

ГОДИНА XXXV

Број 6

ДЕЦЕМБАР 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  
e-mail: obelezja@yahoo.com

Лектура-коректура:

Ковиљка Дабић

Технички уредник:

Синиша Ђетковић

Тираж:

500 примерака

Штампа:

„Сека“, Београд

Часопис „Здравствена заштита“ евидентиран је под бројем YU ISSN 0350-3208 у Библиографији Југославије, серијске публикације. Са овим YU ISSN бројем наћи 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.

## ***C a g r ж ај***

---

### **Стручни и научни радови**

<i>Проф. др Момир Јањић, проф. др Дејан Нешић</i>	
Квалитет живота .....	1
<i>Проф. др Мирослав Симић</i>	
Здравље и квалитет живота .....	7
<i>Проф. др Драгослав Милошевић</i>	
Развој специјализованих геријатријских служби .....	15
<i>Проф. др М. Младеновић</i>	
Да ли стари људи имају будућност? ( трећи српски устанак за опстанак) .....	21
<i>Прим. др си. мед. Љиљана Жикић</i>	
Систем интегрисане здравствене заштите .....	29
<i>Прим. др си. мед. Христио Анђелски</i>	
Сарадња домаца здравља, геронтолошких центара и других установа социјалне заштите .....	37
<i>Др Рајко Косановић</i>	
Централизација и децентрализација у здравственој заштити у Републици Србији, са посебним освртом на град Београд (1990–2006) .....	41
<b>Вести и новости из здравства Србије и о здравству Србије.....</b>	49
<b>Из историје здравства Србије</b>	
<i>Доц. др Никола Милинић</i>	
О историјату Клиничко-болничког центра „Бежанијска коса“ .....	69
<i>Прим. др Живадин Ђорђевић</i>	
Искуства и резултати у здравственој заштити становништва на подручју региона Титово Ужице и Општине Ивањица (1970) .....	77

<i>Проф. dr Јован Џекић</i>	
„Ивањица конкурише Швеђанима“ . . . . .	83
 <b>Приказ књиге</b>	
<i>Стојанка Петровић</i>	
Монографија о војном санитету . . . . .	85
<i>Ковиљка Дабић</i>	
„ГОВОР ВЕКОВА - мудрости о животу и здрављу“ . . . . .	85
<b>Вести и новости из система здравства Србије</b> . . . . .	89
<b>Календар стручних скупова у Европи (мај–јуни 2007.)</b> . . . . .	93
<b>Упутство ауторима</b> . . . . .	95

**Стручни и научни радови****Квалитет живота у старости\****M. Јањић,<sup>1</sup> Д. Нешић<sup>2</sup>***Quality of Life in the old Age***V. Babić-Dunjić, R. Dmitrović, B. Ljubić, T. Relić, S. Radivojević*

**Сажетак.** У раду се кроз аналитички приступ расправља о квалитету живота старијих особа, рачицањеном на његове основне компоненте: физичка функција, ментални статус, тежина симптома, лични осећај здравственог стања и социјална функција.

При томе се подлази ог чињенице да су физичка функција и ментални статус непосредно здравствено условљени чиниоци квалитета живота, за разлику ог социјалне функције која представља значајан аспекти укупног квалитета живота, али није у склопу здравствено-релевантних функција. Због тога се квалитет живота не може јасно дефинисати, али је јасно да се не може изједначити са здрављем, јер је то многошири појам ог здравља.

**Увод**

Већина земаља у свету у данашње време не расправља више о старости као о квантитету мереном бројем година, већ као о квалитету.

Међутим, при томе се обично поставља питање: „шта је квалитет живота?“. На ово питање тешко је одговорити на једноставан начин. Због тога би у овом раду покушали да овом питању приступимо на аналитички начин.

Када говоримо о квалитету живота не можемо се послужити клиничким приступом

**Summary.** With an analytical access, the authors treat the quality of life of the aged, through its basic components: physical functions, mental status, severity of symptoms, personal perception of the own health status and social function.

It is started with the fact that physical functions and mental status are directly conditioned factors of the quality of life, for difference of the social functions, as a significant aspect of the overall quality of life, but from the health significant functions system. That is the reason why the quality of life cannot be precisely defined, but it is dearthat it cannot be a part of the health, because it is a much broader notion than the health is.

дефинисања здравља, који под појмом здравља подразумева одсуство болести. Квалитет живота је многошири појам и односи се на живљење активним, пуним и делотворним животом кроз читав животни век, а следствено томе и у дубокој старости. Самим тим квалитет живота се не може изједначити са здрављем, као што је то у проteklim вековима сматрано.

Општи закључак је да релативно старије, хронично оболеле и делимично зависне особе могу да живе квалитетним и сасвим

\* Саопштено на „VII Националном геронтолошком конгресу“, Врњачка Бања, мај 2006.

<sup>1</sup> Проф. др Момир Јањић, председник Геронтолошког друштва Србије.

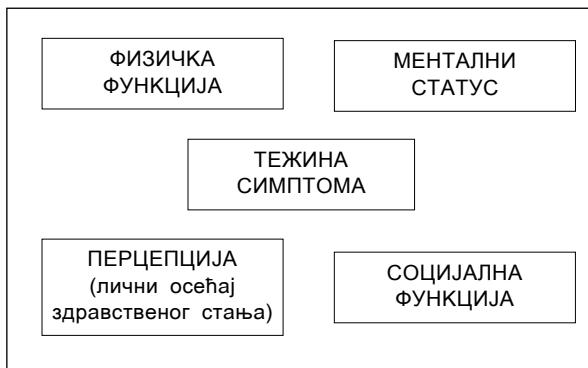
<sup>2</sup> Проф. др Дејан Нешић, Медицински факултет у Београду.

задовољавајућим животом под условом да су на одговарајући начин задовољене бројне потребе таквих особа.

Аналитички приступ квалитету живота захтева проучавање више различитих компоненти овог феномена које задиру у све области живљења људи.

## **Квалишет живоша**

Према W. Spityer-у процена квалитета живота укључује најмање пет компоненти (**Шема 1**).



**Шема 1.** Пет компоненти процене квалитета живота према W. Spityer-у.

Полазећи од оваквог приступа, реинтеграција у нормалан живот подразумева „реорганизацију физичких, психолошких и социјалних карактеристика појединца у хармоничну целину, односно у стање добре адаптираности животу.

Физичка и емоционална функција директно утичу на квалитет живота и то је за здравствено условљени квалитет живота. Социјална функција није у склопу „здравствено-реалативних функција“, али представља значајан аспект укупног квалитета живота (укључујући економски, културни, политички и други аспект).

## **Физичка функција**

Пораст дуговечности једно је од највећих достигнућа дведесетог века. У том периоду је успостављена релативно добра веза изме-

ђу успешног старења и губљења доброг здравља. Захваљујући томе, око 93 одсто старих људи осећа се здравим. Међутим, многи проблеми старијих особа нису проузроковани процесом старења, него болестима, или боље речено, губитком здравља.

Бити здрав у старости налази се под директним утицајем чинилаца околине, међу којима се посебно издваја начин живота. Због тога се може рећи да здраво старење зависи од броја обольења и болести међу којима су најчешће болести срца и крвних судова, болести од малигних неоплазми и остеопороза. Међутим, треба истаћи да је главни узрок неспособности у старости наглавност, слабовидност, артритис, уз исхемично оболевање срца, хронични бронхитис, шлог и катаракту. Већина ових поремећаја здравља је превентабилна.

Ако усвајамо здраве стилове живота благовремено, продужићемо период доброг здравља. При томе треба истаћи да никада није касно да се мења начин живота, јер промена у било које доба живота је корисна и даје допринос бољем квалитету живота.

## **Ментални спајус**

Унапређење менталног здравља увек је било важан аспект унапређења здравља у целини. Шта се под менталним здрављем подразумева? Људи под овим појмом најчешће подразумевају менталне болести. Међутим, то је много више од тога. Ментално здравље нам помаже да уживамо у животу. Може се рећи да нема здравља без менталног здравља. Неко ко је физички здрав може да се не осећа добро и да не ужива у животу, а самим тим не може се осећати сасвим здравим. Током живота људи често пролазе кроз врло тешке ситуације у којима им је заиста потребна помоћ и подршка. Такве тешкоће обично ће моћи да премосте само они са добрым менталним здрављем.

Позитивно ментално здравље укључује:

- позитиван поглед на будућност,
- добро усвајање вештина,
- способност дружења,

- смисао за хумор,
- позитиван став о себи.

А шта је унапређење менталног здравља? Унапређење менталног здравља је свака акција која ангажује менталне функције ради унапређења односа између окoline и појединача.

### **Тежина симптома**

Старије особе обично болују од више хроничних болести истовремено. Свака од тих болести може да буде у различитим развојним фазама, што је праћено мањим или већим тегобама које нарушавају квалитет живота таквих особа. Објективно стање у таквим ситуацијама не мора да се поклапа са субјективним доживљавањем сопственог здравља. Због тога је од посебног значаја како се поједина старија особа осећа. Симптоми болести, као што су присуство бола, нервоза, мрзовољност, туга, несаница, губитак апетита, лако замарање и слично, присутни су код свих оболелих, али сваки од њих доживљава своје симптоме на свој начин. Због тога се ови симптоми различито тумаче, подносе и евентуално отклањају, а то све утиче, у већој или мањој мери, на квалитет сопственог живота.

### **Перцепција – лични осећај здравља**

Важна компонента квалитета живота је и субјективна процена свога здравља и задовољство оствареношћу својих животних циљева. Бројна истраживања у овој области доказују да они који позитивно вреднују своју личност обично не размишљају о смрти, задовољни су квалитетом својих социјалних контаката, уз мањи осећај усамљености и чешће присутно добро расположење. Око половина таквих особа своје здравље процењује као *одлично*, а сваки седми као лоше. Три четвртине оваквих особа свој начин живота оцењују као високо задовољавајући.

На основу оваквих испитивања долази се до закључка да животни оптимизам у вели-

кој мери доприноси бољем квалитету живота чак и у најдубљој старости.

### **Социјална функција**

Социјална функција, поменуто је већ у претходном тексту, није у склопу директних здравствених функција, али представља значајну компоненту укупног квалитета живота, односећи се на економске, културне, политичке и друге аспекте живљења.

Ради лакшег проучавања и анализирања, ова компонента би могла да се расчлани на три групе проблема:



**Егзистенцијални** проблеми се односе на задовољавање основних материјалних потреба, а то је задовољавање основних услова живота.

**Есенцијални** проблеми су повезани са изолацијом старијих људи. Регионална стратегија примене Мадридског међународног плана акција о старењу истиче да у борби против социјалне изолације и маргинализације старијих особа значајну улогу има политичка, економска, грађанска и културна партиципација. При томе се истиче да „култура беде“ цвета у друштвима у којима постоји робноновчана привреда, висок степен незапослености, ниске плате, систем вредности у коме се наглашава акумулација богатства и имовине, уз тумачење ниског економског статуса личном неспособношћу људи, лоша социјална и здравствена заштита и присуност низа стереотипа и предрасуда.

Аналитичко излагање, и поред низа детаља, не пружа нам довољно елемената за

дефинисање квалитета живота старијих особа на задовољавајући начин. Али уместо јединствене дефиниције, као закључак овом излагању, могли бисмо да набројимо низ одредница које чине квалитет живота.

Квалитет живота старијих особа чине:

- интелектуална способност,
- могућност обављања свакодневних послова,
- изостанак бола и патњи,
- очување емоционалних карактеристика,
- функционални социјални систем,
- материјална обезбеђеност,
- независност и самосталност,
- мотивисаност и осећање корисности,
- одређени степен оптимизма, среће и задовољства животом,
- задовољство постигнутим животним циљевима,
- успешни социјални контакти,
- интеграција у своју ужу и ширу околину – заједницу.

## **Преторуке**

Након сагледавања свих компоненти квалитета живота, под условом да знамо укупне потребе појединих људи, треба узeti у обзир све активности које нам стоje на располагању а које треба сваком старијем човеку, без обзира на степен здравља и независности, да омогућe да живи пуним, активним, квалитетним и достојанственим животом.

У оквиру **физичке компоненте** треба не прекидно чувати и унапређивати здравље кроз читав живот. То се постиже борбом са факторима ризика који потпомажу настанак хроничних незаразних оболења, усвајањем здравих стилова живота и јачањем здравственог потенцијала. Здрава исхрана, физичка активност, избегавање пушења, алкохолних пића и стресних ситуација у животу само су неке од активности које треба у овој области предузимати. Ако постоје, а то је појава у трећем животном добу, хронична незаразна оболења која нарушују одговара-

јући квалитет живота, на располагању се налазе бројни капацитети социјалних и здравствених установа са својим институционалним и ванинстическим капацитетима (gerijatriјске установе, gerijatriјски центри, дневни центри, прихватни домови и пансиони и др.).

**Ментално здравље**, као и физичко, може да се чува, унапређује и нарушава. Чување и унапређивање се обавља путем сталне мониторинга активности, без обзира на доба живота. На овоме треба инсистирати баш због тога што је број људи са менталним поремећајима, због пораста дужине живота, све већи. Стратегија борбе против менталних поремећаја подразумева медикаментно лечење, психосоцијалну подршку, програме оспособљавања у конгнитивном функционисању, обучавање чланова породице за помоћ оболелим члановима породице, развијање служби за свеобухватну заштиту менталног здравља, уз тежњу да се овакви програми одвијају претежно у кући оболелих и здравих особа. Исте програме треба активирати и у институцијама у којима старији бораве. Такође треба спроводити психотерапију оних који се отпуштају из болнице. Основни циљ је одржавање и побољшање функционалних капацитета старијих особа током читавог живота.

Бити релативно здрав и у дубокој старости јесте основни циљ у животу. Стога је неопходно усвајање принципа „здравог старења“, уз улагање напора да се смањи, што је могуће више, број хроничних оболења, а ако то није могуће, онда да се смање тегобе и компликације које прате поремећаје здравља. Посебни значај се придаје редовној контроли свога здравља (притисак крви, ниво шећера у крви).

Животни оптимизам је веома значајни чинилац квалитета живота. Треба га неговати јер је он одговоран за позитивно осећање остварености животних очекивања и виши степен задовољства начином живота.

У оквиру друштвених заштитних мера неопходно је предузети следеће: спречавање сиромаштва, запошљавање и старијих осо-

ба, неговање креативности и након пензионисања, образовање људи и у дубокој старости, неговање здравих стилова живота, финансирање социјалних и здравствених услуга, помоћ породицама са старијим члановима, промовисање самопомоћи и сродничке солидарности. У овој области је и оснивање здравствених и социјалних капацитета: геријатријска одељења, сестрински домови, дневни центри, клубови, кућно лечење и здравствена нега у кући, помоћ у кући, телепел, храна на точковима, смештај у породице, заједнице становања, заштићено становање, приватни домови и пансиони и друго. Веома значајна мера јесте интегрисање старијих особа у друштвена збивања ради самосталног одлучивања о свим битним стварима, промене предрасуда и стереотипова о старењу и старости, а нарочито за све оне који не могу да се стварају о себи организовати палијативну негу и хуманитарни рад.

Основни принципи моралног покрета у области старења и старости јесу: „**МАЊЕ ПАТЊЕ, ВИШЕ ДОСТОЈАНСТВА И БОЉИ КВАЛИТЕТ ЖИВОТА**“.

## Литература

1. Стаматовић и сар.: Здравље и квалитет живота. Здравствена заштита, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 40–47.
2. Јањић М.: Стари људи – господари своје судбине. Зборник уводних саопштења, V геронтолошки конгрес Југославије, Београд, 1998; 7–9
3. Introduction to the topic of older persons health. Health Promotion for Older People, NW Area.
4. Јањић М.: Карактеристике и потребе становништва Србије, Зборник уводних саопштења, VI геронтолошки конгрес Југославије, Београд, 2002, 11–23
5. Промоција позитивног менталног здравља. Health Promotion for Older People, NW Area.
6. Регионална стратегија примене Мадридског међународног плана акције о старењу. Геронтологија, Београд, 2004; 105–131
7. Козарчанин Л.: Партиципација грађана Србије у процесима одлучивања, Геронтологија, Београд, 2004; 2: 47–50
8. Тимотић Б. и сар.: Кућно лечење и здравствена нега старих лица. Новине у унапређивању квалитета живота у старости, Инструктивна геронтолошка едиција, Београд, 2004; 153–158.
9. Јањић М.: Дуготрајна нега – сестрински домови. Новине у унапређивању квалитета живота у старости, Инструктивна геронтолошка едиција, Београд, 2004; 138–144.
10. Јовановић С.: Афирмисање и промовисање самопомоћи и сродничке солидарности у функцији очувања самосталности и достојанства у старости, Инструктивна геронтолошка едиција, Београд, 2004; 9–18.
11. Козарчанин Л.: Ванинитуционални видови друштвене помоћи у старости, Инструктивна геронтолошка едиција, Београд, 2004; 20–25.
12. Манојловић П.: Заједнице становања и сеоске куће за stare, Инструктивна геронтолошка едиција, Београд, 2004; 77–85.
13. Пешић Ђ.: Клупско дружење и ангажовање пензионера и других старих људи. Инструктивна геронтолошка едиција, Београд, 2004; 120–128.
14. Тодоровић Л.: Социјална сигурност и људско достојанство у старости. Геронтологија, Београд, 2004; 9–12
15. Јањић М.: Здравствена заштита старих и квалитет живота, Уводни реферат, Стари људи господари своје судбине, Београд, 1988; 155–171.
16. Манојловић П.: Систем допунске материјалне заштите пензионера у функцији сузбијања сиромаштва. Геронтологија, Београд, 2004; 2: 16–19.
17. Манојловић П.: Социјална заштита у функцији очувања и унапређења квалитета живота у старости. Зборник уводних реферата, Старење и старост – за безбедан и активан живот у старости, Београд, 2002; 145–150.
18. Давидовић М.: Превенција болести и промоција успешног старења у трећем добу. Зборник уводних реферата, Старење и старост – за безбедан и активан живот у старости, Београд, 2002; 153–159.
19. Вуковић Д.: Социјална сигурност у старости. Зборник уводних реферата, Старење и старост – за безбедан и активан живот у старости, Београд, 2002; 77–86
20. Милићевић - Калапић А.: Развој психогеријатрије – шанса за боље ментално здравље. Зборник уводних реферата, Старење и старост – за безбедан и активан живот у старости, Београд, 2002; 172–177.
21. Ачић М.: Палијативни третман у геријатрији. Зборник уводних реферата, Старење и старост – за безбедан и активан живот у старости, Београд, 2002; 191–198
22. Немањић М.: Стари људи у Србији између сиромаштва и беде, Геронтологија, Београд, 2003.
23. Јањић М.: Значај и утицај стереотипа и предрасуда на квалитет живота у старости. Геронтологија, Београд, 2001; 9–11.

**Стручни и научни радови****Здравље и квалитет живота**M. Симић<sup>1</sup>

**Сажетак.** Квалитет живоћа сваког појединца, без обзира на његово здравствено стање, нешто је што има изузетан значај не само за појединца већ за целокупно друштво. Одувек је постојала тежња за постизање квалитетног живоћа и она представља саслабни део свеукупног људског настања за доспјенствен живоћ на који и текако свака особа има право.

Основни критеријуми за вредновање квалитета живоћа јесу задовољење биосихо-социјалних потреба сваке индивидуе у смислу њиховог хармоничног функционисања и дојуњавања. У настањају задовољења ових циљева класична медицинска наука није у могућностима да сама реши одређене проблеме у очувању здравља и здравственог стања становништва. Јеним методама и

поступцима треба доћи и друге који ће омогућити да савремени човек, здрав или болестан, овлада новим вештинама и понашањем неопходним за заштиту здравља или отклањање социоекономских последица, болести или повреда и спречавања неспособности, инвалидности и хендикепа.

Савремени свет, због стапалног пораста броја оболелих, инвалидних особа и појава нових оболења чини озбиљне напоре кроз различите мере превенције, лечења, рехабилитације у укупном побољшању њиховог положаја у друштву, јер њихова свеобухватна социо-здравствена и друштвена заштита представља сложен медицински, социјални, психолошки, социолошки и економски проблем свих земаља света.

**Увод**

Још од постанка човека и првобитне људске заједнице човека прати појава нарушавања здравља и, у вези са тим, неспособност, инвалидност и хендикепраност, а све то умањујући његове шансе за преживљавање у „утакмици“ која се зове живот, јер су као и код других биолошких врста кроз свакодневну борбу за опстанак опстајали само најспособнији и најиздржљивији.

Однос према оболелим, инвалидним и немоћним особама кроз историју је људско друштво одређивало на различите начине: од сутаназије, издвајања и обележавања, па све до посебне бриге и заптите. Познато је да су због старости, физичког изгледа, психоло-

шких, психијатријских и социјалних карактеристика које собом носи старост или болест и њихових последица, као што су онеспособљеност, ивалидност и хендикепраност, у различитим околностима – ратови, миграције, сиромаштво, културолошко-антрополошке, верске, социјалано-економске и друге карактеристике – ове особе кроз историју, неретко, по неким схватањима и за неке биле терет својој заједници.

Постоје записи да су се у старом веку, у Спарти, оболели и физички дефектни изважали и бацали у провалију јер нису могли да учествују и буду од користи у ратовима. Средњи век није донео шта боље у погледу побољшања положаја оболелих и инвалидних у друштву, напротив, још више је до-

<sup>1</sup> Проф. др Мирослав Симић, професор Факултета политичких наука, Београд.

принео њиховом сатанизовању и представљању физичког дефекта и психичког поремећаја као доказа о деловању натприродних сила, казне богова или злих духова, због чега су инвалидне и хендикепиране често лишавали живота. Данас је познато да су за време болести и инвалидности ове особе кроз историју имале не само успешан живот, него су неке од њих, компензујући своје мане развојем других способности, постали славни, задужујући човечанство знаменитим делима.

Развојем друштва, технолошким, економским, социјалним, културолошким и другим карактеристикама мењао се однос ка хуманијем приступу и схваташњу ових особа, настојећи да се човек схвати као биће са својим јединственим карактеристикама, у биолошком, психолошком и социјалном смислу, је да је по једна од основних претпоставки да би се задовољили ови критеријуми здравља сваког појединца. Но, и поред генерално оваквог става који је усвојен актима СЗО, а садржан је у дефиницији која гласи: „здравље је стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања а не само одсуство болести и онеспособљености“, сведоци смо негативног односа према старима, деци, оболелим, инвалидним и хендикепираним особама као што су занемаривање, злостављање и злоупотреба.

Обим и квалитет заштите ових особа условљавале су одређене друштвене, политичке, социјалне, економске, културне и друге карактеристике одређених друштвених система. Сваки степен развоја друштва давао је специфичне видове заштите, постојале су, као што и сада постоје, разна акта која су томе посвећена. Они су временом добијали хуманије садржаје, поред осталог због све већих материјалних могућности друштва.

Савремени свет, због сталног пораста броја оболелих, инвалидних особа и појаве нових оболења чини озбиљне напоре кроз различите мере превенције, лечења, рехабилитације у укупном побољшању њиховог положаја у друштву јер њихова свеобухватна социо-здравствена и друштвена заштита

представља сложен медицински, социјални, психолошки, социолошки и економски проблем свих земаља света. Но и поред свих залагања да се технолошким развојем, стабилним економским системом и адекватном социјалном политиком продужи и обезбеди квалитетан људски живот, сведоци смо појаве негативних последица, пораста малигних оболења, све већег број оболелих од инфективних болести као што су сида (АИДС), болести зависности, саобраћајни трауматизам, инвалидност као последица ратних збивања у различитим регионима света, озбиљни поремећаји у психо-социјалном функционисању као последице ратних збивања, миграције, појаве глади и сиромаштва.

Дакле, и поред великих напора да се обезбеди здрав и квалитетан живот у које озбиљне напоре улаже већина човечанства постоје и оне негативне последице које озбиљно нарушују здравље а резултат су утицаја негативних чиниоца на самог човека и његово окружење. Због чињења или нечињења различитих активности, у процесу технолошког развоја, индустрјализације, екологије, заштите животне средине, развоја опасних технологија, генетских, биолошких, нуклеарних технологија и истраживања, која имају за циљ свакако унапређење здравља, сведоци смо веома често њихових негативних последица на здравље и квалитет живота сваког појединца и друштва у целини. Ако се подсстимо да је здравље одређено биолошким – наследним и стеченим факторима у периодима пре, за време и после рођења, дејство ових фактора има велики значај.

Појам старења, здравља и болести у савременој науци веома је добро разјашњен, али још увек постоје настојања да се схвате индивидуалне разлике, јер код многих особа године старости не одговарају њиховим биолошким карактеристикама и старости.

Нарушавање здравља људског бића у различитим периодима, а нарочито у развојном, скоро по правилу захвата примарно или секундарно све сфере људске личности а то,

поред других активности, у његовом очувању и унапређењу захтева свеобухватну здравствену, социјалну и општу друштвену заштиту, уз учешће великог броја различитих стручњака и разних професија.

Проблем здравља, болести, инвалидности у савременом друштву има један свеобухватнији приступ и хуману димензију, њене социјалне аспекте треба посматрати у односу на физичку, биолошку и социјалну средину у којој живе ове особе. Полазећи од чињенице да у свакодневном животу не постоји човек који је способан за све, нити оболела или инвалидна особа која не може баш ништа да ради, створен је нови концепт према здравственој заштити, лечењу и рехабилитацији.

Околина и њен однос према оболелим и инвалидним особама веома је значајан фактор у животу, процесу лечења и рехабилитацији. Поред осталог он се проценује кроз однос оболеле, инвалидне особе и њене околине. Услови живота оболелих, инвалидних и хендикепираних особа често се разликују од услова у којима живе здрави, у пуној физичкој и менталној снази. Хендикепиране особе имају бројне социјалне проблеме који су условљени физичком или менталном онеспособљеностшћу. У циљу очувања и унапређења здравља, спречавања болести, инвалидности и хендикепа потребно је предузимање правовремених мера превенције, правовремене – адекватне дијагностике и свеобухватне рехабилитације (медицинске, социјалне и професионалне), ради стварања услова за нормалан развој сваке индивидуе, независан живот, економску и социјалну интегрисаност у породици, радну средину и ширу друштвену заједницу.

Према подацима СЗО узроци болести инвалидности су различити, а главни фактори ризика у њиховом настојању су ендогени и егзогени, они доводе до нарушувања телесног и функционалног интегритета личности за време интраутериног живота плода, у току порођаја или касније у току живота. Велики број аутора сматра да су основ нарушавања здравља - појаве инвалидности,

хендикепа, телесних и душевних оштећења и оне настају као:

- а) примарно-урођене (малформације плода, као последице штетног деловања примарних узрока долази до менталне ретардације, глувонемости, слепила, менталних оштећења, телесних аномалија и др.);
- б) секундарно-стечене (последице штетних утицаја након рођења), секундарни узроци настају као последица утицаја из спољне средине, физичке, биолошке, хемијске, социјалне и на крају као последица прележаних болести или повреда (у ту групу према великим броју аутора спадају инфективне болести, хроничне, професионалне и непрофесионалне болести).

Утврђивање појава у почетку болести као и разумевање односа узрок–последица, упознавање са превентивним мерама, резултирало је бројним теоријским аспектима схватања личности и преморбидних збивања, као и сазнањима за развој и настанак каснијих поремећаја, стања и оболења. Због тога су у науци последњих деценија све више заступљени интегративни био-психо-социјални модели који воде рачуна о преморбидним фазама (факторима ризика, пренаталним-постнаталним), акутизацији основних оболења и поремећаја као и о њиховој дуготрајној еволуцији и дезинтеграционим процесима код ових особа.

Савремени приступ у превенцији, дијагностичи, терапији и рехабилитацији заснива се на концепту јединства у динамици и равнотежи склада односа у вези са поремећајима биолошке, психолошке и социјалне структуре личности, у њеном развојном и касније у току живота.

Овај модел развоја болести може да се прикаже на следећи начин:

- етиолошки фактор (фактор ризика) → патолошке промене (патоанатомске, патофизиолошке промене) – клиничке манифестације (болест)
- етиолошки фактор → оштећење – онеспособљеност → ометеност – инвалидност → хендикеп.

Свака особа није само оно што се једног одређеног момента види. Она је и сопствено наслеђе, животно искуство и остали здравствени, социјални, интелектуални, културни и други капацитети и потенцијали.

Као што је већ речено, у дефиницији здравља СЗО не полази се од физичког и менталног здравља човека него се има у виду и социјално благостање, чиме се појам здравља проширује и на социјалне услове живота који су неопходни за његов успешан развој, очување и унапређење здравља.

Реализацијом на овај начин дефинисаног појма, здравље значајно превазилази област и могућности медицинске заштите захтевајући активан и одговоран однос у свим људским делатностима. То са аспекта савременог човека представља циљ којим се тежи, или објективно, нажалост, он ни данас није реалан и остварив за велики део људске популације, бар у оном делу који се односи на социјално благостање. Ако се има у виду велики број ратних жаришта, велики број оних који немају основних средстава за живот, сиромаштво и глад, избеглиштво и све оно што следи из оваквих појава, не може се сматрати здравим у смислу ове дефиниције.

Успостављање хармоничних односа физичког, менталног и социјалног благостања како појединца тако и заједнице подразумева и циљеве који ће омогућити афирмацију медицинских дисциплина уз координацију свих друштвених фактора за подизање општег животног стандарда а самим тим и подизање здравственог стања становништва, што је и став опште декларације о правима човека коју је усвојила Генерална скупштина Уједињених нација 10. 12. 1948. године, а која гласи „Сви људи имају право на онај животни стандард који њима и њиховој деци обезбеђује здравље, благостање, а нарочито у погледу исхране, одеће, стана, медицинске неге и потребних социјалних служби, право обезбеђености у случају незапослености, болести, инвалидности, удовиштва, старости као и свим другим случајевима када изгубе средства за живот услед околности које не

зависе од њихове воље“ У том смислу Комитет експерата УН у складу са овом дефиницијом извршио је процену и одредио 12 битних елемената за процену нивоа стандарда живота а то су: здравље и демографско стање, просвећеност (подразумева основно и стручно образовање), радни услови, стање у односу на запослење, потрошња и штедња, саобраћај, одмор и разонод, социјално стaraњe и слобода народа.

Имајући у виду ове критеријуме у односу на дефиницију о здрављу коју је дала СЗО може се закључити да се добрим делом појам здравља поклапа са појмом животног стандарда. У литератури ова дефиниција се често различито тумачи и не ретко - критикује, но упркос томе она је и до данас остала водећа и реафирмисана.

