

GODI NA XXXVII

Broj 1
FEBRUAR 2008. GODI NE

^ASOPIS ZA SOCIJALNU MEDICINU,
ZDRAVSTVENO OSIGURAVANJE, EKONOMIKU,
INFORMATIKU I MENADŽMENT U ZDRAVSTVU

ZDRAVSTVENA K ZAŠTITA

Urednički odbor:

Predsjednik:

Prim. dr Ilija Tripković

Glavni i odgovorni urednik:

Prof. dr Predrag Dovijani

Zamenik glavnog i odgovornog urednika:

Prof. dr Mirjana Marti nov-Cveji n

^lanovi:

Dr Vasilije Anti }
Svetlana Vukajlovi }, dipl. pravnik
Rade Nikoli }, dipl. pravnik
Prof. dr Momir Carevi }
Prim. dr sc. Tava Kne`evi }
Rajko Grgurevi }, dipl. ecc.
Dr Vuko Antonijevi }
Prim. dr Mirjana Velimirovi }

Sekretar:

Milka Tomić-Karić

VLASNIK I IZDAVA^: Komora zdravstvenih ustanova Srbije - Beograd

Za izdava~a: Rajko Grgurevi }, dipl. ecc.

Uredni { tvo i administracija: 11000 Beograd, Nu{ i }eva 25/1

Tel/f aks: (+381 11) 3615-358, 3615-371; @iro-ra~un: 205-4707-32

Priprema za { tampu: I .P. „Obele`ja“, Patrijarha Joanikija 20a/54, 11 000 Beograd
e-mail: obelezja@yahoo.com

Lektura-korektura:
Kovička Dabić

Tehnički urednik:
Sinić etković

Tira`:
500 primeraka

[tampa:
„Seka“, Beograd

^asopis „Zdravstvena zaštita“ evidentiran je pod brojem YU ISSN 0350-3208 u Bibliografiji Jugoslavije, serijske publikacije. Sa ovim YU ISSN brojem na{i }e se u svetskoj bazi o serijskim publikacijama (ISSN baza) sa sedi{ t em u Parizu.

^lanci iz ~asopisa objavljuju se u Bibliografiji Jugoslavije. ^lanci i prilozi u serijskim publikacijama, Serija B.

Rezimei ~lanaka objavljuju se i u SCI indeksu (srpski citatni indeks) pri Narodnoj biblioteci Srbije.

Sadržaj

Stručni i naučni radovi

<i>Dr V. Turlakov, dr sc. M. Račević, dr O. Nišiforović-Urković, dr S. Marjanović,</i> Demografski aspekti starewa stanovništva u razvijenim zemljama	1
<i>L. Kozarčanin</i> Starewa i starost u strategiji razvoja socijalne zaštite	9
<i>Prof. D. Kovačević,</i> Stari u sistemu socijalne politike.....	15
<i>Dr Q. Crnčević-Radošević, Dr V. Krstić</i> Predlog programa za unapređewe zdravstvene zaštite starih	23
<i>Dr sc. med. G. [evo, mr sc. dr S. Jankelić, prim. mr sc. dr M. Tasić, mr sc. dr Q. Kozarević, dr B. Tomašević</i> Procena socijalno-zdravstvenih potreba stanovnika grada Beograda starosne dobi 80 i više godina	31
<i>Prim. mr sc. dr A. Nešković, dr B. Anđelković-Radošević, prim. mr sc. dr M. Paunović</i> Gerijatrijska dnevna bolnica.....	41
<i>Dr V. Horozović, dr S. Dimitrijević, dr T. Stanković</i> Pušenje kao faktor rizika u opterećenju bolesti kod starih	47
<i>Z. Simić, dr S. Simić,</i> Starost i predrasude.....	53
Iz istorije zdravstva Srbije Prvi zakon o finansiranju organizovane zdravstvene delatnosti u Kneževini Srbiji (1897. godine).....	59
<i>V. Stanić, J. Jovanović-Simić</i> Vladan \orčević - osnivač Srpskog lekarskog društva	61

<i>Branko Milanovi }</i>	
Nesvakida{ wa hrabrost sreskog lekara.....	67
Vesti i novosti iz zdravstva	69
Adresar zdravstvenih ustanova od interesa za zdravstvene ustanove	77
Kalendar stru~nih i nau~nih skupova u svetu (januar-mart 2008.).....	79
Uputstvo autori ma	81

Stru-ni i nau-ni radovi

Demografski aspekti starewa stanovni{ tva u razvijeni m zemqama*

V. Turlakov,¹ M. Ra{ evi},² O. Ni}i f orovi }-[urkovi },³ S. Marjanovi }⁴

Demographic Aspects of Aging in the Developed Countries

V. Turlakov, M.D.; M. Rašević, Ph.D.; O. Niciforović-Šurković, M.D.; S. Marjanović, M.D.

Sa` et ak. St arewe st anovni{ t va je proces prisut an u ~it avom svet u. I zu~ava-we demograf skih aspekt a st arewa st anovni{ t va neophodno je radi planirawa zdravst vene, ekonomske i socijalne za{ t it e st arih osoba.

Ciq rada bio je da se analizira proces st arewa st anovni{ t va u razvijeni m zemqama Evrope i sveta u odnosu na{ u zemqu, naro~it o na wenu severnu pokrajini Vojvodinu, a korist e}i st at ist i~ke podat ke, naro~it o iz popisa st anovni{ t va, kao i st rane i doma}e literat urne navode.

Analizom st at ist i~kih podat aka do{ lo se do zakqu~ka da st anovni{ t vo u ~it avom svet u st ari, da se sve vi{ e gube razlike u st arost noj st rukt uri st anovni{ t va me|u razvijeni m zemqama. Prema svim krit erijumima st anovni{ t vo na{ e zemqe mo`e se svrst at i u grupu demograf ski st arih populacija.

Srbija spada me|u deset zemaqa sveta sa najst arijim st anovni{ t vom, a st anovni{ t vo Vojvodine, kao najst arije u na{ oj zemqi, spada me|u najst arije u svet u, po ~e-

Summary. Introduction. Contemporary world is undergoing a demographic transition due not only to the decreased population growth, but also to the change in the age structure. The aging process is prominent in the developed countries, while it is yet expected to commence in the European developing countries.

The aging process is characterized by the participation of persons older than 60 or 65 years in the overall population.

USA. Persons older than 65 constitute 13% of the population. It is expected that their share will increase to 30% during the next 30 years.

Europe. The number of Europeans in the world population is decreasing for years. By the year 2050, the population of over 65 will exhibit an increase of 60%.

A nonlinear, ever increasing depopulation is expected to occur in Croatia, while FYR Macedonia has already been classified among the countries in the advanced stage of population aging.

Serbia. During the second half of the 20th century, the Serbian population was younger than European on average, but the aging was more prominent. Today Serbia is among ten countries with the oldest population in the world.

Vojvodina. The worst demographic situation is in Vojvodina. The assessment is that its population has been among the world's oldest for more than 3'

* Rad izlo` en na VII nacionalnom gerontolo{ kom kongresu „Kvalitet ` ivota u starosti - izazovi XXI veka“, 9-12. maj 2006., Vrwa-ka bawa.

¹ Dr Vesna Turlakov, Klinika za infektivne bolesti, Klini~ki centar Novi Sad.

² Dr sc. Mirjana Ra{ evi}, I nstitut dru{ tvenih nauka, Beograd.

³ Dr Oqa Ni}i f orovi }-[urkovi }, I nstitut za zdravstvenu za{ titu Novi Sad.

⁴ Dr Slavica Marjanovi }, Zdravstveni centar, Kwa`evac.

mu smo se svrstali među visokorazvijene zemlje.

years. The latest census shows a shift of the numerous age category from 35–39 to 40–45.

Conclusion. Population aging is a worldwide reality. The difference among developed countries is diminishing. Our population is among the world's oldest. Unless the state takes the appropriate measures, we are moving towards the demographic abyss.

Uvod

Moderni svet nalazi se u procesu demografske tranzicije, ne samo zbog smanjenja prirodnog priraštaja već i zbog promena u starosnoj strukturi stanovništva, pri čemu se smanjuje broj mladih a povećava broj starijih osoba. Različite zemlje, međutim, nalaze se u različitim fazama demografskih promena. Proces starenja stanovništva je u toku u razvijenim zemljama, dok se očekuje da u nekim delovima sveta on započne tek krajem 2020. godine.

Između demografskih aspekata starenja nametnulo se kao potreba, pre svega jer starenje populacije dovodi do niza zdravstvenih, socijalnih, ekonomskih i drugih okolnosti i problema.

Demografija (gr. *demos* – narod, *graphein* – opisivati) predstavlja društvenu nauku koja istražuje i proučava zakonitosti i pravilnosti u biološkim i migratornom kretanju stanovništva, vrste tih zakonitosti kao i njihovo kvalitativno i kvantitativno delovanje. Demografija, takođe, utvrđuje međusobne odnose kretanja stanovništva sa drugim društvenim i ekonomskim pojavama. Demografske projekcije su neophodne da bi poslužile kontroli demografskog razvika, odnosno, pripremanju društva na izmenjene okolnosti.

Kao interdisciplinarna nauka, demografija se oslanja na upotrebu velikog broja podataka, uključujući rezultate popisa stanovništva, beleženja rođenja, braka i smrti.

Prvi popis stanovništva obavljen je u Severnoj Americi 1665. godine, a moderan 1801. godine u Engleskoj, kada je određeno da se obavljati svaki deset godina. Ovaj

metod sakupljanja demografskih podataka i danas se koristi u celom svetu.

U Srbiji se sa prebrojavanjem stanovništva počelo 1834. godine, a tek od 1859. godine prikazuje se prvi put, osim ukupnog broja stanovnika, i stanovništvo po polu.

Iako se **proces starenja** kao termin često koristi u demografskoj literaturi, on najčešće označava učestalost osoba starijih od 60 ili 65 godina u ukupnoj populaciji.

U demografskoj statistici koristi se nekoliko drugih pokazatelja starosne strukture stanovništva.

Indeks starenja predstavlja odnos starih 60 i više godina i mladih 0–19 godina i ima graničnu vrednost 0,4, iznad koje se stanovništvo smatra starijim. **Prosečna starost stanovništva** izražava se kao količnik ukupnog broja godina i ukupnog broja stanovnika i ima graničnu vrednost od 30 godina, iznad koje se stanovništvo smatra starijim.

Treba naglasiti, međutim, da nijedan pokazatelj sam za sebe nije dovoljan da pruži potpunu sliku o starenju populacije. Najbolje je da se upotrebi više njih i da se upoređuju dve ili više teritorija ili vremenskih perioda.

Nakon kratkih uvodnih napomena o osnovnim demografskim pojmovima, u daljem izlaganju biće rečeno o starenju stanovništva u razvijenim zemljama sveta i u našoj zemlji, naročito u Vojvodini.

Poslednjih decenija, usled opadanja nataliteta, smanjenja perinatalnog i općeg mortaliteta, kontrole infektivnih bolesti, poboljšanja ishrane, životnog standarda kao i zdravstvene zaštite, došlo je do povećanja dužine života. Ovo rezultira povećanjem kako broja tako i proporcije sta-

rih, { to stvara velike socijalne, politi--ke i ekonomske probleme, naro~ito u visoko razvijenim zemqama.

Sjediwene Ameri~ke Dr`ave

Poput svih razvijenih zemaqa, i Sjediwene Ameri~ke Dr`ave suo~avaju se sa posledicama starewa stanovni{tva i u 21. veku. I storijski doga|aji svakako su oblikovali politi~ke odgovore na potrebe starih osoba. Tek devedesetih godina pro{log veka dolazi do zna~ajnije brige dru{tva za stare, s obzirom da oni predstavqaju zna~ajno glasa~ko telo, te dolazi do razvoja mre`e ustanova koje se bave zbriwawem starih osoba.

U Sjediwenim Ameri~kim Dr`avama 1990. godine prose~na du`ina `ivota iznosila je 47 godina (46 za mu{karce i 48 za `ene). Samo ~etiri odsto populacije imalo je 65 i vi{e godina. Danas prose~na du`ina `ivota u SAD iznosi 75 godina (73 za mu{karce i 80 za `ene). Osobe sa 65 i vi{e godina ~ine trinaest odsto populacije, a

sa 17 odsto stanovnika starijih od 65 godina svrstan me|u zemqe sa najstarijim stanovni{tvom. I stovremeno, procewen `ivotni vek za Japance ro|ene 2000. godine iznosi 80,7 godina, po ~emu Japan zauzima vode}e mesto u svetu. Smatra se da }e do 2025. godine u Japanu 32,9 odsto stanovnika imati preko 60 godina, a da }e svaki deseti Japanac biti star najmawe 85 godina. U periodu 1996–2005. godine u Japanu }e procenat pove}awa starijih od 60 godina iznositi 51.

Evropa

Prema najnovijim podacima Ujedenih nacija, evropski kontinent je vode}i u svetu po starewu populacije. Posmatrano u du`em vremenskom periodu, udeo Evropqana u ukupnom svetskom stanovni{tvu stalno je opadao. Godine 1900. iznosio je 27 odsto, sada iznosi 12 odsto, a prema prognozama 2100. godine one }e inositi svega sedam odsto. Do 2050. godine broj radno sposobnoh stanovni-

Tabela 1. Populacija starih u SAD: trend 1900-2050.*

Godi na	1900.	1940.	1960.	1990.	2010.	2030.	2050.
65-74	2,9	4,8	6,1	7,3	7,4	12,0	10,5
75-84	1,0	1,7	2,6	4,0	4,3	7,1	7,2
85+	0,2	0,3	0,5	1,3	2,2	2,7	5,1
65+	4,0	6,8	9,2	12,6	13,9	21,8	22,9

*Izvor: Ameri~ki senat, 1991. godina

smatra se da }e za narednih trideset godina wihov udeo u ukupnoj populaciji iznositi ~ak 21 odsto (**tabela 1**).

Potrebno je, me|utim, naglasiti da SAD, zahvaqju}i imigrantima i ve}em ferilitetu, postaju demografski izdvojena celina u razvijemom svetu, da mo`da postaju sve mlaja zemqa sa sve ve}om populacijom.

Japan i Evropa stare br`e od SAD.

Japan

U Japanu je tako|e evidentan proces starewa stanovni{tva. Japan je 2000. godine

Tabela 2. U-e{e stanovni{tva od 65 godina ukupno u vi{e zemaqa evropskog regiona (%)*

Dr`ava	Godi na		
	1950	1980.	2000.
Gr~ka	6,7	13,1	15,0
I talija	8,0	13,4	15,3
[vedska	10,2	16,3	16,6
[vajcarska	9,6	13,8	16,7
Austrija	10,4	15,5	14,9
Nema~ka	9,3	15,5	17,1
Jugoslavija	5,7	9,1	14,9

*Izvor. WHO Statistics Annual, Geneve, 1990.)

ka smawije se na 18 odsto, dok je onih iznad 65 godina biti preko 60 odsto vi{e.

Na **tabeli 2** prikazano je procentualno u-e{ }e stanovni{ tva starijeg od 65 godina u ukupnom broju stanovnika u vi{ e zemaqa evropskog regiona.

U zemqama u na{ em najbli` em okru` ewu, npr. **Hrvatskoj**, primetan je, tako|e, negativan prirodni prira{ taj. Nakon razdobja posleratnog pove}awa nataliteta, tj. nakon 1954. godine, Hrvatska bele` i stalno smawe nataliteta. Prema nekim analiti~kim studijama smatra se da je u Hrvatskoj 2031. godine biti 17,1 odsto mawe stanovnika nego 2001. godine. Prema tom izve{ taju, kretawe ne}e biti linearno, ve} }e se depopulacija s vremenom poja~avati. Do}i }e do daqeg pogor{ awa starosne strukture stanovni{ tva. Udeo mladih 0–14 godina pa{ }e sa 23,7 odsto na 17,4 odsto, a starih preko 65 godina pove}a}e se sa 15,7 odsto na 22,6 odsto. Demograf i isti~u da }e, nastavi li se ovakav trend, Hrvatska za 50 godina izgubiti ~ak tre}inu svog stanovni{ tva i da }e demografsko izumirawe biti glavno obele` je stanovni{ tva Hrvatske.

U **Republici Makedoniji** u-e{ }e starih u ukupnoj populaciji je sa 13 odsto 1994. godine poraslo na 15 odsto 2002. godine, ~ime je ova zemqa svrstana me|u zemqe u visokim fazama starewa stanovni{ tva.

Srbija

Stanovni{ tvo Srbije je tokom ~itave druge polovine 20. veka bilo mla|e od stanovni{ tva Evrope, ali je starewe bilo znatno br`e od onoga na evropskom nivou. Nepovoqne dru{ tvene i ekonomske okolnosti devedesetih godina pro{ log veka dovele su do emigracije mladog i sredove~nog obrazovanog stanovni{ tva, { to je uticalo na promenu u starosnoj strukturi stanovni{ tva, a { to je imalo za posledicu smawewe nataliteta i pove}awe mortaliteta.

Prema predvi|awima demografa i sociologa, na po~etku 20. veka Srba je moglo da bude 27 miliona, a ima ih samo 6,2 milio-

na, a procewuje se da je ih za 25 godina biti 3,8 miliona i to prose~ne starosti 50 godina. Samo za 14 godina broj Srba se smawio za ~etvrtinu, { to ima za rezultat da su Srbi danas jedan od najstarelijih naroda na planeti.

Prema svim kriterijumima, stanovni{ tvo na{ e zemqe se mo`e svrstati u grupu demografski starih populacija. Srbija spada me|u deset zemaqa sveta sa najstarijim stanovni{ tvom.

Prema popisu stanovni{ tva iz 1975. godine 24,6 odsto stanovni{ tva je bilo mla|e od 15 godina, a 9,24 odsto starije od 65 godina. Prema podacima iz 2002. godine u Srbiji je bilo 1.240.505 ili 16,5 odsto stanovnika starijih od 65 godina. U Srbiji, prema posledwem popisu, od 161 op{ tine, ~ak 157 su demografski stare. U **tabeli 3** dat je prikaz stanovni{ tva Srbije prema starosnim intervalima u popisnim godinama.

Prema procenama, Srbija je 2025. godine imati 6.729 miliona stanovnika, od kojih je 16 odsto biti mla|i od 15 godina, a 21,3 odsto stariji od 65 godina.

