови Сад; 1973. стр. 24–7.

Вести и новости из здравства Србије и о здравству Србије

**Др Томица Милосављевић
о ургентном центру**

Погон умесишо Ценшра

*Пацијениће ћемо трансфортовати лифтом по згради која ће имати 900 кревета.
Никада нисам рекао да ће бити само 20 кревета, сврди министар здравља*

Ургентни центар постојаће и даље и биће бољи и лепши, али само у оквиру Клиничког центра Србије, односно налазиће се у новом, још недовршеном здању, а неће радити као самостална болница, као до сада. Имаће болесничких постеља колико буде потребно, а пацијенти немају разлога за бригу, јер Ургентни центар служи само као погон за хитне интервенције КЦС, уосталом, с том наменом је основан – каже за „Политику“ др Томица Милосављевић, министар здравља Републике Србије.

Да ли ће Ургентни центар после те реорганизације постојати у садашњем облику?

– Има неколико могућности. Једна је да се не уради ништа, да остане овако како јесте, што је неодрживо. Наглашавам да Ургентни центар није посебна болница, већ једна радна јединица КЦС, која у овом тренутку има укупно 298 постеља, од тога 188 хируршких и 110 интернистичких. Ургентни служи као хитан погон КЦС. Добар пример за то је ВМА. Хитан пријем и ургентна медицина су у подруму и приземљу, а цела логистика је ту 24 сата. Данас, најпре у Ургентни центар примимо пацијента који има инфаркт миокарда, па га онда возимо у поликлинику да би му тамо у ангио–сали урадили стент. Наша идеја је да свака болница има хитан пријем. Сада моје колеге у штам-

пи представљају своје идеје о Ургентном центру, а нико од тих начелника није устао да било шта каже на састанку на којем им је представљена ова идеја. Штавише, неколицина од њих је учествовала у прављењу овог плана.

Колико ће, по новом плану, бити болесничких постеља у новим просторијама Ургентног центра и како ћете пацијенте транспортовати? Да ли је тачна информација да ће УЦ имати само 20 постеља?

– Пацијенте ћемо транспортовати лифтом, по згради која ће имати 900 кревета. То прича неколико начелника који имају фикс идеју, а да при томе не смеју да кажу шта конкретно мисле. Треба имати петљу и решити оно што мислите. Осим тога, у изради свих ових планова учествују и начелници из КЦС, попут професора др Драгана Вучовића, начелника реанимације и анестезије Ургентног центра.

Да ли око 1.000 запослених могу да очекују да ће остати без посла?

– Није тачно да у Ургентном центру ради око 1.000 запослених. Имају 497 сестара и 124 лекара, што је укупно 621 запослен. У УЦ од свих лекара, а њих има 124, стално запослених је 37, а 87 су радници Института, стално запослених медицинских сестара има 497, а 135 само у УЦ, а 362 су радници Института. Идеја да се направи посебна болница само за хитна стања стоји иза приче да ће УЦ имати само 20 кревета или бити укинут. То је прескупо, да седи 100 доктора и чека хитне случајеве. Откази? За све су мерило стандарди и квалитет рада. Они који не раде остаће без посла.

Зар број прегледаних и оперисаних пацијената у Ургентном не показује да они раде?

– Ургентни је вредан и драгоцен део Клиничког центра. Те ноћи кад је био отворен, дежурни гастроентеролог сам био ја. Али, колико заиста има хитних случајева који се оперишу у УЦ? Колико на ургентној хирургији има хирургије која уопште није хитна? Е, ту би било занимљивих података. Да ли је све што се у овом тренутку збрињава у Ургентном центру истовремено и ургентна медицина? Није. Колико се викендом уради лапароскопских операција које нису хитне? Немојте да у Ургентном оперишете жучне кесе које нису хитне. Како могу да праве планове за операције месец дана унапред? Стандарди, бројке, анализе, квалитет, све се то скупа посматра, а не поједини подаци истргнути из контекста. Будалаштина је да само они раде. Осим тога, требало би да буду срећни кад им дође неки пациент коме могу да помогну. Тачно је да се сада велики број пацијената слива у Ургентни центар, али то је зато што се не поштује регионализација како треба. Такође, није тачно да Ургентни једини ради непрекидно 24 сата. Проверите листе дежурних болница.