На јануарском заседању извршног одбора 1977. год. генерални директор СЗО Н. Mahler (Малер) је изнео став да се до 2000. год. свим становницима на земљи обезбеди ниво здравља који омогућава економски и социјално продуктиван живот. Овакав приступ је садржан у документу под називом „Здравље за све до 2000. године“ и усвојен је на 34-тој Скупштини СЗО 1981. године. Усвајањем ове резолуције постала је обавеза свих земаља да формулишу своје националне стратегије, да прате њену реализацију и да у здравствене активности укључе сваког појединца, породице, све здравствене раднике, друштвене и не-владине организације.

Документима у глобалној стратегији „Здравље за све до 2000. г.“, који садржи девет поглавља која се односе на примарну здравствену заштиту, основни принципи су: да је здравље основно људско право и основни циљ човечанства, да се постојеће разлике у здравственом стању становништва појединачних земаља региона и регијама тих земаља морају да смањују, да сваки појединач и заједница као целина треба да одлучује о питањима која се тичу здравља, да су владе одговорне за здравље свог становништва, да земље у првом реду треба да се ослањају на сопствене снаге и да решавају здравствене проблеме према својим могућностима, да је

здравље нераздвојни део развоја и да се без сарадње свих сектора у заједници не могу остварити циљеви глобалне стратегије као ни економски развој једне земље, да национални доходак није по аутоматизму гарант доброг здравља и да је неопходна адекватна здравствена политика која ће ускладити здравствене потребе са економским могућностима уз поштовање одређених приоритета.

Примарном здравственом заштитом у свакој земљи ће бити обухваћено целокупно становништво и свакоме треба да буде доступна. Одговорност за здравствену заштиту треба да преузму владе, а сваки појединач, породица, удружење грађана треба да узме активно учешће у планирању и остваривању здравствене заштите. Адекватна исхрана треба да буде обезбеђена свим становницима, затим пијаћа вода, сва деца треба да буду имунизована од водећих болести децјег узраста, да се посвети посебна пажња превенцији и лечењу заразних болести у земљама у развоју, да се предузму мере превенције и контроле хроничних и незаразних болести и менталног здравља уз контролу и елиминацију фактора ризика, да основни лекови буду доступни свима.

У сваком случају здравље је предуслов и манифестија одређених животних карактеристика сваког човека, претпоставка и важан чиниоц социјалног и економског развоја, а оно је условљено:

- наследним чиниоцима;
- чиниоцима спољне средине;
- чиниоцима социјалне средине; који међусобно утичу једни на друге изазивајући позитивне и негативне ефекте код сваке индивидуе условљавајући здравље или болест.

У складу са поменутом дефиницијом помиње се појам социјалне сигурности који подразумева такво стање друштва у коме успешно делује један скуп друштвених и законских мера чији је основни циљ да створе у корист становништва и читаве заједнице одређену врсту гаранција против „ризика“ са којима се сусреће сваки човек као што су нпр. болест, старост, инвалидност, елемен-

тарна несрећа, незапосленост, несрећа на послу, материњство и др.

Важан и незаобилазан чинилац који има за циљ очување и унапређење здравља јесте адекватна здравствена заштита која према многим актима у националним законодавствима многих земаља, и према нашим законским прописима, представља организовану и свеукупну делатност друштва на очувању и унапређењу здравља, спречавању и сузбијању оболења и повреда, на раном откривању болести и других поремећаја здравља, на благовременом дијагностиковању, ефикасном лечењу и рехабилитацији.

Чињеница да је слабост, болест и инвалидност стварност и саставни део сваког друштва и да се не може избећи и у потпуности отклонити, налаже предузимање мера и поступака за њено смањење и ублажавање штетних последица када до ње дође.

У складу са начелима СЗО значај савремене здравствене заштите произилази из њене концепције која се заснива на свеобухватном, интердисциплинарном приступу у тежњи да се човек здрав или болестан сагледа као биолошко-психолошко-социјална јединка, као члан људске заједнице која сем телесних и психичких промена има и других проблема емоционалне, социјалне и економске природе. Скуп ових планираних мера и поступака које се спроводе у оквиру система здравствене заштите могу се предузимати у периодима препатогенезе и патогенезе.

У периоду препатогенезе болест још није испољена или је организам изложен различитим факторима ризика који воде ка болести. Период препатогенезе је најповољнији за предузимање медицинских, социјалних, економских и других мера примарне превенције са циљем да се процес разбодљавања спречи и да до оболења не дође. Број узрока који могу довести до оболења, болести и инвалидности је велики. Ради ефикаснијег постизања жељених резултата, мере и поступци који се предузимају у њиховом спречавању морају бити добро одмерени и синхронизовани и са мултидисциплинарним приступом.

Мере примарне превенције могу бити опште и специфичне, а односе се на мере које имају за циљ унапређење здравља и здравствено-васпитни рад, унапређење услова становања, радних услова, животне средине, затим мере у домену здравствене делатности, вакцинација, здравствена заштита мајке и детета, одржавање физичке способности, спречавања алкохолизма и наркоманије и др. Од посебног значаја у превенцији је решавање социјалних проблема и економских услова живота.

Мере секундарне превенције спроводе се у периоду постојања оболења и оштећења (патогенеза), а имају за циљ спречавање, прогресију болести, излечение и смањење онеспособљености. Деловањем неког патолошког агенса на људски организам долази до оштећења функција и телесног интегритета. Када оштећење наступи и појаве се знаци болести предузимају се ове мере: указује се прва помоћ и предузимају се дијагностички и терапијски поступци који имају циљ да се заустави напредовање и погоршање болести, спречи ширење болести на околину (инфекције болести), спречи настањање компликација и онеспособљености (инвалидност), скрати период неспособности за рад и што пре излечи оболела особа. Ове мере, ако се адекватно примењују, могу да спрече настанак инвалидности.

Мере терцијалне превенције примењују се када је као последица болести, повреде настала неспособност-инвалидност. Терцијална превенција се заснива на мерама рехабилитације, процесу обнављања личних и заједничких (друштвених) вредности које су смањене услед болести или повреде. У том смислу, рехабилитација је мера терцијалне превенције инвалидности која настоји да смањи тежину инвалидности, њене последице по инвалида и његов даљи живот, његову породицу, друштво и својим мерама, поступцима и применом одређених метода спречи настањање хендикепа.

У обезбеђивању и спровођењу здравствене заштите као општег интереса учествују грађани, породица, предузећа, образовне и

здравствене установе, хуманитарне, верске и невладине организације. Средства за остваривање општег интереса за здравствену заштиту у нашој земљи обезбеђује се буџетом државе. Према нашим законским актима сви грађани, без обзира на врсту оболења, политичку, расну, верску, националну, полу припадност и имовно стање, равноправни су и имају једнака права у коришћењу здравствене заштите. Сваки грађанин је дужан да чува и унапређује своје и здравље других лица, као и услове животне и радне средине.

Квалитет здравствене заштите и рад здравствених установа и здравствених радника су важни предуслови за успешно функционисање система здравствене заштите. То подразумева у савременој концепцији интеракцију три основна обележја квалитета: структура, процес и исход; и доводе се у функцију задовољења потреба корисника, а сам квалитет се види као принцип који унапређује здравствену заштиту и функционисање здравствених служби.

Здравствена заштита је основно људско право, циљ и услов друштвеног развоја и обавеза друштва да у складу са објективним могућностима становништву обезбеди остваривање овог права.

Неоспорно је да боље здравствено стање становништва подстиче економски раст, смањује сиромаштво и социјалне неједнакости. Социјални и економски развој сваког друштва су важни, ако не и одлучујући фактори који одређују карактер и систем здравствене и социјалне заштите становништва. Постоји велики број индикатора на основу којих се мери квалитет здравствене заштите и здравствено стање становништва. Поменућемо неке од њих: морбидитет, морталитет, инвалидност, наталитет, природни прираштај, витални индекс, медијална старост, очекивано трајање живота, број здравственог особља на број становника, стопа средстава која се издвајају за здравствену заштиту по глави становника на годишњем нивоу.

Илустрације ради поменућемо само неке. Последњих десетица XX века најчешћи узро-

ци смрти били су кардиоваскуларне болести, малигне болести, трауме и посттрауматска стања, цереброваскуларне болести и др., а према најновијим подацима у првој деценији овог века „успели смо“ да стигнемо у сами врх у Европи по броју оболелих од кардиоваскуларних болести: инфаркта срца, малигних оболења - карцином бронха, броју пушача.

Стопа смртности одојчади 1999. године у Србији износила је 11 промила, а 2000. године за мушки пол 15, а за женски 12 промила, што је у поређењу са Шведском више за 11 промила за мушки, односно девет за женски пол (Уницеф 2003). У развијеним земљама на 1.000 живородених умире четири пута мање него код нас. Стога је наталитет у Србији (број рођених на 1.000 становника) последњих деценија у сталном паду. Године 1999. број умрлих је био већи од броја живородених за 3,7 одсто. У Београду 2000. године бележи се негативна стопа наталитета, број умрлих је већи од броја живородене деце за 3,2 одсто. Медијална старост становништва у многим регионима Србије прешла је 40 година старости, просечни животни век у Србији је око 73 године, а у развијеним земљама око 75 година. Према неким подацима индекс старења становништва у Србији је изузетно висок, однос становништва преко 60 и до 19 година је: 9:10 (на 10 особа млађих од 19 долази девет особа преко 60 година - демографска статистика 2000. год.).

У погледу броја лекара и стоматолога на одређен број становника у међународним упоредним анализама ништа није боља ситуација. Последњих деценија XX века на 1.000 становника имали смо 199 лекара, што је упала мање него у развијеним земљама, а слично је и са стоматологизма (UN 1999. год.).

У сиромашним државама издвајање за здравство по становнику годишње износи око 10 \$, код нас је нешто више од 20 \$, а у развијеним земљама и по неколико стотина долара по глави становника.

Уместо коментара остављали слободу и закључка уваженом аудиторијуму, оставља

се да процени на ком нивоу и у ком обиму се остварују основни принципи који су проглашени међународним националним нормама и актима, а односе се на здравствену заштиту и дефиницију здравља.

Квалитет живота сваког појединца без обзира на његово здравствено стање је нешто што има изузетан значај не само за појединца већ за целокупно друштво. Одувек је постојала тежња ка постизању квалитетног живота и она представља саставни део свеукупног људског настојања да се живи достојанствен живот на који итекако свака особа има право.

Основни критеријуми за вредновање квалитета живота јесу задовољење биопсихосociјалних потреба сваке индивидуе у смислу њиховог хармоничног функционисања и допуњавања. У настојању задовољења ових циљева класична медицинска наука није у могућности да сама реши одређене проблеме у очувању здравља и здравственог стања становништва. Њеним методама и поступцима треба додати и друге који ће омогућити да савремени човек, здрав или болестан, овлада новим вештинама и понашањем неопходним за заштиту здравља или отклањање социо-економских последица, болести или повреда и спречавање неспособности, инвалидности и хендикепа.

Савремене методе у лечењу и рехабилитацији су динамички процес заједничког рада низа стручњака. Оне су у многим случајевима у стању да отклоне слабост и физичку неспособност, да је смање и ублаже до највећег могућег степена и тешко онеспособљене људе учине независним у погледу обављања свакодневних функција у задовољења потреба. На срећу, великом броју људи лечених и рехабилитованих неће требати посебна помоћ. Међутим, код једне групе болесних, инвалидних лица јавља се потреба за сталном друштвеном бригом. Та потреба се односи на најтеже случајеве који су због болести и инвалидности изгубили своју способност, поузданите у себе, економску независност и социјалну равнотежу.

Овим лицима је потребна изузетна брига и специфични услови пошто се суочавају са многим тешкоћама, почевши од најосновније помоћи (чаша воде) до основних животних потреба. Код ове групе истичу се захтеви за доживотном негом и помоћи од стране других лица или потребе за смештајем у установу социјалне заштите.

Поред најтежих облика инвалидности, по степену општећења јавља се и категорија инвалидних лица која би могла да се оспособе за неку друштвено корисну делатност. У домену социјалне политике важно место заузима социјална, здравствена и инвалидска заштита. Инвалидска заштита је организована општа друштвена делатност која има специфични и општи циљ да у оквиру постојећих економских могућности неутрализује негативне последице егзистенцијалне зависности.

На квалитет сваке особе утиче њено телесно, психичко и социјално стање. Процес старења, нарушувања биолошких функција, а самим тим и здравља и појаву одређених поремећаја стања и болести, условљен је генетским карактеристикама и утицајима из спољашње средине и сасвим је сигурно да страст и болест као категорије не одређују увек животно доба и године старости већ степен телесних и физичких поремећаја условљен утицајима којима је изложена одређена особа.

Физички, психички и социјални аспекти здравља могу се изразити: објективном проценом здравственог стања, функционисањем и субјективном проценом здравља.

У савременом друштву поред тежње да се продужи животни век све се више улажу напори да се тај животни век учини квалитетнијим и да поред продужења у току тог живота очува своје животне функције.

По неким ауторима не постоји битна разлика између здравља и квалитета живота, други сматрају да је квалитет живота шири појам јер укључује физичко и ментално здравље, животни стандард, услове становаша, когнитивне функције, сексуалне функције, задовољство на раду, складан живот у породици, са суседима, пријатељима, једном речју хармоничан однос био-психо-социјалних функција. Са здрављем су повезани људски животи, интереси, идеали, стваралачки рад, животни ритам, хармонија у међуљудским односима, смисао и срећа у животу.

Група експерата СЗО дала је дефиницију квалитета живота која узима у обзир запажање појединца и његов однос према окolini: „Квалитет живота се дефинише као перцепција (запажање) појединца о сопственом положају у животу у контексту културе и система вредности у којима живи, као и према својим циљевима, очекивањима, стандардима и интересовањима“.

Квалитет живота може бити разматран као шири појам кад се говори о „свеобухватном квалитету живота“ - глобалном квалитету живота, а може бити говора о много специфичнијем појму квалитет живота повезан са здрављем“ и односи се на физичке, психолошке и социјалне области здравља у које су уграђена лична искуства, очекивања, перцепција, веровања.

Најбитнија питања везана за квалитет живота и здравља везана су за мултидимензионални концепт у смислу физичког функционисања, задовољавања основних потреба појединца (исхрана, облачење, лична хигијена и сл.), физичких активности, друштвених активности, затим физичких симптома повезаних са болешћу и лечењем, психичког функционисања које укључује емоционалне реакције, когнитивно и друштвено функцији-онисање.

**Стручни и научни радови****Развој специјализованих геријатријских служби\***Д. П. Милошевић<sup>1</sup>**Увод**

Од свих људи који су живели до 65 година старости, половина је сада жива. Овај статистички податак има веома важне демографске и економске импликације, а његов утицај на здравствену заштиту старих и развој специјализованих геријатријских служби јесте суштински. Геријатрија као медицинска дисциплина подразумева истраживање, превенцију и лечење болести у старости.

Калоријска рестрикција успорава процес старења. Ефекат калоријске рестрикције од 30 до 40% на продужетак животног века доказан је у више врста од једноћелијских до родената. У роденату не само да продужава животни век већ одлаже и настанак неких типичних болести за наведену врсту, као и дефиницију одређених система (имуни, метаболизам глукозе, атрофија мишића). Иако сам механизам до краја није разјашњен, треба нагласити да није реч о елиминацији неких нутритивних компонената, већ само о калоријској рестрикцији. Ефекат калоријске рестрикције на људе још увек није довољно испитан, али се позитиван ефекат претпоставља.

Са физиолошког аспекта старење је опадање хомеостатске резерве свих органских система. Редукција хомеостатске резерве назива се хомеостенозис, а започиње већ у трећој деценији живота, постепено и прогресивно, мада степен и обим ових промена индивидуално варирају. Из ових чињеница произилази неколико веома важних принципа који се односе на старе.

- А. Људи који старе све мање су међусобно слични;
- Б. Нагло опадање функционалне способности неког система увек је последица болести, а не нормалног старења;
- В. Нормално старење се може модификовати утицајем на познате факторе ризика за одређене болести (регулација хепертензије, престанак пушења, већа активност и мобилност);
- Г. Здрава старост подразумева одсуство болести, а опадање хомеостатских резерви не узрокује никакве симптоме, а условљава само дискретно смањење дневних активности у односу на године старости.

Прихватање ових чињеница објашњава разлоге продужења животног века. Очекивани просечни животни век 65-годишњака јесте 17 година, 75-годишњака 11 година, 85-огодишњака шест година, 90-огодишњака четири године, а 100-годишњака две године живота.

И поред чињенице да и међу старијима од 85 година само 35 одсто није способно да обавља неку активну потребу свакодневног живота, а само 20 одсто живи у установама продужене неге, са старењем расте вероватноћа оболевања, смањује се функционална способност, повећавају се нус појаве различитих медикамената, што у комбинацији са опадањем физиолошких резерви органа и органских система чини старе особе осетљивим на све изазове окружења.

Испољавање болести је најчешће апатично у старости. Хомеостатски поремећаји узроковани појавом нове болести веома че-

\* Саопштено на „VII Националном геронтолошком конгресу“, Врњачка Бања, мај 2006.

<sup>1</sup> Проф. др Драгослав П. Милошевић, професор Медицинског факултета у Београду.

сто изазивају симптоме других органских система. Стари са хипертреодизмом у већини случајева имају преткоморску фибрилацију, конфузију, депресију, синкопу или општу слабост, а само једна четвртина струму, егзофтталмус и тремор. Највећи број геријатријских синдрома, без обзира на болест, испољава се слично. Орган на који указују симптоми је ређе место болести код старих него што је то случај у особа млађег и средњег животног доба. Акутна конфузија је ређе узрокована повредом мозга, депресија психијатријским поремећајем, инkontиненција поремећајем мокраћне бешичке, па пад неуропатијом или синкопа болешћу срца.

Смањење физиолошке резерве условљава ранију појаву симптома болести у старости.

Постојање мултиплних абнормалности као последица поремећаја хомеостатских механизама, а који су подложни третману, условљавају да мало побољшање неких од њих доводи врло брзо до општег побољшања стања старе особе.

Присуство многобројних знакова и симптома који се често срећу у старих (бактерија, вентикуларна екстрасистолија, мала густина костију, интолеранција гликозе, неkontrolисане контракције мокраћне бешичке), не морају бити јасан знак одређене болести, већ случајан налаз, који може довести до погрешне дијагнозе и лоше примењене терапије.

Како су симптоми у оistarелих узроковани мултиплним поремећајима, устаљена дијагностичка правила веома често нису применљива, а терапија је често неефикасна.

Компликације болести у старости веома су честе, што наводи на закључак да су превентивне мере у циљу непојављивања болести често ефикасније од саме терапије оболења.

Оптимално лечење оistarелих у принципу захтева више од лечења једног органа или органског система који је удружен са симптомима болести, али понекад у клиничкој пракси дозвољава и комплетно игнорисање поједињих органа или органских система који одговарају симптомима старог човека.

## **Хоспитална геријатрија**

Геријатријске службе подразумевају задовољење специфичних потреба оболелих стarih особа. Неретко, оболела стара особа са присуством већег броја оболења може бити изгубљена у систему који подразумева агресивну технологију заступљености по различитим специјалностима. Са друге стране, геријатри не смеју дозволити да се корист од ваљане дијагностике и агресивне терапије заврши губитком функционалне способности старе особе, нарочито применом већег броја медикамената (поли апрагмазијом), па и губитком сопственог самопоуздања самим чином хоспитализације. Само добро едуковани геријатријски кадрови гаранција су очувања функционалне способности старе особе! Добро је позната чињеница да индиковани случајеви који су лечени у специјализованим геријатријским болницама имају смртност и потребу за даљим дуготрајним лечењем мању за 50% (Rubenstein 1984).

Хоспитализација је неопходна само у строго индикованим случајевима – актуна геријатријска стања, клиничка испитивања када за то постоје индикације, а која није могуће амбулантно урадити. Јасне и прецизне индикације хоспитализације стarih подразумевају неопходну сарадњу са примарном здравственом заштитом – лекарима и специјалистима опште медицине, лекарима кућне неге и лечења, као и достављања на увид расположиве медицинске документације урађених амбулантних испитивања, која у значајној мери могу скратити дужину хоспитализације и избећи непотребно понављање дијагностичких процедура у старих. Не смејмо заборавити да хоспитализација сама по себи носи одређену дозу ризика, лекови са многобројним нус појавама, конфузна стања узрокована променом средине, учесталост падова и фрактура, појава декубита и инkontинентности, као и продужење реконвалесцентног периода, могући су ризици неин-

диковане, па и у неким случајевима индиковане хоспитализације старе особе.

Клинички индикатори квалитета рада са старима подразумевали би следеће чињенице:

- време чекања геријатријског пацијента на ургентни пријем,
- дужина хоспитализације и временско трајање дијагностике,
- интернистички и хируршки морталитет,
- број геријатријских пацијената који је због акутног коронарног синдрома збрињаван ван коронарних јединица, као и број старијих од 80 година који су лечени у специјализованим коронарним јединицама због акутног инфаркта миокарда,
- број старих са дигестивним крварењима који није збрињаван у јединицама интензивне гастроентеролошке или хируршке неге,
- интердисциплинарна геронтолошка сарадња,
- продужена фаза отпуштања хоспиталних геријатријских болесника,
- број новоотворених геријатријских служби/или увођење нових програма у клиничку геријатријску праксу (без претходне полемике између корисника и давалаца услуга остарелим особама).

Пораст броја старих људи (централна Србија по најновијем попису убраја се у десет најстаријих држава света), неминовно доводи до све већег броја амбулантних прегледа старијих, као и њихове све веће заступљености у стационарним здравственим установама, око 40 одсто у односу на укупан број хоспитализованих пацијената. Та група болесника спада у групу са највећим морталитетом (због мултиморбидности, животно најујгожденији болесници).

С обзиром на ове чињенице поставља се логично питање колико нам геријатрија и геријатријских постельја треба?

Нека искуства из света указују на следеће чињенице: у Великој Британији бригу о старима води 9.000 геријатара, а у САД-у за

2030. годину предвиђа се кадровски потенцијал од 36.000 геријатара. Земље у окружењу већ уводе или су увеле геријатрију на своје Медицинске факултете (Ријека, Љубљана) и планирају повећање броја геријатријских постельја. Последипломске субспецијалистичке студије из геронтологије постоје од 1995. године на Медицинском факултету у Београду. Медицински факултет у Новом Саду увео је геријатрију као факултативни предмет редовне наставе. Европске земље, као што су Француска, Норвешка, због неадекватне здравствене политике која није пратила пораст броја старих углавном имају мањак геријатара. Шта је наша реалност? Сасвим реалан и умерен предлог био би 1,5 геријатара на 100.000 становника!!!

## *Специјализоване геријатријске службе*

У свету функционишу два основна система геријатријске заштите. Традиционални британски систем, чији је основни концепт постојања консултативне специјалистичке геријатријске службе, а већина геријатријских постельја је у домовима сестринске и продужене неге или хосписима. Амерички систем развоја геријатријских профиле дошао је до стадијума да геријатрија није више субдисциплина. Постоје геријатри специјализовани за падове, декубитусе или деменцију. Уз предоминантни систем болница, развијена је и консултативна служба типа у Великој Британији. Већина осталих система у свету је мешовитог типа, ближа по организационом концепту америчком програму. Већина тих система налази се у фази трансформације и реформи.

Колике су реалне потребе за геријатријским постельјама код нас? Број кревета према броју становника (100.000):25 (2003); 30 (2004); 40 (2005). Дакле, 1,8–2,8 посетља на 1.000 старијих преко 65 година старости! Што се тиче распореда постельја: 100 (1/100.000) у референтном центру за хоспиталну геријатрију; по 12 у сваком КБЦ-у у Србији; 3.800 (38/100.000) у домовима сестринске неге (2005).

У нашој земљи број геријатара, геронтолога и пратећих установа је занемарљиво мали. У Србији постоје две референтне установе: Клиника за геронтологију у оквиру КБЦ „Звездара“ у Београду (96 постельја и три постельје дневне болнице), за акутну геријатрију, лечење, едукацију и научно-истраживачки рад (Наставна база Медицинског факултета Универзитета у Београду - Катедра за геронтологију и Катедра интерне медицине). За ванинстибуционалну здравствену заштиту референтни центар је Градски завод за геронтологију, кућно лечење и негу у Београду, који својом активношћу опсекрబљује преко 1.000 болесника у свакодневном раду. КБЦ „Дедиње“ има геријатријско одељење са малим бројем постельја, али се поставља питање њихове функције у систему здравствене службе збрињавања старих на нивоу града Београда (нема сарадње са референтним центрима). У Болници „Др Лаза Лазаревић“ функционише одељење психогеријатрије. Постоје и спорадична геријатријска одељења у Србији, као и неколико стационара при геронтолошким центрима и домовима за стара лица. Веома велики допринос развоју геронтолошке мисли и геријатријске праксе дало је и Геронтолошко друштво Србије.

Специјализоване геријатријске службе могу бити:

- клинике, центри, институти и одељења (хоспитална геријатрија),
- заводи за геронтологију (ванинстибуционална брига о старима),
- сестринске куће,
- long term care (одељење за продужену негу).

Постављају се два кључна питања: да ли је стратегијски циљ у нас отварање одељења геријатријског типа или одређени број геријатријских постельја у оквиру већ постојећих одељења у сваком болничком центру (ЕУ, САД), чиме би се повећао број реалних геријатријских постельја. Друго, можда кључно и најзначајније питање јесте: да ли би то била једина одељења на којима би се болнички лечили стари људи?

## **Како избећи дискриминацију стarih**

Наш став је да се дискриминација може избећи ако се држимо медицинских индикација, а не старосних година. Пацијент са акутним инфарктом миокарда заслужује хоспитализацију у коронарној јединици без обзира на животно доба, као што и особу тренутно треба хоспитализовати на ортопедији ради могуће хируршке интервенције, а уколико постоје медицинске контраиндикације за исту, пацијента треба хоспитализовати на геријатријско одељење већ према пратећим болестима и општим стањем. Тријажа за хоспитализацију старог человека само према годинама старости је *vitium artis!!!*

Сестринске куће збрињавале би старије са дефинитивно постављеном дијагнозом, јасно одређеном терапијом за одређени период, уз непостојање могућности третмана у оквиру кућне неге и лечења. Пријем према строго одређеним индикацијама од стране геријатријског тима. Спречити пријем у сестринске куће без претходне јасне дијагнозе и терапије!

Одељење за продужену негу нису предвиђена и нема их на овим просторима. О томе треба донети дефинитивни став, јер стручна јавност сматра да би отварање ових одељења омогућило лакше и боље премештање између акутних геријатријских одељења до дефинитивног збрињавања (сместаја) оболелог старог человека у сестринску кућу или можда враћање на кућну негу и лечење (многа стања захтевају продужену рехабилитацију што би било могуће у одељењима за продужену негу). Сматра се да би трошкови здравствене и социјалне заштите били мањи, а да би се квалитет живота старог человека значајно побољшао. Стручни медицински надзор над оболелим старим особама обављали би специјализанти, терапеути би наставили већ одређену физикалну терапију, сестре би се бринуле о адекватном спровођењу ординаране терапије, неговатељице би обављале свој део посла, а гери-

јатри и други специјалисти укључивали би се као консултенти према потреби. У овим одељењима нема дијагностике (већ завршена, дефинитивна дијагноза постављена), терапија одређена у високо специјализованим геријатријским установама (клиникама). Неопходност је консултовање и укључивање старих у планирање развоја геријатријских служби на свим нивоима (амбулантни, болнички, ванинституционални), у оквиру локалне заједнице.

Руководиоци установа за старе морају бити људи са неопходним специјализованим медицинским знањем из области геријатријске медицине. Клиничке препоруке у збрињавању старих, као и водичи дobre клиничке праксе, морају периодично бити иновирани како би се избегла старосна дискриминација.

Комплетно особље које ради у специјализованим установама за старе мора имати проверено позитиван став према старости!

Основни принцип задовољавајуће медицинске и социјалне политике за старе подразумевале би следеће:

- укључивање старих у форуме где се одлучује о њиховом медицинском збрињавању, лечењу, рехабилитацији, нези,
- промоција доброг здравља у трећем животном добу,
- секундарна превенција болести,
- редукција смањене функционалне способности,
- стимулисање и максимализовање животне независности,
- подршка старим људима за живот у њиховим домовима и окружењу,
- очување достојанства, личне аутономије и поштованости старе особе.

## **Закључак**

Старим људима мора бити омогућен приступ свим специјалистичким службама посебно код цереброваскуларних акцидената, фрактура кука у акутној фази збрињавања, акутног коронарног синдрома, као и рехаби-

литационом третману након завршеног лечења (рехабилитациони центри или дневне болнице за рехабилитацију). Оснивање специјализованих јединица за падове, инконтиренцију, цереброваскуларне акциденте, као и осталу актуелну геријатријску патологију. Програми едукације и практичне обуке (континуирана медицинска едукација на Медицинском факултету у Београду, конгреси, семинари у оквиру Геронтолошког друштва Србије, Геријатријске секције Српског лекарског друштва). Стручна и друга помоћ и подршка службама примарне здравствене заштите и неспецијализованим болницама које немају профиле типа геронтолога и геријатара, као и израда водича добре праксе за негу, у великој мери допринело би бољем збрињавању и дужој функционалној способности оболеле старе особе.

Геријатријске клинике, центри и институти морају бити носиоци развоја геријатријске медицине. Геријатријска одељења или постелје у оквиру постојећих одељења у болничким центрима у Србији чине се најрационалнијим и економски најприхватљивијим решењем. Геронтолошки заводи за кућну негу и лечење оправдали су своје постојање и захтевају даљи развој и улагање од стране заједнице. Куће сестринске неге су реална потреба, а треба размотрити могућност развоја одељења за дugo лечење старих пренаменом постојећег постельног фонда оних одељења која не могу функционисати по тржишном принципу.

## **Литература**

1. Neil M.Resnick, David Dosa: Geriatric Medicine, In: Dennis L.Kasper, Anthony S. Fauci, Dan L.Longo, Eugene Braunwald, Stephen L. Hauser, J.Larru Jameson: Harrisons principles of Internal Medicine, 16th Edition, McGraw-Hill, Medical Publishing division, 2005:43–66.
2. Младен Давидовић, Драгослав П. Милошевић, Снежана Ђурица, Радмила Стевић: Хоспитална геријатрија у : Новине у унапређивању квалитета живота у старости, Геронтолошко друштво Србије, ВМД, Београд, 2004:194–199.
3. Cohen HJ,Feussner JR, Weinberger M, et all.A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management, N eng J Med 2002: 346:905–912.