Demografska situacija u na{ oj zemqi poprima dramati~ne razmere a nimalo nije ute{ no saznawe da se starewe doga|a i u drugim delovima sveta. Depopulacioni procesi ma zahva}en je narod u Srbiji i Vojvodini i mi neminovno idemo ka demografskom sunovratu. Prema podacima nema~kog demografa Alojza Fi{ era fon Egera, jedini narod na Balkanu koji se broj~ano uve}ao tokom posledweg veka jeste srpski na-

Tabela 3. Stanovni{ tvo Srbije prema starosnim intervalima i prema popisanim godinama (%)*

Godina popisa	Starosni intervali			
	0–19	20–99	60+	80+
1948.	41,6	49,6	8,8	0,7
1971.	34,2	52,4	12,9	1,1
1991.	30,5	53,5	16,0	1,8
2001.	28,0	53,0	19,0	1,7
2051.	23,7	48,6	27,7	6,1

*Izvor: Penev G. *Gerontologija*, 1993.

rod. Sli~no je pisao i profesor Pavle [afarik 1840. godine.

Treba naglasiti, me|utim, kada je demografija u pitawu, da je Srbija karakteristi~na i po dijametralno suprotnim trendovima u weni m krajevima.

Dok se u u`oj Srbiji i Vojvodini posledwih godina bele`i zna~ajan mortalitet, do tle su Kosovo i Metohija podru~je sa najve}om stopom nataliteta u Evropi u posledwih osam decenija. Na Kosovu i Metohiji mladi do 19 godina u ukupnoj starosnoj strukturi u~estvuju sa 54 odsto, a stari od 60 godina sa svega 6,9 odsto (podaci za Kosovo i Metohiju odnose se na 1980–1990. godinu, s obzirom da od 1999. godine za ovaj region nema ni kakvih podataka).

Vojvodina

U Vojvodini, koja ve} godinama bele`i negativnu stopu prirodnog pri ra{taja, demografska situacija je najte`a. S obzirom na to da je prose k starosti stanovni{tva u Vojvodini najvi{i, pretpostavqa se da je stanovni{tvo Vojvodine me|u najstarijim u svetu ve} vi{e od 30 godina.

Prema popisu stanovni{tva iz 1991. godine, na teritoriji Vojvodine `ivelo je 2.013.889 stanovnika, {to u odnosu na pret-

hodne popise pokazuje tendenciju opadawa ukupnog broja stanovnika. Prose~na starost stanovnika posmatrana od 1948. do 1991. godine pokazuje rapidno starewe stanovni{tva, {to se potvr|uje i posmatrawem indeksa starewa za isti period.

Demografski procesi Vojvodine karakteri{u se laganim porastom broja stanovnika u periodu od 1921. do 2002. godine. Ukupan broj stanovnika Vojvodine je uve}an za 32 odsto, dok je u posledwoj dekadi 20. veka i po~etkom 21. veka rast zaustavqen. U posmatranom periodu udeo stanovni{tva Vojvodine u ukupnom broju stanovnika Srbije se smawivao sa 31,9 odsto u 1921. godini na 20,6 odsto u 1991. godini (**tabela 4**).

Starosna struktura stanovni{tva Srbije, posebno Vojvodine, u odnosu na Centralnu Srbiju, a prema popisu iz 2002. godine, predstavqena je na **tabeli 5**.

Starosna struktura stanovni{tva Vojvodine pokazuje uo~qive razlike izme|u dva posledwa popisa. Najbrojniju kategoriju ~ini populacija starosti 40–45 godina, a ne kategorija starih 35–39 godina koja je bila najzastupqenija prema popisu iz 1991. godine.

Sa blizu 16 odsto osoba starijih od 65 godina, prose~nom staro{tvo od 38,1 godine i indeksom starewa od 0,85, Vojvodina je u podmakloj fazi demografskog starewa. Mla-

Tabela 4. Broj stanovnika Vojvodine i wi hovo u-e{je u ukupnom broju stanovni{tva Srbije 1921–2001. godine, bez Kosova i Metohije, (podaci ZZZ u Novom Sadu)

Godina popisa stanovni{tva	Srbija	Vojvodina	Procenat u-e{ja stanovnika Vojvodine u ukupnom broju stanovnika Srbije
1921.	4.819.430	1.536.994	31,89
1931.	5.725.912	1.624.158	28,36
1948.	6.527.966	1.640.757	25,13
1953.	6.979.154	1.699.545	24,35
1961.	7.642.227	1.854.965	24,27
1971.	8.446.591	1.952.533	23,12
1981.	9.313.676	2.034.722	21,85
1991.	9.778.991	2.013.889	20,59
2002.	7.498.001	2.031.992	27,10

Tabela 5. Starosna struktura stanovni { tva Srbije prema popisu iz 2002. godine (podaci Republi -kog zavoda za statistiku)

Godine starosti	Republi ka Srbija	Central na Srbija	Vojvodi na
Ispod 7	495.327	360.727	134.600
8-19	1.177.094	851.703	325.391
20-39	1.979.451	1.433.543	545.908
40-59	2.113.919	1.532.085	581.834
60 i vi { e	1.684.289	1.248.592	435.697
Nepoznato	47.921	39.359	8.562
Ukupno	7.498.001	5.466.009	2.031.992

Tabela 6. Biolo { ki tip stanovni { tva Vojvodine (podaci ZZZ u Novom Sadu)

Starost	Godine			
	1991.	1991.	2002.	2002.
	N	%	N	%
0 -14	386.430	19,3	322.205	15,9
15-49	976.022	48,7	1.003.376	49,6
50+	641.464	32,0	697.840	34,5

di starosti do 20 godina ~ine, prema poslednjem popisu, ~etvrtinu ukupne populacije, dok je svaki peti stanovnik stariji od 60 godina. Biolo { ki tip stanovni { tva Vojvodine je izrazito regresivan. Broj stanovnika starosti do 14 godina smanjen je sa 19,3 odsto na samo 15,9 odsto u 2002. godini (**tabela 6**).

Kada su u pitanju osnovne demografske karakteristike, mo ` e se re }i da demografski rast Vojvodine prati zapadnoevropske trendove demografske tranzicije koju karakteri { e vrlo niska stopa nataliteta i visoka stopa mortaliteta. Prema demograf-

skim predvi |awima, Srbija i Vojvodina za 50 godina spada }e u grupu najstarijih populacija sveta i na ovom podru -ju `ive }e 31 odsto ljudi starijih od 65 godina.

Sa fenomenom **nedovoqnog ra |awa** Vojvodina se suo -ila jo { sredinom pro { log veka. Ve } u 1971. godini neto stopa reprodukcije bila je za oko 25 odsto ni `a od potreba prostog obnavqawa stanovni { tva. Ona je u Vojvodini izme |u 1991. i 1999. opala sa 0,83 na 0,68 odsto. U 2000. godini bele ` se stabilizacija nivoa ra |awa, dok za 2001. i 2002. godinu podaci ukazuju na blagi porast neto stope reprodukcije (0,74 i 0,71).

Tabela 7. Stope nataliteta stanovni { tva Vojvodine 1953-2003. godine (podaci ZZZ u Novom Sadu)

Godina	Broj stanovnika	Broj ` i voro eni h	Natalitet (%)
1953.	1.702.958	38.190	22,5
1961.	1.857.646	31.888	17,2
1971.	1.954.049	26.170	13,4
1981.	2.036.305	27.971	13,7
1991.	2.013.372	22.935	11,4
2002.	2.039.000	20.030	9,8
2003.	2.058.962	20.381	9,9

[to se nataliteta ti~e, Vojvodina predstavqa nisko natalitetno podru~je. Opada-we nataliteta zapo~elo je prvih decenija 20. veka i danas se Vojvodina, sa stopom nataliteta od 9,9 odsto u 2003. godini, svrstava u podru~ja sa vrlo niskim vrednostima (**tabela 7**).

Op{ta stopa fertiliteta, s druge strane, opadala je svake godine i od 81,2%, kolika je bila u 1953. godini, opala je na 40,8% u 2003. godini (**tabela 8**).

Pod uticajem poodmaklog starewa stanovni{tva, osamdesetih godina pro{log veka po~iwe intenzivan rast **op{te stope mor-**

vrednosti ve} 1991. godine (1,8%) koje 2003. godine iznose -4,5%.

Posebna demografska karakteristika Vojvodine su **seobe** ili **migracije** stanovni{tva kojih je u istoriji Vojvodine bilo mnogo, a samo u drugoj polovini pro{log veka pet do {est. Smatra se da }e ona na sredwi i du`i rok imati neke pove}ne dru{tvne i ekonomske reperkusije, pre svega zbog pove}awa udela mladog, radno sposobnog stanovni{tva, te izvesnog pove}awa stope prirodnog prira{taja.

Na osnovu projekcije stanovni{tva, o~ekuje se da }e 2011. godine broj starijih od

Tabela 8. Stopa fertiliteta u Vojvodini u periodu 1953-2003. godine (podaci ZZZ u Novom Sadu)

Godina	Broj ferti lnih `ena	Broj `i voro enih	Stopa ferti liteta (%)
1953.	469.684	38.190	81,2
1991.	481.941	22.935	47,6
2002.	496.596	20.030	40,1
2003.	496.506	20.381	40,8

taliteta. Time je mortalitet sredweg intenziteta iz prethodnih decenija u devedesetim godinama pro{log veka prerastao u visok mortalitet, sa op{tom stopom od 14% u 2003. godini (**tabela 9**).

85 godina iznositi u Srbiji 1,2 odsto, u Vojvodini 1,4 odsto, a na Kosovu 0,5 odsto.

Procewuje se da }e 2050. godine svaki ~evrti gra|anin u Vojvodini biti stariji od 65 godina, {to se ve} mo`e videti u poje-

Tabela 9. Op{ta stopa mortaliteta stanovni{tva Vojvodine, 1953-2003. godina (podaci ZZZ u Novom Sadu)

Godina	Broj stanovnika	Broj umri h	Op{ta stopa mortaliteta (%)
1953.	1.702.958	20.086	11,8
1961.	1.857.646	17.540	9,4
1971.	1.954.049	19.946	10,2
1981.	2.036.305	23.425	11,5
1991.	2.013.372	26.549	13,2
2002.	2.039.000	29.506	14,5
2003.	2.058.962	29.741	14,4

[to se ti~e stope mortaliteta ona je decenijama iznad jedan odsto i ona danas u Vojvodini iznosi 1,4%.

Stopa prirodnog prira{taja, odnosno razlika izme|u broja ro|enih i broja umri h, od pedesetih godina pro{log veka u konstantnom je padu, dosi `u i negativne

dinim op{tinama, a Vojvodina }e imati pola miliona stanovnika mawe nego danas.

Aktuelne socijalno-ekonomske prilike, ni u svetu ni u na{oj zemqi, ne idu na ruku sprovo|ewu pronatalitetne politike, ali se smatra da }e preduzimawem dugoro~nih mera mo}i da se postigne ne{to i na tom planu.

Zaključak

Starewe stanovni{ tva real not je prisutna u ~itavom svetu. Sve se vi{ e gube razlike u starosnoj strukturi stanovni{ tva izme|u razvijenih zemaqa. Tako|e, na{ a zemaqa, naro~ito wena severna pokrajina, kao regija sa stanovni{ tvom koje spada me|u najstarije u svetu, po svim kriterijumima svrstava se me|u razvijene zemqe.

Evidentne demografske promene morale bi uticati na planirawe socijalnih, ekonomskih, zdravstvenih i drugih mera za{ tite starih osoba.

Literatura

1. Austin C. History and Politics of Case Management. *Generations* 12, 1998. (5):7–10.
2. Beers M, Berkow R. *The Merck Manual of Geriatrics*, Third Edition. Merck Research Laboratories, New York, 2000:9–23.
3. Bjeqac N., Dobri vojevi}. Starosna struktura stanovni{ tva u op{ tini Sombor, *Zbornik radova Geografskog fakulteta*, 1994, kw. 44:84–8.
4. Breznic D. Starewe stanovni{ tva u Jugoslaviji, *Zbornik uvodnih referata 3. gerontolo{ kog kongresa Jugoslavije*, Zagreb, 1986:47–53.
5. Bursa} M., Bjeqac @., Niki tovi } V. Starewe i nacionalna struktura stanovni{ tva Vojvodine, *Zbornik Matice srpske za dru{ tvene nauke*, 2001, 110–111:145–9.
6. Coury M Joanne. Mre` a potpore za stare qude i me|ugeneracijska pravednost u SAD. *Revija za socijalnu politiku*, Zagreb, 1995.2(1):67–72.
7. Croce E., Juan-Ramon VH. Assessing Fiscal Sustainability: A Cross-Country Comparison. *IMF Working Paper*, 2003, (145):1–33.
8.]ur~i} S., *Strukture stanovni{ tva – starosna i polna struktura*. *Zbornik radova Prirodno-matemati~kog fakulteta u Novom Sadu*, 1983, sv. 13:53–75.
9. \ur|ev B., Ra{ evi } M. *Evropsko stanovni{ tvo: varijacije na zajedni~ke teme*. *Evropska populaci ona konferencija*, Helsinki, 2001.
10. Jawi } M. *Socijalno-medicinski pristup starewu i starosti*, u: Davidovi } M. *Gerijatrija*. Klub NT, Beograd, 1999:553–8.
11. Kutza EA. Now Is the Time for the Critical Reflection. *Generations* 15, 1991(3):65–8.
12. Macura M. Starewe stanovni{ tva, populaci ona politika, *Gerontologija*, 1993:16–22.
13. Milosavqevi } N. *Starewe populacije – demografski aspekti starewa*. U: *Milosavqevi } N. Gerontologija – starewe i starost*. Drugo izdawe. Novi Sad, 1999:30–4.
14. Milosavqevi } N. *Prirodni prira{ taj u SAP Vojvodini i faktori koji na wega uti ~u*, *Medicinski fakultet Novi Sad*, 1988.
15. Mladenovi } M. *Da li stari qudi imaju budu}nost*. 7. nacionalni gerontolo{ ki kongres. *Zbornik uvodnih referata, Vrwa-ka bawa*, 2006:30–6.
16. Ra{ evi } M. *Jedinstvo u razli ~ivosti*. *Evropska populaci ona konferencija*. Hag, 1999.
17. Redburn DE. „Graying“ of the world’s population. In: Redburn DE, McNamara RP (eds): *Social gerontology*. Westport, Calif, 1998.
18. Tasi } M., [evo G., Toma{ ek B., Dimi trijevi } Z. *Demografske karakteristike stanovni{ tva Beograda i Srbije – ubrzano starewe populacije*. U: *Zbornik radova sa simpozijuma o ku}noj nezi i ku}nom le-ewu*, Sombor, 1996, 180–4.
19. Vita AJ et al. Aging, health risks and cumulative disability. *N Engl J Med*. 1998, 338:1035.
20. Wertheimer-Baleti } A. *Depopulacija Hrvatske*. *Društvena istraživanja Hrvatske Akademije znanosti i umjetnosti*, Zagreb, 2004 (4–5):629–52.

Stru-ni i nau-ni radovi

Starewe i starost u strategiji razvoja socijalne za{ tite*+

L. Kozar~ani n¹

Strategija razvoja socijalne za{ tite u Srbiji je dokument Vlade Republike Srbije u kome je temeljno utvr|eno stawe u sistemu i postoje}i problemi i u kome se celovito planiraju aktivnosti u procesu reforme sistema socijalne za{ tite. Po predvi|enoj dinamici aktivnosti ve} tokom ove, a posebno u narednim godinama, treba da budemo svedoci niza promena u ovom sistemu, a posebno u onim aspektima koji se odnose na prolagolavawe sistema socijalnim i ekonomskim posledicama starewa stanovni{tva i adekvatnijoj socijalnoj za{titi starijih gra|ana.

Polaze}i od potrebe za razvijawem po{tovawa i nedeqivosti op{tih qudskih prava, kao osnovnog principa, kao i prihva}enih prava starijih osoba u dokumentima Ujediwениh nacija, u reformi sistema socijalne za{ tite podrazumeva se i puna primena slede}ih principa:

1. **Princip najboqeg interesa korisnika**, koji podrazumeva da se u socijalnoj za{titi pru`aju usluge koje su u najve}oj meri usagla{ene sa potrebama starijih korisnika i uz puno po{tovawe wihovih prava i li~nog dostojanstva;
2. **Princip dostupnosti usluga korisnicima**, {to, pre svega, zna~i nastojawe da stariji qudi mogu svoje potrebe da zadovoljavaju u sredini u kojoj `ive, na lokalnom nivou;
3. **Princip `ivota u prirodnom okru`ewu**, {to podrazumeva nastojawe da se zadovo-

qavawe potreba starijih pre svega tra`i u prirodnom okru`ewu starijih i da se na ovaj na~in smawuje broj starijih koji koriste usluge socijalne za{ tite izvan svog mesta boravka ili daleko od svojih porodica;

4. **Princip participacije korisnika** u dono{ewu odluka, {to podrazumeva uva`awawe samostalnosti i odgovornosti korisnika, nastojawe da se pru`i podr{ka korisniku da se u skladu sa sopstvenim potencijalima aktivno ukqu~uje u postizawe najboqih efekata za{ tite i {to du`e i u skladu sa svojim `eqama i sposobnostima samostalno anga`uje u zadovoljavawu svojih potreba;
5. **Princip kontinuiteta za{ tite** i mogu}nosti izbora usluga i izvo|a~a usluga, {to zahteva da se u skladu sa razvojem potreba starijih razvijaju i sve odgovaraju}e vrste i dovoqni kapaciteti za pru`awe usluga kao u javnom sektoru, tako i u neprofitnom i privatnom sektoru. Primena ovog principa podrazumeva da je starijem korisniku neophodno blagovremeno pru`iti mogu}nost kori{ }ewa usluga koje odgovaraju wegovim potrebama, u kontinuitetu i u potrebnom trajawu.

U skladu sa navedenim principima formulisani su i ciqevi reforme socijalne za{ tite. Karakteristike ciqewa reforme su da polaze od postoje}eg stawa, da se me|usobno dopuwavaju, da su vremenski odre|eni i da su usmereni ka definisanim o~ekiva-

* Strategija razvoja socijalne za{ tite, Republika Srbija, Vlada, Ministarstvo rada, zapo{qavawa i socijalne politike, Beograd, decembar 2005. godine.

+ Rad izlo`en na VII nacionalnom gerontolo{kom kongresu, Vrwa~ka bawu, 9-12. maj 2006.

¹ Lidija Kozar~ani n, savetnik u Ministarstvu za rad, zapo{qavawe i socijalnu politiku

nim ishodima ili rezultatima preduzetih mera, sprovedenih aktivnosti i primewenih mehani zama.