Шта би се, по новом плану, дешавало у случају великих несрећа?

– У случају елементарних непогода или катастрофа сви ће реаговати, и ВМА и Ургентни... Најружније је што разговор водимо преко новина, уместо да те колеге, моји противници из Ургентног, лепо устану и кажу: „Министре, нисте у праву!“ Ја сам исто из те куће и тај сам хлеб јео. Али, морају да схватају да је УЦ део КЦС и наравно да ће постојати. Како се КЦ буде осавремењивао тако ће и УЦ.

У које намене ће, према Вашим сазнави-ма, бити употребљена садашња зграда Ургентног центра?

– Реорганизацијом ћемо ослободити 12,5 хектара земљишта и зграде укупне површине од око 85.000 квадратних метара, а о на-

мени тог простора разговараћемо о том–потом. Уколико град и република имају интерес да све ове квадрате искористе за неке друге намене и ако ми проценимо да то можено да поднесемо финансијски, ми можемо све то да искористимо да направимо чак и нову зграду Клиничког центра Србије. Што се тиче зграде Ургентног, то је још отворена прича. Клинички центар мораће да буде модернији, ефикаснији и уређенији, јер овако велики систем личи на једног тромог слона који покреће главу само када му донесете кофу хране.

Да ли се може рећи да је ова одлука о Ургентном центру политичка, с обзиром на то да су већина лекара у њему чланови Демократске странке, или је посреди економска логика?

– Погледајте чија је слика на зиду у мом кабинету? (урамљена фотографија Зорана Ђинђића – прим. аут.). За мене политика није приоритет, иако се она свуда меша. Ја немам ништа против да директори буду из те странке, ја нисам никога смењивао. Наравно да коалициона власт има утицаја, ако је сутра уопште буде. За мене је пресудан само закон и само закон. То је оно што сам рекао 2002. године, када сам први пут ушао у овај кабинет, а то је да директори треба да буду бирани конкурсом.

Политика, 17. март 2006.

Шта показују систематски прегледи академаца Београдског универзитета

Расеје број малигних оболења

Док сваки ћејши стјуденти има прекомерну шелесну тежину, свака ћејша стјудентикиња неухранјена

Свака друга сексуално активна студенткиња Београдског универзитета носи хламидију, бактерију која се преноси незаштићеним сексуалним односом и чије благовремено недијагностиковање и нелечење носи могућност трајног стерилитета. Готово сваког месеца онкологи Студентске поликлини-

ке дијагностикују малигни тумор дојке и тестиса код својих пацијената, а карцином грилића материце, који је други по учесталости у женској популацији, ову неславну статистику „држи“ и у здравственим картонима академаца.

Први човек Завода за здравствену заштиту студената др Драган Илић не крије забрињутост због ових података, који су изведенни из прошлогодишњег систематског прегледа академаца и истиче да се у претходном миленијуму на прстима једне руке могао избројати број студената којима су лекари ове клинике саопштили најфаталнију медицинску дијагнозу.

У недостатку систематских здравствених истраживања која би потврдила или оповргла везу између бомбардовања и здравља нације, он истиче да се у последњих пет година у популацији академаца уочава систематски пораст броја оболелих од злоћудних тумора, с којима медицина и даље води „рововски“ рат.

Студентске бебе

Др Драгана Илића ништа мање не забрињава ни подatak да велики број студенкиња не пристаје на гинеколошки преглед што му даје за право да тврди да су ови забрињавајући подаци које му достављају гинекологи и онкологи Студентске поликлинике – само врх леденог брега.

Увид у здравствене картоне наших студенкиња сведочи да заједничко спремање испита не мора нужно да резултира оценом у индексу, већ и статистиком да сваке године више од стотину студенкиња не узима антибеби пилуле и одлучује се на абортус у Студентској поликлиници. Наш саговорник, међутим, подсећа да велики број студенкиња трудноћу прекида у гинеколошким клиникама и приватним ординацијама и да за право нико не зна колико се студентских беба није уклопило у планове за будућност академских грађана.