4. C.S.Landfeld, R.M.Palmer, D.M.Kresovic et all. A Randomized Trial of Care in a Hospital Medical Unit Especially Designed to Improve the Functional Outcomes of Acutely Ill Older Patients, *New Eng J Med* 2002; 332:1338–1344.
5. J.G.Evans and R.C. Tallis: A new beginning for care for elderly people – *BNJ*,2001; 322:807–808.
6. Tinetti MP: Preventing falls in elderly persons. *N Eng J Med* 2003; 348:42.
7. Mladen Davidović, Dragoslav P. Milošević: Are all dilemmas in gerontology being swept under the carpet of intra-individual variability? *Medical Hypotheses*, 2006; 66:432–436

**Стручни и научни радови****Да ли стари људи имају будућност?<sup>\*</sup>  
( трећи српски устанак за опстанак )***M. Младеновић<sup>1</sup>*

У наслову и поднаслову мог реферата на помало књижевни начин постављена су фундаментална питања за опстанак српског народа.

Овога пута моја пажња биће усмерена само на Србију.

Овде није реч о томе да ли ће стари „доживети стоту“, или ће инкарнацијом да се претворе у своје потомке, или анђеле. Зна се како се завршава животна путања старих људи. Овде је реч о томе да ли ће свако од нас доживети срећну старост и да ли ће уопште доживети старост ако се настави суноврат нашег друштва које је имало све услове да буде много богатије и много срећније, а доживело је судбину да буде најсиромашније и највише сатанизовано друштво у Европи.

Добро су познати и узроци и последице ове наше катализме. Крајњи резултати су катастрофални. Зато је важно питање какав је положај старих људи у таквом друштву, шта их очекује и каква је њихова судбина као генерацијске и социјалне групације.

Има више показатеља њиховог положаја. У сиромашном друштву стари људи су најсиромашнија скупина. У друштву у коме се брак и породица распадају, стари су врло често одбачени. И сама еволуција постиндустријског друштва не иде у прилог породичној и брачној идили. Посебан проблем је здравље и могућност медицинске заштите старих. И усамљеност, често нездадовољство и огорченост, пратиље су овог животног доба. Отуда и честа самоубиства. Стари су и

најнеобразованији, неписмени или полуписмени, многи су без икаквих обезбеђених прихода. Посебан је случај старих људи на селу. Они су у многим селима остали једини чувари породичног огњишта јер су млади отишли у градове или у иностранство.

Дакле, овде је реч о томе да ли ће стара генерација моћи да преживи социјалне, економске, а нарочито демографске потресе у нашем друштву. Ако старост није испуњена људским садржајима, поставља се и питање живота у старости.

О социјалним и економским потресима више пута сам говорио. Говорио сам и о демографском аспекту. У својој монографији „Србија – свећа која догорева“ овај проблем посматрао сам из више углова. Поред свих ратова које смо изгубили крајем 20. века, изгубили смо и најважнији: демографски рат. Ту смо до ногу потучени. Посебно је тужна прича о Косову, али не само о Косову. Косово је наша највећа изгубљена битка. Већ пре двадесет и више година предвиђао сам још један косовски бој и још један косовски пораз. Подсећам на моје чланке и интервју: „Косово – оаза афричког наталитета“, „Демографски рат за етнички чисто Косово“ и многе друге.

Судбина старих зависи од судбине деце и омладине. Ако млади нестају, то је смртна пресуда старим људима. Оне не могу да преживе губитак младости. Лажна је утеша да се у савременом друштву продужава животни век старих. И у развијеним земљама смањује се број младих, јер је наталитет доста ни-

\* Саопштено на „VII Националном геронтолошком конгресу“, Врњачка Бања, мај 2006.

<sup>1</sup> Проф. др М. Младеновић, професор Правног факултета у Београду.

зак. Али, богати су богати, они могу да купе и туђу децу, могу да их увезу као и сваку другу робу. За разлику од њих, ми не можемо никога да купимо, нас јефтино купују. Уместо робе, ми извозимо децу, легално или илегално. Чак је и трговина белим робљем јако развијена. Богате земље асимилирају дошљаке, нас дошљаци асимирају. Нестајемо, топимо се као коцка шећера у мало воде. Срби су били народ матица за већину балканских народа, били су цин, а сада – патуљак. Могли смо имати данас 27 милиона становника, а има нас у матици само шест милиона и још четири милиона у расејању. Ускоро ће у расејању бити више (бивших) Срба негу у матици.

Ми нисмо само сиромашни, нисмо само лаковерни, нисмо само „мек“ народ кога је лако превести у друге вере и народе. Због великог черупања и због наших „лудости малених“ ми смо постали и најостарелији народ у Европи, а међу старачким лидерима, и у свету. Од 161 општине (без Косова) у 131 општини становништво се налази у дубокој (просек преко 41 године) и најдубљој демографској старости (просек преко 51 године). Ускоро ће све општине, осим пар њих на југу Србије, бити у најдубљој демографској старости.

Према томе, све је мање младих, а све је више старих, све више је умрлих него рођених. Деца се не рађају из много разлога који нису предмет овог реферата. Ипак, најважнији су:

- стари људи постају доминантна група,
- рапидно се смањује рађање,
- масовни легални абортуси,
- нестанак села,
- масовно исељавање из земље,
- убrzани губитак народа у светским и грађанским ратовима,
- отпадање од матице делова тела српског народа (Косово, Црна Гора, касније можда и Војводина, Рашка, Влашка, шумадијска нахија, док не стигнемо до краја, Београдског пашалука)
- тешка привредна криза,
- губитак оптимизма, сиромаштво, беда и очај, итд.

Треба разбити „заверу ћутања“ лидера на јавним медијима, параду лаика, дилетаната, недоучених глобалиста који стварају погрешну слику о наталитету, на пример, није важан квалитет већ квалитет. Шта ћемо с квалитетом на Косову? И шта ћемо с толиким „квалитетним“ старим људима у Србији?

Да бих избегао жалопојке о томе како нас је судбина преварила, табеларно ћу приказати најновије демографске податке. Подаци су из 2004. године.

**Табела 1.** Број живорођених, број умрлих, природни прираштај, за округе Централне Србије и Војводине

Округ	Број умрлих	Број рођених	Природни прираштај
Р. Србија	78186	104320	26134
Севернобачки	1961	3150	1189
Средњебанатски	1997	3373	1376
Севернобанатски	1544	2725	1181
Јужнобанатски	3206	4644	1438
Западнобанатски	1875	3298	1423
Јужнобачки	6602	8107	1505
Сремски	3021	4467	1446
Мачвански	3369	4596	1227
Колубарски	1704	2758	1054
Подунавски	2308	2927	619
Браничевски	2181	3152	971
Шумадијски	3255	3871	616
Поморавски	2504	3693	1288
Борски	1401	2315	914
Зајечарски	992	2640	1648
Златиборски	3189	3771	582
Моравички	2053	3056	1003
Рашки	4532	3387	1445
Расински	2497	3816	1319
Нишавски	3691	5235	1544
Топлички	1070	1603	533
Пиротски	839	1776	937
Јабланички	2564	3414	840
Пчињски	3644	2553	1051
Град Београд	16276	19993	3717

**Табела 2.** Подаци изражени у процентима живођених и умрлих:

Округ	Проценат рођених	Проценат умрлих
Р. Србија	10,5	14,0
Севернобачки	9,9	15,9
Средњебанатски	9,8	16,5
Севернобанатски	9,5	16,8
Јужнобанатски	10,3	14,9
Западнобанатски	9,0	15,8
Јужнобачки	11,1	13,6
Сремски	8,9	13,2
Мачвански	10,4	14,1
Колубарски	9,0	14,6
Подунавски	11,0	14,0
Браничевски	11,0	15,9
Шумадијски	11,0	13,1
Поморавски	10,7	16,4
Борски	9,8	16,3
Зајечарски	7,4	19,7
Златиборски	10,3	12,2
Моравички	9,2	13,7
Рашки	15,4	11,5
Расински	9,8	14,9
Нишавски	9,7	13,8
Топлички	19,7	16,0
Пиротски	8,2	17,3
Јабланички	10,8	14,4
Пчињски	15,9	11,1
Град Београд	10,2	12,6

Сви ови подаци су врло јасни. Живот се састоји из три циклуса: младост, средњи циклус и старост. Сви они су у тесној каузалној вези. Ако пукне један сегмент, долази до кризе. Најзначајнији су први и други период живота. Рађањем се обезбеђује биолошка обнова. Средња генерација обезбеђује имовинску сигурност и обнову генерација. У сиромашним друштвима стари људи су представљали изразиту мањину. Прва половина 20. века означавала се као „век детета“. Друга, као „век стarih“. У богатим друштвима

**Табела 3.** Природни прираштај у 2004. години по окрузима:

Округ	Природни прираштај
Р. Србија	3,5
Севернобачки	6,0
Средњебанатски	6,7
Севернобанатски	7,3
Јужнобанатски	4,6
Западнобанатски	6,8
Јужнобачки	2,5
Сремски	4,3
Мачвански	3,8
Колубарски	5,6
Подунавски	3,0
Браничевски	4,9
Шумадијски	2,1
Поморавски	5,7
Борски	6,4
Зајечарски	12,3
Златиборски	1,9
Моравички	4,5
Рашки	3,9
Расински	5,2
Нишавски	4,1
Топлички	5,3
Пиротски	9,1
Јабланички	3,5
Пчињски	4,8
Град Београд	2,3

ма стари нису тако беспомоћни и напуштењи. Они се масовно враћају на историјску позорницу. Зато је деце све мање.

У нашем друштву пукла су сва три животна циклуса. Деца се не рађају, млади људи напуштају земљу, средња генерација је осиромашила, без запослења, без наде и без деце. Стари масовно умиру. Све чешће умиру и људи средњих година, умиру и млади. Стање је поражавајуће.

Најтежа последица је губитак становништва. Стари више умиру него што се деца рађају. Тај процес је узео велике разmere.

Захватио је целу Србију, осим неколико општина на југу Србије са претежним албанским становништвом. То показују подаци из предњих табела. Зато већ одавно не постоји природни прираштај становништва у Србији. Ако се томе дода и масовно исељавање из земље, Србија ће ускоро постати пуста земља. То је општепозната ствар. Једино није позната политичарима.

Прети опасност да једнога дана у Србији остану само стари људи. У свим земљама на једног пензионера долазе три радника, код нас на једног радника 1,3 пензионера. Ускоро ће на једног радника долазити два пензионера, а ако дође до апокалипсе – и три. То је крај, то је смрт једног друштва. Ја сам ту сцену упоредио са Нојевим ковчегом који је пробушен на стотину места. Сви смо се упрегли да крпимо рупе, али без успеха. Остатак имућних са својим капиталом бежи на Девичанска острва, млади искачу, неки се удаве, неки допливају чак до Аустралије. Остаје још само мало деце и много старих. И Нојев ковчег тоне, не стижу у обећану земљу.

То је та апокалиптична слика која је могућа, чак и вероватна ако се нешто хитно не предузме. Ја сам 17. јануара 2003. године основао Удружење „Опстанак“ за борбу против „белe куге“ и за обнављање становништва. Идеја је да сва три животна циклуса буду обухваћена програмом ревитализације. Ипак, најзначајнији је први циклус, треба обновити рађање деце. Треба нам најмање четворо деце по једној мајци да би опстали као народ.

Скупштини Србије поднет је још крајем 2004. године Преднацрт закона о обнављању становништва и о заштити мајке и детета, али Скупштина не жели да га уврсти у дневни ред заседања.

14. фебруара 2006. године одржана је Годишња скупштина Удружења „Опстанак“ на којој су усвојени закључци и предлози од историјског значаја. Зато сам се усудио да их овде наведем у целости:

„1. Скупштина утврђује да српски народ убрзано нестаје, а да ни власт, ни опозици-

ја, ни председник државе, ни председник владе, ни министри, ни посланици, ни политичари уопште нису спремни ни способни да схвате трагичан положај у коме се српски народ налази.

Њихови наследници половином 21. века суочиће се са чињеницом да су неки други народи са југа, севера, истока и запада, дошли чак до Београда и да су ту остали. И тада, као и данас на Косову, биће узалудне петиције међународној заједници да се казне агресори који су освојили Србију. Истина је да су је неспособни политичари већ давно изгубили, још крајем 20. и почетком 21. века.

2. Српски народ је на историјској прекретници. Не само да и овог пута будемо понављачи као више пута у 20. веку и да промашимо нове историјске капије у 21. веку. Ово поколење има велику одговорност.

3. Србија је мултиетничка заједница и дужна је да се стара о свим својим грађанима. Они су једнаки у правима и дужностима без обзира на националност, расу, пол, језик, вероисповест, образовање или друштвени положај. Република Србија у овој области никада није чинила никакву дискриминацију, често и на штету народа. Зато је он понекад имао мање права него националне и верске мањине. Ово је последњи час да се спасе Нојева барка која тоне. Уместо 27 милиона, према прорачунима, у Србији има сада само 6 милиона Срба!

4. У епохалне задатке, дакле, спада **израда потпуно новог система бриге о обнављању становништва**. Он би био основа за предузимање дугорочних мера. Циљ Удружења „Опстанак“ је да укаже на те мере. Није свеједно да ли ћемо за 50 година доживети судбину Косова и Метохије, а за 100 година судбину Хазара, Маја, Инка. Други народи користе наше слабости и освајају опустелу земљу, земљу без омладине, са најстаријим народом на планети и ускоро, земљу без народа, са три Србије убијене путем легалног абортуса, са четири милиона изгинулих у ратовима, четири милиона одбелих из земље, четири милиона гладних и

бедних и стотинама хиљада пртераних и расељених.

5. Зато се предлаже најхитније **увођење ванредног стања** у области популационе политике. Убрзано нестање народа већа је опасност и од највећих елементарних непогода, земљотреса, поплава, вулкана. То је најважније питање од свих других питања. Оно мора бити уграђено у све правне акте, у сва морална правила, у све поступке свих чланова српске заједнице у матици и дијаспори. Нико не може да буде истински лидер једне државе, једне партије, нико не може да буде премијер, ни министар, ни политичар, ни другоразредни члан било ког покрета у Србији ако на прво место не ставља питање деце. Исту обавезу имају и сви органи Српске православне цркве.

6. Предлаже се **битна промена система вредности**, морално очишћење од политичког примитивизма, егоизма, привилегија, неслога, сукоба, деоба, ината, корупције, криминала, пљачки и безвлашћа. Сваки политичар мора најпре да положе испит из морала на личном примеру, посебно у броју деце и потомака.

7. Предлаже се **битна промена стратешког односа према деци**. Децу треба прогласити за **највећу вредност друштва**. Све друштвене, политичке, социјалне, васпитне, образовне, здравствене и културне делатности морају створити нови систем вредности на чијем врху стоји „**Његово величанство – ДЕТЕ**“.

8. Предлаже се рехабилитација материинства. Свака жена има право да врши избор. Врхунске интелектуалке не морају се оптрећивати децом, али немају право да своју идеологију намећу оним женама које хоће и које могу да рађају ако их држава за то багато награди, увођењем пореза у корист деце – „дечји динар“ и низом других (добровољних) давања које предвиђа Преднацрт закона о обнављању становништва и заштити мајке и детета. Треба створити **култ материинства и донаторства** путем специјалних каса у свим храмовима и свим цивилним установама и у матици и у дијапори.

9. Скупштина сматра да треба остварити **пројекат о заједничком деловању матице и**

**дијаспоре** преко Министарства за дијаспору, Православне цркве и невладине организације у матици и дијаспори (посебно са Конгресом Српског уједињења), са једним циљем да се битно побољша наталитет у матици, да се успори одлазак грађана из Србије и да се обезбеди систематски повратак расељених у отаџбину.

10. Значајан део у спровођењу свих задатака из овог пројекта борбе против „белe куге“ треба да преузме **Српска православна црква, како у матици тако и у дијаспори** (јер је она највећи кохезивни фактор), посебно слањем порука верницима у прилог рађања, увођењем каса према пројекту „Српска породица – Бели анђео“, зближавањем матице и дијаспоре и апелима да се Срби враћају на своја стара огњишта.

11. Предлаже се да у нови Устав Србије буде уграђен одељак о борби против „белe куге“ и о обнављању становништва. Поред одредбе о слободном родитељству, треба уградити и одредбе о огромној одговорности државе да се новчаним и свим другим средствима подстиче рађање деце, нарочито у оквиру оних националних и верских заједница које су највише угрожене.

12. Предлаже се покретање расправе у Скупштини Србије о „**Нацрту закона о обнављању становништва и о заштити мајке и детета**“, које је поднело Удружење „Опстанак“ још крајем 2004. године. У њему су обухваћена готово сва питања која су од значаја у спречавању биолошке смрти угроженог српског народа:

- стварање Фонда „**четврто дете**“ (Дечји динар) и увођење пореза „Дечји динар“, по принципу: од сваког правног посла мали проценат за децу,
- пример Фондације „**Српска породица – Бели анђео**“ стварањем специјалних каса за донације по храмовима, амбасадама, конзулатима у дијаспори, али и у матици, у корист рађања деце,
- **антинаталитетску политику** у свим њеним сегментима треба заменити **пронаталитетском политиком**,

- укидање пореза на дечје артикле,
- битно сузбијање легалних абортуса, лечење стерилитета,
- повећање породиљских и дечјих додатака и других давања, продужење трајања породиљског одсуства,
- могућност да мајка после трећег детета добије плату као да је у радном односу из добровољних прилога православне цркве и других фондација,
- увођење „бећарског пореза“ који плаћају имућни, неожењени и неудати, и они у браку без деце,
- додатни порез на врло имућне грађане, осим ако су донатори,
- добровољне донације, спонзорства, проценат од лутрије, од игара на срећу, од поштанских марака итд.,
- стамбена политика у корист породица са више деце,
- реформа наследног права сужавањем круга законских наследника у корист дечјих фондова,
- деметрополизација градова и програми враћања селу, бесплатна додела напуштене сеоске земље онима који желе да је обрађују,
- систематско васпитање за брак и породицу, увођење предмета „Социологија породице“,
- ангажовање свих медија у пропаганди пронаталитетске политике,
- у стварању мреже породичних и брачних саветовалишта, агенција за склапање брака и др.,
- враћање позитивној српској и европској традицији, оживљавање старих обичаја, веридба, рано склапање брака, јачање брака и породице, посебне почести и награде породицама са више деце, борба против масовних развода, итд.,
- посебна свестрана брига о старим људима, како у матици, тако и у дијаспори, са програмом изградње мреже домова за старе повратнике из дијаспоре, поред свих других мера у корист старијих лица из ма-

тице, које разрађује Геронтолошко друштво Србије и Институт за геронтологију,

- борба против друштвене патологије, насиља у породици, као и злоупотребе деце,
- лечење самоубилачког синдрома код Срба, од грађанских ратова, сеоба, деобра, сукоба и ината због чега највише деца страдају.

#### 13. Држава мора да створи **нове органе**:

- a) Министарство за породицу (ONO постоји у свим државама);
- b) Савет за обнављање становништва на чијем челу би био председник Србије, а чланови – најугледнији и најумнији грађани;
- c) Велика скупштина (Свесрпски сабор) матери и дијаспоре, који би се састајали сваке године крајем маја, а пре тога регионалне скупштине у свим деловима света са циљем да се сведу резултати донаторства у току године и одреде нови задаци и програми. Према Пројекту на челу Велике скупштине било би трочлано председништво: српски патријарх, председник САНУ и представник дијаспоре.

14. Усваја се предлог да „Опстанак“ прерасте у „**Трећи покрет**“, **свенародни невладин, нестраницки покрет** и у матери и у расејању, под називом „**Трећи српски устанак за опстанак**“, на основу два пројекта: Фонд „Дечји динар“ („Четврто дете“) и Фондација „Српска породица – Бели анђео“. Применом ових пројеката убрала би се велика средства у новцу, у динарима и у девизама, као и у другим даровима.

15. Проглашава се 14. фебруар (Свети Трифун и Дан заљубљених) као **Дан опстанка српског народа**. То би била и слава „Опстанка“.

16. Предлаже се образовање репрезентативног тела, Савета, у оквиру новог Покрета од најугледнијих грађана Србије под називом „**Окуп за опстанак**“.

17. Упутити проглас свим **удружењима и хуманитарним организацијама** које се баве сличним пословима да се приклуче Покре-

ту у било каквом облику (од спајања до споразума о сарадњи).

18. Окупити све **политичаре, научне, културне, просветне, здравствене, социјалне и друге раднике**, посебно представнике Српске православне цркве на челу са **патријархом**, да нам се придрже.

19. Да не би дошло до неравноправности националних мањина са српским народом, предвиђа се у нашем Пројекту селективни приступ. Наиме, после трећег детета, тамо где би држава излазила из уставних оквира, улогу допунске демографске стимулације морају да преузму Српска православна црква и неке невладине организације. Право да штите своје припаднице имају и све друге националне, верске и хуманитарне институције свих националних мањина и свих верских заједница.

20. Због потребе да се са научних прогноза пређе на њихову примену у пракси, оснива се **Факултет за демографију и популациону политику** који би стварао стручњаке за примену стратешких праваца популационе политике.

На крају, порука са Скупштине новог „**Покрета за опстанак**“ од 14. фебруара 2006. године, лидерима, министрима, посланицима, политичарима:

**Господо, ви ћете бити највећи кривци ако српски народ сиђе са историјске сцене и претвори се у мит о новој Атлантиди. Научите се да гледате даље од свога цепа! И да схватите да не живимо само за данас и само за нас, већ и за сутра и за прекосутра и за наше потомство, децу, унуке, праунуке. Не дозволите да Вас се они стиде, или да Вас проклињу!**

**Морамо вратити наду у будућност! Последњи је час! Неопходан је „Трећи српски устанак за опстанак!“**

Ово није само прича о деци, ово је прича и о старима.

Предлажем да Покрет „Опстанак“ и Геронтолошко друштво Србије склоне уговор о сарадњи и о заједничким акцијама у популационој политици са циљем да се не само побољша квалитет живота у старости, већ првенствено и у младости. Ако не вратимо децу на историјску сцену, прича о старима је завршена. О квалитету живота не може бити ни говора.

Због потребе да се са научних прогноза пређе на њихову примену у пракси, неопходно је оформити **Факултет за демографију и популациону политику** који би стварао стручњаке за примену важних стратегијских праваца популационе политике.

Сан је свих нас да цео наш живот буде достојан човека.

Зато је потребан „Трећи српски устанак за опстанак“, јер ћемо до краја 21. века нестати као народ. Бићемо народ без будућности.

Стога и постављам питање: да ли стари имају будућност? Њихова будућност зависи од питања: да ли млади имају будућност?

Не треба дозволити да се кроз 20–30 година одржава светски конгрес о спасавању Срба, као данас Монгола. Монгола је било много милиона, а сада их има само 1.800.000. Некада су владали планетом, сада су као исушена стабла на пустој земљи. И Руса је сваке године милион људи мање, а Срба скоро 40.000, не рачунајући реку емиграната која прети да сасвим испразни земљу.

Дакле, ако хоћете квалитет живота у старости спречите антинаталитетску политику, помозите да се деца рађају, спречите одлазак младих из земље, вратите натраг у земљу и младе и старе, вратите памет и дезизе.

**Стручни и научни радови****Систем интегрисане здравствене заштите\***Љ. Жикић<sup>1</sup>**Увод  
Препорука СЗО**

Интегрисана здравствена заштита јесте синоним за добро планирану и организовану политику здравствене заштите, чији је крајњи циљ обезбеђивање квалитета, како пружених услуга, тако и квалитета живота пацијената, уз максималну рационализацију трошкова заштите. Концепција интегрисане здравствене заштите налази се у средишту расправа о будућим правцима развоја у готово свим земљама широм света.

Колико је систем интегрисане здравствене заштите актуелан говори нам и чињеница да је СЗО формирала Европску регионалну канцеларију за интегрисану здравствену заштиту, (WHO European Regional Office for Integrated Health Care), са седиштем у Барселони. Основни циљ активности ове Канцеларије јесте да се кроз развој интеграције услуга здравствене заштите унапреди здравље популације, побољша квалитет организације, унапреди задовољство корисника и рационализацију трошкови заштите. Циљ активности Канцеларије јесте да се кроз различите активности и пројекте земље европског региона подрже и подстакну на унапређење капацитета за обезбеђивање високо квалитетних услуга здравствене заштите.

Европска регионална канцеларија СЗО сугерисала је приоритетне правце развоја система здравствене заштите са нагласком на развој интеграције услуга, подвлачећи да:

- земље у региону треба да развијају примарну здравствену заштиту оријентисану више ка породици и локалној заједници и подржану флексибилном и одговорном болничком заштитом.

- Посебно треба инсистирати на следећем:
- земље у региону треба да развијају системе примарне здравствене заштите осигуравајући континуитет заштите, кроз ефикасне и економски рационалне системе **упућивања ка, и добијања повратних информација од**, секундарних и терцијалних система болничке заштите;
  - земље у региону треба више да се усмере на образовање породичних лекара и медицинских сестара који би представљали „срж“ примарне здравствене заштите, уз тесну координацију са интердисциплинарним тимовима, како у области здравствене, тако и у социјалној и другим видовима заштите;
  - земље у региону треба да развијају такав систем обезбеђивања услуга здравствене заштите који ће фаворизовати учешће појединача, породице и локалних заједница.

**Дефиниција и различића  
штумачења појма „систем  
интегрисане здравствене заштите“**

Светска здравствена организација, на основу већ примењених сазнања и искустава, сугерисала је следећу дефиницију: „**Интегрисана заштита је концепт који спаја све ин-**

\* Саопштено на „VII Националном геронтолошком конгресу“, Врњачка Бања, мај 2006.

<sup>1</sup> Прим. др сц. Љиљана Жикић, директор Градског завода за геронтологију, кућну лечење и негу Београд.

**путе, менаџмент и организацију услуга које су усмерене на дијагностиковање, лечење, негу, рехабилитацију и промоцију здравља. Интеграција значи унапређење услуга у циљу постизања боље доступности, квалитета, задовољства корисника и економске ефикасности“.**

Многе земље у европском региону увеле су различите механизме како би постигли бољу интеграцију здравствених система. Иако уведени механизми у већини случајева имају исти циљ, суштина се често разликује. Неке стратегије су усмерене на преузимање уско специјализованих професионалних сазнања и то у циљу фаворизовања интердисциплинарних тимова. Са друге стране, неки су се усмерили на интегрисање различитих нивоа заштите. Овакви различити циљеви представљају различите врсте интеграције: **хоризонталну и вертикалну интеграцију**.

Хоризонтална интеграција се односи на стратегију повезивања сличних нивоа заштите, тј. подразумева повезивање услуга на истом нивоу, као нпр. формирање мултидимензионалних и интердисциплинарних тимова или повезивања установа које се баве сличном врстом услуга, нпр. координација установа које се баве секундарном здравственом заштитом старијих.

Вертикална интеграција подразумева стратегије које су усмерене на повезивање различитих нивоа заштите, нпр. примарне, секундарне и терцијалне.

### ***Захтеви и предуслови за спровођење реформи здравствене заштите: развој интеграције услуга***

Демографске и епидемиолошке промене, нарастајућа очекивања становништва и права пацијената наметнули су захтеве за реформама здравственог система. Са друге стране, напредак медицинске технологије и информационих система, као и рецесија услед економских притисака створили су предуслове за спровођење реформи. Колико год први по-

менути фактори диктирају потребу за реформама, толико ови други, као што је напредак медицинске технологије, пружају могућност да се оне и спроведу.



**Шема 1.**

### **Фактори који подржавају спровођење реформи**

(1) Демографске пројекције указују да ћемо до 2025. имати једну трећину светске популације старију 65 и више година. Потребе за услугама здравствене и социјалне заштите код индивидуа расте са порастом година старости. Пораст популације старијих представља изазов за организовање и обезбеђивање услуга заштите, између остalog, због питања финансирања континуираног растућег броја захтева за услугама. Једноставно речено, актуелни захтеви резултирају из процеса демографске транзиције.

(2) Са епидемиолошке тачке гледишта старење популације значајно утиче на промене морбидитета. Заступљеност хроничних оболења расте са порастом година старости. Хронична стања свакако захтевају комплексније форме лечења и неге у односу на акутна стања. У циљу постизања економске ефикасности у процесу третирања хроничних стања, институције здравствене заштите требало би више да се ангажују на обезбеђивању превенције на нивоу примарне, секундарне и терцијалне заштите.

Суштина захтева, са епидемиолошке тачке гледишта, представља присуство мултипле патологије праћене поремећајима у

функционалним, психолошким и социјалним димензијама, које могу бити значајно квалитетније збринуте од стране интегрисаних форми здравствене и социјалне заштите.

(3) Трећи фактор који диктира захтев за реформом здравственог система јесте пораст индивидуалних очекивања пацијената. Пацијенти постају боље информисани и упознати са својим правима, што резултира и њиховим већим очекивањима.

### Фактори који подржавају спровођење реформи

(1) Развојем информативних и комуникационих технологија створени су предуслови за интеграцију одељења, институција, институција и унапређење доступности услуга.

(2) Нове медицинске технологије имају важан утицај на обезбеђивање услуга здравствене заштите. Промене у процедурима лечења, иновације у лабораторијском раду, уређаји за праћење болесника у кућним условима, портабилна медицинска опрема итд. намећу потребу за развојем нових интегрисаних видова услуга здравствене заштите.

(3) Коначно, не треба заборавити на економске приступе за рационализацијом трошкова здравствене заштите. Наиме, по статистикама СЗО, на болничко лечење уобичајено одлази од 40 до 80 процената укупних трошкова здравствене заштите. Стoga, није неочекивано што правци реформе иду ка рационализацији трошкова болничког лечења. Данас краћи и бржи дијагностички поступци и третмани утичу на краће трајање хоспитализације и тако повећавају доступност болничким капацитетима и дозвољавају да се обави већи број интервенција за исту количину времена.

### Бенефишори система интегрисане здравствене заштите

Без интеграције на различитим нивоима обезбеђивање здравствене заштите може бити парцијално и непотпуно. Пацијенти су први који су на губитку, квалитет услуга мо-

же бити знатно умањен, задовољство корисника опада, и коначно, рационализација трошкова здравствене заштите може бити доведена у питање. Из овога се види да су бенефиције и бенефитори процеса интеграције услуга заштите многобројне, односно многобројни. Несумњиво је да су *менаџери* на првом месту по заинтересованости за реформу здравствене заштите у правцу увођења система интегрисане заштите због квалитета и ефикасности обезбеђиваних услуга интегрисане здравствене заштите.

У току 70-тих и 80-тих година *лекари* су постали веома заинтересовани за примену ове системске теорије у оквиру својих професионалних области. Овакво интересовање уследило је као одговор на интензиван развој медицинских специјализација, што је водило ка дезинтеграцији професионалне праксе и фрагментацији заштите пацијената. На крају двадесетог века, као одговор на овакве тенденције, нагло је порасла свест о значају породичног лекара који фаворизује идеју да је медицини потребно виште интеграције. Породични лекар не делује само у оквирима своје специјализације и клиничке праксе, већ такође повезује велики раскорак између медицинских и социјалних проблема.