I z op{ teg ci qa Strategije razvoja i reforme socijalne za{ tite mo` e se prepoznati i utvrditi strate{ ki ci q reforme koji se odnosi i na fenomene starewa i starosti. Op{ ti ci q reforme jeste **razvijawe integralne socijalne za{ tite, u kojoj svi u-esnici u za{ titi na najefikasniji na~in koriste postoje}e i razvijaju nove resurse, razvijaju dostupne kvalitete i raznovrsne usluge radi o-uvawa i poboq{ awa kvaliteta ` ivota starijih, rawivih i marginalizovanih pojedinaca i grupa, radi osposobqawawa starijih za kvalitetniji i produktivniji `ivot u zajednici i predupre|ewa zavisnosti od socijalnih slu` bi.**

I. Ostvarivawe na ovaj na~in prepoznatog, op{ teg ci qa podrazumeva i ostvarivawe vi{ e posebnih, pojedina~nih ci qeva i zadataka koji su definisani ovim dokumentom. Prvi poseban ci q, sagledan sa aspekta starewa i polo` aja strijih gra| ana, jeste unapre|ewe za{ tite najsiroma{ njih (starijih) lica, koja zbog sopstvenog psihofizi~kog stawa nisu u mogu}nosti da obezbede egzistenciju. U postoje}im uslovima se materijalne usluge finansiraju iz buxeta Republike, preko centara za socijalni rad. U ostvarivawu tih prava su sada u istom polo`aju i radno sposobni i radno nesposobni gra| ani. Centri za socijalni rad su optere}eni administrativnim poslovima povodom pru` awa ovih usluga, a u kori{ }ewu raspolo` ivih izvora pomo}i nedovoqno je prisustvo i ukqu~ivawe neprofitnog i humanitarnog sektora.

Da bi se unapredila za{ tita najsiroma{ njih predvi| a se vi{ e aktivnosti: od adekvatnijeg odre| ivawa linije siroma{ tva i obezbe| ivawa egzistencijalnog minimuma korisnika, do ostvarivawa efikasnijeg sistema materijalnih pomo}i. Predvi| a se izmena propisa kojima se reguli{ u materijalna davawa u vi{ e pojedina~nih oblasti (socijalne za{ tite, de~ije za{ tite i zapo{ qawawa), sa namerom da se rasterete odgovara-

ju}i fondovi. Ove }e mere biti primewene uz uskla| ivawe linije siroma{ tva sa dostignutim stepenom ekonomskog razvoja, jo{ u toku ove 2006. godine. Stvarawe jednostavnije i efikasnije procedure za ostvarivawe materijalnih i finansijskih davawa te}i }e postepeno sve do 2009. godine, zajedno sa izme{ tawem poslova administrativnog postupka u op{ tinske organe uprave i obezbe| ivawem jedinstvene evidencije svih korisnika, kao i jedinstvene slu` be koja }e povezivati sve vrste materijalnih davawa na lokalnom nivou.²

I shodi koji se o-ekuju u za{ titi starijih korisnika koji su materijalno ugro` eni odnose se, pre svega, na potpunije obezbe| ivawe wihove osnovne egzistencije. Pored toga, pristupa~nije informacije i operativnije slu` be olak{ a}e pristup ovim uslugama. Zna~ajno je i oslobo| ewe stru~nih kapaciteta centara za socijalni rad, jer centre u lokalnim zajednicama vidimo kao promotere i garante svih aktivnosti u socijalnoj za{ titi starijih.

II. Jedan od posebnih ci qeva jeste i razvijawe mre` e usluga u zajednici. U pru` awu usluga starijim korisnicima postoje}e stawe se odlikuje nedostatkom saradwe i koordinacije izme| u razli~itih sistema. To je posledica nejasno definisane podele uloga i odgovornosti razli~itih sistema, na primer, sistema socijalne za{ tite, zdravstva, obrazovawa, pravosu| a, unutra{ wih poslova, neprofitnog i privatnog sektora. Iz tog proizlazi parcijalno i nekoordinisano delovawe, preklapawe ili nedostatak odre| enih usluga, nedostatak planiranih akcija, ili nedostatak instrumenata za planirane i koordinirane akcije. Osnovni instrumenti koji obezbe|uju obavezne ili ustaqene vidove me|usobne saradwe sistema su protokoli o saradwi.

Zbog toga je planirano dono{ ewe protokola o saradwi, od me|usektorskog protokola o saradwi razli~itih sistema na republi~kom nivou, do dono{ ewa protokola o saradwi na nivou lokalnih zajednica. Predvi| eno je i dono{ ewe Op{ tih protokola za

procenu i zadovoljavawe potreba odre|enih grupa, posebno rawivih grupa kao { to mogu biti nemo}ne ili zavisne starije osobe, siroma{ ne starije osobe ili starije `ene, posebno `rtve zanemarivawa, nasiqa ili neke druge vrste diskriminacije. Za dono{ ewe protokola na republi~kom nivou zadu`ena su odgovaraju}a ministarstva, a na lokalnom nivou – lokalne samouprave. Op{ ti protokoli za procenu i zadovoljavawe potreba, posebno rawivih grupa, bi}e doneti u me|usobnoj saradwi odgovaraju}ih ministarstava i lokalne samouprave do 2008. godine.

Nakon toga se o~ekuje uskla|enije delovawe sistema socijalne za{ tite, zdravstva, obrazovawa, pravosu|a, unutra{ wih poslova, neprofitnog i privatnog sektora. Uloge sistema pojedina~no bi}e jasnije ustanovqene, uz vi{ e me|usobne koordinacije i mawe saplitawa ili praznog hoda, a time }e i usluge, gledano u celini, biti efektinije i efikasnije.

U okviru ovog ciqa predvi|en je i va`an zadatak ostvarivawa **planskog pristupa u zadovoljavawu potreba**, odnosno, planirawe usluga na razli~itim nivoima, ~ime treba da se prevazi|e nedostatak mehanizama za identifikovawe potreba korisnika, neadekvatna mre`a usluga i neplansko i neadekvatno tro{ ewe resursa koje nije uskla|eno sa prioritetima lokalnih zajednica i regiona.

Ovde se radi o razvijawu i primeni metodologije, koja }e biti utvr|ena posebno za identifikaciju potreba starijih korisnika, o izradi strate{ kih i akcionih planova za razvoj socijalnih usluga za starije korisnike na razli~itim nivoima i podru~jima, kao i formirawe lokalnih saveta za socijalnu za{ titu, za starewe i starost i sli~no. Novoformirani zavodi za socijalnu za{ titu anga`ova}e se na stvarawu i usavr{ avawu metodologija kontinuirano, a u saradwi Ministarstva sa lokalnim samoupravama save te treba formirati jo{ u toku ove godine da bi svi planovi akcija bili usvojeni do 2008.

Identifikovane potrebe, kapaciteti i resursi, izra|eni lokalni i regionalni ak-

cioni planovi, racionalno, ekonomi~no i efektívno kori{ }ewe resursa treba da doprinesu celovitom zadovoljavawu potreba i unapre|ewu kvaliteta `ivota starijih korisnika.

Drugi va`an zadatak odnosi se na primenu holisti~kog pristupa u socijalnoj za{ titi, odnosno, i u socijalnoj za{ titi starijih, { to podrazumeva celovitu procenu potreba, planirawe usluga, pra}ewe i evaluaciju ili vrednovawe postignutog efekta za{ tite. Sada je u centrima za socijalni rad dijagnosti~ki postupak centralni, stru~ni postupak usmeren prvenstveno na odre|ivawe pripadnosti korisnika nekoj od grupacija koja u`iva odre|enu za{ titu. Time ostaju nedovoqno poznate potrebe i problemi, posebno rawivih grupa starijih korisnika. Ustanovqeni problem ciqne grupe starijih sagledava se u kontekstu konkretne socijalne, fizi~ke, emocionalne i finansijske situacije pojedinca, wegove porodice i u`e socijalne sredine. Veoma ~esto je prisutan paternalisti~ki odnos, posebno prema starijim korisnicima, kojim se ne uva`ava dostojanstvo, li~ni integritet, potencijali, resursi porodi~ne i u`e socijalne sredine korisnika.

Za ostvarivawe celovite procene potreba korisnika, planirawe usluge i evaluacije, neophodno je: dono{ ewe uputstava koja su uskla|ena sa stru~nim standardima socijalnog rada, dono{ ewe programa za permanentnu edukaciju stru~nih radnika u socijalnoj za{ titi i redefinisawe pojmova i grupacija starijih korisnika u odgovaraju}im propisima socijalne za{ tite. Na ovim zadacima }e se anga`ovati Ministarstvo zajedno sa zavodima za socijalnu za{ titu do 2008. godine.

Nakon toga o~ekujemo aktivnije ukqu~ivawe starijih korisnika u odlu~ivawe o uslugama i u planirawe wihove za{ tite, mnogo ve}u odgovornost svih u~esnika u za{ titi, po{ tovawe autonomije i osna`ewe starijih korisnika, a posebno pove}anu profesionalnost i ve}e odgovornosti stru~nih radnika.

Pojedinašni slučaj koji se, takođe, predviđa u ovoj oblasti jeste **uvođenje sistema kvaliteta u socijalnu zaštitu**. Uvršteno je da se razvoj sistema ustanova i službi socijalne zaštite odvija uglavnom kroz normativnu delatnost države, a usluge ne stvaraju uslove za smislive društvene isključivosti (starijih) korisnika već su usmerene na „nedostatke“ i „olako“ donošenje odluka o izdavanju (starijih) korisnika iz prirodnog okruženja.

Da bi se ovakvo stanje prevazišlo, planira se definisanje razvojnih standarda svih usluga, njihovo uvođenje i primenive u praksi socijalnog rada sa (starijim) korisnicima (MRZSP, do kraja ove 2006. godine). Već se uvodi u praksu kodeks profesionalnog ponašanja, angažovanjem Ministarstva i udruženja stručnih radnika. Takođe se predviđaju i aktivnosti na unapređenje u materijalno-tehničkim, kadrovskim i infrastrukturnim uslovima rada, što je zadatak Ministarstva i udruženja stručnih radnika. Pored toga, predviđa se formiranje jedinstvene baze podataka koja omogućava praćenje potreba, usluga i ishoda zaštite, što će se ostvarivati u saradnji MRZSP, zavoda za socijalnu zaštitu i lokalnih samouprava do 2008. godine. Veoma je značajno i ustanovljavanje sistema profesionalnog napredovanja kroz kontinuirano profesionalno usavršavanje i obrazovanje, na koje će već u tekućoj godini raditi MRZSP u saradnji sa zavodima za socijalnu zaštitu.

Usluge socijalne zaštite ovim aktivnostima treba da dobiju u kvalitetu, da vode ka očekivanim ishodima i da dovedu do pozitivnih promena u životu (starijih) korisnika, kao i da postoji zadovoljstvo korisnika dobijenom uslugom. Obezbeđenjem stručne i naučne podrške, zavoda za socijalnu zaštitu u Beogradu i Novom Sadu, očekuje se unapređenje prakse, povećanje efikasnosti i efektivnosti celokupnog sistema.

Još jedan pojedinašni slučaj koji treba ostvariti, a važan je sa stanovišta stareva, jesu **teritorijalno i funkcionalno dostupne usluge**. U postojećim uslovima i ve-

nica je da sistem ne obezbeđuje raznovrsne usluge. Planirane smeštajnih kapaciteta obavljaju se centralizovano, postoji nedostatak niza usluga u prirodnom životnom okruženju posebno starijih korisnika, zbog čega se stariji korisnici često izmestaju iz porodice u ustanovu. Pored toga, u pružanju usluga socijalne zaštite dominira javni sektor, dok je prisustvo neprofitnog, pa i privatnog sektora nedovoljno.

Zbog toga se planira razvoj usluga i službi za podršku prirodnoj porodici, kao i razvoj usluga različitih oblika smeštaja u drugu porodicu. Da bi se omogućila teritorijalna dostupnost, predviđa se i razvoj ustanova malih smeštajnih kapaciteta. Nosioci ovih aktivnosti su MRZSP i lokalne samouprave. Pored toga se planira i razvoj niza različitih inkluzivnih usluga u lokalnim zajednicama, na koje će se angažovati odgovarajuća ministarstva (socijalna zaštita, zdravstva i dr.), i organi lokalne samouprave. U međusobnoj saradnji nosioci razvoja predviđenih usluga treba da se angažuju kontinuirano. Uz to je važno i da se za predviđene razvojne pravce obezbede i odgovarajući uslovi i to: izmene Zakona o socijalnoj zaštiti radi dostupnosti bužetskih sredstava različitim sektorima u okviru kojih se mogu pružiti planirane usluge (MRZSP u ovoj 2006. godini), donošenje Zakona o udruženjima građana (MP, 2006) i uvođenje poreskih i drugih stimulativnih mera (MF).

Efekti koji se očekuju u socijalnoj zaštiti starijih sadržani su pre svega u očekivanom kontinuiranom razvoju mreže usluga i službi u lokalnoj zajednici. Radi se o razvijanju niza servisnih usluga socijalne zaštite za starije koji žive u samostalnim ili većim porodičnim domaćinstvima – službama za pomoć u kući, centrima za dnevni boravak i klubovima za starije, ali i ustanovama za smeštaj koje će biti, sem što su malih kapaciteta, i otvorene za različite vidove smeštaja (po trajanju, uslovima, uslugama). I razvoj inkluzivnih usluga može starijim invalidnim osobama omogućiti bolji

kvalitet `ivota. Sekundarni efekti, koji se tako|e o-ekuju, jesu ostanak ve}eg broja starijih osoba u porodici, pa i relativno smawivawe pritiska na sme{ tajne kapacitete.

U okviru ovog ci}a treba pomenuti i poseban zadatak **razvoja usluga koje podr` avaju `ivot u zajednici**. I ako je u aktuelnom Zakonu o socijalnoj za{ titi i socijalnoj sigurnosti gra|ana lokalna samouprava obavezna da realizuje vi{ e osnovnih prava starijih gra|ana u ovoj oblasti, kao { to je, na primer, pravo na kori{ }ewe klubova za starije, pomo} u ku}i ili stanu, sme{ taj u prihvatili{ te za starije i odrasle osobe itd. Samo mawi broj op{ tina svoje obaveze ispuwava u celini, a prema posledwim podacima to je tek ne{ to vi{ e od tre}ine ukupnog broja op{ tina. Kao razlog se ~esto navodi nedostatak sredstava u buxetima op{ tina.

Za prevazila`ewe ovih problema planira se dono{ ewe novog zakona kojim }e se propisati garantovana prava, standardi kvaliteta usluga i kontrola realizacije prava (MRZSP, 2008),³ definisawe minimalne stope izdvajawa sredstava iz buxeta op{ tine za socijalnu za{ titu (MRZSP, MF, 2008)⁴, dono{ ewe akata lokalne samouprave o pravima koje obezbe|uje, akata o bli`im uslovima za zadovoljavawe garantovanih i drugih prava i vrsta usluga, precizirawe kriterijuma za distribuciju sredstava solidarnosti iz Buxeta Republike i Autonomne Pokrajine za nerazvije op{ tine (MRZSP, MF, 2008). Pored toga predvi|a se razvoj usluga i slu`bi za podr{ ku prirodnoj porodici (savetodavne, edukativne, patrona`ne usluge, usluge klubova i dnevnih centara sa raznovrsnim sadr` ajima). Planira se i stvarawe uslova za ve}u pristupa~nost postoje}im uslugama u lokalnoj zajednici, kao i uslova kojima }e se obezbediti dostupnost buxetskih sredstava za nove davaoce usluga i olak{ ice za obavqawe delatnosti socijalne za{ tite.

Efekti ovih aktivnosti treba da budu sadr` ani u sna`no pokrenutom razvoju socijalnih usluga koje se pru`aju u neposred-

nom, domi cilnom okru`ewu korisnika. Ove usluge treba da budu raznovrsne i ekonomi~ne, treba da bude pove}an broj starijih korisnika usluga socijalne za{ tite i da u pru`awu ovih usluga budu ukqu~eni i neprofitni i privatni sektor ali uz o~uvawe i podizawe kvaliteta usluga. Bitno je i stvarawe uslova za kreirawe nekih usluga na regionalnom nivou – da se funkcionalno i interesno izvr{ i regionalno povezivawe op{ tina (na primer u obezbe|ivawu zajedni~kih kapaciteta socijalne za{ tite za neku od specifi~nih grupacija starijih korisnika, kao { to su te`ehroni~no oboleli, psihi~ki oboleli i sli~no). Da lokalne zajednice iz svojih sredstava finansiraju potrebe gra|ana i da stariji gra|ani organizovani u interesne grupe aktivno i odgovorno u~estvuju u kreirawu i unapre|ewu lokalnog sistema socijalne za{ tite.

U ovom kontekstu se mora pomenuti i jo{ jedan zadatak, a to je postizawe **kvalitetnijih usluga sme{ taja** starijih korisnika, { to je u stvari poboq{ awe ponude i kvaliteta usluga svih oblika sme{ taja. Postoje}e stawe je takvo da ustanove u sistemu ne nude dovoqno raznovrsnih usluga sme{ taja, ni po trajawu, ni po drugim uslovima boravka. ^esto su i veoma udaqene od prethodnog prebivali{ ta starijih i imaju nedostatak usluga koje bitno uti~u na zadovolqstvo korisnika, kao i relativno nizak kvalitet postoje}ih. Usluge se ~esto pru`aju samo u okviru osnovnih potreba u stanowawu, ishrani i zdravstvenoj za{ titi. Nedostatak postoji i u kapacitetima za pojedine grupe korisnika sa posebnim potrebama, kao { to su invalidne osobe ili du{ evno obolele osobe.

Planirane aktivnosti se sastoje: prvo, u dono{ ewu sreworo~nog plana za transformaciju ustanova, svake pojedina~no i svih zajedno, u kojima je imanentan zahtev da se prilagode svim potrebama sada{ wih i budu}ih korisnika. U skladu sa tim }e se mewarti i prilago|avati Odluka o mre`i ustanova, i doneti novi programi za obuku i usavr{ avawe svih aktera u za{ titi korisnika

na smeštaju. Na ovim zadacima se angažuju u ovoj godini pre svega same ustanove u saradnji sa MRZSP, kao i zavodi za socijalnu zaštitu.

Efekti koji se očekuju za relativno kratak period sastoje se u unapređenju ove oblasti zaštite: u povećanom broju vrsta i oblika smeštaja za starije, adekvatnijem zadovoljavanju ovih potreba korisnika i u racionalnijem korišćenju, kako postojećih kapaciteta tako i sredstava ustanova u sistemu socijalne zaštite.