Иако велики број студенкиња заобилази саветовалиште за репродукцију и одлаже су-

срет са гинекологом, др Драган Илић примећује да расте интересовање за тестирање на ХИВ вирус, што не представља велико изненађење с обзиром на то да је Студентска поликлиника једна од ретких здравствених установа на којој се обавља бесплатно и поверљиво тестирање на вирус сиде и резултати добијају истога дана.

– Прошле године забележили смо рекордно интересовање за проверу сопственог ХИВ статуса – више од 4.000 академаца, али и припадникај опште популације урадило је тест на сиду, а подаци говоре да је свега 16 њих имало оправдани разлог за страх. Оно што нас, међутим, забрињава јесте висок проценат хомосексуалаца у популацији новооткривених ХИВ позитивних – од 16 њих, чак 15 особа је хомосексуално оријентисано, што потврђује тезу да се незаштићени хомосексуални однос по ризику преношења вируса сиде изједначава са шприцом – каже др Драган Илић.

„Седећи“ начин живота

Иако све већи број особа тестира свој ХИВ статус у просторијама ове здравствене установе, број академаца које носе вирус хепатитиса Бе и Це још је непознаница. Др Илић, међутим, истиче да је једнократно тестирање на вирус хепатитис Це, које је пре шест месеци Студентска поликлиника урадила у сарадњи с једном фармацеутском кућом, дало поражавајуће податке – чак 20 одсто особа које су дале крв на анализу добило је позитиван резултат.

– Алергије су у високом проценту присутне у академској популацији – чак 15 одсто академаца мучи муку с различитим облицима алергија. Оно што нас такође забрињава јесту деформитети коштано-зглобног система које уочавамо код студената и који су директна последица њихове физичке неактивности – „седећег“ начина живота и „апсиненције“ од спорта. Наша истраживања говоре да се свега 3,5 одсто академске популације рекреативно бави спортом, што је заиста поражавајући податак, ако се има на уму да причамо о нај-

здравијем и најактивнијем делу популације – констатује др Драган Илић.

Иако се за сваког десетог студента Београдског универзитета може рећи да има проблем с вишком килограма, полна статистика открива неке занимљивости које ближе скапирају визуелно обличје „просечног“ власника индекса. Наиме, док сваки пети студент има прекомерну телесну тежину, свака пета студенткиња може да размишља и о каријери модела, јер с медицинске тачке гледишта спада у категорију недовољно ухрањених.

Политика, 17. март 2006.

**Захваљујући здравијим
државним финансијама**

Почињу јавна улагања

На темењу буџетског суфицијита и високова приватизационих прихода држава креће у инвестицијоне захваште – од болница до саобраћајница

Министарство финансија је, како је најавио министар Млађан Динкић на јучерашњој

конференцији за новинаре, сачинило инвестициони програм тежак око милијарду евра, који би влада ускоро требало да усвоји и чија би реализација требало да почне ове године.

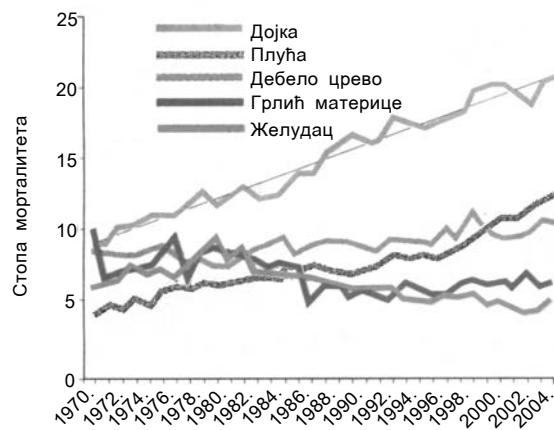
Идеја је, како је објаснио Динкић, да се на основу буџетског суфицијита који је детаљно, секторски разрађен и кроз стручну и јавну расправу како би се потребе што боље дефинисале, а списак планираних улагања заиста је дугачак.