Са становишта *вулнерабилних појулационих група*, пре свега, хронично оболелих којима је потребна дуготрајна континуирана заштита и нега, *интеграција и континуитет* су важна питања. У популационе групе које имају значајне бенефиције од интегрисане и континуиране здравствене заштите спадају **стари и хронични болесници**. Вулнерабилне индивидуе са мултиплом патологијом и хроничним оболењима имају комплексне потребе, које су често само делом медицинске, а делом психолошке и социјалне. Такви пациенти суочавају се са потешкоћама свакодневног живота и имају потребу за читавим спектром услуга обезбеђених од различитих сервиса, служби или установа. Они истовремено захтевају и услуге лечења и услуге неге, како у кући, тако и у институционалном окружењу. Оваква хронична, најчешће инкурабилна и непредвидљива стања,

представљају изазов за пацијента, породицу и здравствене службе.

Одговорити адекватно на комплексне потребе хронично оболелих старих није једнотавно. Проблеми уобичајено укључују потешкоће у *процени свеобухватајних потреба, комуникативног обезбеђивања свих потребних услуга, координацији различитих служби, институција и сервиса, у обезбеђивању континуитета неге, у праћењу и одржавању здравственог стања и функционалне способности*. Овакве потешкоће су, виште или мање, заједничке за већину земаља.

#### **Повезивањем, координацијом и интеграцијом услуга на свим нивоима потешкоће је могуће отклонити или бар ублажити.**

Светска искуства указују да су реформе и иницијативе у правцу развоја интеграције услуга најприступније на нивоу здравствене заштите, нарочито секундарне здравствене заштите, и то кроз координацију одељења и сарадњу мултидисциплинарних и интердисциплинарних тимова. У већини земаља интеграција услуга између здравствене и социјалне заштите не постоји. Најчешћи разлози су што системи социјалне заштите остају недовољно финансирали, врло често је њихов значај потцењен, мање је укључен у обезбеђивање услуга и мало се даје на професионално усавршавање.

Врло је важно схватити да популација старих има потребу за интеграцијом услуга различитих нивоа здравствене заштите, као и за интеграцијом услуга између здравствене и социјалне заштите. Из тих разлога реформе треба да буду усмерене у правцу интеграције услуга здравствене и социјалне заштите, као и у правцу унапређења оних врста услуга које су до сада биле маргинализоване.

### ***Здравствена заштита старих у Београду***

*Искуство Градског завода за  
геронтологију, кућно лечење  
и негу – Београд у примени стапарада  
инспирисане здравствене заштите*

Здравствена заштита старих у Србији регулисана је Уставом и Законом о здравстве-

ној заштити одраслих лица. У складу са демографским, епидемиолошким и економским променама, као и развојем медицинске технологије, здравствена заштита, како у свету, тако и код нас, претрпела је добра промена у последњих неколико деценија.

Популацији старих кроз постојећи систем здравствене заштите у нашој земљи **примарна заштита** се обезбеђује кроз услуге домаћа здравља и службе кућног лечења. **Секундарна и терцијална здравствена заштита** обезбеђује се кроз две врсте капацитета: институционалне и ванинституционалне.

Институционална здравствена заштита, специфично популацији старих, обезбеђује се у геријатријским јединицама у оквиру клиничко-болничких центара у Београду и у стационарима у оквиру дома за старе, односно геронтолошким центрима. Приметан је недостатак институционалних капацитета намењених здравственој заштити старих. Другачије речено, недостаје већи број геријатријских болница, односно геријатријских одељења, у којима би се адекватно одговорило на здравствене потребе старих, имајући у виду њихову укупну физичку, менталну и психосоцијалну различитост од осталих група, као и специфичну и атипичну симптоматологију оболења у старости.

Услуге ванинституционалног лечења и неге у Београду обезбеђује Градски завод за геронтологију, кућно лечење и негу као јединствена здравствена установа која пружа услуге кућног лечења и неге. С обзиром на то да је ванинституционална заштита један од најхуманијих и најрационалнијих видова збрињавања, постоји општа сагласност да је потребно подстицати даљи развој **кућног лечења и неге популације старих**. Нарочито је потребно успоставити и даље развијати овај вид заштите у унутрашњости земље, пре свега, на југу Србије и у руралним окружењима, где су мање доступни институционални и ванинституционални капацитети намењени здравственој заштити старих.

Специјализоване установе за збрињавање умирућих пациентата, као што су хосписи

или одељења палијативне неге у Београду и Србији не постоје. У протекле две године било је организовано више стручних састанака и семинара намењених увођењу стандарда палијативне неге код нас. Новим Законом о здравственој заштити пружање услуга палијативне неге званично је постало део свакодневних активности Завода.

У свакодневном раду Завод примењује основне принципе и стандарде система интегрисане здравствене заштите.

### **Хоризонтална интеграција: Холистички и мултидимензионални приступ у обезбеђивању услуга заштите\***

У дефинисању мера и обезбеђивању услуга здравствене заштите популацији старих Завод инсистира на примени принципа савремене геријатрије и геронтологије. Један од неприкосновених принципа јесте не само мултидимензионални приступ у процени стања здравља, већ и социјални, функционални статус оболелог и субјективна процена здравља. Овакав приступ изискује тесну координацију мултидисциплинарног тима, почев од лекара опште медицине, лекара специјалисте – геријатра, психогеријатра, физијатра, затим нутрициониста, психолога, социјалног радника, медицинску сестру. Холистички приступ пацијенту и мултидимензионални приступ лечењу захтева тесну сарадњу и координацију различитих специјалистичких одељења унутар Завода.

На нивоу саме установе инсистира се на тесној сарадњи и координацији свих поменутих учесника у процесу пружања услуга лечења и неге како би се потребе пацијента у целости сагледале и третиране. Оваква филозофија процеса обезбеђивања услуга здравствене заштите представља хоризонталну интеграцију и она у свакодневној пракси пружања услуга здравствене заштите у Заводу постоји и на њој се инсистира.

### **Вертикална интеграција или интеграција различитих нивоа заштите: унапређење квалитета живота и унапређење квалитета услуга здравствене заштите**

Кроз свакодневне активности на заштити популације старих Завод пружа услуге примарне, секундарне и терцијалне здравствене заштите, што представља пример изванредне интеграције различитих нивоа заштите у оквиру једне институције. Наиме, на нивоу примарне заштите Завод обезбеђује свакодневно амбулантно лечење и ради на превенцији настанка и компликација оболења, као и на промоцији здравља и превенцији патологије старења. Такође, кроз стручно-методолошки рад Одељења за унапређење квалитета здравствене заштите старих, Одсека за геријатрију и Одсека за социјалну медицину ради се на континуираном праћењу демографских, епидемиолошких, социолошких особености старења и старости и дефинисању мера и активности за **унапређење квалитета живота и квалитета здравствене заштите старих**. Широк спектар услуга секундарне здравствене заштите Завод обезбеђује кроз услуге лечења и неге у кућним условима.

Што се тиче терцијалне здравствене заштите Завод пружа услуге рехабилитације. Такође, с обзиром на особености морбидитета популације коју Завод збрињава, а то су у највећем броју случајева стари тешко оболели од малигних оболења и особе у терминалној фази болести, професионално особље у свакодневном раду се суочавало са потребом пружања услуга палијативне медицине и палијативне неге. Из тих разлога Завод, кроз едукативне активности и сарадњу са међународним асоцијацијама палијативне неге, учествује у развоју и примени стандарда палијативне неге у збрињавању умирућих пацијената.

Вертикална интеграција, односно повезивање различитих нивоа заштите у систему

\* СЗО: Холистички и мултидимензионални приступ организацији и спровођењу услуга заштите јесу два важна принципа система интегрисане здравствене заштите.

му здравствене заштите Републике Србије постоји и законски је регулисана кроз систем упућивања: упути за специјалистичке прегледе, упути за болничко лечење, упути за институционализацију у разним специјалним установама, тј. домовима итд. Питање је наравно колико добро функционише овај систем упућивања и колики је степен координације између различитих нивоа заштите, колико су код нас развојени информациони системи и базе података о пациентима, колико је интензивна и правовремена размена медицинске документације и информација између различитих нивоа заштите.

Завод за геронтологију у циљу квалитетног и континуираног збрињавања својих пациентата тесно сарађује са установама примарне, секундарне и терцијалне заштите. Тако упуте за кућно лечење и негу пациенти добијају од лекара из дома за здравља. Иако се врши комплетна процена здравственог стања пацијената на пријему, узима се у обзир комплетна постојећа медицинска документација, укључујући све постојеће специјалистичке налазе и медицинску историју. Сви подаци се уносе у постојећи информациони систем Завода, укључујући и све накнадне промене у процесу лечења, промене терапије, рехабилитације и неге примљених пациентата. У систем се уносе и све врсте пружених услуга здравствене заштите. Овакво вођење медицинске документације јесте један од предуслова очувања квалитета пружених услуга јер осигурува увек брзу, правовремену, потпуну информацију о здравственом стању пациентата.

Осим координације са установама примарне здравствене заштите, Завод тесно сарађује и са институцијама секундарне здравствене заштите и социјалне заштите старих. У ситуацијама када у условима кућног лечења и неге није више могуће обезбедити адекватну заштиту и када се институционализација, било привремена или трајна, намеће као једино могуће решење, Завод упућује такве пациенте на болничко лечење или, у тесној

сарадњи са службама социјалне заштите, решава проблем смештајем старих у домове за stare, односно геронтолошке центре. Оваква сарадња са другим установама здравствене и социјалне заштите обезбеђује континуитет у збрињавању тешких и хроничних болесника. **Инсистирањем на вертикалној и хоризонталној интеграцији услуга у свакодневном раду, Завод значајно доприноси унапређењу квалитета обезбеђиваних услуга.**

## Закључак

Искуство нас учи да није могуће више обезбедити бољи квалитет услуга само на бази унапређења вештина, клиничких процедура и увођењем високих медицинских технологија. У циљу постизања сигурне, економски ефикасне, ка пациенту усмерене, благовремене и доступне, квалитетне здравствене заштите потребна је консолидација, интеграција и хармонизација свих њених делова и сарадња са другим системима заштите.

Интеграција услуга треба да иде и у правцу интензивнијег повезивања услуга друштвеног, приватног и цивилног сектора. Нажалост, на просторима Републике Србије мало је сазнања о деловању приватног сектора у области обезбеђивања услуга заштите популације старих. Такође, висок је степен неповерења у пружању услуга цивилног сектора.

Реформе заштите треба да иду у правцу идентификације свих сектора и сегментата друштва који учествују у процесу обезбеђивања заштите старима. Једино тако је могуће контролисати примену стандарда који ће водити квалитету обезбеђиваних услуга и очувању квалитета живота корисника.

Вулнерабилне популационе групе, посебно популација старих, имају највише бенефиција од система интегрисане заштите. Из тих разлога, сви који раде у области геријатрије и геронтологије треба да буду свесни њеног значаја и да дају свој допринос у њеном даљем развоју код нас.

## Литература

1. Давидовић М., Ерцег П., Јанкелић С., Милошевић Д., Ђурића С., Деспотовић Н.: Ageing in Serbia and Montenegro, Quality of Old Age (Каковостна старост), Journal of Anton Trstennjak Institute, vol. 7, No.4, Ljubljana, 2004.
2. Dennis L.Kodner, Cor Spreeuwenberg, Integrated Care: Meaning, Logic, Applications, And Implications - A Discussion Paper, International Journal of Integrated Care, ISSN 1568-4156, November, 2002. ([www.ijic.org/publish/articles/000089/article.print.html](http://www.ijic.org/publish/articles/000089/article.print.html)).
3. Grone O., Garcia/Barbero M., Integrated Care / A Position Paper Of The WHO European Office for Integrated Health Care Services, International Journal of Integrated Care, 2001:1, (3), [www.ijic.org](http://www.ijic.org).
4. Kodner L., Dennis: Review of A European Research Agenda on Integrated Care for Older People, Reported by Henk Nies, International Journal of Integrated Care ISSN 1568-4156, October, 2005, [www.ijic.org](http://www.ijic.org).
5. Kodner L., Dennis: Review of Advancing Integrated Care for Older People Through EU Policy Reported by Tamsma N., International Journal of Integrated Care, ISSN 1568-4156, October, 2005, [www.ijic.org](http://www.ijic.org).
6. Leichsenring Kai, Developing Integrated Health and Social Care Services for Older Persons in Europe, International Journal of Integrated Care, ISSN 1568-4156, September 2004, [www.ijic.org./publish/articles](http://www.ijic.org./publish/articles).
7. WHO. European Office for Integrated Health Care Services, Barcelona, Spain, [www.es.euro.who.int](http://www.es.euro.who.int).

**Стручни и научни радови****Сарадња дома здравља, геронтолошких центара и других установа социјалне заштите\***Х. Анђелски<sup>1</sup>***Здравље као јредмейт сарадње***

Национална стратегија дугорочног развоја у области старења и старости обухвата и област очувања и унапређења здравља старијих људи.

Здравље је несумњиво значајан елемент за остварење квалитета живота у старости. Оно не сме, међутим, да буде тема само здравствене службе, него свих субјеката једне заједнице и пре свега установа социјалне заштите, а посебно геронтолошких центара.

Брига о здрављу, стoga, почиње од локалне заједнице, у којој се налазе наведени појединачни субјекти, и због тога што се на том нивоу најједноставније остварује и њихова сарадња.

Али посебно, када се говори о здрављу старијих људи, очекује се да главни организатор акције буде здравствена служба као субјект који се бави здрављем и најбоље познаје потребу за укључивањем осталих за сарадњу у овој области.

Здравствена служба је организована у три нивоа, тако да се на првом нивоу налазе установе примарне здравствене заштите, међу којима је дом здравља њихов типични представник.

Са друге стране, мрежа дома здравља је организована тако да се бар један дом здравља налази увек у једној општини, типичној локалној заједници, у оквиру које треба остварити сарадњу различитих субјеката у

бризи за здравље старијих људи, те је тако први предуслов сарадње (носилац сарадње за здравље) остварен.

***Дом здравља као носилац сарадње о здрављу старијих људи***

Иако је дом здравља могући носилац сарадње за здравље старијих људи у локалној заједници, напомиње се да се у данашње време, поред дома здравља, на примарном нивоу здравствене заштите налазе такође и здравствене установе приватне праксе, типа организације поликлиника, лабораторија, апотека, саветовалишта. У овај круг спада и државна апотека, као здравствена установа на примарном нивоу. Сви наведени субјекти здравствене заштите имају подједнаку могућност да буду носиоци решавања неког проблема везаног за здравље старијих људи.

Према Закону о заштити здравља, оснивач дома здравља и апотеке је општина (односно град), а приватне праксе здравствени радници. На основу законских одредби организује се делатност ових здравствених установа. Њихов спектар делатности се због тога разликује, па је у том смислу дом здравља здравствена установа која својом делатношћу обухвата више области, што му даје преимућтво за лидерску улогу у сарадњи.

Кроз своју делатност дом здравља треба да обезбеди:

- општу медицину,
- здравствену заштиту жена и деце,

\* Саопштено на симпозијуму „Место и улога институционалних видова збрињавања у старости у националној стратегији дугорочног развоја у области старења и старости“, Бечеј, 2006. године.

<sup>1</sup> Прим. др сц. Христо Анђелски, Градски завод за јавно здравље Београд, уредник часописа „Геронтологија“.

- хитну медицинску помоћ,
- патронажну службу,
- лабораторијску и другу дијагностику,
- превентивну здравствену заштиту за све категорије становништва, и
- стоматолошку здравствену заштиту.

Истиче се да је хитна медицинска помоћ једина делатност коју не могу обављати здравствене установе у приватној пракси.

Дом здравља своју делатност у примарној здравственој заштити спроводи у сарадњи са болницом и заводом за јавно здравље, који покривају више општина.

У дому здравља здравствену заштиту пружа изабрани лекар (или породични лекар), за осигуранике Републичког завода за здравствено осигурање. Изабрани лекар спроводи и кућно лечење и здравствену негу болесника, којима није неопходно болничко лечење. У амбуланти опште медицине изабрани лекар за старију особу врши преглед и одређује терапију, такође, упућује на дијагностику или на секундарни ниво здравствене заштите (болница). У погледу лекова значајно је истаћи неопходност да се лекови по могућности достављају у кућу старије особе. Са друге стране, у дому здравља, за кориснике здравствене заштите на основу здравственог осигурања, на услуги је заштитник пацијентових права. Сви они треба да буду покретачи решавања здравствених проблема старијих особа.

Да би се неки здравствени проблем старијих особа решавао са територијалног аспекта напомиње се да лекари и други здравствени радници дома здравља своје обавезе обављају у објектима амбуланти и здравствених станица (у којима ради више врста лекара). Дом здравља организује и амбуланте у капацитетима за стара лица, исто као у школама и предузећима. Ово је јако важно имати у виду за остваривање доступности здравствене службе старијим лицима.

## ***Патронажа као координатор сарадње о здрављу старијих људи***

Патронажна служба је веома значајна делатност дома здравља коју треба и даље

одржавати и развијати. Она има широк спектар обавеза и самим тим контакт са многим субјектима везаним за заштиту здравља, те је то чини погодном за обављање координације код решавања неког здравственог проблема.

Поред обавеза у дому здравља, патронажна служба врши и кућне посете пациентима у одређеним околностима, а кућним посетама су обухваћена и старија лица. Кућне посете се планирају, имају утврђену динамику и садржај рада. У кућним посетама патронажне сестре обављају:

- здравствено васпитање,
- контролу здравственог стања,
- активности на стицању вештина,
- помоћ/организација у сарадњи са заједницом.

Динамика и начин обављања кућне посете патронажне сестре је методолошки обраћено Водичем добре праксе за рад поливалентне патронажне сестре у породици.

Сама патронажна служба дома здравља у Србији је у последње време оснажена набавком аутомобила за кућне посете и увођењем информатичке технологије за вођење евиденције о породици, којом су обухваћена и старија лица. Ова евиденција је значајан извор података за добру сарадњу дома здравља и геронтолошких центара и других установа социјалне заштите.

## ***Остваривање сарадње у заштити здравља старијих људи***

Сарадња подразумева партнерство које се успоставља са циљем решавања неког проблема. У погледу значаја за здравље старијих људи, сарадња је неопходна на нивоу локалне заједнице, где се она најлакше остварује и самим тим омогућава успех у решавању проблема. Сарадњом се остварује како задовољавање потреба старијих људи, тако и креирање заједнице за решавање проблема. Кроз сарадњу се морају испunitи очекивања свих партнера ангажованих на решавању проблема.

Да би сарадња била успешна потребно је да се претходно дефинишу односи партнера окупљених на решавању збрињавања људи у старости. Тиме се утврђује и облик сарадње, тако да су могући разни облици сарадње:

- секторска,
- саветодавна,
- коалициона.

Када је у питању здравље, очекује се да је организатор сарадње здравствена установа, нека здравствена служба или здравствени радник. Ако је за решавање здравственог проблема потребно дуже време или су потребна већа средства и ангажовање кадрова, такође се очекује да се сарадња остварује кроз више фаза.

Један од важних услова за решавање проблема јесу одговарајуће информације. Информације потребне за сарадњу по питању здравља старијих људи треба да се налазе у евиденцијама патронажне службе, картону породице и здравственом картону у служби опште медицине.

Информације треба да послуже за препознавање потреба старијих људи. Такође, важан услов, али и очекивање, јесте партиципација старијих људи у овим активностима.

Организовање заједница у решавању неког проблема јесте сложен задатак који захтева знање, преданост и истрајност. Међутим,

препознавање проблема и покретање активности за његово решавање може поћи од:

- локалне заједнице,
- здравствених установа,
- центара за социјални рад и геронтолошких центара,
- невладиног сектора, али и од
- појединаца.

На овај начин локална заједница показује да је активна и одржива и да се базира на социјалној правди и респекту међу свима који у њој живе, са циљем побољшања квалитета живота.

За одређену област, као што је здравље, очекује се да ће најбоље услуге обезбедити наведене специјализоване организације које ће се међусобно повезати на збрињавању старијих људи.

Такође, очекује се да људи у локалним заједницама могу успешно да решавају проблеме, јер су у стању да обезбеде како додатна средства, тако и додатни ангажман за реализацију циља, односно достизања квалитета живота у старости.

Сматра се да је сарадња домаћа здравља, геронтолошких центара и других установа социјалне заштите у решавању проблема здравља старијих људи добар пример делатности на нивоу локалне заједнице и да га треба увек подстицати и дати му приоритет у односу на друге начине рада.

**Стручни и научни радови****Централизација и децентрализација у здравственој заштити у Републици Србији, са посебним освртом на град Београд (1990-2006)***P. Косановић<sup>1</sup>****Увод***

У оквиру мера реформи система здравствене заштите, у већини европских земаља, а посебно у земљама у транзицији, питање децентрализације заузима централно место.

Најважнији циљеви који се желе остварити децентрализацијом у области здравства јесу: побољшање пружања здравствене заштите, боља алокација ресурса према потребама корисника, смањење неједнакости у коришћењу здравствене заштите, блискост са корисницима здравствене заштите, брже и адекватније реаговање на потребе корисника и други циљеви. Децентрализацијом се за право настоје отклонити све оне слабости које нужно прате централизацију, као што су: неефикасност, спорост прихватања промена и иновација, спорост реаговања на факторе који угрожавају здравље људи, подложност политичким манипулацијама и бројне друге слабости.

Питање децентрализације веома је сложено и при њеном вршењу важно је наћи праву меру. Сваки екстрем, била то totalна централизација или totalна децентрализација, негативно утиче на ваљано одвијање процеса здравствене заштите. Међутим, у последњих неколико деценија управо се то дешавало у организацији здравствене заштите у Републици Србији. Наиме, често се ишло из једне крајности у другу.

У овоме раду дајемо приказ процеса централизације и децентрализације у здравстве-

ној заштити у Републици Србији у периоду од 1990. до 2006. године на примеру овлашћења која је у здравственој заштити имао град Београд.

***1. Појам и штавови децентарализације***

Под децентрализацијом, најопштије говорећи, подразумевамо преношење овлашћења и одговорности са виших на ниже органе власти. Преношење овлашћења и одговорности са централне администрације на органе ужих локалних заједница не значи уједно и лишавање централне администрације свих овлашћења. Напротив, она и даље задржава значајне функције, као што су законодавна, финансијска, контролна и остale.

У литератури се углавном наводе четири типа децентрализације: деконцентрација, деволуција, делегација и приватизација. Од по-менутих типова децентрализације спорна је приватизација, која, по извесним ауторима, не представља тип децентрализације, пошто се ту ради о преношењу овлашћења ван јединственог система власти.

Значење наведених типова децентрализације је следеће:

- 1) Деконцентрација – Преношење доношења одлука на ниже административне органе унутар постојеће структуре централне власти (административна децентрализација)
- 2) Деволуција – Преношење функција са централних органа на органе над којима

<sup>1</sup> Др Рајко Косановић, Секретаријат за здравство града Београда.

- немају вишу директну контролу (политичка децентрализација)
- 3) Делегација – Преношење само одређених задатака на ниже органе, без директне контроле централног органа
  - 4) Приватизација – Преношење надлежности из државне (јавне) надлежности у приватни сектор.

Због чињенице да не задире у постојећу структуру централне власти, **деконцентрација** је један од најчешћих типова децентрализације. Низи административни органи на које се преносе овлашћења централног органа најчешће су у саставу тог органа. Као пример земље у којој је извршена деконцентрација може се навести Польска. До 1991. године у овој земљи постојала је потпуна централизација. На ниво региона (војводства), у оквиру реформи система здравствене заштите, пренета су овлашћења у вези са: планирањем, мрежом здравствених установа и у вези са средствима која се додељују из централног буџета. Скупштина војводства поставља функционера на кога се преносе овлашћења и он за свој рад одговара како скупштини која га је именовала, тако и централном органу.

За разлику од деконцентрације, **деволуција** је знатно радикалнији тип децентрализације. Скандинавске земље, као и све земље које имају систем регионалне организације, пример су за овај тип децентрализације. Регионали органи власти по правилу имају широка овлашћења која, поред осталог, укључују расписивање пореза и доприноса за финансирање функција које обављају. Корисници здравствене заштите у региону могу остварити све видове здравствене заштите.

Као пример за **делегацију** може се навести обавеза локалних органа, који иначе не могу самостално да доносе одлуке, да врше контролу извршења закона на својој територији.

Децентрализација се често врши комбиновањем различитих типова децентрализације. Тако, на пример, комбинацијом деконцентрације (преношењем одређених овлашћења на регионалне функционере) и делегација (здравствене установе добиле су право да уговора-

ју здравствену заштиту и самостално располажу средствима), у Великој Британији је 1991. године извршена децентрализација.

Без обзира о којем типу децентрализације је реч, постављају се следећа кључна питања од којих зависи успех децентрализације: питање нивоа на које се преносе овлашћења, питање институција и питање задатака. Искуства већине европских земаља показују да је по питању нивоа на које се преносе овлашћења прихватљива регионална децентрализација (у области организације и финансирања здравствене заштите), а да по питању институција предност треба дати локалним институцијама власти. Што се тиче задатака, они могу бити у области планирања, обезбеђења услова за пружање здравствене заштите, дистрибуције средстава и у другим областима.

Сваки од поменутих типова децентрализације има одређене предности, али и одређене ризике.

Деконцентрација, на пример, смањује потребу за централним администрацирањем и проширује могућности за примену локалних иновација, међутим као ризик јавља се велика зависност од стручних и других услова локалне администрације.

Предности деволуције су: већи утицај локалних заједница, укључивање већег броја људи у процес одлучивања, смањење централне власти и друге предности, али као ризик јавља се подељена политичка моћ.

Делегација за последицу има бржу примену одлуке, међутим, као ризик јавља се смањење професионализма, теже одржавање квалитета и друго.

За који ће се тип или комбинацију типова децентрализација једна земља определити зависи од њених постојећих економских, политичких и других околности.

Када је о здравству реч, децентрализација је непожељна у одређеним областима, као што су: формулисање здравствене политике, доношење стратешких одлука о развоју здравствених ресурса (кадрова, опреме, простора), производња и промет лекова и опасних супстанци, здравствени информациони систем и друге области.

## **2. Периодизација процеса централизације и децентрализације**

Кретање процеса централизације и децентрализације у здравственој заштити у Републици Србији, у периоду од 1990. до 2006. године, можемо поделити на четири периода:

- а) од 1990. до марта 1992. године,
- б) од априла 1992. до маја 1996. године,
- в) од јуна 1996. до новембра 2005. године,
- г) од децембра 2005. године.

Период од јуна 1996. до новембра 2006. године, када је реч о аутономној покрајини Војводини, може се поделити на период од јуна 1996. до јануара 2002. године и на период од фебруара 2002. године, тј. од доношења Закона о утврђивању одређених надлежности аутономне покрајине, до новембра 2006. године.

### **2.1. Период од 1990. до марта 1992. године**

Овај период започиње доношењем Закона о здравственој заштити („Службени гласник СРС“, бр. 4/90 и 40/90), који је ступио на снагу 4. фебруара 1990. године. Даном ступања на снагу овог закона престао је да важи Закон о здравственој заштити из 1979. године („Службени гласник СРС“, бр. 30/79, 59/82, 18/83, 22/84, 50/84, 51/85, 49/86, 28/87 и 42/87 – пречишћен текст).

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

У складу са овим законом, град Београд, односно Секретаријат за здравство, обављао је:

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

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

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

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

Доношењем Закона о здравственој заштити, који је ступио на снагу 1. априла 1992. године („Службени гласник РС“, бр. 17/92, 26/92, 50/92, 52/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96 и 18/02), започиње процес централизације у здравственој заштити у Републици Србији.

Ступањем на снагу овог закона знатно се смањују надлежности града Београда, а тиме и Секретаријата за здравство.

Град Београд врши оснивачка права према 34 од укупно 55 здравствених установа на својој територији, и то према: 16 дома за здравља, 11 завода, четири клиничко-болничка центра, две болнице и једној апотекарској установи. Реч је о следећим здравственим установама:

1. Апотекарска установа – Београд
2. Градски завод за хитну медицинску помоћ
3. Градски завод за кожно-венеричне болести
4. Градски завод за геронтологију, кућно лечење и негу
5. Градски завод за антитуберкулозну заштиту и болести плућа
6. Завод за здравствену заштиту студената Универзитета у Београду
7. Завод за дезинфекцију, дезинсекцију и дератизацију
8. Клиничко-болнички центар „Бежанијска кося“
9. Клиничко-болнички центар „Драгиша Мишовић“
10. Клиничко-болнички центар „Земун“
11. Клиничко-болнички центар „Звездара“
12. Специјална болница „Свети Сава“
13. Завод за ортопедску протетику
14. Специјална болница за церебралну парализу
15. Завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију
16. Завод за ендемску нефропатију
17. Завод за болести зависности
18. Болница за хроничне болести – Младеновац
19. Дом здравља Барајево
20. Дом здравља Вождовац
21. Дом здравља Врачар
22. Дом здравља Гроцка
23. Дом здравља Звездара
24. Дом здравља Земун
25. Дом здравља Лазаревац
26. Дом здравља Нови Београд
27. Дом здравља Обреновац
28. Дом здравља Палилула
29. Дом здравља Раковица
30. Дом здравља Савски венац
31. Дом здравља Сопот
32. Дом здравља Стари град
33. Дом здравља Чукарица
34. Дом здравља Младеновац.

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

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

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

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

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

Централизација у здравственој заштити у Републици Србији до својих крајњих граница настаје доношењем Закона о изменама и допунама Закона о здравственој заштити, који је ступио на снагу 6. јуна 1996. године („Службени гласник РС“, број 25/96).

Доношењем овог закона све дотадашње надлежности и овлашћења града Београда, односно Секретаријата за здравство, пренета су на органе Републике Србије, Владу и Министарство за здравље.

У Закону о изменама и допунама Закона о здравственој заштити само једним чланом (15б) утврђује се, и то више декларативно, надлежност општине (града), у смислу да „прати здравствено стање становништва на свом подручју и стара се о унапређивању услова којима се доприноси очување и унапређивању здравља грађана у општини“.

То практично значи да је Влада Републике Србије, у складу са планом мреже здравствених установа, који такође доноси Влада, оснивач свих здравствених установа у Републици, па и у граду Београду, осим занемарљиво малог броја здравствених установа чији

су оснивачи друга правна и физичка лица и које, по правилу, нису укључене у обављање здравствене делатности као јавне службе.