Ostvarene ciljeve teritorijalno i funkcionalno dostupnih usluga podrazumeva i jednu novinu u socijalnoj zaštiti koja je važno i za starije građane. To je zadatak uvođenja **sistema neodložnih intervencija**. Razvoj usluga za neodložne intervencije je neophodno reagovati na postojeće stave u socijalnoj zaštiti, koja nema usluga za akutne, krizne situacije i hitne intervencije. Ove intervencije su u postojećim uslovima prepuštene MUP-u, a evidentno je da nemamo dovoljan broj službi u socijalnoj zaštiti koje bi građanima bile dostupne 24 sata.

Aktivnosti su započete donošenjem općih i posebnih protokola za sinhronizovano delovanje svih javnih službi u kriznim situacijama, ali se one nastavljaju uvođenjem 24-satnog dežurstva u centrima za socijalni rad, osnivanjem i podrškom SOS službi, kao i službi prihvata na nivou lokalnih zajednica. Na ovim zadacima se pored MRZSP angažuje i nevladin sektor i lokalne samouprave.

Očekuje se da će postojave mehanizama za razrešenje kriznih situacija koje se javljaju i u životu starijih osoba kao i neprekidna dostupnost usluga u kriznim situ-

acijama bitno promeniti postojeću situaciju. Pre svega će doprineti obezbeđivanju osiguranog i bezbednog okruženja za starije osobe koje su u stvari nasilja ili su na neki drugi način životno ugrožene. Uključivanje socijalne zaštite uz obezbeđene vidove saradnje sa drugim sistemima pomoćati reagovati službi kao i pružiti blagovremene pomoći u situaciji životne ugroženosti starijih osoba.

Na kraju možemo rezimirati doprinose koje, sa primenom strategije dokumenta reforme u praksi socijalne zaštite, očekujemo za starije korisnike, kao i buduće generacije starijih. To je:

- **Unapređewe kvaliteta života ugroženih starijih ljudi kojima je iz različitih razloga neophodna pomoć u zadovoljavanju njihovih osnovnih životnih potreba, putem efikasnijeg obezbeđivanja sredstava, dovoljnih za osnovnu egzistenciju, stvaranja mreže raznovrsnih dostupnih usluga u zajednici, koje su usklađene sa njihovim autentičnim potrebama i najboljim interesom,**
- **Plansko razvijawe usluga za starije građane u skladu sa utvrđenim potrebama korisnika na svim nivoima i uz učestvovanje samih starijih građana u procesu planiranja,**
- **Uvođenje sistema kvaliteta usluga za starije i standardizacijom rada službi i profesionalaca u zaštiti starijih,**
- **Razvijawe teritorijalno i funkcionano dostupnih usluga za starije koje podržavaju život starijih u prirodnom okruženju i zajednici, pomoćavaju ponudu i kvalitet smeštaja u ustanove i obezbeđuju usluge neodložnih intervencija u kriznim situacijama.**

 Stru-ni i nau-ni radovi

Stari u sistemu socijalne politike*

D. Ko~ovi }¹

Op{ ti teorijski pristup

Pitawe starih i briga o wima je civilizacijsko pitawe, dostignu}e i izraz je materijalnog i duhovnog vite{ tva dve generacije (0-18, 18-65), prema tre}oj, iznad 65 godina. Stara generacija je ostavila iza sebe male stvari, a to je velika osnova na kojoj treba radno aktivni da stvore krupna dostignu}a. Krupna dostignu}a su male stvari, za generacije koje }e stvarati veliko i prometejsko; kroz to se sagledava ~itav tok nastanka i razvoja nau--nih, materijalnih i dru{ tvenih dostignu}a ~udske vrste. Op{ ta orijentacija savremenog evropskog prostora usmerena je ka obezbe|ivawu, organizaciji i aktivnosti svakog gra|anina bez obzira na `ivotno doba, odnosno svestran rad, razvoj i aktivnost svake ostarele osobe saglasno weni m fizi~kim i mentalnim sposobnostima. Dakle, dru{ tvo treba da zadovolji sve potrebe i interesovawa ostarelih u ~itavom `ivotnom ciklusu, treba da razvija svest, potrebu i na~in za upotpuwawawe ~udskih prava u delu kontigenta ostarelih, stvori uslove i obezbedi ambijent za `ivot u starosti onakav kakav odgovara potrebama i li~nim `eqama ostarelih osoba. Nebri ga o starima, odnosno zapostav~awawe ovog kontigenta je ru`no u svakoj kulturi, nepravedno, ne~udski i nemoralno. Zbog toga polo`aj, organizacija i na~in `ivota starih, odnosno wihov dru{ tveni polo`aj, u velikoj meri ukazuje na razumevawe su{ tine i forme, ~udsko i ne~udsko, dobro i r|avo, vrlinu i porok.

Pravna norma ta~no je precizirala (od-do) vremensko trajawe kontigenta stanovni{ tva. Mla|i, od 0 do 18 godina, radno aktivno od 18 do 60 i 65 godina i traje sve dok bi olo{ ka a ne pravna norma odredi. I maju}i u vidu da se prose~an `ivotni vek ~oveka iz godine u godinu uve}ava, a najve}i je u Evropi, otuda se obim `ivotnog stvarawa zahva~uju}i samo stari~ma, odnosno dugove~nosti, iz godine u godinu i iz decenije u deceniju uve}ava. Sadr`aj wihovog `ivota i kvalitet `ivota ne sme da bude determinisan tr`i{nim uslovima, ve} civilizacijskim dostignu}ima koja uk~u~uju volumen sposobnosti ostarelih osoba i wihovih potreba. Konkurencija je dozvo~ena i ima smisla samo izme|u institucija koje nude usluge za ovaj kontigent.

Duboka starost znak je sveop{ teg napretka i materijalnog progressa. Me|utim, nadam se, ~italac }e se slo`iti da duboka starost i nije ba{ neka velika sre}a. Ne retko, ona se od bli`e okoline do`iv~ava kao teret i marginalizuje ostarelu osobu, a sama stara osoba svoj `ivot kao turoban i teskoban. Otuda duboka starost da, ali sa potrebnim, odgovaraju}im kvalitetom u svakom pogledu, { to se ne sme posmatrati kroz tr`i{te i cenu ko{ tawa, ve} kroz poimawe ~oveka kao najve}e vrednosti, bez obzira na starosnu dob. Tek tada prakti~no `ive i ~ine dru{ tvenu potku svuda u svetu nesporno prihva}ene vrednosti: humanizam, sloboda, solidarnost i socijalna pravda.

*Preneto iz: „Gerontologija“, 1, 2006, Beograd

¹ Prof. Dragoslav Ko~ovi}, vanredni profesor Fakulteta politi~kih nauka

Savremeni pristup sistemu socijalnog osigurawa od zna~aja za ostarele osobe

Socijalno osigurawe u Evropskoj uniji

U Evropskoj uniji, uprkos vi{egodi{wim raspravama sa ciqem revizije dr`ave blagostawa (koja je razvijena u ~itavom poratnom periodu Evrope) u dr`avu konkurencije, ostalo je ili boqe re~eno, poja~ano je uverewe da socijalna i ekonomska politika nisu u suprotnosti, {to zna~i da su izdvajawa za socijalnu sigurnost prihvatqiv razvojni trend i da je to glavno obele`je evropskog socijalnog modela. Uprkos ovakvom stavu koji za sada preovla|uje, sna`ni su pristupi koji zagovaraju reformu ovog sistema sa osnovnim ciqem preno{ewa rizika nesigurnosti sa dr`ave na pojedince i produ`awawe obaveznih vidova osigurawa.

Aktuelnom modelu Evropske unije koji obuhvata {iri skup mera socijalne sigurnosti pripada i obavezno socijalno osigurawe. Obaveznim socijalnim osigurawem obuhva}eni su svi glavni socijalni rizici: privremene ili trajne nesposobnosti za rad (smawewa sposobnosti i dohotka), starosti, bolesti, nesre}e na poslu, nezaposlenosti.

Zajedni~ka karakteristika za sve zemce EU u pogledu socijalnog osigurawa su nov~ana davawa i prava na odre|ene usluge. Nov~ana davawa imaju za ciq da delimi~no ili u celosti nadoknade ostvarivani dohodak usled socijalnih rizika, bolesti, povreda na radu, starosti, materinstva ili nezaposlenosti. Prava na nov~anu naknadu ostvaruju se po osnovu zaposlenosti, univerzalnih programa i programa uslovqenih visinom prihoda osigurani ka. Prava po osnovu *zaposlenost i* (rada) su osnov za odre|iwawe visine davawa. Prava po osnovu *univerzalnih programa* predvi|aju jednaka davawa za sve, bez obzira na dohodak, zaposlenost i prihode osigurani ka. Programi uslovqeni *visinom dohotka* obuhvataju samo korisnike do odre|ene visine prihoda, {to zna~i da su ovi programi u stvari mere socijalne sigurnosti koje su ujedno svojevrsna dopuna so-

cialnog osigurawa. Dopuna su iz razloga {to naknada po osnovu osigurawa nije dovoljna da obezbedi zadovoljavawe potreba osigurani ka. Da nije ovih programa za koje se u praksi EU izdvaja 28,5 odsto druztvenog proizvoda (od toga 63,5 odsto odlazi na penzije i zdravstvo, a ostalo na mere socijalne sigurnosti) veliki broj osigurani ka na{ao bi se u stawu relativnog siroma{tva (oko 40 odsto doma}instava). Upravo merama (programima) koji dopuwavaju nedovoljnost naknada (penzija) po osnovu osigurawa spre~awa se siroma{tvo i ono od 40 odsto pada na 17 odsto doma}instava.

Osigurawe za slu-aj starosti

Starosne penzije predstavqaju redovna mese~na primawa koja iznose odre|en procenat od prethodno ostvarene zarade osigurani ka. Visina penzije u ve}ini slu-ajewa limitirana je u maksimumu i minimumu. U zemqama EU, gde penzioni sistem funkcioni{e po osnovu obaveznih {tednih fondova, penzije su vezane za visinu doprinosa osigurani ka i poslodavaca i ostvarenu kamatu. Mo`e se visina penzije ostvarivati i na osnovu neto zarada, a neke zemce uzimaju bruto zaradu. Korekcija penzija (indeksacija) vr{i se jedanput godi{ewe u skladu sa rastom tro{kova i rastom inflacije, sa ciqem da se o~uva realna vrednost penzija.

Sistem penzijskog osigurawa EU ima dva modaliteta: jedan je finansiran na osnovu doprinosa osigurani ka, a drugi ~ine narodne, odnosno nacionalne penzije. Penzijsko osigurawe za slu-aj starosti koje po~iva na visini doprinosa i du`ini radnog sta`a obezbe|uje penzijski iznos koji direktno zavisi od doprinosa i od du`ine radnog sta`a osigurani ka. Kod drugog modela penzijskog osigurawa za slu-aj starosti – nacionalne penzije, rad, zaposlenost i doprinos ne moraju biti osnov za penziju. Prema ovom modelu svaki stanovnik koji nije po osnovu rada ostvario pravo na penziju ima pravo na penziju po osnovu godina starosti (po osnovu mesta stanowawa Holandija, Dan-

ska, Velika Britanija, Irska, a po osnovu dr`avqanstva [vedska). Oba modaliteta starosnih penzija imaju za ciq obezbe|ewe sigurne starosti. U su{tini, nigde ne postoji samo jedan model osigurawa, ve} vi{e kombinacija po raznim osnovama, a pre svega po osnovu: doprinosa i visine doprinosa za osigurawe, du`ine radnog sta`a, godina starosti, du`ine boravka u jednoj zemqi i dr`avqanstva. Kombinovana primena ovih uslova odre|uje i razlike u visini penzija. U ovakvom sistemu socijalnog osigurawa dr`ava ima kcu~nu ulogu.

U EU je veoma rasprostrawen model prevremenog odlaska u penziju (V. Britanija, Belgija, Holandija, Francuska i dr.). U tom slu~aju tako ostvarene penzije imaju srazmerno mawi iznos, a u nekim zemqama postoji zakonska mogu}nost odlagawa odlaska u penziju.* Postoji i mogu}nost delimi~nog penzionisawa za one koji su zaposleni i u{li u petu deceniju `ivota, {to podrazumeva kra}e radno vreme i deo penzije. Ova zakonska mogu}nost je predvi|ena sa ciqem da se {to pre zapo{qava mlada radna snaga, sa nepunim radnim danom, a istovremeno da stari, iskusni radnici, ostanu u procesu rada s polovi~nim radnim vremenom.

Osigurawe za slu-aj invalidnost i

Osigurawe za slu-aj invalidnost i jedan je od najstarijih oblika osigurawa (bolost, starost, nezaposlenost), koji podrazumeva prevremen odlazak u penziju (u odnosu na propisane godine sta`a i starosti). Za sticawe prava na invalidsku penziju u EU predvi|eni su razli~iti stepeni invalidnosti koji se kre}u od 75 odsto do sto od-

sto osnovnog zanimawa osigurani ka. Za sticawe ovog prava postoje i razlike u du`ini radnog sta`a, kao drugog uslova za ovu penziju, koji se kre}e od tri do pet godina minimalnog sta`a osigurawa. Predvi|en je i dodatak za tu|u negu i pomo} u iznosu od 50 odsto invalidske penzije. Visina penzije odre|ena je visinom doprinosa, uzrokom nesre}e na poslu, profesionalnim oboqewem (u preduze}u ili grani privrede). Organizacija i na~in finansirawa ovog sistema osigurawa razlikuju se od zemqe do zemqe u Evropskoj uniji.*

Zdravstvena za{tita i zdravstveno osigurawe

Zdravstvena za{tita i zdravstveno osigurawe su veoma razvijeni u Evropskoj uniji i sastoje se od obaveznog (neprofitnog) i dobrovoqnog (profitnog) osigurawa. Zemqe Evropske unije pridaju veliku va`nost ovom sistemu za{tite i osigurawa, te su u tom pogledu vr{ena velika ulagawa u istra`ivawe i le~ewe bolesti i otklawawa invalidnosti, a istovremeno su velika o~ekivawa u delu preciznijeg dijagnostikowawa, efikasnijeg le~ewa bolesti i razumevawa problema u oblasti zdravstva. Ovde je dr`ava glavni pokreta~, nosilac i finansijer. U ovom delu osigurawa, zbog promena u strukturi stanovni{tva i du`ini `ivota, enormno se pove}avaju tro{kovi le~ewa. To je uslovalo da je sistem zdravstvene za{tite u EU izlo`en preispitivawu i zna~ajnim promenama, a pre svega limitirawu izdvajawa buxetskih sredstava za ove potrebe. U zemqama EU od ukupnih izdataka za socijalnu za{titu 70 do 85 odsto odlazi za potrebe zdravstva.

* Velika Britanija, Luksemburg, Nema~ka, Francuska, Italija i [panija.

* Profesionalna udru`ewa u Nema~koj su glavni nosioci, u V. Britaniji ovo je sastavni deo sistema socijalnog osigurawa, u Holandiji povrede i profesionalna oboqewa su deo zdravstvenog osigurawa. Obavezan doprinos pada na teret poslodavca u svim zemqama EU, a u V. Britaniji i Holandiji doprinos upla}uju i dr`ava i zaposleni. Ovim osigurawem u Danskoj, Nema~koj i [vedskoj osigurani su studenti i samostalni osiguranci. Vladimir @ivanovi}, „Alt ernat ivni programi socijalne politike i wihova unifikacija u zemqama Evropske unije“, *magistarski rad, Beograd 2002.*

U zemljama Evropske unije sistem zdravstvene zaštite je raznolik, međutim, može se grupisati u dve grupe:

1. *nacionalni-dravni sistem zdravstvene zaštite i osigurawa* u kome su usluge u nadležnosti javnog sektora (dravnog-nacionalnog),
2. *mešoviti sistem zdravstvene zaštite* (privatni i javni sektor), gde je finansirawa usluga putem obaveznog doprinosa za zdravstveno osigurawa. Troškovi zdravstva u EU uestvuju od pet do deset odsto u društvenom proizvodu. Na osobe stare 65 godina odlazi pet puta više troškova zdravstva u odnosu na populaciju starosti od 15 do 64 godine. Ovi troškovi se još više povećavati za stare, s obzirom na povećawe dužine života i rasta kontingenta starih iznad 65 godina.* Osnovni problem u delu zdravstvene zaštite EU jesu troškovi, odnosno u kojoj meri deo zdravstvenih usluga staviti na teret korisnika usluga. Tu postoji opasnost da u slučaju plaćawa dela usluga najsiromašniji nisu u mogućnosti da koriste potrebne usluge, što nije dobro, a u slučaju besplatnih usluga

zahtevi se od korisnika enormno povećavaju. Otuda u EU brojni modaliteti finansirawa i korišćenja (prema prihodi-ma) zdravstvenih usluga.[†]

Organizacija i finansirawa zdravstvene zaštite

Organizacija i finansirawa zdravstva u suštini daje karakter sistemu zdravstvene zaštite a time je određena pozicija građana u pristupu i korišćenju zdravstvenih usluga. To se pre svega ogleda u pogledu obima, raznovrsnosti, a samim tim i kvaliteta zdravstvenih usluga. U razvijenom svetu uglavnom dominiraju tri modela finansirawa zdravstvene zaštite: tržišni model, nacionalne zdravstvene zaštite i obaveznog zdravstvenog osigurawa.

Tržišni model finansirawa i organizacije zdravstvene zaštite sadrži u sebi široku lepezu raznovrsnih formi i oblika osigurawa, odnosno brojnih fondova dobrovoćnog osigurawa, neposrednog plaćawa građana za zdravstvene usluge i uloge drave. Tako u SAD trećina troškova zdravstva pokrivaju fondovi dobrovoćnog osigurawa (vo-

* Communication From the Commission: Modernising and Improving Social Protection in European Union, COM (97), 102, str. 13-14..