Примера ради, у здравству су предвиђене инвестиције од оних наизглед невеликих, као што су замена свих болничких кревета старијих од пет година, до куповине опреме за болнице и породилишта, нуклеарног скенера за рано дијагностиковање болести, реконструкције сва четири клиничка центра, почетка изградње две нове болнице – Дедиње 2 и Сремска Каменица 2. Планира се и реконструкција и модернизација 160 домаћих здравља, како би локалне самоуправе 1. јанара 2007. године објекте примарне здравствене заштите преузеле потпуно срећене.

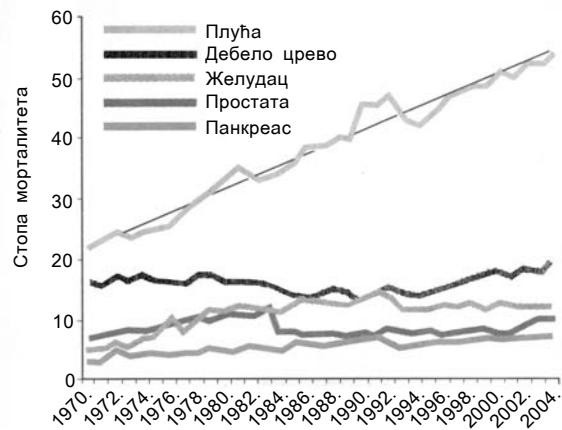
Политика, 9. март 2006.

Пораст малићних болесници у Србији

Стандардизоване стопе морталитета на 100.000 жена, 1970–2004.



Стандардизоване стопе морталитета на 100.000 мушкараца, 1970–2004.



Годишња стопа смртности од малигних тумора

Умрли: Према последњим подацима Интернационалне агенције за испитивање рака из 2002. године у свету је од малигних болести, изузев карцинома коже, оболело пет милиона, а умрло три милиона жена. Број оболелих мушкараца износи шест милиона, а умрлих 3,8 милиона.

Подаци Института за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић Батут“ за исти период указују да је у централној Србији, без КоМ, Војводине и Црне Горе, од свих малигних болести оболело 11.449, а умрло 5.569 жена, и 12.949 мушкараца од којих је 7.496 умрло.

Годишња стопа смртности од малигних тумора на 100 000 људи

	Мушки	Жене
Мађарска	272,2	147,4
Хрватска	230,1	105,4
Чешка	222,2	127,6
Словачка	217,8	102,8
Русија	211,2	100,6
Пољска	205,2	111,4
Словенија	202,1	115,9
Француска	201,5	92,0
Белгија	198,1	113,4
Луксембург	199,0	112,0
Украјина	195,2	92,1
Немачка	176,6	116,9
Србија	171,6	111,7
БиХ	165,1	92,2
Молдавија	157,2	89,4
Бугарска	150,2	89,4
Румунија	150,0	90,0
Грчка	149,5	81,2
Македонија	140,0	85,5

Брак и природни прираштај у Србији

Број закључених и разведених бракова
(Србија без Косова и Метохије)

Година	Број закључених бракова	Број разведеног бракова
2004.	42.030	8.845
2003.	41.914	7.938.
2002.	41.947	9.982
2001.	41.406	7.835
2000.	42.586	7.689
1999.	37.256	6.353
1998.	39.328	6.909
1997.	40.344	6.982
1996.	40.705	6.860

Природни прираштај
(Србија без Косова и Метохије)

Година	Број живорођених	Број умрлих	Природни прираштај
2004.	78.186	104.320	-26.134
2003.	79.025	103.946	-24.921
2002.	78.101	102.785	-24.684
2001.	78.435	99.008	-20.576
2000.	73.764	104.042	-30.278
1999.	72.222	101.444	-29.222
1998.	76.330	99.376	-23.046
1997.	79.716	98.068	-18.352
1996.	82.548	98.370	-15.822