Такође, Влада, односно министарство надлежно за послове здравља, именује и разређава директоре и чланове управних и надзорних одбора свих здравствених установа чији је оснивач Република и даје сагласност на статуте ових установа.

Извршена централизација у здравственој делатности има вишеструке негативне последице. Пре свега, није могуће из једног центра вршити ефикасно и квалитетно бројне и сложене функције према великим броју здравствених установа на територији целе Републике (има их око 264).

Наведена опредељења закона оставила су локалне заједнице (општине и градове) без икаквих овлашћења, па тиме и без икаквог утицаја на здравствене установе на свом подручју, за чији су рад и пословање грађани изузетно заинтересовани.

Осим да „прати здравствено стање становништва на своме подручју...“, у надлежности града Београда било је и да „обезбеђује средства за преглед умрлих лица и стручно утврђивање времена и смрти за лица умрла ван здравствених установа“ (члан 85).

Међутим, доношењем Закона о утврђивању одређених надлежности аутономне покрајине („Службени гласник РС“, бр. 6/2002) и Закона о локалној самоуправи („Службени гласник РС“, бр. 9/2002), фебруара 2002. године стварају се почетне претпоставке да се стање у области здравствене заштите и здравственог осигурања почне постепено мењати.

Према члану 20. Закона о утврђивању одређених надлежности аутономне покрајине, аутономна покрајина, преко својих органа, у складу са законом којим се уређује област здравствене заштите:

- 1) оснива здравствене установе које пружају болничку, специјалистичку и високоспецијалистичку здравствену заштиту, у складу с планом мреже здравствених установа који доноси Влада Републике Србије;
- 2) предлаже план мреже здравствених установа за територију аутономне покрајине;

- 3) доноси посебне програме здравствене заштите за поједине категорије становништва, односно врсте болести које су специфичне за аутономну покрајину;
- 4) даје мишљење на предлог за добијање назива примаријус;
- 5) утврђује цене појединачних услуга, односно програма здравствене заштите за које се средства утврђују у буџету аутономне покрајине.

Када је реч о здравственом осигурању, у складу са чланом 22. Закона, оснива се Покрајински завод за здравствено осигурање, као организациона јединица Републичког завода за здравствено осигурање, са седиштем у седишту аутономне покрајине.

Поред послова утврђених законом, Статутом Републичког завода, Покрајински завод врши и следеће послове:

- 1) у сарадњи са Републичким заводом координира рад филијала Републичког завода образованих на територији аутономне покрајине;
- 2) обезбеђује услове за рад лекарских комисија образованих на територији аутономне покрајине;
- 3) организује информациони подсистем, као део јединственог информационог система Републике за област здравственог осигурања;
- 4) врши статистичка и друга истраживања у области здравственог осигурања;
- 5) остварује сарадњу са надлежним покрајинским органима.

Покрајински завод има подрачун преко кога се врше уплате и исплате Републичког завода на територији аутономне покрајине.

Директора Покрајинског завода именује Управни одбор Републичког завода, на предлог надлежног органа аутономне покрајине. Директор учествује у раду Управног одбора Републичког завода, међутим без права одлучивања.

Доношењем Закона о утврђивању одређених надлежности аутономне покрајине, као и Закона о локалној самоуправи, који поред осталог предвиђа да оснивачи здравствених установа примарне здравствене за-

штите буду општине, започиње процес децентрализације у области здравствене заштите и здравственог осигурања.

Међутим, доношењем Закона о локалној самоуправи не долази до промена у надлежности града Београда у области здравствене заштите.

## **2.4. Период од децембра 2005. године**

Процеси децентрализације у здравственој заштити започети доношењем Закона о локалној самоуправи и Закона о утврђивању одређених надлежности аутономне покрајине, 2002. године, доведени су до краја доношењем важећег Закона о здравственој заштити, који је ступио на снагу 10. децембра 2005. године.

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

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

## **3. Надлежности града Београда у области здравствене заштите**

У складу са Законом о здравственој заштити („Службени гласник РС“, број 107/05), надлежности града Београда у области здравствене заштите могу се сврстати у три групе, и то су:

- а) друштвена брига за здравље на нивоу града;
- в) вршење оснивачких права над здравственим установама;
- г) обезбеђивање средстава у буџету.

Размотрићемо наведене три групе надлежности града Београда у области здравствене заштите.

### **3.1. Друштвена брига за здравље на нивоу града**

Друштвена брига за здравље на нивоу града регулисана је чланом 13. Закона о здравственој заштити, који гласи: „Друштвена брига за здравље на нивоу аутономне покрајине, општине, односно града, обухвата мере за обезбеђивање и спровођење здравствене заштите од интереса за грађане на територији аутономне покрајине, општине, односно града, и то:

- 1) праћење здравственог стања становништва и рада здравствене службе на својој територији, као и стање о спровођењу утврђених приоритета у здравственој заштити;
- 2) стварање услова за приступачност и уједначеност коришћења примарне здравствене заштите на својој територији;
- 3) координирање, подстичање, организацију и усмеравање спровођења здравствене заштите која се остварује делатношћу организација јединице локалне самоуправе, грађана, предузећа, социјалних образовних и других установа и других организација;
- 4) планирање и стварање сопственог програма за очување и заштиту здравља од загађене животне средине што је проузроковано штетним и опасним материјама у ваздуху, води и земљишту, одлагањем отпадних материја, опасних хемикалија, изворима јонизујућих и нејонизујућих зрачења, буком и вибрацијама на својој територији, као и вршењем систематских испитивања животних намирница, предмета опште употребе, минералних вода за пиће, воде за пиће и других вода које служе за производњу и прераду животних намирница и санитарно-хигијенске и рекреативне потребе, ради утврђивања њихове здравствене и хигијенске исправности и прописаног квалитета;
- 5) обезбеђивање средстава за вршење оснивачких права над здравственим установама чији је оснивач у складу са законом и Планом мреже здравствених установа, а које обухвата изградњу, одржавање и опремање здравствених установа, односно инвестиционо улагање, инвестиционо теку-

ће одржавање просторија, медицинске и немедицинске опреме и превозних средстава, опреме у области интегрисаног здравственог информационог система, као и за друге обавезе одређене законом и актом о оснивању;

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

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

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

Друштвена брига за здравље на нивоу града, према томе, обухвата: мере за обезбеђивање и спровођење здравствене заштите од интереса за грађане на територији града; обезбеђење рада мртвозорачке службе на својој територији, доношење посебних програма здравствене заштите и обезбеђивање средстава за остваривање друштвене бриге за здравље у буџету града.

### **3.2. Вршење оснивачких права над здравственим установама**

I – Град Београд, у складу са **чл. 48. и 129.** Закона о здравственој заштити оснива **27 здравствених установа** и то:

- a) **16 дома здравља** (Барајево, Вождовац, Врачар, Гроцка, Звездара, Земун, Лазаревац, Младеновац, Нови Београд, Обреновац, Палилула, Раковица, Савски венац, Сопот, Стари град и Чукарица),  
 б) **1 апотеку (Апоткарска установа „Београд“)**

- в) **5 завода на примарном нивоу обављања здравствене делатности** (Завод за здравствену заштиту студената, Градски завод за хитну медицинску помоћ, Градски завод за геронтологију, кућно лечење и негу, Градски завод за болести плућа и заштиту од туберкулозе и Градски завод за кожно-венеричне болести);  
 г) **4 клиничко-болничка центра** („Звездара“, „Др Драгиша Мишовић-Дедиње“, „Земун“ и „Бежанијска коса“);  
 д) **1 завод за биоциде и медицинску екологију** (Завод за ДДД).

Сходно **члану 264.** Закона о здравственој заштити Град ће преузети оснивачка права над здравственим установама чији је оснивач најкасније до 1. јануара 2007. године.

Од дана преузимања оснивачких права над здравственим установама Град ће именовати органе здравствене установе у складу са овим законом, а обавезе оснивача у погледу финансирања здравствене установе врши Република до 1. јануара 2007. године.

Град именује и разрешава директора, заменика директора и чланове управног одбора и надзорног одбора (члан 130., 135. и 140.) и даје сагласност на статут здравствене установе (члан 141.).

### **3.3. Обезбеђење средстава у буџету**

У складу са Законом о здравственој заштити, град у свом буџету обезбеђује средства за:

- 1) Остваривање друштвене бриге за здравље (члан 13.)  
 а) реализацију програма и пројекта из области здравствене заштите;  
 б) вршење оснивачких права над здравственим установама („изградња, одржавање и опремање здравствених установа, односно инвестиционо улагање, инвестиционо-техничко одржавање просторија, медицинске и немедицинске опреме и превозних средстава, опреме у области интегрисаног здравственог информационог система“)

- 2) Преглед умрлих лица и стручно утврђивање времена и узрока смрти за лица умрла ван здравствене установе (члан 219.);
- 3) Плаћање накнаде за пружену хитну медицинску помоћ, ако здравствена установа ову услугу не буде наплатила у року од 90 дана – уз могућност тражења накнаде наплаћеног (члан 162);
- 4) Сношење трошкова обдукције умрлог лица, која је извршена на захтев доктора медицине одређеног за утврђивање узрока смрти од стране надлежног органа града (члан 223.)

У складу са чланом 160. Закона о здравственој заштити, надлежни орган града закључује уговор са здравственом установом за средства која се преносе по основу вршења оснивачких права.

## **Закључак**

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

Доношењем Закона о здравственој заштити марта 1992. године започиње процес централизације у здравственој заштити у Републици Србији, који до својих крајњих граница бива доведен изменама и допунама овог закона из маја 1996. године.

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

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

Град Београд који, као и остали градови и општине у Републици, претходних година

није имао скоро никакве надлежности у области здравствене заштите, осим да само „прати здравствено стање становништва на свом подручју...“, из свог буџета издавајо је значајна средства за потребе здравствених установа Београда, у циљу набавке медицинске опреме и возила, за инвестиционо одржавање грађевинских објеката и за остале намене.

## **Литература**

1. Јаковљевић, В. Грујић, П. Мићовић, Д. Ђокић: Реформе у области здравства; Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд, 1997.
2. С. Симић, В. Ђеговић, П. Јелача, Р. Косановић, Ј. Ерић-Марин-Ковић, Д. Младеновић: Основе за реформу система здравствене заштите у Републици Србији; Центар за проучавање алтернатива, Београд 2001.
3. European Health Care Reforms, Analysis of Current Strategies, Summary, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1995.
4. Health Care System in Transition: Czech Republic; European Observatory on Health Care Systems, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996. i 2000.
5. Health Care System in Transition: Estonia, European Observatory on Health Care Systems, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000.
6. Health Care System in transition: Croatia, European Observatory on Health Care Systems, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.
7. Health Care System in transition: Slovakia; European Observatory on Health Care Systems, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.
8. Health Care System in transition: Romania; European Observatory on Health Care Systems, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996.
9. Закон о здравственој заштити („Службени гласник СРС“, бр. 30/79, 59/82, 18/93, 22/84, 50/84, 51/85, 49/86, 28/87 и 42/87 – пречишћен текст);
10. Закон о здравственој заштити („Службени гласник СРС“, бр. 4/90 и 40/90);
11. Закон о здравственој заштити („Службени гласник СРС“, бр. 17/92, 26/92, 50/92, 52/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96 и 18/02);
12. Закон о здравственој заштити („Службени гласник РС“, број 107/05);
13. Закон о локалној самоуправи („Службени гласник РС“, број 9/02);
14. Закон о утврђивању одређених надлежности аутономне покрајине („Службени гласник РС“, број 6/02).

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

На основу члана 47. Закона о здравственој заштити  
(Службени гласник РС, број 107/05),

Влада доноси

### УРЕДБУ О ПЛАНУ МРЕЖЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

#### I. Уводне одредбе

##### Члан 1.

Овом уредбом утврђује се план мреже здравствених установа – број, структура, капацитети и просторни распоред здравствених установа у државној својини (у даљем тексту: здравствена 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 Србији.

Територијални распоред и постельни капацитети здравствених установа у Републици Србији одштампан је уз ову уредбу и чини њен саставни део.

##### Члан 2.

Здравствене установе оснивају се и обављају здравствену делатност у складу са законом и овом уредбом.

За остваривање права грађана у области здравствене заштите, као и за спровођење програма здравствене заштите донетих на нивоу Републике Србије (у даљем тексту: Република), могу се оснивати средствима у државној својини све законом утврђене врсте здравствених установа (дом здравља, апотека, болница, завод, завод за јавно здравље,

клиника, институт, клиничко-болнички центар и клинички центар).

Здравствене установе из става 2. овог члана, у зависности од здравствене делатности коју обављају, броја становника којима пружају здравствену заштиту, као и од учесталости и сложености захтева грађана за здравственом заштитом, оснивају се и адекватно распоређују на целој територији Републике.

##### Члан 3.

Здравствене установе обављају здравствену делатност на примарном, секундарном и терцијарном нивоу.

#### II. Здравствена делатност на примарном нивоу

##### Члан 4.

Здравствену делатност на примарном нивоу обавља дом здравља, апотека и завод ( завод за здравствену заштиту студената, завод за здравствену заштиту радника, завод за хитну медицинску помоћ, завод за геронтологију, завод за стоматологију, завод за плућне болести и туберкулозу и завод за кожно-венеричне болести).

##### 1. Дом здравља

##### Члан 5.

Дом здравља оснива се за територију једне општине (са најмање 10.000 становника), две или више општина, односно града, у складу са планом мреже здравствених установа (у даљем тексту: план мреже).

Дом здравља обезбеђује најмање превентивну здравствену заштиту за све категорије

је становника, хитну медицинску помоћ, општу медицину, здравствену заштиту жена и деце, патронажну службу, као и лабораторијску и другу дијагностику.

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 дом здравља основан, односно ако капацитети друге здравствене установе нису довољни.

У дому здравља који је основан за територију са преко 20.000 становника, а удаљен је преко 20 километара од најближе опште болнице, може се обављати и специјалистичко-консултативна делатност из интерне медицине, пнеумофтизиологије, офтальмологије, оториноларингологије и психијатрије (заштита менталног здравља).

Дом здравља може у свом саставу имати апотеку преко које се снабдева лековима за парентералну употребу и другим медицинским средствима, односно преко које се снабдева становништво лековима и медицинским средствима.

За снабдевање лековима за парентералну употребу и другим медицинским средствима за интерне потребе дом здравља може образовати посебну организациону јединицу, или обављање тих послова обезбедити преко друге апотеке.

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.

## **Члан 6.**

Дом здравља може организовати и стационар за дијагностику и лечење акутних и хроничних болести – капацитета 0,5 постельја на 1.000 становника на територији за коју је основан, као и породилиште са највише 10 постельја, ако је удаљеност од најближе опште болнице најмање 30 километара.

## **Члан 7.**

Дом здравља, у зависности од броја становника на територији за коју је основан, густине насељености и саобраћајне повезаности, у просторно издвојеним насељеним местима, установама и привредним друштвима, може образовати организационе јединице, и то: огранак дома здравља, здравствену станицу и здравствену амбуланту.

Огранак дома здравља може организовати дом здравља који је основан за општину, или град са преко 100.000 становника – за најмање 40.000 становника те општине, односно града, као и дом здравља основан за две или више општине – у општини изван седишта дома здравља за најмање 8.000 становника.

У огранку се обезбеђује хитна медицинска помоћ, здравствена заштита деце и школске деце, жена и одраслог становништва, патронажна служба и кућно лечење и нега, као и превентивна и дечија стоматологија.

Здравствена станица организује се за једно или више насељених места удаљених преко 10 километара од седишта дома здравља и са најмање 5.000 становника, за обављање делатности из опште медицине и здравствене заштите деце и школске деце.

Здравствена амбуланта организује се у насељеном месту, школи, привредном друштву или установи ако определjenи број корисника омогућава ангажовање једног тима за обављање делатности из опште медицине, здравствене заштите деце и школске деце и превентивне и дечије стоматологије.

## **Члан 8.**

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.

## **2. Апотека**

### **Члан 9.**

Апотека се оснива за територију једне или више општина (за најмање 40.000 становника), односно града.

Апотека може организовати огранак аптеке (за најмање 10.000 становника) или јединицу за издавање готових лекова.

### **3. Завод**

#### **Члан 10.**

Завод се може основати само на територији на којој се налази седиште универзитета који у свом саставу има факултет здравствене струке.

Завод спроводи здравствену заштиту појединих групација становништва, односно здравствену делатност из поједине области здравствене заштите.

Завод у оквиру обављања делатности практици, истражује и проучава здравствено стање становништва у области за коју је основан.

#### **Члан 11.**

Завод за здравствену заштиту студената организује превентивну и куративну здравствену заштиту студената из области опште медицине, стоматологије, гинекологије, лабораторијске и друге дијагностике и терапије за потребе студената.

Завод за здравствену заштиту студената који обезбеђује здравствену заштиту за најмање 30.000 студената може обављати специјалистичко-консултативну делатност из интерне медицине, психијатрије (заштита менталног здравља), офтальмологије, оториноларингологије, физикалне медицине и рехабилитације, епидемиологије и социјалне медицине са информатиком.

Завод из става 2. овог члана може имати стационар капацитета до 0,5 постелења на 1.000 студената, за краткотрајну хоспитализацију ради лечења и неге када није неопходно болничко лечење и као замена за кућно лечење.

#### **Члан 12.**

Завод за здравствену заштиту радника обавља здравствену заштиту запослених с циљем: очувања здравља запослених у безбедној и здравој радној средини; утврђивања радне способности за обављање одређене делатности (претходни прегледи); раног откривања поремећаја здравља у вези са радом и радном

средином (периодични и други превентивни прегледи); откривања фактора радне средине који могу неповољно утицати на здравље радника и спровођења других превентивних мера.

Завод за здравствену заштиту радника може обављати и превентивну и куративну здравствену делатност из области опште медицине, гинекологије и стоматологије.

Завод за здравствену заштиту радника може обављати и специјалистичко-консултативну делатност из области интерне медицине, психијатрије (неуропсихијатрије), оториноларингологије и офтальмологије, првенствено ради обављања превентивних прегледа из става 1. овог члана.

#### **Члан 13.**

Завод за хитну медицинску помоћ обавља делатност хитне медицинске помоћи код акутно оболелих и повређених – на лицу места, у току транспорта и у здравственој установи.

Завод за хитну медицинску помоћ обавља и санитетски превоз акутно оболелих и повређених лица у друге одговарајуће здравствене установе, врши превоз непокретних, ограничено покретних пацијената и пацијената на дијализи, као и снабдевање лековима који се дају у хитним случајевима.

#### **Члан 14.**

Завод за геронтологију обавља здравствену заштиту старих лица из области опште медицине, рехабилитације, палијативног забрињавања и неге у кућним условима.

Завод за геронтологију може обављати и специјалистичко-консултативну делатност из области интерне медицине и психијатрије (неуропсихијатрије).

#### **Члан 15.**

Завод за стоматологију обавља стоматолошку делатност из области превентивне и дечије стоматологије и опште стоматологије.

Завод за стоматологију обавља и специјалистичко-консултативну делатност из области ортопедије вилица, стоматолошке протетике, пародонтологије и оралне медицине, болести зуба са ендодонцијом и оралне хирургије.

**Члан 16.**

Завод за плућне болести и туберкулозу пружа 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 обавља и специјалистичко-консултативну делатност из области интерне медицине и пневмофтизиологије.

**Члан 17.**

Завод за кожне и венеричне болести пружа превентивне, дијагностичке, терапијске и рехабилитационе здравствене услуге и обавља специјалистичко-консултативну делатност из области дерматовенерологије и микробиологије са паразитологијом.

***III. Здравствена делатносћ на секундарном и терцијарном нивоу*****Члан 18.**

Стационарну и специјалистичко-консултативну делатност на секундарном нивоу обавља општа и специјална болница.

Клиничко-болнички центар, клиника, институт и клинички центар обављају високо-специјализовану специјалистичко-консултативну, односно високоспецијализовану специјалистичко-консултативну и стационарну здравствену делатност на терцијарном нивоу.

Установе из става 2. овог члана обављају и здравствену делатност на секундарном нивоу, ако у седишту ових установа не постоји општа болница.

Здравствене установе из ст. 1. и 2. овог члана обављају и фармацеутску здравствену делатност преко болничке апотеке.

**Члан 19.**

Специјалистичко-консултативна делатност здравствених установа из члана 18. ове уредбе обухвата: специјалистичке прегледе и консултације по упуту изабраног лекара; пријем и збрињавање ургентних стања, прегледе и

дијагностичку обраду пацијената упућених на болничко лечење; дијагностику, терапијски и рехабилитациони третман у оквиру дневних болница; физикалну медицину и рехабилитацију за амбулантне и хоспитализоване пацијенте; обављање лабораторијских, радиолошких и других дијагностичких услуга за амбулантне пацијенте, као и другу одговарајућу специјалистичко-консултативну делатност (у даљем тексту: поликлиничка служба).

**Члан 20.**

Дневна болница, као посебна организациона јединица поликлиничке службе болнице, организује се за обављање дијагностичких, терапијских и рехабилитационих услуга за амбулантне пацијенте у следећим областима: нефрологији (хемодијализа и перитонеална дијализа) и другим интернистичким гранама медицине (првенствено ради примене парентералне и инхалационе терапије); хируршким гранама медицине (ради обављања хируршких интервенција и операција) и психијатрији – заштити менталног здравља (ради примене комбинованих мера психотерапије, социотерапије, оккупационе и радне терапије и психосоцијалне подршке оболелим и члановима њихове породице).

Дневна болница капацитете за програм дијализе за хронично оболеле пациенте обезбеђује у складу са бројем оболелих.

Капацитети дневних болница у интернистичким и хируршким областима обезбеђују се са најмање 5% постеља у односу на број постеља у одговарајућим болничким одељењима.

Капацитет дневне болнице у психијатрији исказује се бројем места за појединачне врсте групних психотерапијских и рехабилитационих активности.

**Члан 21.**

За остваривање законом утврђених права на болничку здравствену заштиту у Републици Србији предвиђено је 37.500 болничких постеља (без постеља у дневним болницама и без постеља у неонатолошким одељењима породилишта, укључујући и постеље за пра-

тиоце), односно до 5,00 постеља на 1.000 становника, и то за:

		<b>Болничке постеље</b>	
		Укупно	Стопа на 1.000 становника
1)	Краткотрајну хоспитализацију акутно		
	а) на секундарном нивоу	24000	до 3,2
	б) на терцијарном нивоу	6000	до 0,8
2)	Дуготрајну хоспитализацију:		
	а) психијатријских болесника	3500	до 0,47
	б) оболелих од туберкулозе, неспецифичних оболења плућа и других хроничних оболења и стања	1000	до 0,13
3)	Рехабилитацију у специјализованим болничким	3000	до 0,40

## Члан 22.

### 1. Краткотрајна хоспитализација а) секундарни ниво

		<b>Број постеља на 1000 становника</b>	
		Просек	Мин.-Макс.
1.	Интерна медицина	0,60	0,55-0,70
2.	Пнеумофтизиологија	0,20	0,15-0,25
3.	Инфективне болести	0,09	0,00-0,12
4.	Кожне и венеричне болести	0,03	0,00-0,04
5.	Неурологија	0,18	0,15-0,25
6.	Хирургија	0,50	0,40-0,60
7.	Ортопедија и трауматологија	0,16	0,10-0,20
8.	Урологија	0,11	0,10-0,13
9.	Оториноларингологија	0,085	0,06-0,10
10.	Офтальмологија	0,065	0,05-0,08
11.	Педијатрија	0,18	0,16-0,200
12.	Гинекологија и акушерство	0,40	0,35-0,45
13.	Психијатрија	0,20	0,15-0,20
14.	Продужено лечење и нега (перијатрија, палијативна нега, хемотерапија, рехабилитација и др.)	0,40	0,15-0,25
<b>Укупно</b>		<b>3,20</b>	<b>(2,80-3,40)</b>

Капацитети болничких установа за забрињавање и лечење акутних оболења, стања и повреда на секундарном нивоу, са просечном дужином боравка лечених на нивоу установе до 8,5 дана, исказују се бројем постеља по областима болничке заштите на 1.000 становника управног округа и града Београда (у даљем тексту: стопа обезбеђености болничким постељама) као што је наведено у табели.

## Члан 23.

У управном округу и граду Београду где постоје две или више болничких установа које обављају делатност и на секундарном нивоу, укупан број постеља и број постеља по медицинским дисциплинама из члана 22. овог правилника распоређује се по здравственим установама водећи рачуна о: броју становника који гравитирају тим установама и користе њихове услуге, областима делатности, просторним, постељним и кадровским капацитетима тих установа.

Општа болница у седишту управног округа, као и општа болница основана за територију више општина, обавља болничку и специјалистичко-консултативну делатност из области медицине наведених у члану 22. ове уредбе.

Општа болница у седишту управног округа којој гравитира преко 200.000 становника може у оквиру хирургије обављати делатност и из дечије, васкуларне и пластичне и реконструктивне хирургије, а у оквиру оториноларингологије и из максилофацијалне хирургије.

## Члан 24.

Општа болница основана за територију једне општине, односно општа болница којој гравитира мање од 50.000 становника, може обављати болничку и специјалистичко - консултативну делатност из интерне медицине, опште хирургије, педијатрије, гинекологије и акушерства.

Општа болница из става 1. овог члана може обављати специјалистичко-консултативну делатност и из психијатрије (неуропсихијатрије), ортопедије, урологије, офтальмологије, оториноларингологије и дерматологије.

**a) терцијарни ниво**

**Члан 25.**

Постељни капацитети клиничко-болничких центара, клиника, института и клиничких центара за пружање здравствених услуга терцијарног нивоа (6.000 болничких постеља, односно 0.8 на 1.000 становника) утврђују се на нивоу аутономне покрајине и Републике.

Капацитети из става 1. овог члана распоређују по седиштима тих установа сразмерно потребама становништва које гравитира тим седиштима у складу са кадровским, просторним и другим могућностима за решавање најсложенијих здравствених потреба.

**2. Дуготрајна хоспитализација**

**Члан 26.**

Болничко лечење и нега које због врсте болести и степена онеспособљености хоспитализованих траје дуже од 30 дана, у смислу ове уредбе, сматра се дуготрајном хоспитализацијом.

**Члан 27.**

За дуготрајну хоспитализацију психијатријских болесника користи се до 3.500 болничких постеља у специјалним болницама у Новом Кнезевцу, Вршцу, Ковину и Горњој Топоници и у делу Специјалне болнице за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ у Београду, а по потреби и у оквиру психијатријских одељења других здравствених установа.

**Члан 28.**

За продужено болничко лечење оболелих од туберкулозе и неспецифичних плућних болести користе се капацитети специјалних болница у Зрењанину, Белој Цркви, Сокобањи и у Сурдулици.

За продужено болничко лечење оболелих од шећерне болести и других метаболичких поремећаја користе се капацитети специјалних болница у Буковичкој Бањи и Врњачкој Бањи.

**3. Рехабилитација у болничким установама**

**Члан 29.**

У болничким установама за краткотрајну хоспитализацију спроводи се одговарајући рехабилитациони третман у току болничког лечења и неге и у амбулантним условима.

У специјалним болницама за рехабилитацију, са укупно 3.000 постеља на територији Републике, које располажу одговарајућим терапијским и рехабилитационим капацитетима спроводи се целокупан третман медицинске рехабилитације за хоспитализоване и амбулантне пацијенте.

**Члан 30.**

Ако на територији за коју је основан клинички центар не постоји друга стационарна здравствена установа за рехабилитацију, ову делатност може обављати клинички центар.

**IV. Здравствена делатност која се обавља на више нивоа**

**Члан 31.**

За обављање здравствене делатности на више нивоа здравствене заштите оснивају се следеће здравствене установе: 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 биоциде и медицинску екологију.

Здравствене установе из става 1. овог члана обављају делатност у складу са законом.

**V. Организација службе хитне медицинске помоћи**

**Члан 32.**

Пружање хитне медицинске помоћи акутно оболелим и повређеним особама приори-

тетна је обавеза здравствених радника и здравствених установа на свим нивоима здравствене делатности.

У поступку збрињавања хитних стања и оболења примењују се начела и методи ургентне медицине.

### **Члан 33.**

Служба хитне медицинске помоћи организује се у оквиру два функционално повезана подсистема: прехоспитална хитна медицинска помоћ и хитна медицинска помоћ у оквиру болничке делатности.

### **Члан 34.**

Прехоспитална хитна медицинска помоћ јесте континуирана делатност здравствених установа примарног нивоа здравствене делатности и обухвата: указивање медицинске помоћи на месту догађаја и у здравственој установи, санитетски превоз критично оболелих и повређених до стационарне установе, уз непрекидно праћење стања и пружање неопходне помоћи у току транспорта.

Прехоспитална хитна медицинска помоћ на нивоу општине обавља се у оквиру редовне делатности изабраног лекара и његових сарадника и радом лекара у приправности или дежурне екипе ноћу, недељом и у дане државних празника.

У општини преко 25.000 становника може се организовати служба хитне медицинске помоћи за континуирани пријем и збрињавање ургентних стања.

### **Члан 35.**

Хитна медицинска помоћ у оквиру болничке делатности обезбеђује се преко стручних тимова пријемно-ургентног одељења општих болница и клиничко-болничких центара, клиника, института и клиничких центара и пријемом на болнички третман.

Болничке установе које не могу адекватно збринути оболеле и повређене, дужне су да обезбеде санитетски превоз и одговарајућу стручну помоћ у току транспорта до одговарајуће болничке установе.

## ***VI. Организационе јединице здравствених установа и мере за унайређење ефикасности рада***

### **Члан 36.**

Здравствене установе образују организационе јединице у складу са делатношћу за коју су основане и у зависности од броја запослених, а с циљем ефикаснијег коришћења кадрова, средстава за рад, болничких постеља и других капацитета и ради повећања доступности здравствених услуга, квалитета и ефективности мера заштите.

### **Члан 37.**

У здравственим установама на примарном нивоу здравствене заштите образују се организационе јединице по територијалном принципу (огранак, здравствена станица, здравствена амбуланта) и по функционалном принципу за једну или више области у оквиру делатности (служба, одељење, одсек).

### **Члан 38.**

У болничким установама образују се организационе јединице које обједињавају стационарну и специјалистичко-консултативну делатност у одређеној области медицине, као и организационе јединице за обављање дијагностичких, рехабилитационих и других стручних послова за амбулантно и стационарно лечење пацијенте.

### **Члан 39.**

Стационарна делатност обавља се у оквиру болничких јединица (одељења), организованих по медицинским дисциплинама и по интензитету лечења и неге.

Образовање болничких јединица по интензитету лечења и неге подразумева, поред стандардних болничких одељења, и одељења за интензивно лечење и негу, а по потреби и одељења за полуинтензивно лечење и негу.