† Uvedeni su i sistemi delimićnog plaćawa medikamentata i lećewa ne bi li se korisnici tako privoleli da racionalnije koriste zdravstvene usluge, kao i da bi se obezbedila dodatna finansijska sredstva. Međutim, u pojedinim zemljama stalno povećawe troškova koje snose sami pacijenti prouzrokovalo je i određene negativne efekte. To je, na primer, slučaj u švedskoj gde je tokom 90-tih godina povećawe iznosa troškova koji padaju na teret korisnika zdravstvenih usluga imalo za posledicu da domaćinstva sa nižim prihodima, naroćito ona sa decom, odustanu od lećewa na štetu svog zdravća. Stoga je 1998. godine plaćawe za decu ukinuto, ali je to sada izazvalo zabrinutost da će zahtevi za zdravstvenim uslugama biti prekomerni i da će zbog toga morati da doće do smawivawa drugih usluga javnog sektora. Rećewe je naćeno u tome da se veći iznos prihoda, namewen za ovu svrhu, transformiće lokalnim organima vlasti odgovornim za obezbećewe zdravstvenih usluga, a predloćeno je i da se određena finansijska sredstva sa odbrane prebace na zdravstvenu zaštitu. U Francuskoj, u ćicu obezbećivawa šireg pristupa zdravstvenoj zaštiti, osnovno zdravstveno osigurawa se obezbećuje svakome, a dopunsko osigurawa je besplatno za domaćinstva sa nižim prihodima. U Luksemburgu i Belgiji takoće su preduzete mere da se olakća pristup zdravstvenoj zaštiti i da se smawe troškovi za siromašnja domaćinstva. U paniji svi stranci, legalni i ilegalni, imaju pristup zdravstvenoj zaštiti na istoj osnovi kao i domaće stanovnićtvo. U Holandiji je 20 odsto troškova lećewa i medikamentata prebaćeno na pacijente u nameri da se racionalnije koriste zdravstvene usluge, ali je od 1999. godine ukinuto jer nije imalo nikakve efekte osim velikih administrativnih troškova. U Nemaćkoj, gde su izdaci za zdravstvenu zaštitu jedni od najvećih u Uniji, pokućaj da se jedan deo troškova prebaci na pacijente takoće nije dao nikakve efekte. Nove mere koje imaju za ćic ogranićavawe rasta troškova i zadržavawe iste stope doprinosa, odnose se uglavnom na smawivawe slabode izbora lekara (zdravstvene ustanove), ogranićavawe broja medikamentata koji se mogu prepisati i postavćawe gorve granice troškova. Vladimir Ivanović, „Alternativni programi socijalne politike i wihova unifikacija u zemljama Evropske unije“, magistrarska teza, Ekonomski fakultet, Beograd 2002.

lontersko zdravstveno osigurawe). Dobrovoqno (volontersko) zdravstveno osigurawe uglavnom obuhvata osigurawe te{kih zdravstvenih rizika koji zahtevu hirur{ke intervencije i bolni~ko le~ewe i ostvaruje se preko prof itnih i neprof itnih osiguravaju}ih dru{tava, tre}inu finansiraju sami gra|ani, a wihovo u-e{ }e u finansirawu le~ewa ima trend rasta, i tre}inu iz buxeta savezne dr`ave, dr`ava ~lanica i lokalnih jedini ca. Dr`ava uglavnom finansira odre|ene programe u oblasti zdravstva, usluga za odre|eni deo populacije (pre svega onih koji nisu u stawu da snose tro{kove svoga le~ewa) i finansira le~ewe odre|enih bolesti. Bolnice mogu biti dr`avne i wih finansira dr`ava, filantropskih udru`ewa, koji se finansiraju iz dobrovoqnih priloga i bolnice volonterskih organizacija i privatne bolnice kao prof itne ustanove (ta-no odre|ena cena usluga koje pla}a korisnik).

Model nacionalne zdravstvene za{tite obuhvata sve gra|ane koji imaju jednaka prava u kori{ }ewu zdravstvenih usluga i svi su obuhva}eni sistemom zdravstvene za{tite. Finansirawe zdravstvenih slu`bi vr{i se preko javnih fondova zdravstva ili iz buxeta dr`ave (karakteristi~an predstavnik ovog modela je V. Britanija).

Model obaveznog zdravstvenog osigurawa je fleksibilan sistem gde su izvori finansirawa: buxet dr`ave, fondovi dobrovoqnog zdravstvenog osigurawa, sredstva filantropskih organizacija, sredstva privrednih organizacija i sredstva gra|ana (neposredno pla}awe usluga). I pak dominantno finansirawe vr{i se putem fondova obaveznog zdravstvenog osigurawa (Holandija, Nema~ka, Francuska, Italija, [vedska).

Na~in pla}awa naknade za zdravstvene usluge

U svetu postoje brojni na~ini pla}awa usluga zdravstvenih radnika, odnosno obra~una naknade za usluge lekara. Uglavnom ih mo`emo svrstati u ~etiri grupe: pla}awe po usluzi, slu~aju, glavi, redovne plate.

Pla}awe po usluzi podrazumeva da bolesnik u celosti plati svaku uslugu prema wenoj ceni, a naknadno cenu tih tro{kova refundira, potpuno ili delimi~no, odgovaraju}a ustanova.

Pla}awe po slu~aju polazi od bolesti kojoj je ta~no utvr|ena cena bez obzira na broj usluga koje podrazumeva le~ewe. Cenu utvr|uje polivalentni tim sastavqen od predstavnika lekarskih udru`ewa, dr`avnih organa i osiguravaju}ih fondova.

Pla}awe po glavi je pla}awe lekaru fiksnog iznosa na godi{wem nivou za usluge bolesnicima koji su na listi le~ewa kod wega.

Met od redovne plate zna~i fiksnu mese~nu platu lekaru bez obzira na broj pacijentata, odnosno korisnika usluga; karakteristi~an je za dr`avne bolnice i lekare u javnom sistemu zdravstvene za{tite. Ovako pla}eni lekari u sistemu javne zdravstvene za{tite imaju pravo da se u slobodnom vremenu bave pru`awem usluga privatne lekarске prakse.

Cene zdravstvenih usluga utvr|uju se na nekoliko na~ina: prvo, cena usluga ukqu~uje amortizaciju sredstava za rad, materijalne tro{kove, zarade, poreze i doprinose iz prihoda i zarada i investicije. Drugi na~in finansirawa podrazumeva utvr|iwawe cene programa zdravstvenih usluga. To zna~i da odre|en program objediwava mno{tvo usluga, a cena se utvr|uje za program a ne pojedina~no za usluge. Tre}i na~in podrazumeva dotirawe (subvencije) zdravstvene za{tite iz sredstava fondova ili buxeta dr`ave.

Participacija, odnosno u-e{ }e korisnika u tro{kovima zdravstvene za{tite, ima za ciq da rastereti tro{kove osiguravaju}ih ustanova, a pove}a udeo sredstava gra|ana za zdravstvene usluge i ima tri oblika: suosigurawe, fran{iza i supla}awe. Suosigurawe je vrsta participacije koju korisnik usluga pla}a u fiksnom iznosu ili procentu. Fran{iza podrazumeva da korisnik zdravstvenih usluga pla}a tro{kove do odre|enog iznosa, a iznad toga tro{kove snosi zdravstveno osi-

gurawe. Supla}awe je u stvari doplata za pru`enu zdravstvenu uslugu.

Strategija i ciqevi evropske zdravstvene za{ tite

Kada imamo u vidu da stanovni{ tvo, posebno u Zapadnoj Evropi, stari, odnosno da se pove}ava u~e{ }e starih u ukupnoj populaciji, i da se pove}ava o~ektivna du`ina `ivota, bez svake sumve je neizostavna potreba organizovawa zdravstva na osnovama koje }e obezbediti sadr`ajni i kvalitetni `ivot u doba starosti. @ivotni vek ~oveka uvek je pra}en zdravstvenim problemima. Dakle, pogor{ avawe zdravstvenog stava uslovcava zdravstvenu za{ titu i pove}awe izdataka za zdravstvene potrebe. Iskustvo zapadnoevropskih zemaca pokazuje da je zdravstvena potro{ wa kod cudi preko 65 godina ~etiri puta ve}a nego kod cudi mlalijih (4,3 je ve}a iznad 65 godina, a u starosti iznad 75 godina 5,9 puta od potro{ we onih koji su do 64 godine). Na osnovu ovih pokazateca, razvijenog ose}awa humanizma i solidarnosti, za potrebe cudi utvr}ena je strategija i ciqevi u pogledu organizacije i razvoja zdravstvene za{ tite u Evropi.

Naime, stragetija i ciqevi razvoja zdravstvene za{ tite dati su u dokumentu „Ciqevi za zdravce za sve“, usvojenom u Evropskom uredu Svetske zdravstvene organizacije u Kopenhagenu 1985. godine. Su{ tina zdravstvenog razvoja data je u tri premise.

Prvo, dodavawe godina `ivotu, { to podrazumeva smawivawe prevremene smrtnosti stanovni{ tva;

Drugo, dodavawe zdravca `ivotu, podrazumeva smawivawe pojava novih bolesti i u~estalosti bolesti, nesre}a, privremene i trajne nesposobnosti za rad i { to ve}i broj godina `ivota bez bolesti i invalidnosti;

Tre}e, dodavawe `ivota godinama, podrazumeva kvalitet `ivota, odnosno o~uvawe i

unapre|ivawe zdravca, { to obuhvata fizi~ko, mentalno i socijalno blagostawe. Time se, kako bi to E. Kant rekao, posti`e carstvo ciqeva.

Zapadnoevropski zdravstveni stru>waci smatraju da institucionalni, tehnolo{ komedicijski model za{ tite starih cudi nije dao o~ektivni kvalitet `ivota u starosti. Predla`u ekologijsko-bihevijoralni, individualisti~ki, samoza{ titni model koji odgovara po`ecnom na~inu `ivota ~oveka u pogledu ishrane, porodi~nog `ivota, socijalne podr{ ke i drugog.

U Ustavu EU posve}ena je neophodna pa`wa socijalnoj sigurnosti.* Uniya prepoznaje i po{ tuje prava na socijalnu sigurnost i u tom pogledu od socijalnih usluga se o~ekuje da obezbede za{ titu u slu~ajevima porodi~skog odsustva, bolesti, industrijske nesre}e i dr (~l. II - 94). U tom pogledu Uniya predvi}a preventivnu zdravstvenu za{ titu i prava na beneficije medicinskog tretmana pod uslovima koji su utvr}eni nacionalnim zakonima i praksom. Visok nivo humane zdravstvene za{ tite treba da garantuje politika i aktivnosti Unije kroz definisawe i implementaciju (~l. II - 95).

Akcija Unije, koja }e dopuwavati nacionalne politike, bi }e usmerena na unapre|ewe javnog zdravstva, spre~avawe cudske bolesti i oboqcawa, i otkrivawe uzroka opasnosti za fizi~ko i mentalno zdravce. Takve akcije }e pokrivati:

- borbu protiv glavnih zdravstvenih nesre}a, promovi{ u}i istra`ivawe wihovih uzroka prenosa i wihove prevencije, kao i zdravstvenih informacija i obrazovawa;
- nadgledawe, rano upozoravawe i borbu protiv ozbiqnih prekograni~nih pretwi zdravcu. Uniya }e dopuwavati akcije dr`ava ~lanica u smawivawu o{ te}ewa zdravca usled neadekvatnih lekova (droge), ukcu~uju}i informisawe i prevenciju.

Uniya }e ohrabriti saradwu izme|u dr`ava ~lanica u podru~jima koja se odnose na

* Ustav Evropske unije usvojen je 14. januara 2005. godine, sada je na usvajawu u dr`avama ~lanicama.

~lan III - 278 i ukoliko je neophodno pru-
`ati podr{ ku wihovoj akciji. To }e u prak-
si ohrabriti kooperaciju izme|u dr`ava
~lanica da se unaprede zdravstvene usluge u
prekograni~nim podru~jima. Dr`ave ~lani-
ce }e koordinirati me|usobno wihove poli-
tike i programe u podru~jima koji se odno-
se na paragraf I. Komisija mo`e u bliskom
kontaktu sa dr`avama ~lanicama organizo-
vati neku korisnu inicijativu da obezbede
takvu koordinaciju u praksi inicijativa ko-
je }e pomo}i da se uspostave pravilnici i
indikatori organizacija razmene najboqe
prakse i priprema neophodnih elemenata za
periodi~no nadgledawe i razvoj. Evropski
parlament }e biti dr`an u potpunosti infor-
misanosti... (~l. III - 278, Ustava Evropske
unije).

U Ustavu Evropske unije prava starih
lica istaknuta su ~l. II - 85: „Unija prepo-
znaje i po{ tuje prava starih lica da `ive,
budu po{ tovani i nezavisni, kao i da u~e-
stviju u socijalnom i kulturnom `ivotu“.
Ustav daqe nagla{ava pravo svakog ~oveka,
pa i ostarelih, na qudski integritet, ~l.
2-63:

1. Svako ima pravo po{ tovawa psihi~kog i
mentalnog integriteta,
2. Na poqu medicine i biologije, mora bi-
ti slede}eg po{ tovawa:

- a. zabrana selekcije qudi,
- b. zabrana finansijskih dobitaka od qu-
di i qudskih prava, i
- v. zabrana reproduktivnog kloni rawa
qudi.

Lit er at ur a

1. Dragoslav Ko~ovi}, *Socijalna politika*, Udru`ewe
stru-nih radnika socijalne za{tite Republike Sr-
bije, Beograd 2000.
2. Dragoslav Ko~ovi}, *Razvoj socijalne politike Ju-
goslavije*, Udru`ewe stru-nih radnika socijalne za-
{tite Republike Srbije, Beograd 2002.
3. Dragoslav Ko~ovi}, *Socijalno osigurawe*, Fakul tet
poli ti~kih nauka, Univerzitet u Beogradu, Beograd
2005. godina.
4. Vladimir @ivkovi}, „*Alternativni programi so-
cijalne politike i wihova unifikacija u zemqama
Evropske unije*“, magistarski rad, Beograd 2002.
5. Commission of the European Communities, Report on So-
cial Protection in Europe 1999, COM (2000), 163 final,
Brussels 2000.
6. Commission of the European Communities, Employment
rates Report 1998, Employment Performace in the Mem-
ber States, Brussels 1998.
7. Commission from the Commission, COM (95) 466 of 31
October 1995. The Futue of Social Protection. A. Frame-
work for a European Deabte. European Commission, Brus-
sel 1998.
8. Ustav Evropske unije, usvojen 14. januara 2005. (sa-
da je na usvajawu kod dr`ava ~lanica EU).

Stru-ni i nau-ni radovi

Predlog programa za unapre|ewe zdravstvene za{ tite starih*

Q. Crn~evi}-Radovi},¹ V. Krst i }²

A Health Promotion Program for the Elderly People in Serbia

Crncevic-Radovic Lj., M.D., D.P.H.; Krstic V., M.D.

Sa`etak. Rezultat i: Polaze}i od op-
{ t ih ci qeva (produ`ewe o~ekivanog t rajawa
`ivot a, unapre|ivawe zdravqa i kvalit eta
`ivot a u st arost i, obezbe|ivawe jednake do-
st upnost i pot pune zdravst vene za{ t it e
st arih i dr.), i specifi~nih ci qeva (obu~a-
vawe qudi koji pru`aju za{ t it u i zdravst ve-
nih st ru~waka i st varawe t ehni~kih mogu}-
nost i za zadovoljavawe posebnih pot reba st a-
rije populacije, orijent acija na inst it uci o-
nalne oblike za{ t it e nakon maksimal no du-
gog `ivot a u porodici, podr{ ka nef ormal-
nim oblicima anga`ovawa oko st arih lica i
st imulacija dobrovoqnog rada, predlo`en je
programa za unapre|ewe zdravst vene za{ t it e
st arih. Pored operat ivnih zadat aka za
ost varivawe op{ t ih i specifi~nih ci qeva
Programa, predvi |amo i akt ivnost i koje bi
t rebalo obezbedit i st arim licima radi o~u-
vawa i unapre|ivawa zdravqa, odnosno spe~a-
vawa, suzbijawa i ranog ot krivawa bolest

Summary. Proposal of Health Promotion Pro-
gram for the Elderly Health care is a key activi-
tuy for acheiving good-quality of life with ad-
vancing age. Considering the importance of pop-
ulation aging in Serbia, the program-based, inte-
grated health care is proposed to be achieved at
the national level through the institutionalized,
strategic and structural planning, and implemen-
tation of Health Promotion Program for the El-
derly. We have given a proposal of the model for
development of a program of this kind. Our pro-
posal includes and objectives, operational tesks
and measures for their achievement, as well as the
activites aimed at health preservation and health
promotion viz. prevention, control and early de-
tection of diseases and other health disorders,
treatment and rehabiitation.

Uvod

Populaciono starewe je jedna od naj-
zna~ajnijih karakteristika dvadeset-
tog veka. Predvi |awa su da }e do

2050. godine u svetu biti oko dve milijar-
de starijih od 60 godina, od ~ega 70 odsto
u zemqama u razvoju, kao i da }e globalno
broj starih porasti sa 10 odsto koliko je
bilo 1988. godine na 15 odsto u 2025. godi-

* Rad izlo`en na VII nacionalnom gerontolo{ kom kongresu, Vrwa~ka bawa, 9-12 maj 2007.

¹ Dr Qiqana Crn~evi}-Radovi}, specijalista socijalne medicine, I nstit ut za za{ t it u zdravqa "Dr Milan Jovanovi }
Batut", Beograd.

² Dr Vesna Krsti }, Dom zdravqa „Dr S. Stanojevi }“, Trstenik.

ni. Najveći i najbrži porast broja starijih ljudi treba da se dogodi u razvijenim zemljama, gde se u toku narednih 50 godina očekuje četverostruko više starih lica nego u 2000. godini.

Prema rezultatima popisa stanovništva iz 2002. godine u Republici Srbiji je registrovano 22,7 odsto a u centralnoj Srbiji preko 23 odsto starijih od 60 godina (nivo koji se u svetu očekuje tek 2050. godine). Republika Srbija je sa prosečnom starošću stanovništva od 40,3 godine na devetom mestu u svetu.

Prosečna starost stanovnika centralne Srbije je 40,4 a Vojvodine 39,8 godina. U centralnoj Srbiji medijalna starost muškaraca je 39,5 a žena 42,2 godine. Centar za demografska istraživanja procenjuje da će 2050. godine medijalna, srednja, starost u centralnoj Srbiji iznositi 52 godine, što znači da će polovina stanovništva biti mlada, a polovina starija od tog životnog doba.

Pretpostavljamo da je centralna Srbija dospela u krug najstarijih područja sveta zbog naglog porasta očekivanog trajanja života, povećanog isčekavanja mladih i pada fertiliteta u dugom vremenskom periodu.

Ovakav demografski preobraćaj će imati duboke posledice na život pojedinca i zajednice, u nacionalnim i svetskim razmerama. Svaki aspekt života – socijalni, ekonomski, kulturni, psihološki, duhovni, doživljene značajne promene.

Cilj ovog rada jeste da predložimo Program za unapređenje zdravstvene zaštite starih u nas, s obzirom da zdravstvena zaštita, pored socijalne zaštite, ima ključnu ulogu i najveću odgovornost za humanizaciju društvenih odnosa, stare i život u starosti.

Metoda

U radu je nađo primenu deskriptivno-analitički metod.