Стопе смртности одојчади у СФРЈ

Стопе смртности одојчади у СФРЈ (1950-1990) на 1000 живорођених

ТЕРИТОРИЈА	ГОДИНА				
	1950.	1960.	1970.	1980.	1990.
Војводина	145,1	73,4	35,7	19,1	14,1
Средишња Србија	101,7	68,7	39,9	23,5	17,2
Косово и Метохија	141,3	132,5	96,3	57,7	34,4
Република Србија	118,1	86,2	56,3	33,9	23,2
Република Црна Гора	101,9	66,4	29,0	23,4	16,6
СФР Југославија	118,0	84,7	54,4	33,3	22,8

Извор података: Републички завод за статистику

Лекари прегледали Србе

У организацији манастира Високи Дечани, шест лекара специјалиста и фармацеута с Војномедицинске академије, представници Фондације „Беба Бјелопетровић“ из Чикага, Коло српских сестара „Милица Српкиња“ из Београда и Друштво српско-јеврејског пријатељства са групом новинара посетили су Србе у Ораховцу, Великој Хочи и Белом Пољу.

Лекари су прегледали око 150 људи у српским енклавама, а захваљујући поклону фармацеутске куће „Велефарм“ подељена је већа количина лекова. Фондација „Беба Бјелопетровић“ даривала је најугроженије породице са децом с укупно 7.000 долара, а Коло српских сестара са 3.600 евра, као и великом количином слаткиша. Према речима лекара, највише је кардиолошких, неуролошких и ендокринолошких проблема, што се доводи у везу са стресом који Срби преживљавају.

Политика, 22. фебруар 2006.

Изузетно признање
српском научнику
**Солдатовић у Медицинској
академији Француске**

Петар Србин изабран за иностраног доцентсног члана

Професор др Данило Солдатовић пети је Србин изабран за иностраног дописног члана Националне академије за медицину Француске. У прошлости су то били професори Иван Ђаја, Коча Тодоровић, Војислав Стојановић и Боривој Тасовац, сва четворица, као и најновији славодобитник, с Београдског универзитета.

У писму које је потписао стални секретар, професор Жак-Луј Бине, пише: „Господине и драги колега, имам част да вас упознам да вас је Национална академија за медицину, на заседању 14. фебруара 2006, избрала за иностраног дописног члана трећег одељења, одсека за фармацеутске науке. Овај избор вам показује сво уважавање које Академија гаји према вашем раду и личности и ја сам сре-

ћан што, овом приликом, преносим и тумачим осећања која се вас тичу. Изволите примити, господине и драги колега, с мојим честиткама, и потврду мојих оданих осећања“.

Национална академија за медицину једна је од најугледнијих научних установа у Европи. Професор Данило Солдатовић је дугогодишњи пријатељ и сарадник „Политике“.

Политика, 22. фебруар 2006.

Трилион долара за нове бубреge

Свака десета особа у свету има хронично обољење бубрега, а пет милиона људи на планети има отворен здравствени картон код нефролога, истичу представници Удружења нефролога Србије и Црне Горе. Они процењују да ће се у наредној декади број ових болесника удвостручити, а трошкови за дијализу и трансплантију на светском нивоу достићи ће чак трилион долара.

На Светски дан бубрега, нефролози подсећају да су најчешћи узроци хроничног обољења бубrega – шећерна болест и повишен крвни притисак, али и запаљенске болести бубrega, инфекције, застој у мокраћним путевима и полицистична болест бубrega. Код особа са дијагностикованим постојањем хроничног бубрежног обољења присутан је десет пута већи ризик да умру раније због развоја хроничних болести срца и крвних судова, упозоравају нефролози.

Они, међутим, подсећају да је хроничну бубрежну слабост могуће спречити, открити и лечити на време уз помоћ једноставних тестова за одређивање различитих параметара у крви и мокраћи. Због тога би редовна контрола морала да буде приоритет болесника који болују од шећерне болести, повишеног крвног притиска, гојазности, али и особа које у својој породици имају бубрежне болеснике.