### **Члан 40.**

У болницама за акутна стања и оболења, у зависности од здравствених потреба пацијената, обезбеђује се лечење у стандардним болничким и клиничким одељењима (основ-

ни ниво лечења и неге) и на вишем нивоима лечења и неге, и то:

- 1) Ниво 1 – за лечење и негу пацијената са могућим погоршањем њиховог здравственог стања, као и пацијената који су премештени са вишег нивоа лечења и неге чије здравствене потребе могу бити задовољене у одељењу за стандардно лечење, али уз додатни надзор и потпору. Када се укаже потреба за ове пациенте може се образовати посебна болничка јединица за полуинтензивно лечење и негу. Укупан број постеља за ове намене може бити највише два пута већи од броја постеља за интензивно лечење и негу;
- 2) Ниво 2 интензивног лечења и неге – за пациенте са дисфункцијом (општећењем) најмање једног органског система код којих је потребна основна респираторна или хемодинамска подpora, за пациенте који су на постоперативном лечењу, као и за оне који су премештени са вишег нивоа лечења и неге;
- 3) Ниво 3 интензивног лечења и неге – за пациенте код којих је неопходна сложена респираторна подpora или базична респираторна подpora, заједно са подпором још најмање два органска система (пацијенти са дисфункцијом више органа).

#### **Члан 41.**

Капацитети одељења за интензивно лечење и негу Ниво 2 интензивног лечења и неге и Ниво 3 интензивног лечења и неге из члана 40. ове уредбе обезбеђују се у односу на број постеља у здравственој установи са следећим учешћем, и то у:

1. општој и специјалној болници до 5%;
2. клиничко-болничком центру до 6%;

3. клиници, институту и клиничком центру до 8%;
4. ургентном центру и специјалној болници (одељењу) за цереброваскуларна оболења до 20%.

Удео постеља Нивоа 3 у укупном броју постеља интензивног лечења и неге из става 1. овог члана не може бити већи од:

- 10% у општој и специјалној болници за акутна стања и оболења;
- 15% у клиничко-болничком центру;
- 20% у клиници, институту и клиничком центру;

25% у ургентном центру клиничког центра и специјалној болници за цереброваскуларна оболења.

### **VII. ЈРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ**

#### **Члан 42.**

Здравствене установе у државној својини на територији Аутономне покрајине Косово и Метохија у погледу врсте, структуре, капацитета и болничких постеља распоређују се у складу са Законом о здравственој заштити („Службени гласник РС“, број 107/05) и овом уредбом.

#### **Члан 43.**

Даном ступања на снагу ове уредбе престаје да важи Уредба о плану мреже здравствених установа („Службени гласник РС“, бр. 13/97, 58/97, 31/98, 1/99, 37/99 и 21/05).

#### **Члан 44.**

Ова уредба ступа на снагу наредног дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије“.

05 број 110-2983/2006  
У Београду, 18. маја 2006. год.

**Влада**  
председник,  
**Војислав Коштуница, с.р.**

**Табела I територијалног распореда и постельних капацитета здравствених установа  
У Републици Србији**

<b>Р. бр</b>	<b>Назив управног округа/здравствене установе</b>	<b>Број постельја</b>
<b>I. Севернобачки управни округ</b>		
1.	Дом здравља Бачка Топола (са стационаром)	10
2.	Дом здравља Мали Иђош	
3.	Дом здравља Суботица	670
4.	Општа болница Суботица	
5.	Апотека Суботица	
6.	Завод за јавно здравље Суботица	
<b>II. Средњобанатски управни округ</b>		
1.	Дом здравља Житиште	
2.	Дом здравља Зрењанин	
3.	Дом здравља Нова Црња	
4.	Дом здравља Нови Бечеј	
5.	Дом здравља Сечањ	
6.	Апотека Зрењанин	
7.	Општа болница Зрењанин	600
8.	Специјална болница за плућне болести Зрењанин (за акутне болести 40 и за продужено лечење 120)	160
9.	Специјална болница за рехабилитацију Меленци	300
10.	Завод за јавно здравље Зрењанин	
<b>III. Севернобанатски управни округ</b>		
1.	Дом здравља Ада	
2.	Дом здравља Кањижа	
3.	Дом здравља Кикинда	
4.	Дом здравља Нови Кнегревац (са стационаром)	30
5.	Дом здравља Сента	
6.	Дом здравља Чока	
7.	Апотека Кикинда	
8.	Апотека Сента	
9.	Општа болница Кикинда	280
10.	Општа болница Сента	240
11.	Специјална болница за психијатријске болести Нови Кнегревац	300
12.	Специјална болница за рехабилитацију Бања Кањижа	140
13.	Завод за јавно здравље Кикинда	
<b>IV. Јужнобанатски управни округ</b>		
1.	Дом здравља Алибунар	
2.	Дом здравља Бела Црква	
3.	Дом здравља Вршац	

**Табела II територијалног распореда и постельних капацитета здравствених установа  
у Републици Србији**

<b>Р. бр</b>	<b>Назив управног округа/здравствене установе</b>	<b>Број постельја</b>
<b>IV. Јужнобанатски управни округ</b>		
4.	Дом здравља Ковачица	
5.	Дом здравља Ковин	
6.	Дом здравља Опово	
7.	Дом здравља Панчево	
8.	Дом здравља Пландинште	
9.	Апотека Вршац	
10.	Апотека Панчево	
11.	Општа болница Вршац	290
12.	Општа болница Панчево	660
13.	Специјална болница за плућне болести Бела Црква	200
14.	Специјална болница за психијатријске болести Вршац	900
15.	Специјална болница за психијатријске болести Ковин	1000
16.	Завод за јавно здравље Панчево	
<b>V. Западнобачки управни округ</b>		
1.	Дом здравља Апатин	
2.	Дом здравља Кула	
3.	Дом здравља Оџаци (са стационаром)	25
4.	Дом здравља Сомбор	
5.	Апотека Сомбор	
6.	Општа болница Сомбор	732
7.	Специјална болница за рехабилитацију Апатин	60
8.	Завод за јавно здравље Сомбор	
<b>VI. Јужнобачки управни округ</b>		
1.	Дом здравља Бач	
2.	Дом здравља Бачка Паланка	
3.	Дом здравља Бачки Петровац	
4.	Дом здравља Беочин	
5.	Дом здравља Бечеј	
6.	Дом здравља Врбас	
7.	Дом здравља Жабаљ	
8.	Дом здравља Нови Сад (и за општину Сремски Карловци)	
9.	Дом здравља Србобран	
10.	Дом здравља Темерин	
11.	Дом здравља Тител	
12.	Апотека Врбас	200
13.	Апотека Нови Сад	

**Табела III територијалног распореда и постељних капацитета здравствених установа  
У Републици Србији**

<b>Р. бр</b>	<b>Назив управног округа/здравствене установе</b>	<b>Број постеља</b>
<b>VI. Јужнобачки управни округ</b>		
1.	Завод за здравствену заштиту студената Нови Сад	
2.	Завод за здравствену заштиту радника Нови Сад	
3.	Завод за хитну медицинску помоћ Нови Сад	
4.	Општа болница Врбас	200
5.	Специјална болница за реуматске болести Нови Сад	70
6.	Клинички центар Војводине, Нови Сад	1370
7.	Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине, Нови Сад	350
8.	Институт за онкологију Војводине, Сремска Каменица	311
9.	Институт за кардиоваскуларне болести Војводине, Сремска Каменица	225
10.	Институт за плућне болести Војводине, Сремска Каменица	312
11.	Клиника за стоматологију Војводине, Нови Сад	25
12.	Завод за трансфузију крви Војводине, Нови Сад	
13.	Завод за антирабичну заштиту, Нови Сад	
14.	Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад	
<b>VII. Сремски управни округ</b>		
1.	Дом здравља Инђија	
2.	Дом здравља Ириг	
3.	Дом здравља Пећинци	
4.	Дом здравља Рума (са стационаром)	10
5.	Дом здравља Сремска Митровица	
6.	Дом здравља Стара Пазова	
7.	Дом здравља Шид	
8.	Апотека Сремска Митровица	
9.	Општа болница Сремска Митровица	513
10.	Специјална болница за неуролошка и посттрауматска стања Стари Сланкамен (за продужено лечење и рехабилитацију)	295
11.	Специјална болница за рехабилитацију Врдник	70
12.	Завод за јавно здравље Сремска Митровица	
<b>VIII. Мачвански управни округ</b>		
1.	Дом здравља Богатић	
2.	Дом здравља Владимирци	
3.	Дом здравља Коцељева	
4.	Дом здравља Љубовија (са стационаром)	20
5.	Дом здравља Шабац	
6.	Апотека Лозница (за општине Лозница, Крупањ, Мали Зворник и Љубовија)	
7.	Апотека Шабац (за општине Шабац, Богатић, Владимирци и Коцељева)	

**Табела IV територијалног распореда и постельних капацитета здравствених установа  
у Републици Србији**

<b>Р. бр</b>	<b>Назив управног округа/здравствене установе</b>	<b>Број постеља</b>
<b>VIII. Мачвански управни округ</b>		
8.	Здравствени центар Лозница (за општине Лозница, Крупањ и Мали Зворник)	461
9.	Општа болница Шабац	686
10.	Специјална болница за рехабилитацију Бања Ковиљача	200
11.	Завод за јавно здравље Шабац	
<b>IX. Колубарски управни округ</b>		
1.	Дом здравља Лајковац	
2.	Дом здравља Уб	
3.	Апотека Ваљево (за општине Ваљево, Лајковац, Мионица, Осечина, Љиг и Уб)	
4.	Здравствени центар Ваљево (за општине Ваљево, Мионица, Осечина и Љиг)	657
5.	Завод за јавно здравље Ваљево	
<b>X. Подунавски управни округ</b>		
1.	Дом здравља Велика Плана	
2.	Дом здравља Смедеревска Паланка	
3.	Апотека Велика Плана	
4.	Апотека Смедерево	
5.	Апотека Смедеревска Паланка	
6.	Здравствени центар Смедерево	399
7.	Општа болница „Стефан Високи“ Смедеревска Паланка	300
<b>XI. Баничевски управни округ</b>		
1.	Дом здравља Велико Грађиште	
2.	Дом здравља Жабари	
3.	Дом здравља Жагубица	
4.	Апотека Пожаревац (за општине Пожаревац, Велико Грађиште, Голубац, Кучево, Мало Црниће, Петровац, Жагубица и Жабари)	
5.	Здравствени центар Петровац	138
6.	Здравствени центар Пожаревац (за општине Пожаревац, Голубац, Кучево и Мало Црниће)	530
7.	Завод за јавно здравље Пожаревац (за Баничевски и Подунавски управни округ)	
<b>XII. Шумадијски управни округ</b>		
1.	Дом здравља Баточина	
2.	Дом здравља Кнић	
3.	Дом здравља Крагујевац	
4.	Дом здравља Лапово	
5.	Дом здравља Рача	
6.	Дом здравља Топола	
7.	Апотека Аранђеловац	
8.	Апотека Крагујевац (за град Крагујевац и општине Баточина, Лапово, Рача, Топола и Кнић)	
9.	Здравствени центар Аранђеловац	142

**Табела V територијалног распореда и постељних капацитета здравствених установа  
У Републици Србији**

<b>Р. бр</b>	<b>Назив управног округа/здравствене установе</b>	<b>Број постеља</b>
<b>XII. Шумадијски управни округ</b>		
10.	Завод за стоматологију Крагујевац	
11.	Завод за здравствену заштиту радника Крагујевац	
12.	Завод за хитну медицинску помоћ Крагујевац	
13.	Специјална болница за рехабилитацију „Буковичка Бања“ Аранђеловац (лечење деце оболеле од шећерне болести 40 и општа рехабилитација 50)	90
14.	Клинички центар Крагујевац	1118
15.	Институт за јавно здравље Крагујевац	
<b>XIII. Поморавски управни округ</b>		
1.	Дом здравља Деспотовац (са стационаром)	10
2.	Дом здравља Јагодина	
3.	Дом здравља Рековац	
4.	Дом здравља Свилајнац (са стационаром)	10
5.	Дом здравља Ђуприја	
6.	Апотека Јагодина	
7.	Здравствени центар Параћин	171
8.	Општа болница Јагодина	270
9.	Општа болница Ђуприја	469
10.	Завод за јавно здравље Ђуприја	
<b>XIV. Борски управни округ</b>		
1.	Дом здравља Мајданпек	
2.	Апотека Бор (за општине Бор, Кладово, Неготин и Мајданпек)	
3.	Здравствени центар Бор	310
4.	Здравствени центар Кладово	135
5.	Здравствени центар Неготин	190
6.	Општа болница Мајданпек	50
<b>XV. Зајечарски управни округ</b>		
1.	Дом здравља Больевац	
2.	Дом здравља Сокобања	
3.	Апотека Зајечар (за општине Больевац, Књажевац и Зајечар)	
4.	Здравствени центар Књажевац	120
5.	Здравствени центар Зајечар	430
6.	Специјална болница за неспецифичне плућне болести „Сокобања“ (за лечење 100 и за општу рехабилитацију 200)	300
7.	Специјална болница за плућне болести „Озрен“, Сокобања	150
8.	Специјална болница за рехабилитацију „Гамзиград“, Зајечар	90
9.	Завод за јавно здравље Зајечар (за Зајечарски и Борски управни округ)	

**Табела VI територијалног распореда и постељних капацитета здравствених установа  
у Републици Србији**

<b>Р. бр</b>	<b>Назив управног округа/здравствене установе</b>	<b>Број постеља</b>
<b>XVI. Златиборски управни округ</b>		
1.	Апотека Ужице (за општине Ариље, Бајина Башта, Косјерић, Нова Варош, Пожега, Прибој, Пријепоље, Сјеница, Ужице и Чајетина)	
2.	Здравствени центар Ужице (за општине Ариље, Бајина Башта, Косјерић, Нова Варош (стационар 30 постеља), Пожега (60 постеља), Прибој, Пријепоље, Сјеница (стационар 20 и породилиште 10 постеља), Ужице и Чајетина; општа болница Прибој (110 постеља), општа болница Пријепоље (170 постеље) и општа болница Ужице (800 постеља)	1200
3.	Специјална болница за болести штитасте жлезде и болести метаболизма „Златибор“ Чајетина	50
4.	Специјална болница за рехабилитацију „Златар“ Нова Варош	30
5.	Завод за јавно здравље Ужице	
<b>XVII. Моравички управни округ</b>		
1.	Дом здравља Горњи Милановац	
2.	Апотека Горњи Милановац	
3.	Апотека Чачак (за општине Ивањица, Лучани и Чачак)	
4.	Здравствени центар Чачак (за општине Ивањица (стационар 20 постеља), Лучани (стационар 10 постеља) и Чачак; општа болница Чачак (527 постеља)	557
5.	Општа болница Горњи Милановац	150
6.	Специјална болница за рехабилитацију Ивањица	50
7.	Завод за јавно здравље Чачак	
<b>XVIII. Рашки управни округ</b>		
1.	Дом здравља Врњачка Бања	
2.	Дом здравља Рашка (са стационаром)	15
3.	Дом здравља Тутин (са стационаром 20 и породилиштем 10)	30
4.	Апотека Краљево (за општине Краљево, Врњачка Бања и Рашка)	
5.	Здравствени центар Краљево	580
6.	Здравствени центар Нови Пазар (за општину Нови Пазар)	320
7.	Специјална болница за интерне болести Врњачка Бања	70
8.	Специјална болница за лечење и рехабилитацију „Меркур“ Врњачка Бања (за лечење 20 и за општу рехабилитацију 100)	120
9.	Специјална болница за рехабилитацију „Агенс“ Матарушка Бања, Краљево	120
10.	Специјална болница за прогресивне мишићне и неуромишићне болести Нови Пазар (за лечење 100 и за рехабилитацију 80)	180
11.	Завод за јавно здравље Краљево	
<b>XIX. Расински управни округ</b>		
1.	Дом здравља Александровац (са стационаром)	10
2.	Дом здравља Брус (са стационаром)	10
3.	Дом здравља Варварин	
4.	Дом здравља Трстеник	
5.	Дом здравља Ђипевац	

**Табела VII територијалног распореда и постељних капацитета здравствених установа  
У Републици Србији**

<b>Р. бр</b>	<b>Назив управног округа/здравствене установе</b>	<b>Број постеља</b>
<b>XIX. Расински управни округ</b>		
6.	Апотека Крушевац (за општине Крушевац, Александровац, Брус, Варварин и Ђићевац)	
7.	Апотека Трстеник	
8.	Здравствени центар Крушевац	595
9.	Специјална болница за рехабилитацију „Рибарска Бања“, Крушевац	230
10.	Завод за јавно здравље Крушевац	
<b>XX. Нишавски управни округ</b>		
1.	Дом здравља Ниш	
2.	Дом здравља Гаџин Хан	
3.	Дом здравља Дољевац	
4.	Дом здравља Мерошина	
5.	Дом здравља Ражањ	
6.	Дом здравља Сврљиг	
7.	Апотека Ниш (за град Ниш и општине Алексинац, Гаџин Хан, Дољевац, Мерошина, Ражањ, Сврљиг и Алексинац)	
8.	Завод за здравствену заштиту студената Ниш	
9.	Завод за здравствену заштиту радника Ниш	
10.	Завод за хитну медицинску помоћ Ниш	
11.	Завод за плућне болести и туберкулозу Ниш	
12.	Здравствени центар Алексинац	135
13.	Специјална болница за психијатријске болести „Горња Топоница“, Ниш	800
14.	Институт за лечење и рехабилитацију „Нишка Бања“, Ниш (кардиологија 40, ортопедија 40 и реуматологија 40 и општа рехабилитацију 300)	420
15.	Клинички центар Ниш	1465
16.	Клиника за стоматологију Ниш	25
17.	Завод за трансфузију крви Ниш	
18.	Завод за судску медицину Ниш	
19.	Институт за јавно здравље Ниш (за Нишавски и Топлички управни округ)	
<b>XXI. Топлички управни округ</b>		
1.	Дом здравља Блаце	
2.	Дом здравља Житорађа	
3.	Дом здравља Куршумлија (са стационаром)	20
4.	Апотека прокупље (за општине Блаце, Житорађа, Куршумлија и Прокупље)	
5.	Здравствени центар Прокупље	353
6.	Специјална болница за рехабилитацију „Жубор“ Куршумлија	30
<b>XXII. Пиротски управни округ</b>		
1.	Дом здравља Бабушница (са стационаром)	10
2.	Дом здравља Бела Паланка	
3.	Дом здравља Димитровград (са стационаром)	10

**Табела VIII територијалног распореда и постельних капацитета здравствених установа  
у Републици Србији**

<b>Р. бр</b>	<b>Назив управног округа/здравствене установе</b>	<b>Број постельја</b>
<b>XXII. Пиротски управни округ</b>		
4.	Апотека Пирот (за општине Пирот, Бабушница и Димитровград)	
5.	Здравствени центар Пирот	332
6.	Завод за јавно здравље Пирот	
<b>XXIII. Јабланички управни округ</b>		
1.	Дом здравља Ђојник	
2.	Дом здравља Власотинце (и за општину Црна Трава)	
3.	Дом здравља Лебане	
4.	Дом здравља Лесковац	
5.	Дом здравља Медвеђа	
6.	Апотека Лесковац (за општине Лесковац, Ђојник, Власотинце, Црна Трава, Лебане и Медвеђа)	
7.	Општа болница Лесковац	795
8.	Специјална болница за рехабилитацију „Гејзер“ Сијеринска Бања, Медвеђа	50
9.	Завод за јавно здравље Лесковац	
<b>XXIV. Пчињски управни округ</b>		
1.	Дом здравља Босилеград (са стационаром)	10
2.	Дом здравља Бујановац	
3.	Дом здравља Владичин Хан	
4.	Дом здравља Прешево	
5.	Апотека Бујановац	
6.	Апотека Врање (за општине Врање, Босилеград, Прешево, Сурдулица, Трговиште и Владичин Хан)	
7.	Здравствени центар Врање (за општине Врање и Трговиште)	543
8.	Здравствени центар Сурдулица	
9.	Специјална болница за плућне болести Сурдулица (за лечење: акутних болести 45 и хроничних болести 55)	145
10.	Специјална болница за рехабилитацију Бујановац	100
11.	Специјална болница за рехабилитацију „Врањска Бања“ Врање	40
12.	Завод за јавно здравље Врање	30
<b>XXV. Косовски управни округ</b>		
1.	Дом здравља Приштина (са стационаром)	45
2.	Дом здравља Косово Поље	
3.	Дом здравља Грачаница, Приштина	
4.	Дом здравља Обилић	
5.	Дом здравља Доња Гуштерица, Липљан	
6.	Дом здравља Штрпце	
7.	Дом здравља Ораховац	
8.	Апотека Приштина	
9.	Завод за трансфузију крви	

<b>Табела IX територијалног распореда и постељних капацитета здравствених установа У Републици Србији</b>		
<b>Р. бр</b>	<b>Назив управног округа/здравствене установе</b>	<b>Број постеља</b>
<b>XXV. Косовски управни округ</b>		
10.	Клиничко-болнички центар Приштина	2325
11.	Завод за јавно здравље Приштина	
<b>XXVI. Пећки управни округ</b>		
1.	Дом здравља Исток (са стационаром)	20
2.	Апотека Пећ	
3.	Здравствени центар Ђаковица	600
4.	Здравствени центар Пећ	540
5.	Специјална болница за плућне болести Пећ	320
6.	Специјална болница за рехабилитацију Исток	200
7.	Завод за јавно здравље Пећ	
<b>XXVII. Призренски управни округ</b>		
1.	Дом здравља Драгаш (са стационаром)	40
2.	Апотека Призрен	
3.	Здравствени центар Призрен	650
4.	Завод за јавно здравље Призрен	
<b>XXVIII. Косовско-митровачки управни округ</b>		
1.	Дом здравља Звечан	
2.	Апотека Косовска Митровица	
3.	Здравствени центар Косовска Митровица	770
4.	Завод за јавно здравље Косовска Митровица	
<b>XXIX. Косовско-поморавски управни округ</b>		
1.	Апотека Гњилане	
2.	Здравствени центар Гњилане	530
3.	Специјална болница за рехабилитацију Витина	40
<b>XXX. Град Београд</b>		
1.	Дом здравља Барајево	
2.	Дом здравља Вождовац	
3.	Дом здравља Врачар	
4.	Дом здравља Гроцка	
5.	Дом здравља Звездара	
6.	Дом здравља Земун	
7.	Дом здравља Лазаревац (са породилиштем)	10
8.	Дом здравља Младеновац	
9.	Дом здравља Нови Београд	
10.	Дом здравља Обреновац	
11.	Дом здравља Палилула	

**Табела X територијалног распореда и постељних капацитета здравствених установа  
у Републици Србији**

<b>Р. бр</b>	<b>Назив управног округа/здравствене установе</b>	<b>Број постеља</b>
<b>XXX. град Београд</b>		
12.	Дом здравља Раковица	
13.	Дом здравља Савски венац	
14.	Дом здравља Сопот	
15.	Дом здравља Стари град	
16.	Дом здравља Чукарица	
17.	Апотека Београд (за општине Вождовац, Врачар, Звездара, Земун, Лазаревац, Нови Београд, Палилула, Раковица, Савски венац, Стари град и Чукарица)	
18.	Завод за здравствену заштиту студената (са стационаром)	20
19.	Завод за здравствену заштиту радника Министарства унутрашњих послова	
20.	Градски завод за хитну медицинску помоћ	
21.	Градски завод за геронтологију	
22.	Градски завод за плућне болести и туберкулозу	
23.	Градски завод за кожно-венеричне болести	
24.	Специјална болница за ендемску нефропатију Лазаревац	25
25.	Специјална болница за интерне болести Младеновац	127
26.	Специјална болница за цереброваскуларне болести „Свети Сава“	250
27.	Специјална болница за болести зависности	65
28.	Специјална болница за психијатријске болести „др Лаза Лазаревић“ (за лечење: акутних болести стања 250 и хроничних стања 400)	650
29.	Специјална болница за церебралну парализу и развојну неурологију	110
30.	Специјална болница за рехабилитацију и ортопедску протетику	180
31.	Клиничко-болнички центар „Бежанијска Коса“	360
32.	Клиничко-болнички центар „Др Драгиша Мишовић-Дедиње“	545
33.	Клиничко-болнички центар „Звездара“	786
34.	Клиничко-болнички центар „Земун“	640
35.	Клинички центар Србије	3150
36.	Институт за онкологију и радиологију Србије	358
37.	Клиника за неурологију и психијатрију за децу и омладину	45
38.	Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“	400
39.	Универзитетска дечја клиника	292
40.	Институт за неонатологију	160
41.	Гинеколошко-акушерска клиника	330
42.	Институт за кардиоваскуларне болести „Дедиње“	200
43.	Институт за ортопедско-хируршке болести „Бањица“	520
44.	Институт за реуматологију	170
45.	Институт за ментално здравље	120
46.	(реабилитација кардиолошких болесника 80 и општа рехабилитација 250)	330

**Табела XI територијалног распореда и постељних капацитета здравствених установа  
У Републици Србији**

<b>Р. бр</b>	<b>Назив управног округа/здравствене установе</b>	<b>Број постеља</b>
<b>XXX. град Београд</b>		
47.	Клиника за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“	290
48.	Завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију (са стационаром)	30
49.	Институт за трансфузију крви Србије	
50.	Институт за вирусологију, вакцине и серуме „Торлак“	
51.	Институт за медицину рада Србије „Др Драгомир Кајајовић“ (са стационаром)	40
52.	Завод за биоциде и медицинску екологију	
53.	Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“	
54.	Градски завод за јавно здравље Београд	

**Из историје здравства Србије**

## **О историјату Клиничко-болничког центра „Бежанијска коса“\***

*Н. Милинић<sup>1</sup>*

Почетком педесетих година овог века наша домовина се суочила са великим социјално-здравственим проблемима, међу којима је плућна туберкулоза била један од најзначајнијих.

Година 1953. обележена је доношењем важне одлуке о оснивању Градске болнице за грудоболне на Бежанијској коси. Одлука о оснивању базирана је на пренамени објекта започетог и саграђеног за Шумарски факултет. Наредне две и по године посвећене су градњи и опремању, који су завршени почетком 1956. године.

Наравно да није било лако пренаменити у грубим радовима завршени објекат, али се то радило са великим ентузијазмом и решеношћу да се успе. Доминирао је добровољни рад и обезбеђивање грађевинског материјала од стране бројних радних колективова, који су схватили да је императивни политички задатак да се болница заврши и опреми како би забрињавала нарастајући број туберкулозних болесника, посебно међу младима.

Уложена средства била су донације радних колективова у грађевинском материјалу и добровољном раду, а мање од половине – буџетска средства града Београда. Од свог настанка ово је прва градска болница, иако лоцирана на ободу и тада за наше појмове великог града, који је био петоструко мањи по броју становника од данашњег Београда. Болница и није била намењена само Београђанима, већ и другим корисницима њених здравствених услуга.

Тако је настала и почела са радом Градска болница за грудоболне на Бежанијској коси, а за првог управника постављен је др Љубиша Илић. Капацитет установе у то време био је 434 постеље, подељене на мушки, женско и дечје одељење. Почело се са свега 15 лекара, од којих је било шест специјалиста пнеумофтизиологије, једним фармацеутом, 25 средње-медицинских радника и 35 болничара.

Градска болница „Бежанијска коса“ од 1956. године обезбеђује дијагностику, лечење и рехабилитацију оболелих у областима интерне медицине и хирургије. Број лекара се повећавао, а дужина лечења смањивала. Од 1978. године, сходно документима о организацији здравствене службе у Београду, тзв. „Бела књига здравствене политике у Београду“, конституише се као један од пет клиничко-болничких центара и од тада ради као општа болница, тј. организује дијагностику, лечење и рехабилитацију оболелих и повређених у области интерне медицине, хирургије, трауматологије и ортопедије и сл.

Од септембра 1997. године КБЦ је наставна база за интерну медицину Медицинског факултета Универзитета у Београду, чиме постаје академска институција у правом смислу речи, тј. универзитетска болница. Октобра 1999. године постаје база и за хирургију, радиологију, патологију и социјалну медицину, гране у којима има наставнике у својим редовима.

Кључни тренуци у развоју ове институције догађају се 1996. године када је отво-

\* Поводом јубилеја КБЦ „Бежанијска коса“ 1956–2006.

<sup>1</sup> Доц. др Никола Милинић, директор КБЦ „Бежанијска коса“ Београд.

рен Дијагностички имиџинг центар, чиме болница постаје најопремљенија институција здравства Србије, с обзиром на значај дијагностичког имиџинга у медицини. То значи да је 11. октобра те године завршена инсталација магнетне резонанце, спиралног скенера, дигиталне ангиографије, као и рендгена, ултразвучног уређаја и оперативног рендгена. То је значило комплетирање низа комплементарних уређаја на једном месту.

Пре тога је отворен Апартмански блок у коме је направљен први комерцијални програм високо-комерцијалног смештаја за болеснике у нашој земљи, који заједно са Медик програмом за менаџере, установљеним 1994. године, чини целину комерцијалних програма, тј. допунских и у начелу незамењивих прихода институције. Тиме је вишега свечано, а пре свега продуктивно, обележена четрдесетогодишњица оснивања болнице.

Године 1998. отворен је први комплетан ендоскопски дијагностички центар у гастроентерологији, који је поред гастроскопских и колоноскопских уређаја садржао ендоултрасонографију и постао један од најбољих центара у земљи, а по обиму, после Клиничког центра Србије, и данас је највећи дијагностички пункт у нашој земљи у тој области медицине. За кратко време може се поставити најсложенија дијагноза, узимајући у обзир све дијагностичке могућности КБЦ. Те године отворена је ултрамодерна патохистолошка лабораторија, чији кадрови и уређаји омогућавају да имамо ex tempore и другу патохистолошку дијагностику, тј. док је преглед пацијента у току.

О историјату сваке институције, као и о биографији сваког човека, може се говорити надуго и нашироко, са описима детаља и битних момената, али чини нам се вредно да у овом осврту на историјат укажемо само на најбитније догађаје, који су утицали на конституисање КБЦ „Бежанијска коса“ у облику у коме данас функционише као здравствена установа у државној својини, високо-стручна, организована и специјализована у

областима које својим радом обухвата, са врхунским стручним кадром и условима за забрињавање својих пацијената.

Јасно је да се изглед и садржај рада од Специјалне болнице за грудоболне до данашњег Клиничко-болничког центра битно променио. Заједнички су им лекари, медицинско особље, пацијенти и објекат.