Rezultati

Opšti ciljevi Programa:

1. Produćewe očekivanog trajanja života.
2. Unaprećivawe zdravća i kvaliteta života u starosti ostvarivawem prava na kompletnu zdravstvenu zaštitu.
3. Obezbećivawe jednake dostupnosti potpune zdravstvene zaštite.

Specifićni ciljevi Programa:

1. Selektivan pristup Programa za unaprećewe zdravća starih, što podrazumeva da svaka potkategorija starih bude obuhvaćena onim vrstama programskih aktivnosti koje odgovaraju wenim zdravstvenim i funkcionalnim sposobnostima.
2. Izmjena zdravstvenog ponašawa starih i članova njihovih porodica.
3. Doživotna promocija zdravća i prevencija bolesti, sprećavawe prevremene smrtnosti i invalidnosti, porast funkcionalnih kapaciteta, poboćawe samozastite i stimulacija razvoja socijalne mreže.
4. Orijentacija na institucionalne oblike zaštite nakon maksimalno dugog života u porodici.
5. Podrćka zajednice neformalnim oblicima angaćovawa oko starih lica i stimulacija dobrovoćnog rada.
6. Obućavawe ljudi koji prućaju zaštitu i zdravstvenih stručwaka i stvarawe tehnićkih mogućnosti za zadovolćavawe posebnih potreba starije populacije.
7. Smawewe troćkova zdravstvene zaštite starije populacije.

Program mera zdravstvene zaštite starih lica prema Planu 11. stav 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Slućbeni glasnik RS“, br. 107/05).

Drućvena brigada za zdravće, koja se pod jednakiim uslovima na teritoriji Republike ostvaruje obezbećivawem zdravstvene zaštite grupacija stanovništva koje su izloćene povećanom riziku obolewawa, zdravstvenom zaštitom lica u vezi sa sprećavawem, suzbijawem, ranim otkrivawem i lećewem bole-

sti od ve}eg socijalno-medicinskog zna~aja, kao i zdravstvenom za{titom socijalno ugro`enog stanovni{tva, obuhvata i lica starija od 65 godina `ivota. Ovim licima, prema ~lanu 8. stav 2. istog zakona, u okviru dru{tvene brige za zdrav~e, obezbe|uje se zdravstvena za{tita koja obuhvata: o~uvawe i unapre|ewe zdrav~a, otkrivawe i suzbijawe faktora rizika za nastanak obo~ewa, sticawe znawa i navika o zdravom na~inu `ivota; spre~avawe, suzbijawe i rano otkrivawe bolesti; pravovremena dijagnostika, blagovremeno le~ewe, rehabilitacija obolelih i povre|enih; informacije koje su stanovni{tvu ili pojedincu potrebne za odgovorno postupawe i za ostvarivawe prava na zdrav~e.

U Uredbi o obimu i sadr`aju zdravstvene za{tite („Slu`beni glasnik RS“, br. 42/93), koju je donela Vlada Republike Srbije, utvr|en je obim, sadr`aj i na~in sprovo|ewa zdravstvene za{tite starih osoba.

U ~lanu 34. Zakona o zdravstvenom osigurawu („Slu`beni glasnik RS“, br. 107/OS), pravo na zdravstvenu za{titu starih koje se obezbe|uje obavezni zdravstvenim osigurawem obuhvata: mere prevencije i ranog otkrivawa bolesti; preglede i le~ewe u slu~aju bolesti i povrede; preglede i le~ewe bolesti usta i zuba; medicinsku rehabilitaciju u slu~aju bolesti i povrede; lekove i medicinska sredstva; proteze, ortoze i druga pomagala za kretawe, stajawe i sedewe, pomagala za vid, sluh, govor, stomatolo{ke nadoknade, kao i druga pomagala (medicinsko-tehni~ka pomagala).

Bli`e ure|eni obim i sadr`ina zdravstvene za{tite starih lica dati su u Odluci o sadr`ini i obimu zdravstvene za{tite („Slu`beni glasnik RS“ br. 44/99).

Starim licima se obezbe|uju i odre|ene mere i aktivnosti zdravstvene za{tite prema posebnim programima za zdravstvenu za{titu od hroni~nih masovnih nezaraznih obo~ewa („Slu`beni glasnik RS“ br. 32/96) koje je donela Vlada Republike Sr-

bije kao i promotivnim i preventivnim programima usmerenim na proces aktivnog, odnosno zdravog starewa, jer razvijaju sticawe znawa, ve{tina, zdravih navika, fizi~ke aktivnosti, zdravih stilova `ivota i dr.

Program za unapre|ewe zdravstvene za{tite starih sadr`i (preventivne i kurativne) mere poja~anog nadzora zdrav~a i ne predstav~a u osnovi nikakvo pro{irewe ve|ste~enih prava.

U zdravstvenoj za{titi starih prioritet treba dati odr`avawu wihovih funkcionalnih i radnih sposobnosti za svakodnevni `ivot promocijom zdrav~a, merama prevencije nastajawa obo~ewa i ranim otkrivawem bolesti i wihovih komplikacija sistematskim, kontrolnim i drugim pregledima. Ostali prioriteti su organizacija slu`be za ku}no le~ewe i medicinsku negu u stanu, pravovremena rehabilitacija, organizovawe i delovawe patrona`ne slu`be, obezbe|ivawe odgovaraju}e stacionarne nege i medicinskog tretmana potpuno zavisnih osoba sa te`im hroni~nim stawima, terminalne nege umiru}ih i dr.

Operativni zadaci i mere

1. Zdravstveno-vaspitni rad sa starijim osobama i ~lanovima wihovih porodica, posebno u oblasti ishrane u starosti, kulture stanovawa, rekreativnih, radnih i drugih aktivnosti.
2. Sistematsko pra}ewe starijih osoba koje pripadaju visoko rizi~nim grupama za nastanak hroni~nog obo~ewa.
3. Rano otkrivawe (hroni~nih masovnih obo~ewa) sistematskim pregledima.
4. Primena dijagnosti~kih postupaka.
5. Adekvatno le~ewe osnovnih bolesti i komplikacija.
6. Efikasna rehabilitacija komplikacija obo~ewa i smawewe invaliditeta (nesposobnosti).
7. Konzilijarno utvr|ivawe potreba za produ`no le~ewe obolelih na osnovu

utvrđenih indikacija u odgovarajućim ustanovama.

8. Stimulisanje života u vlastitim zajednicama sve dok je to moguće.
9. Razvoj gerijatrijskih bolničkih odjela i institucija za zbrinjavanje starih, dugotrajnu i palijativnu negu.
10. Edukacija lekara, ostalih zdravstvenih radnika, kao i drugih profila stručnjaka (dijetetičar, psihologa, socijalnih radnika, pravnika i drugih) u oblasti prevencije, dijagnostike, terapije, rehabilitacije i zdravstveno-vaspitnog rada sa obolelim starijim licima.
11. Gerontološki i gerijatrijska istraživanja, posebno istraživanja zdravstvenog stawa i zdravstvenih potreba starih lica.
12. Vodeći jedinstvene medicinske evidencije i dokumentacije.
13. Koordinacija svih učesnika u sprovođenju programa radi oživljavanja i unapređivanja zdravstva, odnosno sprečavanja, suzbijanja i ranog otkrivanja bolesti i drugih poremećaja zdravstva, ležanja i rehabilitacije. Starim licima treba obezbediti:
 - a) **Jedan sistematski pregled godišnje.**
Ovaj sistematski pregled bi obuhvatao: anamnezu, opšti klinički i pregled po sistemima organa, neurološki status, kod žena i palpatorni pregled dojki, osnovne standardne laboratorijske preglede, ocenu zdravstvenog stawa, određivanje dodatnih medicinskih ispitivanja u zavisnosti od nalaza stawa i faktora rizika, digitalno-rektalni pregled, kod muškaraca palpatorni pregled prostate, procenu funkcionalnog statusa. Svaki prvi pregled u slučaju bolesti u kalendarskoj godini po svom karakteru je sistematski. I zvršilac: dom zdravstva – opšta medicina.
 - b) **U žena sistematski ginekološki pregled.**
Ovaj sistematski ginekološki pregled podrazumeva: uzimanje anamneze, ginekološki pregled (pod spekulomom, uzimanje PA i vaginalnog brisa, kolposkopski i bimanuelni pregled), pregled dojki, laboratorijska ispitivanja, utvrđivanje zdravstvenog stawa i preduzimavanje odgovarajućih mera. Pregled bi se obavljao jedanput godišnje kod prvog javljanja lekara u slučaju bolesti. I zvršilac: dom zdravstva – služba za zdravstvenu zaštitu žena.

loški pregled (pod spekulomom, uzimanje PA i vaginalnog brisa, kolposkopski i bimanuelni pregled), pregled dojki, laboratorijska ispitivanja, utvrđivanje zdravstvenog stawa i preduzimavanje odgovarajućih mera. Pregled bi se obavljao jedanput godišnje kod prvog javljanja lekara u slučaju bolesti. I zvršilac: dom zdravstva – služba za zdravstvenu zaštitu žena.

v) **U žena ciklički pregled na rano otkrivanje raka dojke i grlišta materice.**

Sadržaj rada: uzimanje anamneze, ginekološki pregled (pod spekulomom, kolposkopski sa uzimanjem PA i vaginalnog brisa, bimanuelni), po potrebi uzimanje biopsije, pregled dojki. Pregled bi se obavljao jedanput u dve godine. I zvršilac: dom zdravstva – služba za zdravstvenu zaštitu žena.

g) **Ciklički pregled (po oceni lekara).**

Obuhvata preduzimavanje određenih dijagnostičkih i specijalističkih pregleda radi otkrivanja faktora rizika i hroničnih masovnih obojavanja (kod pušača, gojaznih, hipertroničara, prilikom pojave hiperlipidemije, hroničnih ili dijagnostički utvrđenih poremećaja zdravstva, kao i kod starih koji žive na endemskim područjima), ocenu zdravstvenog stawa, određivanje daćeg postupka ležanja; po potrebi upućivanje na kućno ležanje ili u stacionarnu zdravstvenu ustanovu. I zvršilac: dom zdravstva – opšta medicina.

d) **Kontrolni pregled.**

Primenuje se specijalistički, laboratorijski, rendgen, EKG i ultrazvučni pregledi koji služe za proveru zdravstvenog stawa nakon završene terapije. I zvršilac: dom zdravstva – opšta medicina.

l) **Zaštita od zaraznih bolesti.**

Preduzimaju se mere suzbijanja i ležanja zaraznih bolesti u smislu Uredbe o zdravstvenoj zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti („Službeni glasnik RS“

br. 29/02). I zvr{ ilac: dom zdravqa - op{ ta medicina.

e) **Vakcinacija protiv gripa.**

I zvr{ ilac: dom zdravqa sa zavodima za za{ titu zdravqa.

`) **Patrona` na poseta.**

Sadr` aj: upoznavawe sa zdravstvenim stawem i funkcionalnom sposobno{ }u starih i zdravstveno-vaspitni rad. Obavqala bi se jedanput godi{ we, a prema medicinskim indikacijama, odnosno oce- ni lekara, i ~e{ }e. I zvr{ ilac: dom zdravqa - polivalentna patrona` na slu- `ba.

z) **Ku}no le~ewe i zdravstvena nega prema oceni lekara i medicinskim**

indikacijama.

- *Prvi pregled lekara op{ t e medicine i le~ewe u st anu bolesnika* obuhvata: uzimawe anamnesti~kih podataka, uvid u socioekonomske prilike, op{ ti klini~ki pregled i pregled po sistemima organa, postavqawe radne ili kona~ne dijagnoze, propisivawe terapije, davawe parenteralne terapije, davawe saveta i uputstava. Po potrebi: upu}ivawe u bolnicu, prijava zaraznih bolesti, upu}ivawe na dopunska ispitivawa. I zvr{ ilac: dom zdravqa - o{ ta medicina.
- *Ponovni pregled lekara op{ t e medicine i le~ewe u st anu bolesnika* podrazumeva: uzimawe anamnesti~kih podataka o toku bolesti i stawu ustanovqenom na osnovu prethodnog pregleda, klini~ki pregled, utvr|ivawe op{ teg stawa i lokalnog nalaza u vezi sa glavnom bole{ }u, uz pore|ewe sa prethodnim nalazima, analizu laboratorijskih nalaza i ostalih dijagnosti~kih ispitivawa, propisivawe lekova i davawe parenteralne terapije, eventualno upu}ivawe na rehabilitaciju, ocenu funkcionalne sposobnosti za obavqawe svakodnevnih `ivotnih aktivnosti, da-

vawe saveta. Po potrebi: upu}ivawe na daqe laboratorijske i dijagnosti~ke preglede, konzilijarne specijalisti~ke preglede, daqu terapiju, na bolni~ko le~ewe, organizovawe nege u ku}i i ku}nog le~ewa, dogovor o ponovnom pregledu - zakazivawe datuma i sata pregleda. I zvr{ ilac: dom zdravqa - slu`ba za ku}no le~ewe.

- *Medicinska nega.* U skladu sa svakodnevnom procenom fizi~kog i psihi~kog stawa bolesnika pru`aju se usluge primarne i specijalne nege, kao i druge usluge u skladu sa zdravstvenim stawem i funkcionalnom sposobno{ }u. U sprovo|ewu ku}nog le~ewa dobro i pravovremeno organizovana zdravstvena nega bolesnika predstavqa osnovu i garanciju za uspeh u le~ewu. Sprovo|ewe procesa zdravstvene nege bolesnika predstavqa u su{tini pomo} medicinske sestre ili negovateqice bolesniku u poboq{ awu op{ teg psihofizi~kog stawa, kao i postizawe nezavisnosti bolesnika u pogledu nege (hrawewa, kupawa, pripreme, servirawa obroka nepokretnim bolesnicima, pomo}i u svla~ewu i obla~ewu, odr`awawa i kontrole li~ne higijene, spre~avawe nastanka dekubitusa itd.).
- *Rehabilitacija* je sastavni deo svakodnevnog programa procesa le~ewa i zdravstvene nege bolesnika. Ima za cilj o~uvawe funkcionalne sposobnosti, preventivno spre~avawe nastajawa kontraktura i deformiteta, te o~uvawe dobrog psihofizi~kog stawa. I zvr{ ioci su radni terapeut, medicinska sestra, a intenzitet rehabilitacije u ku}i procewuje lekar.
- *Ostale usluge u st anu bolesnika* (davawe injekcija, previjawe, promena katetera, uzimawe materijala za laboratorijska ispitivawa, davawe infuzije, snimawe EKG-a sa o~itava-

wem), predvide}e zdravstvene ustanove u svojim planovima rada u skladu sa dosada{ wim izvr{ ewem ovih usluga i zadovoljavawu potreba.

i) **Bolni~ko le~ewe.**

S obzirom na pojavu „senilizacije stanovni{ tva“, koja je udru`ena sa multiplom patologijom (10 do 12 oboqewa po osobi starijoj od 65 godina) i dominacijom hroni~nih bolesti (pre svega kardiovaskularnih bolesti, oboqewa respiratornog i ko{ tano-zglobnog sistema), u budu}nosti se mo`e o~ekivati znatno pove}awe zahteva za sve specijalizovanim vidovima bolni~ke za{ tite i gerijatrijskih bolni~kih odcqewa. Pri svemu tome moraju se sagledati i mogu}nosti uvo|ewa drugih, alternativnih, re{ewa, kao { to su produ`eno le~ewe, odnosno ku}no le~ewe i nega koja bi obezbedila medicinsku za{ titu za onaj broj starih lica kojima bolni~ko le~ewe nije neophodno. Aktima zdravstvene ustanove, prilikom utvr|ivawa prioriteta za hospitalizaciju prema medicinskim indikacijama, treba voditi ra~una i o specifi~nosti zdravstvenih potreba starih.

j) **Rehabilitacija.**

Kori{ }ewe rehabilitacije u bawskoklimatskim, rehabilitacionim centrima, kori{ }ewe medicinske rehabilitacije u specijalizovanim zdravstvenim ustanovama regulisano je zakonom i primewuje se neposredno posle akutnih oboqewa, stawa i povreda kada se funkcionalne smetwe ne mogu ubla`iti i otkloniti u ambulatno-poliklini~kim uslovima i u okviru bolni~kog le~ewa osnovne bolesti. Prilikom razmatrawa predloga za upu}ivawe na specijalizovanu rehabilitaciju u bawskim i klimatskim le~ili{ tima, pored medicinskih indikacija potrebno je uzeti u obzir i potrebe za ovom vrstom zdravstvene za{ tite.

Sprovo|ewe Programa

Organizaciju pra}ewa sprovo|ewa ovog Programa na nivou okruga i op{ tina treba da preuzmu zavodi za za{ titu zdravqca, a wihovo sprovo|ewe sve zdravstvene ustanove na teritoriji koju svojim radom pokrivaju ovi zavodi. Prilikom davawa mi{ qewa i ocene na planove rada zdravstvenih ustanova, zavodi za za{ titu zdravqca, pored ostalog, ocewuju da li su i u kojoj meri zdravstvene ustanove predvidele aktivnosti i kapacitete za sprovo|ewe Programa za unapre|ewe zdravstvene za{ tite starih. UviDOM u rad zdravstvenih ustanova i izve{ taje o radu, zavodi za za{ titu zdravqca prati}e i deo planova rada koji se odnose na zdravstvenu za{ titu starih, odnosno wihovo izvr{ ewe.

Sa izvr{ ewem ovog Programa godi{ we se upoznaju Ministarstvo zdravqca i Ministarstvo nadle`no za socijalnu politiku Republike Srbije, Republi~ki zavod za zdravstveno osigurawe, kao i drugi zainteresovani organi i organizacije.

Zakqu-ak

Zdravstvenu za{ titu starih, kao zna~ajan segment narodnog zdravqca Srbije, potrebno je urediti na nacionalnom nivou, insti tucionalnim, strate{ kim i strukturalnim planirawem. Mi smo dali predlog modela za izradu jednog takvog programa.

Lit eratura

1. Zakon o zdravstvenoj za{ titi, Slu`beni glasnik RS, br. 107/05.
2. Uredba o obimu i sadr`aju zdravstvene za{ tite, Slu`beni glasnik RS, br. 43/93.
3. Uredba, odnosno posebni program zdravstvene za{ tite od zaraznih bolesti, Slu`beni glasnik RS, br. 29/2002.
4. Uredba, odnosno posebni program integrisane preventivne zdravstvene za{ tite od hroni~nih nezaraznih oboqewa, Slu`beni glasnik RS, br. 32/96.
5. Odluka o sadr`ini i obimu zdravstvene za{ tite, Slu`beni glasnik RS, br. 44/99.