Удружење нефролога Србије и Црне Горе је у сарадњи са швајцарском фармацеутском компанијом „Рош“ започело програм једногодишње едукације лекара опште медицине у циљу раног откривања хроничне бу-

брежне слабости, што је један од предуслова успешног лечења ове болести.

Политика, 9. марта 2006.

Миодраг Стојковић постао гостујући професор ВМА

Клонирањем до здравља

Стојковић је рекао да је веома заинтересован да штo пре дође у Србију и да ту настави свој научни и истраживачки рад

Професору Миодрагу Стојковићу, првом европском научнику који је клонирао људске ембрионске ћелије, јуче је у Војномедцинској академији у Београду додељено звање гостујућег професора ове реномиране здравствене установе. Тим поводом професор Стојковић је одржао предавање на тему: „Место ембрионалних ћелија у модерној медицини“.

После предавања, Стојковић, који је заменик директора Центра за истраживања „Принципе Фелипе“ у Валенсији, истакао је да је веома заинтересован да што пре дође у Србију и да ту настави свој научни и истраживачки рад, али да то све зависи од одлуке власти и доношења закона којим ће се регулисати питања клонирања матичних ћелија у терапеутске сврхе.

Др Миодраг Јевтић, начелник ВМА, истакао је да је професору Стојковићу, који је водећи светски стручњак у проучавању матичних ћелија, место у овој кући здравља и храму науке.

– Терапија матичних ћелија, која се сматра будућношћу медицине, комплексна је дисциплина и подразумева мултидисциплинарни тимски ангажман у стварању матичних ћелија за потребе излечења и код најтежих оболења. Промоцијом професора Стојковића у звање гостујућег професора, ВМА је добила моћну подршку да кроз ову сарадњу прошири и унапреди већ започети рад у овој области – истакао је др Јевтић.

Професор Стојковић јуче је добио и почасну плакету ВМА и упознао је стручњаке са детањима свог открића и тима стручњака из Њукасла, у стварању ембрионалних матичних ћелија.

– Терапијско клонирање матичних ћелија нема за циљ стварање „новог бића“, већ „производњу“ здравих ћелија којим се патогено ткиво замењује здравим. Један ембрион може да се диференцира у 200 типова ћелија људског организма, што отвара могућност примене тог открића у регенеративне сврхе код оболења као што су Паркинсонова и Алцхамерова болест, дијабетес-1, али и код опекотина, нервних и срчаних болести, као и код свих дегенеративних болести – истакао је професор Стојковић.

Он је, између осталог, објаснио да се тематичне ћелије добијају из вишке оплођених ембриона, који стижу из клинка за вантелесну оплодњу и који би, да није те научне процедуре, били одбачени.

– Ћелије настале клонирањем могу бити од изузетног значаја за изучавање појединих болести, али и у процесу трансплантације, на пример, када би се уз помоћ њих искључила могућност да организам одбаци трансплантирани орган. Залажем се искључиво за терапеутско клонирање, а сматрам да би репродуктивно клонирање у целом свету требало да буде забрањено – истакао је професор Стојковић.

Политика, 4. фебруар 2006.

Дан Београдског универзитета
Проглашени студенти генерације

Редактор Поповић је најбољим академицима уз дипломе уручио и ваучер за лаптоп

У Ректорату Универзитета у Београду јуче је свечано прослављен Дан Универзитета у Београду у 168. години његовог постојања. Професор др Дејан Поповић, ректор Београдског универзитета, рекао је да је Универзитет спреман да задржи и унапреди своју позицију водеће високошколске установе у региону, чувајући оно вредно у својој традицији, због чега је и препознатљив као прави национални бренд, адаптирајући се изазовима новог времена.

Као и сваке године додељене су награде „Студент генерације“, академцима који су дипломирали у току претходне школске године, у редовном року и са највишом просечном оценом. Слободан Вуксановић, министар просвете и спорта, поздравио је студенте, а ректор Поповић је најбољим академцима уручио дипломе и ваучер за лаптоп.

За школску 2004/2005. годину награђени су студенти: Душан Младеновић (10), Медицински факултет; Јелена Ђорђевић (9,81), Стоматолошки факултет; Слађана Станојковић (9,58), Фармацеутски факултет итд.