Статус КБЦ у смислу испуњености усlova дефинитивно је утврђен тек формирањем клиника у његовом саставу 1992. године, када је усвојен нови Статут КБЦ „Бежанијска коса“. Клиника за интерну медицину и Клиника за хирургију настале су крајем 1992. године, као резултат статутарног уређивања делатности КБЦ, а за прве управнике именовани су академик проф. др Светомир Стојанић, истакнути кардиолог са Медицинског факултета у Приштини, касније редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Београду и проф. др сц. Богољуб Марковић, истакнути уролог, који је у КБЦ дошао са Војномедицинске академије, иначе редовни професор Медицинског факултета у Тузли.

Клинике су добиле стварну „специфичну тежину“ и потврду тек стварањем наставних база Медицинског факултета Универзитета у Београду. Комисија Катедре за интерну медицину Медицинског факултета Универзитета у Београду у саставу: проф. др Драган Манојловић, проф. др Вера Поповић-Брикић и шеф Катедре проф. др Предраг Ђорђевић, написала је 1997. године Научно-наставном већу Медицинског факултета позитиван извештај о испуњености услова за обављање послова наставне базе, у смислу кадрова, опреме, услова за смештај и рад студената.

То је био свакако историјски тренутак за ову институцију, чиме је добила стварни академски карактер и прве студенте медицине на обуци из интерне медицине. То је повезано са доласком у КБЦ „Бежанијска коса“ наставника Медицинског факултета доц. др Мирјане Кротин и асс. др сц. Бранислава Миловановића из КБЦ „Земун“, а потом доц. др Драгомира Марисављевића и

доц. др Николе Милинића из Клиничког центра Србије, чему треба додати прелазак проф. др Светомира Стојинића са Медицинског факултета у Приштини и избор у звање доцента др. сц. мед. Василија Дреџуна, чиме је наставна база добила прави садржај и квалитет.

Комисија Катедре за хирургију у саставу: проф. др Драган Стевовић и проф. др Вељко Ђукић написала је 1999. године позитиван извештај о испуњености услова за обављање делатности наставне базе за хирургију. Наставна база је конституисана доласком доц. др Мирослава Гранића и асистента др Небојше Ивановића са Института за онкологију и радиологију Републике Србије, а ојачана доласком доц. др Томислава Ранђеловића за управника Хируршке клинике и доц. др Драгољуба Билановића за начелника Хируршког одељења КБЦ из Клиничког центра Србије, а потом и асистента др Драгана Радовановића, грудног хирурга, др Дејана Николића и др Ненада Дикића.

Доласком редовног професора др Бранислава Голднера, тадашњег шефа Катедре радиологије Медицинског факултета и директора Института за радиологију Клиничког центра Србије, са асистентима др Зорицом Милошевић и др Зораном Мильовићем, конституисана је наставна база за радиологију у вероватно најбоље опремљеном Дијагностичком имиџинг центру у Србији, који тај атрибут задржава до данашњих дана.

Наставна база за патологију је конституисана доласком проф. др Мирослава Оприча у КБЦ, који је био редовни професор Медицинског факултета у Тузли, а касније изабран у звање редовног професора Медицинског факултета Универзитета у Београду.

## ***О стварању нових служби***

Служба за хирургију започела је са радом доласком др Николе Антића 1962. године, иначе специјализанта добре хируршке школе

ле проф. др Ива Поповића Ђанија. Ова служба је радила најпре као Служба грудне хирургије, а затим је прерасла у Општу хирургију, са низом субспецијалности.

Године 1975. доласком др Ђорђа Радовановића из Земунске болнице формирана је Служба за кардиологију КБЦ. Коронарна јединица настала је 1979. године и за њеног првог руководиоца постављен је прим. др Милош Стефановић. Имала је осам постеља и неколико монитора за континуирано праћење стања болесника од акутне коронарне болести.

Прво Интернистичко одељење основано је доласком у болницу прим. др сц. Драгољуба Милошевића 1969. године, које је потом претворено у Алерголошко одељење. Гастроентеролошко одељење је основано доласком проф. др Антона Гашпарова са Војномедицинске академије и стварањем тима на челу са прим. др Светланом Златковић из ове болнице.

Хематолошка служба је била успостављена доласком др Ђорђа Деснице из Енглеске са Клинике Универзитета Оксфорд.

Ендокринолошка служба је формирана доласком прим. др Милутина Грбића у КБЦ.

Уролошка служба настала је доласком истакнутог уролога проф. др Богољуба Марковића са Војномедицинске академије, једног од првих доктора наука у овој области и првог управника Хируршке клинике од њеног оснивања крајем 1992. године. Ортопедија и трауматологија формирана је 1978. године као део хируршке службе, када је болница ушла у систем градских дежурстава за област хирургије и трауматологије.

Аnestезија и реанимација је на стручно адекватном, тј. лекарском нивоу успостављена доласком др Оливере Радојковић.

Модерна ендоскопска дијагностика везана је за долазак проф. Милентија Петровића са ВМА, а посебно доц. др Николе Милинића из Клиничког центра Србије, чиме она добија изузетне перформансе не само по обиму већ и по квалитету рада.

Модерну абдоминалну ултрасонографију успоставили су др Драгутин Бранковић и др Јован Коњевић, радиолози који су први ултразвучни апарат ставили у функцију 1986. године и започели нову еру у којој је савремена дијагностика незамислива без улоге ултрасонографије.

Први кардиолошки ултразвучни апарат је ставила у функцију и започела рад са њим др Светлана Костић, лекар интерниса у КБЦ.

Модерну кардиопулмоналну дијагностику и функционална тестирања имплементирали су прим. др Драгољуб Милошевић, затим прим. др Светомир Филиповић и проф. др Василије Дреџун.

Модерна радиолошка дијагностика успостављена је доласком др Витомира Станојевића, првог специјалисте радиолога из Земунске болнице 1965. године, а до тад су ову дијагностику обављали рендген-техничари специјалисти пенумофизиологије, који су били добро обучени за дијагностику, посебно у пулмологији.

## *Лекарска и сесијарска стручка Лекарска стручка у КБЦ*

Од оснивања до данас укупан број лекара увећао се са 15 на 200. По оснивању није било доктора и магистра наука, а данас их има скоро 50, укључујући субспецијалисте, којих на почетку није било. Пораст је знатан и убедљив, а посебно у формалним и неформалним квалификацијама. По освојеним новим методама и усвојеним принципима у облику водича добре клиничке праксе ово је свакако изузетна болница. Методологија је посебно усавршавана у неким дијагностичким делатностима и једном броју терапијских процедура, при чему се истичу први у земљи протоколи терапије бола. Данас у КБЦ раде стручњаци из преко 50 специјалности у субспецијалности.

Мало је познато да смо у многим областима учинили пионирске кораке у нашој медицини и здравственој заштити, захваљују-

јући инвентивности наших лекара и сарадњи са еминентним здравственим институцијама из света. О томе мало зна и наша медицинска јавност, па их због тога треба навести, уз могућност ненамерне грешке, која се огледа пре свега у изостављању неког од по-духвата, који није забележен, бар ради историје медицине у нашој земљи.

## *Први смо*

Први смо у земљи увели у терапију бола блокаду целијачног плексуса (С. Зорић, 1981. године), као и терапијску neuroliju pleksus hi-pogastrikusa superiusa, а тиме и конституисали први Центар за терапију бола.

Први, или међу првима, 1981. године смо увели пласирање привременог пејс-мејкера у акутним стањима (С. Зорић и сарадници).

Први смо у земљи направили лапароскопску операцију жучне кесе 1992. године (М. Грубор и сарадници).

Први смо у земљи и на Балкану конституисали Центар за дијагностику и лечење меланома и направили дијагностичку меланоскопију на посебном уређају меланоскопу (Д. Николић и сарадници, 1998. године)

Први смо у земљи и овом делу Европе направили ендоскопску линеарну ултрасонографију (Н. Милинић и сарадници, 1999. године).

Први смо у земљи увели аутофлуоресцентну бронхоскопију, односно ендоскопију у дијагностици ларингса (Х. Малићевић, 2004. године).

Први смо у земљи урадили вишеслојну, односно дубоку, криотерапију уз напредованых тумора ректума (Д. Ђорђевић и сарадници).

Први смо у земљи направили програм брезе дијагностике, Медик програм, који је у почетку био намењен менаџерима, а касније и другима који пожеле да за најкраће време и без листе чекања дођу до дијагнозе и препорука за лечење, по угледу на Клинику Мејо из Рочестера (1994. године).

Први смо у земљи направили савремени Апартмански блок – комерцијални програм

комфорног смештаја пацијената, у коме се на најкомфорнији начин лечи одређени број пацијената и тиме смо поставили основе за будуће успостављање двостепеног здравственог осигурања (1995. године).

Први смо у земљи увели интегрални болнички информациони систем YUBIS, као резултат сарадње са новосадском компанијом „Microsys“, којим је успостављена свеобухватна имплементација информационе рачунарски базиране технологије на све битне болничке функције (1995. године).

Први смо у земљи направили Дијагностички имцинг центар, који на једном месту садржи ЦТ скенер, магнетну резонанцу, дигиталну ангиографију, ултрасонографске уређаје и др. (1996. године).

Први смо у земљи направили формални уговор са једном од најбољих америчких болница (1999. године), са Rush универзитетом из Чикага, којим је формализована сарадња са болницом Rush Presbyterian St. Luke Medical Center и једним од најбољих медицинских универзитета, којим се на некомерцијалном принципу успоставља база једне наше болнице у Чикагу и несметан, тј. неограничен приступ ресурсима и знањима ове установе за наше лекаре. Многи наши лекари су били корисници бенефита те сарадње.

Први смо у земљи направили уговор са страном компанијом здравственог осигурања BUPA Internacional 1996. године.

Прва смо болница која је добила златну медаљу и плакету „Тесла–Пупин“, коју додељује Српска академија наука и уметности и Привредна комора Србије, у сарадњи са Савезом проналазача за иноваторство у раду 2005. године.

## *Сестринска стручка у КБЦ*

Сестринску службу од оснивања болнице до данас карактерише висок стручни и професионални рад, добра организација и хуман однос према пациентима. Ове карактеристичке резултат су добре едукације и оспособљавања уз рад у самој установи. Као у сва-

кој болници и овде су медицинске сестре већина запослених. У Клиничко-болничком центру „Бежанијска коса“ оне су се одувек истицале хуманошћу, професионалношћу и прегалаштвом.

Болница за грудоболне основана је у време када је туберкулоза била велики социомедицински проблем у нашој земљи. Потребе за квалификованим кадром биле су велике, а сестара мало. Због тога је болница начинила уговор са школом за медицинске сестре у Крагујевцу и стипендирала је један број ученица, које су се по завршетку школе 1957. године запослиле у овој, тада већrenomiranoj, здравственој установи. Недостатак сестринског кадра допуњаван је већим бројем болничара добро оспособљених за непосредан рад са болесницима. За прву главну сестру болнице постављена је Олга Геровац, образована, одважна и способна да се ухвати у коштац са свим проблемима.

Дуготрајно лечење и опоравак углавном младих људи и њихови многобројни проблеми захтевали су посебан приступ, често индивидуалан, од стране младих сестара без довољно практичног искуства. Министарство здравља, у чијој надлежности је било образовање кадрова за здравство, није штедело средства за ту намену. Тако су врсне сестре упућене на једногодишњу едукацију у иностранство – Златија Срнић у Енглеску, а Олга Геровац у САД. Након њиховог повратка уследио је интензивнији рад на едукацији сестара и другог особља, као и на увођењу промена у методама и самој организацији рада. Главну сестру болнице Вукосаву - Лолу Манасијевић, која на тој дужности остаје све до одласка у пензију, памтимо као изузетног радника и ауторитета међу сестрама. Био је то период када су потребе за лечење оболелих од туберкулозе бивале све мање, те долази до трансформације установе у Болницу за грудне болести, јер су на лечење примани болесници са неспецифичним оболењима плућа и срца.

Иако је у Београду већ 1952. године основана Виша школа за медицинске сестре, а нешто касније, 1956. године још једна виша

школа, у нашој установи осим главних сестара није било сестара са вишом стручном спремом. Тек у другој половини шездесетих и почетком седамдесетих година сестре почињу самоиницијативно да се образују на овом нивоу, након чега наступа период организованог и планираног образовања сестара на вишем нивоу од стране установе. Прве сестре са вишом школом биле су Магдалена Радосављевић и Нада Кунчар.

Осим што је трансформација установе захтевала и професионално образовање медицинских сестара, много напора улагано је у трансформацију метода и организације рада, што је неминовно захтевало и оснобођавање сестара других профила.

Доласком Живане Алексић на дужност главне сестре болнице, наступио је период интензивног побољшања квалитета рада и уздизања професије на виши ниво. Живана-Жана Алексић свој изузетно професионални пут започела је у патронажној служби, а наставила у болници. Схватајући да промене само у овој установи нису довољне, она се ангажује у бројним асоцијацијама и форумима, утирући пут савременом схватању сестринства у Југославији.

У периоду од 20 година (1970–1990) ова болница постаје узор и едукативни центар за савремено тумачење и примену процеса здравствене неге, који по својој дефиницији и структури представља виши квалитет здравствене неге у односу на класичан систем неговања. Здравствена нега се планира и реализације према индивидуалним потребама сваког корисника. Захваљујући овој методи рада, сестре ове болнице успеле су да уведу и развију документацију здравствене неге, која данас представља интегрални део система документовања у здравству.

Уводи се радно место сестре за едукацију кадрова, покрећу бројна питања од значаја за професију, руше стереотипи о сестри као „помоћнику лекара“.

Прва сестра са искључивим едукативним задужењем била је виша медицинска сестра Нада Келеман, врстан познавалац свог послса, познавалац страних језика и спремна да сво-

ја знања унапређује и преноси на млађе сестре.

Медицинске сестре нису долазиле у установу као стручњаци здравствене неге кардиолошких, хируршких, уролошких и других оболења. Оне су то посталаје у току рада, што је захтевало перманентно професионално усмеравање и образовање које се одвијало кроз:

- индивидуално стручно образовање,
- активно учешће у планираној, континуираној едукацији и на семинарима унутар установе,
- учешће на семинарима, конференцијама, симпозијумима ван установе,
- школовање на Вишој медицинској школи,
- израду стручно-методолошких упутстава,
- студије на високим школама.

У периоду од 1991. до 2002. године на чelu сестринске службе налази се главна медицинска сестра Јелица Гајић, изузетан организатор и особа велике радне енергије, истовремено и први дипломирани инжењер организационих наука запослен у сестринству наше земље уопште. После ње сестринском службом кратко руководи виша медицинска сестра Нада Митровић (2001–2002), потом виша медицинска сестра Драгица Томић (2002–2004). Од средине 2004. године на чelu сестринске службе је главна сестра Надежда Јањић.

Напори сестара данас су усмерени ка томе да се обезбеди виши квалитет здравствене неге, заснован на најбољим начелима струке и науке. Едукација сестара се не прекида.

## **Директори КБЦ**

Питање руковођења установом једно је од фундаменталних питања, јер руководиоци установе одређују правце, успехе и неуспехе, као и коначне производе свог рада. Када је у питању болница, то би требало да буде добро организована и функционална целина која задовољава захтеве и потребе корисника услуга.

Директори по правилу могу да убрзају или успоре развој, они могу да буду агилни или мање агилни, али њихов рад је увек видљив и подложен свакодневном критичком посматрању читавог колектива. Тако је и овде увек било, тако је и данас.

Да ли је ова болница имала среће са избором директора, ствар је субјективне процене појединца и заједнице, која уосталом има утицаја на њихов избор од почетка до данас. Директори су током протеклих педесет година променили много, чак и карактер болнице, али је намештај у директорској соби остао углавном непромењен. Као што би

рекао један наш колега, добре ствари се никада не избацују.

- Др Љубиша Илић (1956–1962)
- Прим. др сц. мед. Никола Антић (1962–1986)
- Прим. др сц. мед. Светомир Филиповић (1986–1992)
- Проф. др Момчило Бабић (1992–2001)
- Проф. др Томислав Ранђеловић (2001–2004)
- Доц. др Никола Милинић (2004– )

**Из историје здравства Србије****Искуства и резултати у здравственој заштити становништва на подручју региона Титово Ужице и Општине Ивањица (1970)\*****Ж. Ђорђевић<sup>1</sup>**

Систем такозваног друштвеног договарања у области здравства на подручју бившег среза Титово Ужице нашао је своју практичну примену пуних пет година раније него што је инаугурисан законским прописима 1968. године. Још 1963. године, а следећих година знатно интензивније, здравствена служба овог подручја, уз активно учешће друштвено-политичких заједница и организација, приступила је тражењу решења за кључне проблеме. Као кључни проблеми здравствене делатности, чијим је решавањем била условљена квалитетнија и ефикаснија здравствена заштита становништва, истакнути су:

- организација здравствене службе,
- подела рада између постојећих здравствених установа,
- међусобна сарадња здравствених установа на стручном и економском плану,
- заједничко програмирање здравствене заштите,
- начин финансирања здравствене заштите и
- цене здравствених услуга.

Пре свега, постигнут је договор о томе да није ни медицински ни економски оправдана тежња да се у свих 10 општина отварају или одржавају постојећи капацитети за стационарно лечење.

**Још 1963. године постигнут је договор да у свакој општини морају постојати капацитети за пружање основне здравствене заштите и посебно за превентивну делатност.** Та-

ко у свакој општини где не постоје медицински центри постоје домови здравља који пружају становништву основну здравствену заштиту.

Преко Међуопштинског здравственог центра, уз учешће свих здравствених установа, врши се програмирање здравствене заштите, као и планирање будућег развоја мреже и капацитета здравствених установа за цело подручје.

У вези са оваквим приступом искуства и резултати у здравственој заштити становништва на подручју Међуопштинског здравственог центра Титово Ужице у последњих неколико година били су предмет пажње и дискусија на многим скуповима.

Говорећи данас о титовоужичком примеру још једном намера нам је да укажемо на неколико група питања и проблема:

- 1. У току петогодишњег организованог, планског и програмског рада остварен је бржи развој здравствене службе, а постигнути су (што се из материјала види) и задовољавајући резултати у здравственом стању становништва.**
- 2. Основна карактеристика титовоужичких искустава је оријентација на богату и садржајну међуопштинску сарадњу свих заинтересованих друштвених снага овог подручја. Наиме, у утврђивању и спровођењу здравствене политике на нашем подручју учествовали су:**
  - представници друштвено-политичких заједница и организација из свих општина,**

\* Извод из извештаја Међуопштинског здравственог центра Титово Ужице, маја 1970.

<sup>1</sup> Прим. др Живадин Ђорђевић, директор Завода за заштиту здравља, Т. Ужице, 1970

- скупштине заједница здравственог осигурања радника и земљорадника, као и представници Комуналног завода здравственог осигурања,
- представници здравствених установа из свих општина.

**Посебно је важно и значајно да је у утврђивању и спровођењу политике развоја здравствене заштите остварена тесна сарадња са: Републичким заводом за здравствену заштиту, Институтом за ТБЦ СРС, Институтом за здравствено просвећивање СРС, Институтом за здравствену заштиту народног подмлатка СРС и Заједницом здравствених установа СРС.**

Укључујући у процес утврђивања и спровођења здравствене политике све заинтересоване друштвене снаге на подручју, као и представнике наведених републичких институција обезбеђено је јединство акције и квалитетна подела послова и задатака на све учеснике у договарању.

На подручју бившег Ужичког среза постоји врло велики број насељених места. **Са изузетком места седишта општина и једног мањег броја места, остало су све мала насеља разбациана по брдима и планинским теренима, што отежава рад здравствене службе која је због таквих услова изложена изузетним напорима при обезбеђивању здравствене заштите становништва.** Општина Ивањица, једна од 10 општина, 1961. године имала је 48 насеља, 7339 домаћинстава и 43.285 становника од чега је само 9%, односно 4.060 било запослених! То је нарочито случај у општинама Пријепоље, Прибој, Нова Варош, Бајина Башта, Чајетина и Ивањица.

Према попису из 1961. године старосна структура становништва била је следећа:

- од 0 до 14 година 33,25%
- од 15 до 19 година 48,00%
- преко 50 година 17,83%.

**Са становништва привредне развијености ово подручје спада у недовољно развијена подручја, а нарочито подручја општина Пријепоље, Нова Варош и Косјерић.**

### **Претежан број становништва бави се земљорадњом и сточарством.**

У 1967. години у Ивањичкој општини било је 42.523 становника од којих је само 29,0%, односно 12.342 било обухваћено здравственим осигурањем по основу запослености радника осигурањем запослених и чланова породице.

### **Број и структура здравствених радника**

У складу са утврђеном здравственом политиком и постављеном организацијом здравствене службе, у овом периоду посвећена је изузетна пажња обезбеђењу потребног броја здравствених радника. Наиме, одавно је прихваћено становиште да се добра организована и ефикасна здравствена служба не може остварити без прилива одговарајућег броја високостручних и осталих здравствених радника.

За посматрани период на целом подручју повећан је број лекара опште медицине за 48, лекара специјалиста за 41, стоматолога за 30 итд.

На крају 1969. године лекара специјалиста има преко два пута више него на крају 1963. године. Стоматолога има скоро три пута више него на крају 1963. године.

Постигнути резултати у квалитету и ефикасности здравствене заштите становништва на овом подручју и у подизању нивоа здравственог стања становништва, без сумње, највећим делом су остварени управо захваљујући оријентацији повећања броја здравствених радника, уложеном труду, знању и напорима тих радника, утврђеној оријентацији здравствене службе и сарадњи између здравствених установа овог подручја.

Значајан је показатељ обезбеђености појединих општина са бројем лекара и стоматолога.

У **табели 1** изложени су показатељи о томе колико становника, по појединим општинама, долази на једног лекара и на једног стоматолога (1969. године).

**Табела 1.** Број становника по појединим општинама на једног лекара и на једног стоматолога (1969. год.)

Општина	Број становника са	
	1 лекаром	1 стоматологом
Титово Ужице	566	3610
Пријепоље	2368	11248
Ариље	3003	21023
Бајина Башта	3109	21763
Косјерић	3691	9228
Нова Варош	2442	8957
Пожега	2191	10955
Прибој	1801	7566
Чајетина	3109	21763
Ивањица	3643	14574
Просек за подручје	1607	8001

### *Здравствена ћолијика*

Здравствена политика на подручју Међуопштинског здравственог центра и Комуналног завода за социјално осигурање Титово Ужице састојала се у напорима да се у складу са расположивим средствима решавају најактуелнији здравствени проблеми овог краја. **У практичној реализацији ове политичке наша активност била је оријентисана у више праваца:**

Здравствена заштита становништва у целини и појединим његовим групацијама (деца, жене, радници, оболели од активне туберкулозе плућа и др.), непосредно је спровођена на основу општих програма здравствене заштите, као и програма за сузбијање туберкулозе, програма за здравствену заштиту мајке и детета, усвојених од стране свих скупшина овог подручја. Од мноштва здравствених проблема извршен је избор приоритетних.

Основна интенција програмског рада на здравственој заштити становништва, поред избора приоритета, имала је за циљ да се целокупна активност на овом подручју усмери у правцу спречавања и сузбијања, а у извесним случајевима и искорењивања појединих болести. Другим речима, активност здравствене службе усмерена је на област пре-

вентивне здравствене заштите становништва, а нарочито:

- 1. Да се активном здравственом заштитом, односно саветовалишним радом обухвати**
  - 60–70% деце до 6 година,
  - 60–70% жена у току трудноће и порођаја,
- 2. Сви болесници од активне туберкулозе плућа и лица која живе у контакту са оболелим (БСЖ вакцинација, преглед лица из контакта, флуорографија становништва, контролисано лечење становништва по пунктовима и др.).**
- 3. Да се систематским прегледима радника обухвати око 30% запослених** (систематски преглед радника, обилазак организација и радних места у циљу упознавања са условима и интензитетом рада).
- 4. Да се здравственим власпитањем обухвате** сва лица у току пружања активне и пасивне здравствене заштите, с тим да се здравствено-васпитни рад у одобраним сеоским насељима спроводи према посебним програмима.
- 5. Да се превентивно-хигијенске мере у области асанације водних објеката и клоzetа – у првом реду реализују око школа и сеоских насеља где постоје епидемиолошке индикације.**

Упоредо са тим остварен је принцип да се од укупно расположивих средстава за здравствену заштиту 25–35% (зависно од величине општине) издваја за превентивну здравствену заштиту. Није без значаја чињеница да су обе врсте програма (општи и посебни програми који разрађују актуелну здравствену проблематику) средњорочног карактера и да обухватају период од 1966. до 1970. године. Нарочито је значајна околност да су се у свим овим програмима у претходном поступку изјашњавале и давале своје примедбе и скupштине здравственог осигурања радника и земљорадника.

## **Резултати осигуарени у активној здравственој заштити и здравственом смању становништва**

### **Здравствена заштита предшколске деце**

Активна здравствена заштита предшколске деце остваривана је путем саветовалишта за здраву децу, радом демонстрационих кухиња у оквиру саветовалишта, патронажним посетама новорђенчадима, одојчадима и осталој деци и спровођењем обавезних вакцинација.

### **Здравствена заштита школске деце**

Превентивна здравствена заштита деце школског узраста остваривана је путем систематских прегледа школске деце, систематских прегледа и санирања зuba, здравственим надзором над школама и школским објектима и систематским прегледима наставног особља. Систематски прегледи врше се на основу посебне методологије за вршење систематских прегледа, урађене на основу предлога Института за здравствену заштиту народног подмлатка СРС и Одељења за школску хигијену Републичког завода за здравствену заштиту.

Здравствени надзор над школама и школским објектима врши се на основу утврђеног упитника, једном годишње у свим школама и физички издвојеним одељењима. Попуњени упитници достављају се школама, са-

**Табела 2.** Обухваћеност предшколске деце појединим врстама активне здравствене заштите

Врста заштите	1965.	1968.
	%	%
Саветовалиште	46	70
Демонстрационе кухиње	46	70
Патронажне посете	40	80
Патронажне посете одојчади	45	80
Вакцинације	78	84

нитарној инспекцији, скупштини општине и Међупаштинском здравственом центру.

Већ три године узастопно се врши систематски преглед наставног и другог особља запосленог у школама, домовима и интернатима. Преглед обухвата рендгенски преглед плућа и преглед крви на васерман. Код особља које ради у домовима, обдаништима и интернатима, поред прегледа плућа и крви на васерман, врши се и бактериолошки преглед на евентуално кликоноштво (брис из носа и грла).

Спровођење обавезних вакцинација код школске деце обавља се без икаквих тешкоћа и проценат обухваћене деце прелази 9% од укупног броја.

### **Здравствена заштита жена**

Активна здравствена заштита спровођена је путем саветовалишта за труднице, стручном помоћи при порођају, постнаталном заштитом, саветовалиштем за контрацепцију и саветовалиштем за рак.

Овде дајемо приказ обухваћености жена појединим врстама заштите у односу на претходни период:

- **Саветовалиштем за труднице обухватано је 1963. године 40% жена трудница, а на крају 1968. године 71% жена,**
- **Стручном помоћи при порођају (у највећем броју случајева у породилиштима здравствених установа, а мањим делом преко теренске бабичке службе) обухваћено је 1963. године 40%, а на крају 1968. године 72%,**
- **Постнатална заштита жена у виду једног или два контролна прегледа у периоду од 6 недеља до 3 месеца после порођаја обављана је у ранијим годинама са мањим или већим процентом обухваћености, а од почетка 1968. године се и посебно уговара. Током 1968. године постнаталном заштитом жена обухваћено је око 76% од укупног броја породиља,**
- **Саветовалиштем за контрацепцију обухвата се годишње, у зависности од развијености службе за здравствену заштиту**

- жена, од 8 до 16% од укупног броја жена у генеративној фази,
- Саветовалиштем за рак обухвата се годишње 1800 жене. Истина, ова саветовалишта за сада раде као организовани вид активности у Титовом Ужицу, Пожеги, Ивањици и Пријепољу.

### *Антитуберкулозна заштита*

**Антитуберкулозна заштита, као што се може видети из програма, спровођена је БСЖ вакцинацијом, радиофотографијом становништва, прегледом лица која живе у контакту са оболелим или се сумња на оболење, патронажном службом, уобичајеним амбулантним и болничким лечењем, као и контролним лечењем плућних болесника по пунктовима.**

### *Здравствено васпитање*

**Здравствено васпитање становништва спроводи се путем посебног програма у одабраним сеоским насељима приказивањем здравствено-васпитних филмова, одржавањем курсева сеоској омладини о нези и исхрани становника, као и курсевима прве помоћи, предавањима, растурањем здравствено-васпитне литературе и др. Садржај здравствено-васпитног рада ускла-**

ђен је са актуелном здравственом проблематиком и углавном се односи на здравствену заштиту деце, здравствену заштиту жене, АТД заштиту, као и на спречавање и сузбијање акутних и хроничних заразних болести.

### *Асанација и изградња водних објеката*

С обзиром на лоше хигијенске прилике, посебна пажња посвећена је асанацији и из-

**Табела 3.** Преглед броја изграђених водних објеката по општинама и дужини изграђених објеката у километрима

Општина	Број	Дужина у km
Ариље	25	33,600
Бајина Башта	6	9,300
Чајетина	4	5,460
Ивањица	38	33,100
Косјерић	4	4,170
Пожега	3	0,920
пријепоље	7	5,370
Титово Ужице	2	6,000
Прибој	4	3,800
Нова Варош	8	3,182
<b>Укупно</b>	<b>101</b>	<b>101,902</b>

**Табела 4.** Број умрлих на 1000 становника у периоду од 1961. до 1967. године

Општина	1961.	1962.	1963.	1964.	1965.	1966.	1967.
Ариље	8,1	9,6	7,5	7,2	8,2	7,7	7,9
Бајина Башта	8,7	8,8	8Д	8,9	7,5	6,9	7,9
Чајетина	6,6	6,5	5,9	8,1	7,5	5,8	7,3
<b>Ивањица</b>	<b>6Д</b>	<b>8Д</b>	<b>6,7</b>	<b>7,9</b>	<b>6Д</b>	<b>6,1</b>	<b>6Д</b>
Косјерић	7,6	8,8	7,4	9,8	8,9	7,3	7,4
Нова Варош	7,3	6,9	6,9	6,2	5,9	5,2	4,8
Пожега	7,3	7,9	8,4	7,9	7,9	7,5	7,7
Прибој	6,0	6,5	6,2	6,2	6,3	5,1	5,7
Пријепоље	6,1	7,4	6,7	7,1	6,0	5,9	6,1
Титово Ужице	9Ц	8,5	7,5	8,1	7,1	6,2	7,6
Међуопштински здравствени центар	7,4	7,9	7Д	7,7	6,9	6,3	6,9

**Табела 5.** Број умрлих одојчади на 1000 живорођене деце у периоду од 1961. до 1967. године.

Општина	1961.	1962.	1963.	1964.	1965.	1966.	1967.
Ариље	37,6	33,7	43,0	24,2	28,7	41,0	30,0
Бајина Башта	56,6	37,8	46,0	54,7	41,0	42,0	38,0
Чајетина	37,3	16,7	20,0	41,3	30,7	11,0	8,6
<b>Ивањица</b>	<b>31,3</b>	<b>46,2</b>	<b>47,0</b>	<b>28,0</b>	<b>47,6</b>	<b>29,0</b>	<b>18,0</b>
Косјерић	22,0	12,9	28,0	52,6	28,1	48,0	10,0
Нова Варош	50,6	51,4	44,0	38,9	46,6	41,0	25,0
Пожега	30,9	29,0	33,0	41,6	39,8	38,0	18,0
Прибој	51,9	61,6	52,0	52,4	71,6	33,0	52,0
Пријепоље	56,6	82,0	75,0	58,0	64,7	55,0	41,0
Титово Ужице	76,3	63,9	41,0	52,4	59,6	36,0	34,0
Међупштински здравствени центар	49,9	53,0	48,8	47,1	52,7	38,7	32,5

градњи водних објеката око школа и у угроженим сеоским насељима. Годишње се на подручју Комуналног завода издваја 600 до 800.000 (н) динара.