6. Zakon o zdravstvenom osigurawu, Slu`beni glasnik RS, br. 107/05.
7. Srpska akademija nauka i umetnosti. Odeqewe dru{tvenih nauka. Demograf ski zbornik, kw. 1. Problemi politike obnavqawa stanovni{tva u Srbiji. Beograd, 1989.
8. Gerontolo{ko dru{tvo Srbije. Aktuelni problemi i perspektive istra`iva-kog rada u gerontologiji i gerijatriji, Beograd, 2002.
9. Gerontolo{ko dru{tvo Srbije. Me|unarodni plan akcija u oblasti starewa. Druga svetska skup{tina Ujediwenih nacija o starewu, Madrid 2002, Beograd, 2003.
10. Institut za za{titu zdravqa Srbije „Dr Milan Jovanovi} Batut“. Savremeni pristup zdravstvenoj za{titi starih. Beograd, 1999.
11. Institut za za{titu zdravqa Srbije „Dr Milan Jovanovi} Batut“. Program zdravstvene za{tite boraca i invalida rata. Beograd, 2000.
12. Republi~ki zavod za statistiku. Popis stanovni{tva i doma}instava 2002. Saop{tewe broj 295 od 24. 12. 2002. godine. Beograd, 2002.
13. Gerontolo{ko dru{tvo Srbije – Beograd. Nacionalni plan akcija u obezbe|ivawu socijalne sigurnosti i humanizaciji `ivotnih uslova u starosti u Srbiji, za period do 2022. godine. Beograd, 2005.

Stru-ni i nau-ni radovi

Procena socijalno-zdravstvenih potreba stanovnika grada Beograda starosne dobi 80 i vi{ e godina*

G. [evo,¹ S. Jankeli},² M. Tasi},³ Q. Kozarevi},⁴ B. Toma{ek⁵

Needs Assessment of the „oldest old“ (80+ years) Citizens of Belgrade

Ševo G., M.D., Ph.D., D.P.H.; Jankelic S., M.D., B.Sc.; Tasic M., M.D., B.Sc.; Kozarevic Lj., M.D., B.Sc., Tomašek B., M.D., D.P.H.; Institute of Gerontology, Home Treatment and Care, Belgrade

Sa`et ak. *Starija lica predstavljaju posebno osetljivu populacionu grupu. Brz rast broja i procent starijih lica ukazuje na veličnost sve veće potrebe u zaštiti starijih ljudi. Danas je malo dostupnih informacija o obimu i vrsti potreba, kao i usluga koje su potrebne za starije beogradsko stanovništvo. U radu su prezentirani rezultati utvrdjenih potreba starijih ljudi na osnovu reprezentativnog uzorka od 574 osobe iz 10 opština u Beogradu. Ovo istraživanje je sprovedeno, koje je obavljeno u drugoj polovini 2004. godine. Podaci su prikupljeni upitnikom koji je popunjavan u domu anketirane osobe. Pitanja su se odnosila na socijalnu i zdravstvenu oblast: (1) osnovni socio-demografski podaci, (2) socijalna aktivnost i socijalna integracija, (3) zastupčenost zdravstvenih rizika i ishrana, (4) zdravstveno stanje („self-reported“ bolesti) i prisustvo 24 znaka i simptoma, (5) funkcionalna sposobnost procene-*

Summary. *Aged persons represent a particularly vulnerable population segment. Given the rapid increase in their number and the proportion, aged care is increasingly gaining importance. At present, very little information is available on the extent and profile of needs and services that are required for the elderly citizens of Belgrade. This work provides its contribution in trying to measure such needs on the representative sample of N=547 oldest old from 10 municipalities of Belgrade City. Results of this work come from a cross sectional study, carried out in the second half of 2004. The questionnaire based interview was administered at participants' homes. It covered following health and social domains: (1) general socio-demographic information (2) social activity and social intergration (3) nutrition and health risks, (4) health state, based on self reported morbidity and presence of 24 signs and symptoms (5) functional status assessment based on their ability to perform var-*

* Preneto iz: „Gerontologija“, 1, 2007, Beograd.

¹ Dr sc. med. Goran [evo, Gradski zavod za gerontologiju, kućno lečenje i negu, Beograd

² Mr sc. dr Sava Jankeli}, Grad Beograd, Sekretarijat za zdravstvo

³ Prim. mr sc. dr Marija Tasi}, Gradski zavod za gerontologiju, kućno lečenje i negu, Beograd

⁴ Mr sc. dr Q. Kozarevi}, Gradski zavod za gerontologiju, kućno lečenje i negu, Beograd

⁵ Dr Boris Toma{ek, Gradski zavod za gerontologiju, kućno lečenje i negu, Beograd

na na osnovu sposobnost i izvr{avawa dnevnih aktivnosti, (6) dostupnost i kori{ewe zdravstvene zaštite, (7) procena potreba za različitim specijalizovanim uslugama za starije osobe i (8) SF-36. Rezultati ovog istraživanja treba da budu dostupni kako planerima zdravstvene zaštite, tako i istraživačima u oblasti zaštite starih. U nedostatku drugih informacija za poređenje u našoj sredini, ipak se kao op{ti zaključak može dati da postojeći obim potreba prevazilazi trenutne mogućnosti za zaštitu starijih lica. Sveobuhvatna rešenja i sistematsko planiranje su zato pravi način da se u Srbiji u budućnosti ostvari odgovarajuća zaštita starijih lica.

Keywords: starije osobe, zaštita u starosti, starija lica, procena potreba, zdravstvo, mogućnosti i kori{ewe zdravstvene službe.

Uvod

U poslednjih nekoliko decenija u Srbiji se beleži stalni porast populacije starih (Republički zavod za statistiku Srbije, 2002). Uporedo sa ovim dolazi i do porasta kontingenta najstarijih starih osoba („stari stari“). Sledstveno, stepen potreba za njihovim zdravstvenim i socijalnim zbrinjavanjem postaje sve izraženiji, pri čemu se posebno oseća nedostatak informacije o precizno izmerenom obimu i vrsti usluga neophodnih za ovu populacionu grupu. Najnovijim reformama i formiranjem mreže ustanova odvojenost socijalne i zdravstvene zaštite treba konačno da postane prevaziđena i da se zaštita starih konstituiše kao jedinstvena kategorija.

Prema rezultatima poslednjeg popisa, 15,7 odsto stanovnika Beograda je starije od 65 godina (to ovu sredinu izdvaja kao demografsku oblast sa najvećom aglomeracijom starih osoba (N=247.029 starih 65 i više godina). Istovremeno u ukupnoj populaciji

ious activities of daily living and instrumental activities of daily living (6) utilization and availability of various health services (7) assessment of needs for various specialized aged care services and (8) SF-36. These results provide framework and the basis for future work of health planners as well as all interested parties in the area of aged care. While a missing local comparison context renders interpretation of current results quite difficult, one general conclusion that can be drawn from them is that current extent of needs significantly exceeds available resources and capacities. Integrative solutions and systematic planning are therefore needed in the future development of aged care in Serbia.

Keywords: aged, aged care, elderly, needs-assessment, health, availability and utilization of health services.

grada Beograda bilo je 1,8 odsto starih 80 i više godina (N=28.437).

Gradski zavod za gerontologiju, kućno lečenje i negu – Beograd, kao jedna od referentnih ustanova za oblast zaštite starih, preduzeo je korake da se na sistematski i standardizovan način izmere potrebe starih stanovnika Beograda. Pripremljeno je istraživanje kojim je ovaj zadatak osmišljen u dve celine. Prvi deo (koji je završen) odnosi se na istraživanje potreba najstarijih stanovnika životne dobi 80 i više godina. Drugi deo, koji je još uvek u fazi izvođenja, odnosi se na stanovnike stare 65–79 godina.

Ciql rada

Ciql ovog referata je prikaz rezultata istraživanja socijalno-zdravstvenih potreba najstarijih stanovnika grada Beograda (životne dobi 80 i više godina) sa 10 gradskih opština. Podaci su prikupljeni na reprezentativnom uzorku ovog segmenta populacije Beograda tokom druge polovine 2004. go-

dine. Smatramo da ih je potrebno uiniti dostupnim kako planerima zdravstvene za{tite, tako i svim nezavisnim istra`iva-ima koji ih mogu koristiti u cilju boqeg razumevawa razli~itih segmenata za{tite starih. Zbog prostornog ograni~ewa ovde }e biti prikazani samo najva`nji delovi rezultata ovog istra`ivawa.

Met odologija

Istra`ivawe je studija preseka na reprezentativnom uzorku dobno-ciqanog segmenta populacije grada Beograda izra|enog na bazi aktuelnih bira~kih spiskova. Sve izabrane osobe bile su u trenutku formirawa uzorka (maj 2004. godine) stare 80 i vi{e godina.

Uzorak je napravio Gradski zavod za statistiku primenom metode koraka, tako da je u uzorak prakti~no u{ao svaki 50-ti stanovnik Beograda ove `ivotne dobi. Time je dobijena lista od N=547 potencijalnih ispitanika ~ija su imena, adrese i datumi ro|ewa dostavqeni istra`iva~kom timu („osnovni uzorak“). Da bi se izbegla mogu}nost da mawa participacija ugrozi validnost rezultata, osnovni uzorak je istom metodom izbora dopuwen sa jo{ N=380 osoba. Tako je dobijen „pro{iren uzorak“, koji sadr`i ukupno N=927 slu~ajno odabranih stanovnika Grada Beograda, ukqu-ujui i sve ispitanike iz osnovnog uzorka. Osobe iz osnovnog uzorka koje su odbile da u-estvuju u istra`ivawu zamewivane su svojim starosno-polnim parwacima sa pro{irenog spiska putem slu~ajnog izbora, do dobijawa reprezentativnog broja ispitanika od N=547.

Ispitanici su pozvani da u-estvuju u istra`ivawu pismenim putem, a pre ankete od njih je zatra`en pismeni pristanak za dobrovoqno u-estvovanje na bazi potpunog razumevawa wenihiqeva. Za{tita privatnosti i identiteta u-esnika u potpunosti je po{tovana.

Podatak o smrti osobe i nemogu}nosti pronala`ewa osoba iz uzorka na datoj adresi tretirani su kao podatak, dakle nisu is-

kqu-ivani iz rezultata istra`ivawa. „Nepoznato prebivali{te“ je registrovano samo nakon ponovqenog poku{aja tra`ewa date osobe i nemogu}nosti dobijawa bilo kakvih podataka od okru`ewa sa navedene adrese, kao i u slu~aju kada su pismeni pozivi (koji su upu}ivani svim potencijalnim ispitanicima), vra}eni uz napomenu „nepoznata adresa“. Podatak o smrti osoba iz uzorka registrovan je ili prilikom posete doma}instvu osobe iz uzorka, ili ukoliko su neisporu~ena pisma sa pozivom za u-estvovanje u studiji vra}ena uz podataka o smrti osobe.

Osnovni instrument istra`ivawa je upitnik na osnovu koga je obavqan intervju sa ispitanicima. Administracija ankete je vr{ena u ku}i ispitanika nakon zakazanog dolaska ekipe. Upitnik je pokrivaoslede}e socijalno-zdravstvene domene: (1) osnovni socio-demografski podaci, (2) socio-kulturolo{ke osobenosti (socijalna aktivnost i socijalna integracija), (3) procena zastupqenosti zdravstvenih rizika i ishrana, (4) zdravstveno stawe – prisustvo ili odsustvo 24 znaka i simptoma (Heikkinen et al. 1983), (5) zdravstveno stawe („self-reported“ bolesti dijagnostikovane od strane lekara), (6) funkcionalna sposobnost (Heikkinen et al. 1983), (7) dostupnost i kori{ewe zdravstvene za{tite; (8) procena potreba za uslugama za{tite ukqu-ujui i one iz neformalnog sistema za{tite i (9) administracija anketa iz me|unarodnog standardizovanog upitnika SF-36 (Ware, EJ, 1993).

Rezultati

Participacija

Ispitivawem je obuhva}eno N=614 osoba (541 iz osnovnog i 73 iz pro{irenog uzorka) od kojih je N=67 (65, odnosno 2) odbilo da u-estvuje u anketi (11%). Ukupna participacija je, dakle, bila 89% (**tabela 1**).

Podaci ankete odnose se, dakle, na N=268 stanovnika Grada Beograda. Prose~na starost ovih ispitanika bila je 83,72 godina (SD=3,20 83,6), godina kod mu{karaca

Tabela 1. Partici pacija (broj i procenat) prema polu i kategoriji ispitanika

Partici pacija i spitanika	Broj			Procenat (%)		
	M	@	M+@	M	@	M+@
Anketirani	108	160	268	47,0	41,7	43,6
Umrli	40	38	78	17,4	9,9	12,7
Institucionalizovani	1	8	9	0,4	2,1	1,5
Nepoznato	60	132	192	26,1	34,4	31,3
Odbili	21	46	67	9,1	12,0	10,9
	Ukupno	230	384	614	100,0	100,0
	Obra eno*	209	338	547	91	88

*(obra|eno = ukupno - odbili)

(SD=2,89) i 83,8 u`ena (SD=3,41). Najstariji ispitanik bila je `ena stara 98 godina.

Ukazuje se na izuzetno veliki broj (N=192) ispitanika, koje nije bilo mogu}e prona}i na saop{tenim adresama (37%). Ovaj podatak je naro~ito interesantan s obzirom na to da je uzorak dobijen sa *aktuelnih* bira~nih spiskova. Sa druge strane, 14% osoba sa uzorka registrovani su kao „umrli“, {to je tako|ete{ko objasniti smr}u nastalom od trenutka formirawa uzorka do ankete.

Institucionalizovane osobe (1,5%) nisu ukqu-ivane u intervju, te se mo`e ista}i da je njihov broj u ve}oj meri odraz aktuelnih kapaciteta za ovakvim vidom zbriwawawa, nego realnih potreba koje su znatno ve}e.

Sociodemografski podaci i socijalna integracija

Veoma visok procenat anketiranih prijavuje fakultet (20,9%), vi{u (10,3%), ili sredwu {kolu (33,2%) kao najvi{i stepen zavr{enog obrazowawa. Treba naglasiti da u tom smislu postoje izra`ene polne razlike u korist mu{karaca, naro~ito u pogledu zavr{enog fakulteta (38,9% prema 8,8%) i nepotpune osnovne {kole (4,6% prema 21,3%). Administrativna i intelektualna zanimawa pre penziionisawa bila su daleko najzastupceniija (50%).

Penzija je ubedqivo naj~e}i osnovni izvor prihoda (93,8%), i uz ne{to ve}i procenat zavisnosti od porodice (5,2%), ostali ob-

lici su gotovo zanemarqivi. Sa druge strane, 16,8% anketiranih prijavuje dodatni izvor prihoda: 6,3% „dodatak za tu|u negu i pomo}“, 3,4% materijalnu pomo} ~lanova porodice i 7,1% druge oblike (invalidski i bora-ki dodatak, izdavawe stana pod kiriju, privatna zarada putem radne aktivnosti itd).

U ku}i/stanu koji je u privatnom vlasni{tvu ili u vlasni{tvu porodice sa kojom `ive `ivi 82,5% ispitivanih, 3,5% osoba su nosioci stanarskog prava, daqih 1,9% koriste neki oblik za{ti}enog stanowawa, 1,5% je podstanar, dok je 0,7% odgovora ostalo nedefinisano. Pri tome je broj osoba sa kojima ispitanici `ive gotovo ravnomerno raspore|en u tri grupe: `ivi sam, `ivi sa jednom osobom i `ivi sa dve ili vi{e osobe. Osobe sa kojima `ive su supru`nici (31,7%), deca (38,8%), unuci (26,1%) te druge osobe.

Me|u ispitanicima preovla|uju udovci/udovice (N=164; 61,2%), {to je razumqivo s obzirom na njihovu uznapredovalu `ivotnu dob. Me|utim, jo{ uvek je znatan broj o`ewenih/udatih (N=86; 32,1%), dok je broj razvedenih mali (N=12; 4,5%), a broj neo`ewenih/neudatih neznatan (N=6; 2,2%). U uzorku je bilo gotovo pet puta vi{e o`ewenih mu{karaca (N=66; 61,1%), nego udatih `ena (N=20; 12,5%), ali je zato procenat udovica duplo ve}i (N=127; 79,4%) nego udovaca (N=37; 34,3%).

Interesantno je navesti da 78% anketiranih osoba navodi da se „~esto“ (svakodnev-

no ili jednom nedeljno) vi|a sa ~lanovima svoje porodice, ali da samo 47,4% njih i zaista u~estvuje u raznim porodi~nim aktivnostima. Sli~no prethodnom, veoma ~este odnose sa prijateljima ostvaruje 60% anketiranih.

I pored relativno visokog procenta prethodnih vidova socijalne aktivnosti, najve}i broj ispitanika svoje slobodno vreme prete`no provodi u ku}i, sa porodicom i prijateljima (71,6%), uglavnom uz TV i novine (85,1%), dok daleko manji broj praktikuje {etvu i druge fizi~ke aktivnosti (53,7%), pri ~emu su mu{karci ne{to aktivniji od`ena. Veoma mali broj anketiranih daje podatak o u~e{ }u u radu lokalnih udru`ewa i organizacija, uz isti broj odgovora o pose}ivawu razli~itih kulturnih manifestacija (N=15; 5,6%), mada samo 3,7% njih „~esto“ pose}uje kulturne manifestacije. Kao razlog nepose}ivawa (ili retkog pose}ivawa) kulturnih manifestacija, najve}i broj navodi (lo{e) zdravstveno stawe (65,3%), mada je i znatan procenat onih koji „ni su zainteresovani“ (17,5%). Nedostatak finansijskih sredstava kao osnovnu prepreku za ~e{ }e u~estvovawe u kulturnim manifestacijama navodi samo 5% ispitanika. Ve}ina ispitivanih (N=138; 51,5%), me|utim, izjavquje da bi ~e{ }e u~estvovala u kulturnim manifestacijama kada bi za to imali mogu}nosti.

Ve}ina ispitivanih (N=187; 69,8%) ne u~estvuje u religioznim manifestacijama, dok njih 30,2% u~estvuju, od kojih preko 80% „redovno“. Samo ~etvrtina anketiranih (N=66; 24,6%) kao razlog za neu~estvovawe u religioznim aktivnostima navodi da su ateisti. Ostali uglavnom obja{wavaju svoje neu~estvovawe zdravstvenim stawem (N=101; 37,7%), „drugim razlozima“ (N=17; 6,3%) koje je te{ko bli`e kategorisati, ili jednostavno nisu u stawu da objasne svoje razloge neu~estvovawa (N=13; 4,9%). Pri tome ve}i je procenat ateista me|u mu{karcima (38,9%) nego me|u`enama (15,0%), ali je samo neznatno vi{e`ena koje u~estvuju u religioznim manifestacijama (29,4%) nego mu{karaca (22,2%).