У циљу подстицања бољег успеха и развијања интересовања за научни и стручни рад студената основних студија на факултетима Универзитета у Београду додељене су награде за најбољи стручни и научноистраживачки рад. Овогодишњи добитници су и Милош Вулетић, Филозофски факултет; Милован Стевић, Стоматолошки факултет; Марија Павловић, Фармацеутски факултет и други.

Календар стручних и научних састанака у Европи (јули–август 2006.)

July 01, 2006 – July 04, 2006
19th Meeting of the European
Association for Cancer
Research, Budapest, Hungary

July 01, 2006 – July 05, 2006
12th International Symposium on
Viral Hepatitis and Liver Disease
Paris, France

July 01, 2006 – July 08, 2006
Medical Management: 2006.
Copenhagen, Denmark

July 02, 2006 – July 12, 2006
Emergency Medicine
Copenhagen, Denmark

July 04, 2006 – July 07, 2006
12th International Pain Clinic Congres –
World Society of Pain Clinicians
Turin, Italy

July 04, 2006 – July 04, 2006
Royal College of Physicians: Delivering High
Quality Clinical Care – How the RCP Can
Support You and Your Team
London, England, UK

July 05, 2006 – July 05, 2006
Royal College of Physicians:
How To Assess A Trainee.
London, England, UK

July 05, 2006 – July 07, 2006
Minor Surgery Course.
Lancashire, England, UK

July 05, 2006 – July 06, 2006
1st Joint Meeting of the Bone Research
Society and the British Orthopaedic
Research Society.
Southampton, England, UK

July 06, 2006 – July 07, 2006
Advanced Course in Pain&Symptom
Management 2006
Oxford, England, UK

July 12, 2006 – July 12, 2006
President's Day – Facing the Challenge
of Emergency Surgery in the New NHS
London, England, UK

July 15, 2006 – July 27, 2006
Caring for the Eldery: CME Cruise
Oslo, Norway

July 15, 2006 – July 20, 2006
10th International Conference on Alzheimer's
Disease and Related Disorders
Madrid, Spain

July 15, 2006 – July 18, 2006
World Congress of Asthma 2006.
Lausanne, Switzerland

July 22, 2006 – August 01, 2006
Internal Medicine: Gastroenterology
Amsterdam, Netherlands

July 25, 2006 – August 06, 2006
Women's Health/Pain Management.
Harwich, England, UK

July 28, 2006 – August 04, 2006
Family Medicine
Vancouver, BC, Canada

July 30, 2006 – August 09, 2006
Gastroenterology: 7th Annual Review,
Rome, Italy

August 03, 2006 – August 05, 2006
Clinical Endocrinology for Primary Care
Physicians
Niagara Falls, Canada

August 17, 2006 – August 21, 2006
Hong Kong Medical Healthcare Fair 2006.
Wanchai, Hong Kong

August 24, 2006 – August 24, 2006
Key Advances in the Clinical Management
of Osteoporosis.
London, England, UK

August 26, 2006 – August 30, 2006
40e International Congress for
the History of Medicine
Budapest, Hungary

August 30, 2006 – September 01, 2006
International Conference, Advances
and Controversies in Laser
Medicine and Surgery
Barcelona, Spain

August 31, 2006 – September 02, 2006
21st Congress of the European Association of
Hospital Managers
Dublin, Ireland

August 31, 2006 – September 03, 2006
2nd International Congress of
Rhinology-Otolgy, Skull Base Surgery:
Current Concepts
Athens, Greece

August 31, 2006 – September 03, 2006
6th Congress of the European
Laryngological Society
Nottingham, England, UK

Упутство ауторима

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

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

Ошића правила

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

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

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

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

Обим рукописа

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

Кратак садржај

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

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

Табеле

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

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

Слике (фотографије)

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

Претежи (шеме, графикони)

Примају се само прегледно урађени цртежи на белој хартији.

Списак литературе

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

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

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

614

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

Двомесечно.

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