У циљу подизања здравствене свести и хигијенских прилика, од пре три године пришло се програмском раду на здравственом васпитању у одабраним селима. Овакав програм се на територији спроводи у 13 сеоских насеља. У првој фази програма извршено је снимање здравственог стања становништва и хигијенских прилика. У даљем раду примењују се одговарајуће методе рада, саветовалиште, демонстрационе кухиње, предавања, приказивање филмова и раствурање популарне литературе. Изграђен је и асаниран велики број објеката, хигијенских нужника, ћубришта и др.

За извршење оваквог програма о здравственом васпитању, поред домаћа здравља и медицинских центара, ангажован је и Институт за здравствено просвећивање СРС.

### *Здравствено стање становништва*

Кретање опште смртности од 1961. до 1967. године (број умрлих на 1000 становника) је приказано у **табели 4.**

Кретање смртности одојчади од 1961. до 1967. године (број умрлих одојчади на 1000 живорођене деце) приказан је у **табели 5.**

### *Најчешћи узроци смрти*

Међу најчешћим узроцима смрти на подручју налазе се:

- код одојчади: болести дисајних путева, органа за варење, болести својствене новорођенчецу, заразне болести и туберкулоза,
- код деце од 1 до 4 године: истоветно као и код одојчади или се појављују повреде и тројања као узрок смрти,
- код деце од 5 до 14 година на првом месту су као узрок смрти повреде и тројања, заразне болести, туберкулоза и друге,
- код осталог становништва: болести срца и крвних судова, заразне болести и туберкулоза, рак и леукемија и повреде и тројања.

Из историје здравства Србије

## „Ивањица конкурише Швеђанима“

Ј. Џекић<sup>1</sup>

---

Запажа се опет да и поједини здравствени радници уместо да се боре за боље услове превентивног рада настоје да повећају број болничких постеља; то им се, кажу, више исплати, пошто из фондова за здравствено осигурање за лечење добијају знатно више новца него за превентивну делатност.

Ипак, има крајева у којима се превентива негује. У Титовом Ужицу су, када је реч о Србији, још пре две године успели да 21 одсто средстава Фонда здравственог осигу-

рања одвоје за превентиву. Резултати нису изостали.

Још бољи пример пружа Ивањица, где су лекари, који тамо раде од ослобођења – уз подршку друштвено-политичких радника комуне, спровели низ превентивних мера – каже др Џекић. Смањена је стопа смртности деце, затим оболевања од туберкулозе, заразних болести и друго, по чему је Ивањица стала у исти ред не само са градовима у Словенији, већ и у Шведској и Швајцарској.

---

<sup>1</sup> Проф. др Јован Џекић, председник Савета за народно здравље и социјалну политику Републике Србије..

---

## Приказ књига

---

### **Монографија о војном саништету**

*Недавно је изашла из штампе студија „Српски војни саништет од јесени 1915. до пролећа 1916.“*

У својим мемоарима фелдмаршал Аугуст фон Макензен, командант Централних сила у кампањи против Србије 6. октобра 1915. године, кад урагански насрну на Београд, написао је: „Борили смо се с јунацима из бајке“. О храбrosti српских војника записано је доста, али недовољно.

Недавно је изашла из штампе студија под насловом „Српски војни санитет од јесени 1915. до пролећа 1916.“ др Александра С. Недока. Ово је монографија о историји војног санитета Србије у најтежим кризама ове земље у Првом светском рату.

Ова студија је дошла у право време јер се ове године обележава 90-годишњица битке на Кајмакчалану, кад је излечена и опорављена српска војска почела борбе за ослобођење. Залуга за здравствени опоравак изнемогле војске на Крфу, Виду и Лазарету лежи на херојском залагању Војног санитета, од болничара до лекара, у најстрашнијим тренуцима преласка преко Албаније, при искрцавању, при чекању било каквог крова над главом, на ветру и хладној киши, заједно са болесницима који умиру на сваком кораку.

Ова књига даје целокупну слику о повлачењу Врховне команде, војске и Санитета.

Уважени др А. Недок у овој књизи даје имена свих учесника: лекара, апотекара, ветеринара, студената медицине, страног особља, а све то документовано подацима о месту где су погинули. Посебан осврт дао је о

медицинском особљу које је остало у болницима у градовима: Нишу, Крагујевцу, Приштини, Призрену, и о понижењима које су подносили од окупатора, који није поштовао принципе Женевске конвенције, па је већина њих завршила у концентрационим логорима.

Пошто није долазила очекивана помоћ од савезника из Солуна, при повлачењу Врховна команда, у складу са одлуком владе, „свим јединицама српске војске“ издала је наређење које ће ући у сваку будућу историју српског ратовања.

Књига је допуњена фотографијама и богатим прилозима из архива војносанитетске службе направљеним у току повлачења и боравка на Крфу и Виду.

Аутор је после вишегодишњих истраживања осветлио допринос војног санитета у спасавању војске у најтежим условима 1915/1916.

Књига је писана срцем великог патриоте и хуманисте који је дао драгоцен прилог нашој историји и истини.

*Стојанка Петровић, Београд*

---

### **”ГОВОР ВЕКОВА - мудрости о животу и здрављу и здрављу“**

*Академик Светомир Стојинић*

*Издавачи: И.П. „Обележја“ и „Народна књига“*

Књига „Говор векова – мудрости о животу и здрављу“ аутора др Светомира Стојинића плод је вишедеценијског праћења и записивања 1920 мудрости (народних изрека, пословица, афоризама, цитата мудрих мисли као вековних украсних, узвишенih мисли

кроз историју људског рода, прохујалих века и миленијума до данашњих дана) као и података о мудрацу и времену у коме је живео и стварао.

Водећа мисао књиге јесте смисао здравог живота са аспекта повезаности свих животних израза као квалитета живота и здравља. Зато је ова обимна грађа подељена у 12 поглавља: 1. **Живот**; под мотоом *Проћи живот, није пољем пречи*; 2. **Судбина, срећа, нада и смисао живота** (*Главна енергија будућности: зраци наде*); 3. **Љубав, срце, лепота** (*Љубав је чаролија*); 4. **Људске врлине и савршен човек** (*Исилести венац је много лакше него наћи главу за њега*); 5. **Визије и стремљења ка висинама** (*А ко беху они диви, Који су те најпре звали, Који су те ојачали, Који су ти крила дали? То бејаху идели*); 6. **Пороци и слабости људске природе** (*Ако ћемо оитети на грани, зашто смо уйтиши силазили. Да ли је наша Јланета прешла „шаку без повраћаја?“*); 7. **Слава, почасти, чојство, јунаштво и правда** (*Как изгубиши час, изгубио си све*); 8. **Рад, новац, право, обавеза и дужност** (*Как је у штајању новац, онда је свако исте вере*); 9. **Историја, друштво, власт, слобода, политика, вође, рат, издаја** (*Очекује се од задивљујућег разума којим дух располаже да организује овај свет који би могао да буде шако леђа када бисмо могли да прихватимо највећије његове праве и уноће*); 10. **Здравље, медицина, лекари и реметилачки чиниоци здравља** (*Целини природе пристаја и човечја природа, која је почињена истим законима као сва природа, јер је све божанско и све људско. Медицина није ништа друго до подражавање природе. Лекар је слуга и шумач природе*); 11. **Бол** (*Од новога јага стари бол ће проћи*); 12. **Смрт и мистерија бесмртности** (*Све што живот распушти, смрт скупља на исто место*).

Зоран Живковић, професор књижевности, о књизи „Говор векова – мудrosti o животу i здрављу“ надахнуто је рекао у рецензији да је то „јединствен и по замисли и по остварењу издавачки подухват у нас.“

Остварујући и дуг и плодотворан професионални стаж у најхуманијој области човеко-

вог живота, борећи се за здравље других, најкаснијих академских звања и високих функција у здравственој делатности, после 30 књига, 44 поглавља у књигама и 340 научно-стручних радова, др Светомир Стојинић је овом књигом нашој јавности подарио својеврстан духовни тестамент. „Говор векова“ је његов лични избор мудрости и сентенца из светске и наше духовне ризнице на тему смисла и тајне живота и здравља. С друге стране, овај лични избор открива и све оно чему је стремио, као и шта га је водило, током дугогодишње плодне каријере врсног лекара и хуманисте. Књига потврђује да свака професија, а посебно лекарски позив, у суштини почива на оплемењеном интелекту и деликатном духовном сензibilitetu, и да само такав човек, а поготову лекар, може да се избори са том загонетком рођења, живота и смрти. И читајући ово Стојинићево дело, препознавајући неке познате мудрости, а још више дивећи се онима које до сада нисмо чули, пред нама се све више указује једна ретка, а данашњем човеку толико потребна – виша синтеза духа човековог и мисли човекових. И то аристотеловско начело, као да је за себе, као и за своје читаоце, овим личним избором туђих мисли, овог пута врло уверљиво остварио др Светомир Стојинић.

Сви његови животни и професионални „универзитети“, као и његова потреба да још више уздигне тако древну и тако важну професију, лекарску, дајући јој духовну и културну свескупност, скupili су се тако, заједно, у „Говору векова“, показујући нам шта један лекар треба, а и може да буде.

Зато је „Говор векова“ својеврстан контапункт кроз који сагледавамо и једну личну и професионалну каријеру, али и историју културе и цивилизације. Сем тога, она је и посебна химна једној великој професији, али још више и потврда оног најдуховнијег и најхуманијег у једном човеку, свакако аутору“.

Мудре мисли сакупљене у овој књизи приређивач је сакупљао током више деценија и ревносно из записивао, да их отргне од заборава. За приређивача је то била не само духовна храна већ и животна потреба и над-

градња, интелектуално путовање у свет културе и уметности. То ментално и духовно трање за изворима мудрих мисли, то урањање у трепераву космичку тишину, у мистичне, чудновате и необјашњиве тајне и светове стarih цивилизација, ослушкујући ехо и хук векова, та замишљеност над несталим цивилизацијама и задивљеност над некаквим омамљујућим дозивањем васељене, довело је приређивача ове књиге до врела мудрости, до храмова писане речи – до библиотека, где му је била доступна многобројне литература, записи из Библије, стarih цивилизација још пре нове ере (са тла Африке Азије, Европе), као и после Христовог рођења, преко средњег века и после тога, све до савременог доба.

О томе колико ова књига не оставља читаоца равнодушним, колико у читаоцу поткрене она најтананија осећања, потребу за оживотворењем правих вредности људског битисања, најбоље говори рецензија-песма, коју је спевао професор доктор Радивоје Паповић. То је, рекла бих, ОДА божанских осећања посвећених књизи „Говор векова“ и њеном аутору. И управо из тих разлога желела бих да читаоцима овог часописа препустим задовољство да сами уживају у треперавој и омамљујућој лепоти ове рецензије:

- „Пред нама је књига памтиља. Књига смисла живота. Књига по свему.
- Записница и путница, без умора. И предаха. Отворсна. Да казује:
- Како записи поверили камену и хартији нису ћутали и тајно живели.
- Но уздисали и пропућивали. Били даљинар досезања горњег реда.
- Путовоће у висине. Одакле се види и боље и даље.
- Смањују раздаљине. Разгрђу дубине. Упознају непознато.
- Како се очима душе другачије виде садржаји живота.
- Како се прониче у бити које се не виде. Које казују и буре и тишине.
- И настанке и нестанке. Опстајања у тек скоби.
- Како се из мрака излази. На видело. Развличе непоретци од поредка.

- Како се бони мелемом видају. Духом усправљају.
- Како је прошлост векова наше трајање. Садашњост напше постојање.
- Загледаност у даљину наше хтење.
- Како се промишиља човеком за човека.
- Како се човеком бива.
- Како се вером живи. Именом траје.
- Како се мудрошћу ваздиже. Истином потврђује.
- Како се њоме на миру самује. И види.
- Како је она собом дата за меру човечности.
- Како је тако претрајала. Остале исперене ко зрака. Сама. А непомерна.
- Како јој је дато да пробере оно што значи. Што вечно траје.
- Како је списатеља овог дела крунисала у добротвора људи.
- Да срце вида а дух узвисује.
- Да живи с говором векова.“

И коначно, циљ ове књиге изабраних мудрости јесте изналажење путева у бољи живот, тј. организовање бољег живота, унапређење здравља и квалитета живота, уз позив на јачање морала и етике и развијање позитивне енергије кроз љубав, срећу, разумевање, поштовање правих вредности и друштвених норми. Такође, аутор књиге, као лекар и хуманиста, и овом књигом жели да укаже на то **да је и реч лек**, и да се знањем, љубављу и позитивним мислима, без стреса и негативних и реметилачких фактора здравља, може живот учинити квалитетнијим, здравијим и срећнијим.

Такође, приређивач ове књиге, као дугогодишњи лекар, хуманиста, универзитетски професор и научник, жељео је да стави у интеракцију све мудрости које су му биле доступне о животу (у свим његовим видовима изражавања), са квалитетом живота и унапређењем здравља, како би читалац могао да их користи у савладавању свих стаза и богаза на свом животном путу и тако широким и утабаним путевима успешно савлађивао све препреке на путу ка свом зајртвном циљу и својим звездама.

*Приредила: Ковиљка Дабић*

## Вести и новости из здравства Србије

**У апотекарској установи „Београд“**

### **Фармацеути мере приписак**

Ђаци у основним и средњим школама у Србији имаће у овој школској години часове на којима ће се упознati с оболењем птичји грип и могућностима да се од њега заштите, изјавила је јуче Танјугу начелник Центра за промоцију здравља у Институту за јавно здравље Србије др Ђурђа Кисин.

Према њеним речима, ускоро треба да почне обука лекара из центара за превенцију у домовима здравља, који ће улазити у школе и радити с ученицима, да би се тако ширила мрежа здравствене едукације. „Деци треба објаснити да се у свету очекује даље ширење вируса птичјег грипа и његова могућа мутација, што захтева опрезност и дојатно информисање, иако се болест за сада преноси на људе искључиво уколико су били у близком контакту са зараженим животињама или њиховим излучевинама“, рекла је др Кисин.

Она је додала да децу, на једноставан начин, треба упознati са особинама вируса који изазива птичји грип, упозорити их како да се понашају према домаћим и дивљим животињама и како да спроводе мере личне и опште хигијене.

Кисин је рекла да је у Институту за јавно здравље Србије ове седмице одржан први семинар „Заједно за здравље, заједно и у пандемији грипа“ за специјалисте социјалне медицине и сараднике у тимовима за промоцију здравља из 24 института и завода за јавно здравље у Републици. (Танјуг)

*Политика, 9. септембар 2006.*

**Завод за здравствену заштиту  
железничара обележава 120 година  
*Брига о здрављу 120.000 људи***

Поводом обележавања 120-годишњице железничког здравства у нашој земљи. Завод за здравствену заштиту железничара одржаће данас у 14 часова у Позоришту на Теразијама свечану академију уз пригодан културно-уметнички програм.

Ова установа је од почетка рада до данас постала савремена здравствена кућа чији лекари брину о здрављу више од 120.000 жељезничара и чланова њихових породица, али и бројних грађана који су се определили за лечење у Заводу.

Због великог јубилеја, лекари ове установе су протекле недеље Београђанима бесплатно радили анализу крви, ултразвучне прегледе stomaka и крвних судова врата, ЕЕГ провере, а делили су и савете у циљу спречавања бројних оболења. (Д. Д.)

*Политика, 13. септембра 2006.*

### **Кућна нега**

Поводом Међународног дана старих, Дом здравља „Др Милутин Ивковић“ подсећа своје старије pacijente да код њих могу да потраже кућну негу и лечење у свом стану у оквиру Службе за здравствену заштиту одраслих. Запослени на одељењу неодложне помоћи обављају и прегледе непокретних pacijenata, такође у њиховом стану. По налогу изабраног лекара, хронично оболеле pacijente обилазе патронажне сестре, а за непокретне су обезбеђене и стоматолошке услуге у стану. У оквиру Дома здравља могу се

обавити услуге инфузије и инхалације, контрола притиска без прегледа лекара и мно- ге друге здравствене услуге намењене стари- јим пациентима. Олакшица је и могућност телефонског наручивања рецепата и теле- фонско саветовалиште које ради од 7 до 19 часова радним данима.

*Н. И.  
Политика, 30. септембра 2006.*

## Формирана Лекарска комора Србије *Ешика на првом месецу*

После пола века паузе јуче је у општини Нови Београд одржана прва конститутивна седница Лекарске коморе Србије, на којој се расправљало о доношењу лекарског кодекса и статута.

Седницу је отворио Томица Милосавље- вић, министар здравља, нагласивши да ће увођењем нових правила бити започета но- ва етапа у развоју лекарске струке. Тиме ће, каже, коначно бити заштићен углед лекара у нашој земљи, „па неће свако моћи да рас- преда о томе како доктори треба да лече и да се понашају“. Напомињући да је још под утиском недавних дешавања у вези са афе- ром „Хитна помоћ“, министар Милосавље- вић је нагласио да ће представници Коморе бити задужени да у име свих доктора обело- дањују ставове и тиме спрече деградирање професионалне части.

Лекарски посао је жртвовање, саосећање са оним ко пати и не окончава се пензиони- исањем. Бити лекар не значи завршити фа- култет и научити да рукујеш инструментима. Пацијентима не помажу само лекови, већ подршка и лепа реч. Комора ће постати главни стуб нашег здравственог система, који ће допринети побољшању квалитета рада доктора и показати да су им етички принци- пи и здравље пацијента на првом месту – објаснило је министар здравља.

Кодекс и Статут Лекарске коморе биће стубови независности лекарске професије, јер, како је истакао Милосављевић, они су симболи преношења овлашћења са Репу-

бличке владе на делегате скупштине Комо- ре. После њиховог доношења и усвајања, свим домаћим лекарима биће додељене ли- ценце без којих неће моћи да раде.

Прва домаћа лекарска комора основана је 1901. године, али је декретом ФНРЈ 1945. године укинута. Како је нагласила Татјана Радосављевић, делегат скупштине Лекарске коморе за регион Београд, лекари су нестр- пљиво чекали поновно оснивање таквог струковног удружења. То им је омогућено после доношења Закона о коморама здрав- ствених радника 2005. године.

О нормама понашања лекара у нашој земљи јуче је одлучивало 100 делегата скуп- штине Лекарске коморе. Међу њима је 70 лекара који раде у државној и 30 лекара који послују у приватним ординацијама. Њих су у мају месецу одабрали чланови Српског ле- карског друштва и ови представници долазе из пет региона. То су београдски, косовско- метохијски, војвођански, као и региони југо- западне и југоисточне Србије. Помоћ делегатима на првом скупштинском заседању ју- че је понудио и Вишеслав Хаци Тановић, председник Приватне лекарске коморе, а у име Српског лекарског друштва подршку им је пружио представник Војкан Станић.

*Д. Јокић  
Политика, 29. септембар 2006.*

## Центри за неонаталну интензивну негу

### *Опрема на поклон*

Принц Александар и принцеза Катарина Карађорђевић уручили су јуче медицинску опрему вредну 260.000 евра представницима Центра за неонаталну интензивну негу. Ве- лики број транспортних инкубатора, топлих столова, дефибрилатора, преносних рендген- апаратова, пумпи, кардиомонитора и респира- тора обрадовао је лекаре Института за нео- натологију, Института за гинекологију и аку- шерство КЦС и Универзитетске дечје клини- ке у Тиршовој, коју је обишао и проф. др Томица Милосављевић, министар здравља.

Брига за потомство је основа здравственог система, за шта велики допринос има фондација принцезе Катарине, јер је у центрима у четири града набављена медицинска опрема вредна 750.000 евра. Акције добротвора доприносе унапређењу здравља грађана Србије, а у свим местима и здравственим центрима мора бити постигнут европски ниво здравља и третман пацијената – нагласио је министар здравља.

Принцеза Катарина је објаснила да је време да се пружи шанса нашој будућности, односно бебама, јер Србија нажалост има једну од највећих стопа смртности новорођенчади.

Уверена сам да ће ови апарати, који су обезбеђени захваљујући грчким донаторима, помоћи лекарима да поправе неонаталну интензивну негу – истакла је принцеза.

Карађорђевићи су отворили и нови Центар за дијабетес у труноћи, који се налази у Институту за ендокринологију Клиничког центра Србије, чије су преуређење и опремање потпомогли са 15.000 евра, а који је намењен женама са дијабетесом у борби са тешком болешћу у току трудноће.

Д. Давидов  
Политика, 19. септембар 2006.

## Најновији демографски показатељи *Србија лагано умире*

*Број становника йрошиле године смањен за 34.591, а у последњих десет година чак за 230.000 људи*

У Србији је у 2005. години рођено 72.180 деце, што у односу на претходну 2004. годину представља осетан пад – за око шест хиљада живорођених беба. Истовремено, лане је број умрлих повећан у односу на претходну годину. Наиме, у 2004. години је умрло 104.320 особа, док је у 2005. умрло 106.770 људи.

Природан прираштај, односно разлика између броја живорођене деце и умрлих лица, у 2005. години је био негативан и износио је 34.591 лица. Дакле, у Србији се прошле го-

дине становништво смањило за 34.591 грађанина.

По речима Гордане Бјелобрк, начелника Одељења за виталну статистику Републичког завода за статистику, извештај о демографским кретањима у 2005. години прављен је по новој методологији и препоруци Европске уније и њеним стандардима. По овој методологији, кад је реч о деци рођеној у иностранству, узимају се у обраду само подаци о деци чији родитељи тамо бораве до годину дана, а раније су обрађивани подаци о свој деци без обзира на дужину боравка њихових родитеља у иностранству. Применом нових метода долази се до податка да је живорођене деце прошле године, у односу на 2004., било мање за шест хиљада.

Настављају се, по речима Гордане Бјелобрк, негативни трендови у демографији. Дакле, број живорођене деце опада, а број умрлих се повећава. Стопа природног прираштаја је негативна. У централној Србији она износи минус 4,6, док је у Војводини чак минус 5,5.

У односу на 1994., у Србији је 2004., значи само после десет година, било 230.000 становника мање. Рекло би се, читав један град. У 2004. години, у 1.100 села у Србији није рођено ниједно дете. То су, како каже наша саговорница, „празна села“. У њима нема ко да рађа, нити да ради.

И, уопште, цела Србија се празни. Жене су прихватиле наводно модерна схватања да не треба да рађају више од једног детета. Људи одлазе из села у градове. Број становника градова је растао, али и тај раст је по-лако заустављен. У Београду је 2005. године стопа природног прираштаја била негативна – минус 2,8. По прорачунима и реалним предвиђањима уколико стопа природног прираштаја остане на садашњем нивоу, у Србији ће 2032. године бити само 6.800.000 становника.

Један од разлога што се „Србија празни“ јесте и чињеница да је напуштају млади, школовани људи. То слаби радни потенцијал Србије, одлазе млади људи и жене који су способни за рађање, односно репродукцију. У

инострanstvu се, рецимо, сваке године роди око пет хиљада малих Срба.

Просечна старост наших људи који су у иностранству износи 33 године. У земљи матици, међутим, просечна старост становника знатно је виша – 43,3 године. Нажалост, подсећа Гордана Ђелобрк, приликом пописа становништва из 2002. године утврђено је да особа старијих од 65 година има више него деце млађе од 15 година!

Још од 1989. године у Војводини је број умрлих лица већи од броја живорођене деце и природни прираштај је негативан. У централној Србији је такво стање од 1992. године. У 2005. стопа природног прираштаја износила је минус 4,6.

Како се „празни Србија“? У Зајечарском округу природни прираштај такође има не-

гативан предзнак од минус 12,8. Највиша негативна стопа је у општини Гаџин Хан – минус 24,1. Занимљиво је да једино Пчињски округ има позитивну стопу природног прираштаја – 1,9. Највиша позитивна стопа је у општини Прешево – 12,6. И у општини Бујановац је позитивна стопа која износи 3,8.

Међу етничким заједницама највећи природни прираштај у протеклих десет година забележен је код Рома – у просеку се годишње рађало око 2.500 деце, а умирало око 800 лица годишње.

Демографска ситуација, како тврди Гордана Ђелобрк, јесте таква да су „звона за узбуну почела да звоне“ још пре петнаест година. Сада је „дванаест сати и пет минута“ за дефинисање државне стратерије и политичке у области демографије.

**Табела 1.** Природни прираштај од 1994. до 2005. године

	1994.	1998.	2000.	2002.	2004.	2006.
<b>Република Србија</b>						
Живорођени	85292	76330	73764	78101	78186	72180
Умрли	93011	99376	104042	102785	104320	106771
Природни прираштај	-7719	-23046	-30278	-24684	-26134	-34591
<b>Роми</b>						
Живорођени	2262	2357	2188	2730	3573	3092
Умрли	749	761	785	876	849	785
Природни прираштај	1513	1596	1403	1854	2724	2307
<b>Албанци</b>						
Живорођени	2364	1845	1392	1900	1743	1058
Умрли	491	481	420	465	444	321
Природни прираштај	1873	1364	972	1435	1299	729
<b>Мађари</b>						
Живорођени	3313	2866	2627	2829	2881	2502
Умрли	6367	6348	6182	5951	5728	5810
Природни прираштај	-3054	-3482	-3555	-3122	-2847	-3308
<b>Муслимани</b>						
Живорођени	3215	2995	2659	3143	3390	1232
Умрли	1067	1012	1088	1197	1290	792
Природни прираштај	2148	1983	1571	1946	2100	440

**Календар стручних и научних састанака (мај-јуни 2007. године)**

---

**May 03, 2007 – May 06, 2007**

138th Annual Session of  
the South Carolina Dental Association  
Myrtle Beach, SC, USA

---

**May 03, 2007 – May 05, 2007**

Belgian Surgical Week, Anhuver, Belgium

---

**May 04, 2007 – May 07, 2007**

ESH-EBMT Training Course  
in Haemopoietic Stem Cell  
Transplantation, Dubline, Ireland

---

**May 05, 2007 – May 07, 2007**

2007 Annual Session of the Iowa  
Dental Association  
Des Moines, IA, United States

---

**May 05, 2007 – May 09, 2007**

34th European Symposium on Calcified Tissues,  
Copenhagen, Denmark

---

**May 05, 2007 – May 08, 2007**

Pediatric Academic Societies 2007 Annual Meet-  
ing.  
Toronto, ON, Canada

---

**May 05, 2007 – May 09, 2007**

87th Annual Meeting of the  
American Association for Thoracic  
Surgeru. Washinton DC, USA

---

**May 06, 2007 – May 10, 2007**

ARVO 2007 Annual Meeting,  
Fort Landerdale, USA

**May 06, 2007 – May 11, 2007**

2007 Annual Meeting of the  
American Roentgen Ray Society.  
Orlando, FL, USA

---

**May 09, 2007 – May 12, 2007**

5th International Symposium on the Diabetic Foot.  
Noordwijkerhout, Netherlands

---

**May 11, 2007 – May 14, 2007**

7th ESH Euroconference on Angiogenesis.  
Cascais, Portugal

---

**May 15, 2007 – May 20, 2007**

Annual Scientific Session of the  
American Academy of Cosmetic  
Dentistry, Atlanta, GA, USA

---

**May 16, 2007 – May 19, 2007**

10th Jubilee International Multidisciplinary  
Neuroscience Conference  
Stress and Behavior, St. Petersburg, Russia

---

**May 17, 2007 – May 20, 2007**

International Academy of Oral Oncology.  
Amsterdam, Netherlands

---

**May 19, 2007 – May 23, 2007**

2007 Annual Meeting American Society  
of Hepertension.  
Chicago, IL, USA

---

**May 23, 2007 – May 26, 2007**

6th Congress of European Federation  
of Internal Medicine  
(EFIM). Lisabon, Portugal

---

**May 23, 2007 – May 27, 2007**

81 st Clinical & Scientific Congress  
of the International Anesthesia  
Research Society. Orlando, USA

---

**June 03, 2007 – June 07, 2007**

11th Congress of the  
Movement Disorder Society,  
Instambul, Turkey

---

**June 07, 2007 – June 10, 2007**

12th Congress of the EHA, Vienna, Austria

---

**June 09, 2007 – June 12, 2007**

2007 Congress of the European Society  
of Ophthalmology.  
Vienna, Austria

---

**June 14, 2007 – June 17, 2007**

The 21st Congress of International  
Association of Pediatric  
Dentistry, Hong Kong, China

---

**June 19, 2007 – July 21, 2007**

5th Amsterdam Menopause Symposium.  
Amsterdam, Netherlandes

---

**June 19, 2007 – July 23, 2007**

Canadian Congress of  
Neurological Sciences 2007  
(CCNS). Edmonton, Canada

**June 20, 2007 – June 23, 2007**

The 9th World Congress on Gastrointestinal Cancer.  
Barcelona, Spain

---

**June 21, 2007 – June 24, 2007**

44th ERA – EDTA Congress, Barcelona, Spain

---

**June 21, 2007 – June 23, 2007**

100 Yers european Orthodontic Society –  
83rd Congress of the  
European Orthodontic Society, Berlin, Germany

---

**June 25, 2007 – June 30, 2007**

11th International Myeloma Workshop &  
4th International Workshop on Waldnstroms  
Macroglobulinemia.  
Kos Island, Greece

---

**June 27, 2007 – July 02, 2007**

13th Congress of the International  
Headache Society (IHC)  
Stockholm, Sweden

---

**June 27, 2007 – June 30, 2007**

46th European Society form  
Pediatric Endocrinoglogy Meeting.  
Helsinki, Finland

---

**June 29, 2007 – July 01, 2007**

European Venous Forum 2007,  
Istambul, Turkey

---

## 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