Ishrana i zdravstveno rizik~na pona{awa

Pu{ewe nije bilo prevalentno me|u anketiranim, jer je samo njih 9,3% pu{ilo, mada je u ispitivanom uzorku bilo 29,1% biv{ih pu{awa, ne{to vi{e mu{karaca nego`ena. Podatak o prose~noj du`ini pu{ewa dobijen je na N=95 biv{ih ili sada{nih pu{awa i iznosi 30 godina (SD=20), dok je prekid pu{ewa u proseku nastupio pre 28 godina (SD=15,93).

U proseku oko jedna petina ispitanika izjavquje da konzumira alkoholna pi}a (pivo 18%, vino 21% i rakiju 25%), pri ~emu alkoholna pi}a daleko vi{e konzumiraju mu{karci. Mada nisu prikupqani podaci o koli~ini konzumiranih alkoholnih pi}a, iz nefromalnih zapa`awa anketara se mo`e zakqu~iti da ni u jednom slu~aju nije bilo re~i o ekstenzivnom konzumirawu alkohola ili alkoholizmu.

Nabavku hrane naj~e{ }e obezbe|uje „porodica“ (52,5%) ili sami ispitanici (35,3%), i to ~e{ }e mu{karci. Pripremanje hrane je tako|e daleko naj~e{ }e u okviru porodice sa kojom `ive (50%) ili samostalno (43,7%), ali ovoga puta uz primetno ve}u zastupqenost`ena. Dakle, ve}i procenat`ena priprema hranu, dok u wenjoj nabavci u~estvuju prete`no mu{karci. Materijalni momenat igra zna~ajnu ulogu u obezbe|iwawu hrane, pri ~emu N=83 ispitanika (31%) izjavquje da im ponekad nedostaje novac za nabavku namirnica, dok njih N=29 (10,8%) daje podatak da im „~esto“ nedostaje novac za nabavku namirnica. Tri od sedam ispitivanih grupa namirnica ne unosi se svakodneвно kod 70% ili vi{e ispitanika, {to ide u prilog jednom neizbalansiranom unosu.

Funkcionalna sposobnost

Funkcionalna sposobnost je mo`da najzna~ajnja pojedina~na zdravstvena osobnost vezana za kvalitet`ivota stare osobe. Otuda i wen izuzetan zna~aj u planirawu razli~itih oblika za{tite starih. Dve sta-

re osobe iste `ivotne dobi, pa ~ak i uz prisustvo istih oboqewa i stawa mogu se zna~ajno razlikovati u pogledu sposobnosti da obavqaju razli~ite aktivnosti svakodnevnog `ivota. Rezultati funkcionalne sposobnosti bi}e prikazani samo u najop{tijiim crtama, dok }e wihova detaqnija analiza biti predmet posebne studije u nekoj skoroj publikaciji. U svakom slu~aju, nera~unaju}i najte`i ispitivani funkcionalni zadatak („sposobnost za obavqawe te{kih ku}nih poslova’), procenat ispitnika koji ostale aktivnosti mogu da obavqaju bez te{ko}a varira od 35 do 90%, iz ~ega se mo`e zakqu~iti da u op{toj populaciji najstarijih Beogra|ana postoji znatan broj onih koji nisu u stawu da bez te{ko}a/tu|e pomo}i obavqaju elementarne aktivnosti svakodnevnog `ivota.

Kori{ }ewa zdravstvene za{ t i t e

Zdravstvene potrebe starih qudi veoma su specifi~ne. Zbog ~estog prisustva jedne ili vi{e hroni~nih bolesti, kao i op{teg telesnog propadawa, one su ~esto nagla{enije nego u ostalim segmentima populacije odraslih. Dobijeni podaci o prose~nom broju (sredwa vrednost) kori{ }ewa pojedinih zdravstvenih usluga ukazuju da je „prose~ni broj poseta lekaru“ u prethodnih mesec dana iznosi 0,60 (SD=0,89; min=0, max=7), „lekaru specijalisti 0,41 (SD=0,93; min=0, max=8), „medicinskoj sestri“ 0,24 (SD=0,95; min=0, max=7), „laboratorijskih preglada“ 0,30 (SD=0,61; min=0, max=5), „rendgenskih preglada“ 0,09 (SD=0,03; min=0, max=3), „EKG preglada“ 0,16 (SD=0,47; min=0, max=4), „prijava u bolnicu u prethodnih 12 meseci“ u proseku 0,17 puta (SD=0,43; min=0, max=3), pri ~emu, interesantno, na{ i podaci sugeri{u da su mu{karci ~e}i korisnici zdravstvenih usluga od `ena.

I pored intenzivnog kori{ }ewa zdravstvenih usluga, prili~no visok procenat ispitivanih negativno ocewuje mogu}nost wihovog ostvarivawa. Tako vi{e od jedne ~etvrtine anketiranih ocewuje kao „nezadovo-

qavaju}u“ mogu}nost da do|u do lekara, do zubnog lekara ili bude primqen u bolnicu (29,9%; 27,6% i 28,7%). Pri tome wih N=39 (14,5) daje podatak o nerealizovanim zdravstvenim potrebama (problemi u ostvarivawu specijalisti~kih, stomatolo{kih i laboratorijskih usluga, kao i pru`awu usluga slu`be prve pomo}i, problemi u odlasku u zdravstvenu ustanovu i nabavci lekova).

Uzimawe lekova

Podatak o uzimawu lekova daje informaciju ne samo o kori{ }ewu zdravstvene slu`be ve}i o sveukupnom zdravstvenom stawu starih. Poznato je da stare osobe boluju od hroni~nih bolesti za koje uzimaju jedan ili vi{e lekova. Udru`eno prisustvo ve}eg broja bolesti (komorbiditet) ne opravdava me|utim nekriti~nu upotrebu ve}eg broja lekova (polipragmazija), koja je, na `alost, u praksi ~esta pojava. Ovo istra`ivawe stoga je registrovalo odgovore ispitnika o broju konzumiranih lekova koje je prepisao lekar u prethodnih nedequ dana, kao i kontinuirano konzumirawe prepisanih lekova u prethodna tri meseca.

Samo je N=35 osoba (13,1%) izvestilo da nisu uzimali ni jedan lek, a wih N=34 (12,7%) uzimalo je jedan lek u nedeqi koja je prethodila anketi. Procenti onih koji nisu konzumirali nijedan lek u kontinuitetu u prethodna tri meseca gotovo je identičan (N=36; 13,4%), a samo je neznatno ve}i kada je u pitawu kontinuirano uzimawe jednog leka u tromese~nom periodu (N=40; 14,9%).

Prose~an broj uzimanih lekova u prethodnih sedam dana bio je za sve ispitnika 2,97 ((SD=2,07; min=0, max=11), ne{to mawi za mu{karce (2,71; SD=2,17; min=0, max=11), nego za `ene (3,15; SD=1,99; min=0, max=8). Prose~an broj kontinuirano konzumiranih lekova u prethodna tri meseca bio je neznatno mawi, odnosno, za sve ispitnike iznosi 0 je 2,86 (SD=2,0; min=0, max=10), i ovoga puta ne{to mawi za mu{karce (2,56; SD=2,02; min=0, max=10), nego za `ene (3,06; SD=1,97; min=0, max=8). Neki od lekova ko-

ji im poma`u da spavaju uzima 35,1% ispitanika (N=94), znatno vi{e `ena (N=66; 41,3%), nego mu{karaca (N=28; 25,9%).

Simptomi i znaci

Simptomi i znaci ~ine jedno zna~ajno subjektivno i objektivno iskustvo bolesti i mogu predstavljati prili~no jasnu indikaciju prisustva razli~itih oboqewa i stawa. Pet naj~e{ }ih simptoma i znakova u svih ispitanika bili su: „umor ili ose}awe nemo}i“, „ti{tawe ili bolovi u zglobovima ili krstima“, „neraspolo`ewe za rad ili nedostatak energije“, „lupawe srca“ i „ose}aj vrtoglavice“ koji se javljaju u gotovo 50% ili vi{e ispitanika. Radi se, dakle, o prisustvu prili~no nespecifi~nih simptoma koji pre svega ukazuju na uznapredovalo ose}awe nemo}i, pri ~emu je registrovano postojawe izvesnih polnih razlika. Pri tome gotovo 15% (podjednako mu{karaca i `ena) ispoqava neki od vidova urinarne inkontinencije, dok 1,9% mu{karaca i 1,3% `ena ima stalni ili privremeni kateter. Fekalna inkontinencija je znatno re|a (1,5%).

Morbiditet

Podaci o morbiditetu odnose se na izve{taje anketiranih osoba o oboqewima dijagnostikovanim od strane lekara. Ne radi se dakle o klini~kim nego o epidemiolo{kim dijagnozama („self-reports“). Tokom ankete je ukupno registrovano 468 dijagnoza (185 kod mu{karaca i 283 kod `ena), dakle u proseku 1,75 dijagnoza po ispitaniku (1,71 kod mu{karaca i 1,77 kod `ena). Samo kod N=48 anketiranih (17,9%) nije registrovana nijedna dijagnoza (N=18 mu{karaca, 16,7% i N=30 `ena, 18,8%). Kada se ovo uzme u obzir, dolazi se do podatka da su oni kod kojih su registrovane dijagnoze u proseku imali 2,13 dijagnoza (2,06 kod mu{karaca i 2,18 kod `ena).

O~ekivano, rang prvih pet vode}ih grupa dijagnoza (iskazano prema Desetoj reviziji me|unarodne klasifikacije bolesti, SZO

1996) bio je slede}i: (1) bolesti sistema krvotoka – grupa IX (4,2% od svih registrovanih dijagnoza), (2) bolesti mi{i}no-ko{tanog sistema i vezivnog tkiva – grupa XIII (15,6%), (3) bolesti nervnog sistema i ~ula – grupe VI, VII i VIII (8,3%), (4) bolesti sistema za varewe – grupa XI (7,5%) i (5) bolesti `lezda sa unutra{wim lu~ewem, ishrane i metabolizma – grupa IV (6,6%). Rang ovih pet grupa dijagnoza prakti~no je identičan u mu{karaca i u `ena, sa napomenom da su bolesti mokra}no-polnog sistema (grupa XIV) znatno ~e{ }e registrovane kod mu{karaca gde zapravo predstavljaju tre}u dijagnozu po rangui (11,4%), nego kod `ena (1,8). Ovo se mo`e objasniti velikom u~estalo{ }u obolewa prostate kod mu{karaca ovog `ivotnog doba.

Komorbiditet je bio u~estala pojava u ispitanom uzorku. N=150 u~esnika (56%) imalo je dve ili vi{e dijagnoza (N=58 mu{karaca i N=92 `ene). Prisustvo ~etiri ili vi{e dijagnoza registrovano je kod N=10 mu{karaca i N=12 `ena.

Kori{ }ewe usluga/pomagala

Veliki procenat ispitanika (82,5%) koristio neku od pomagala koje su uvr{tene u anketu. U daleko najve}em broju re~ je o kori{ }ewu nao~ara (N=173) i zubnih proteza (N=99), nakon ~ega slede slu{ni aparati (N=21) i pelene za odrasle (N=15). Upotreba ostalih pomagala je sporadi~na, i navodi je samo po pet ili mawe ispitanika ({ tap za hodawe, hodalica, guske/lopatе, urin kese). Neformalni je utisak da je stvarni broj upotrebe pomagala za hodawe znatno ve}i.

Ispitivane su tako|e potrebe za razli~itim vrstama socijalno-zdravstvenih usluga. Rezultati ankete ukazuju da najve}i broj ispitanika pokazuje potrebe za „ku}nom negom“, „ku}nim le~ewem“ i „gerontodoma}icom“ (16,1, 16,1% i 14,9%), a najmawe za „pomo} radi odlaska u bioskop ili pozori{te“, „dono{ewe novina“, „dru{tvo radi razgovora, ~itawa kwiga ili novina“

(3-6%). Ostale usluge nalaze se izme|u ova dva ekstrema („usluge pediki ra“, „dono{ ewe novina“, „sprema we ili dono{ ewe hrane“, „dolazak sve{ tenika“, „dru{ tvo radi razgovora, ~itawa kwiga ili novina“, „pomo} radi odlaska u bioskop ili pozori{ ta“, „pomo} radi prava rubqa“, mada treba naglasiti da jedan znatan broj, odnosno po vi{ e od 10% anketiranih iskazuje potrebu za „uslugama frizera - { i{ awe i brijawe“, „pomo} radi odlaska u zdravstvenu ustanovu“, te „pomo}i radi nabavke lekova“. Pri sve mu tome samo 35,8% izjavquje da je u stawu da plati za neku od potrebnih usluga ukoliko one ne bi bile besplatne.

U znatnom procentu ispitanici navode da je im u bliskoj budu}nosti biti neophodne jedna ili vi{ e od navedenih ili drugih vidova pomagala ili pomo}i (38,8%; N=104). Naj-e{ }e anticipirane potrebne usluge su ponovo bile usluge gerontodoma}ice (N=36 ispitanika), ku}ne nege i ku}nog le~ewa (N=31).

Tu/a pomo} i stawovi prema lokalnoj zajednici

Najve}i broj ispitanika (N=228; 85,1%) izjavquje da svakodnevno ili kad god je to potrebno dobija pomo} i podr{ ku u svakodnevni m `ivotnim aktivnostima od razli-i tih osoba iz neposrednog `ivotnog okru`ewa, dok wih 9,7% (N=26) dobija ovakvu pomo} „samo u izuzetnim prilikama“. Nije, me|utim, bez zna-aja podatak da 4,9% ispitanika (N=13) nema nikoga i nikada ne dobija ovakve vidove pomo}i. Pomo} naj-e{ }e pru`aju deca ili ~lanovi porodice (74,1%), supru`nici (15,6%), te prijateqi, susedi i drugi (10,3%).

Ve}ina ispitanika (53%) ima sazna we („~uli su“) o postojawu razli-i tih udru`ewa, ne-vladinih i volonterskih organizacija koje pru`aju pomo} starim osobama, ali samo wih sedam (2,6%) i zaista prima neku od takvih vidova pomo}i. I nteresantno je da se N=117 anketiranih (43,7%) protivi prihvatawu mogu}nosti za nekim od ovih vido-

va pomo}i. Po utisku anketara, ovo odbijawe je naj-e{ }e bilo veoma kategori~no.

Ogromna ve}ina (77,2%) smatra da lokalna zajednica treba da povede vi{ e ra~una o specifi~nim potrebama starih. Sugestije o u-e{ }u lokalne zajednice, me|utim, daleko su mawe konkretne i wih navodi svega 30 ispitanika (12%). Gotovo je identitan obrazac odgovora prisutan i kada je ovo pitawe bilo postavqeno prisutnim ~lanovima porodica koji su bili voqni da odgovore.

Evaluacija od st rane anket ara

Posebni utisci anketara registrovani su u neformalnom obliku. Iz ovih komentara se mo`e zakqu-iti da se u najve}em broju slu-ajeva radilo o urednim stara-kim doma}instvima. U nekoliko slu-ajeva, me|utim, doma}instva su bila izuzetno zapu{ tena. Posebno je bio impresivan utisak posete starici koja `ivi u samom centru grada (Slavija) u dvori{ noj uxerici bez vode i kanalizacije. Nekolicina ispitanika `ivela je u doma}instvima sa ~lanovima porodice koji su bili alkoholi~ari, a po kontekstu me|usobnih odnosa moglo bi se indirektno naslutiti da su oni mogli biti izlo`eni razli-itim vrstama zlopotrebe ili diskriminacije. Negativni neformalni komentari anketara zabele`eni su u oko 5% anketa.

Nadaqe, nagla{ava se da je veliki broj ispitanika na razli-ite na~ine neformalno ukazivao na delikatnosti svoje materijalne situacije. I pored toga, lo{ e materijalno stawe se nije moglo primetiti na osnovu prostog uvida u izgled pose}enih doma}instava. O-igledno je da ve}ina starih osoba ove `ivotne dobi `ivi skromno i prilago|ava se raspolo`ivom buxetu. Zna-ajan broj u`iva razli-ite oblike pomo}i, prvenstveno od strane ~lanova svoje porodice, ali se ~ak i u nedostatku takve podr{ ke uspe{no i dostojanstveno prolago|ava skromnim materijalnim mogu}nostima i svom okru`ewu.

Diskusija i zakqu-ci

Diskusija o ovim podacima svakako je onemogu}ena ~iwenicom da sli~ne informacije za na{ u sredinu jednostavno ne postoje. Ovaj je rad, stoga, pove}en pre svega pru`awu na uvid jedne takve informacije planerima zdravstvene za{tite i svima koji se bave za{titom starih.

Poodmakla `ivotna dob svakako dovodi do promena u svim dimenzijama zdravqa i svim aspektima `ivota: fizi~kom, psiholo{kom, socijalnom itd., uz ~estu pojavu onesposobqenosti i znatnu zastupqenost hroni~nih degenerativnih bolesti. I pored toga, ovi qudi zadr`avaju zavidqivi stepen samostalnosti ili sposobnosti za samostalan `ivot uz minimalnu podr{ku svog okru`ewa. Nadaqe, stanovni{tvo `ivotne dobi 80 i vi{e godina u daleko najve}em procentu nije vi{e radno aktivno, {to bitno opredquje kompleksnost socijalne problematike koja je sa tim u vezi. Posebno osetqiv dru{tveni aspekt odnosi se na porodice starih osoba koje su, dele}i sudbinu svojih najstarijih ~lanova, tako|e ~esto veoma vul-

nerabilne u dru{tvenom psiholo{kom, ekonomskom i u mnogim drugim sferama.

^ini se da se kao jedan najop{tiji zakqu~ak mo`e poneti saznanje da je mnogo toga potrebno, ali mnogo mawe u ovom trenutku dostupno najstarijim stanovnicima Beograda, ali i wihovim porodicama koje su, usled organo~enosti resursa kojima dru{tvo raspola`e, ostali osnovni oslonac dru{tvene brige. U ovom trenutku ose}a se izra`eni nedostatak adekvatnih sistemskih re{ewa za kompleksne probleme za{tite starih.

Lit eratura

1. Svetska zdravstvena organizacija (1996): Me|unarodna klasifikacija bolesti - deseta revizija (MKB-10). Savezni zavod za za{titu i unapre|ewe zdravqa i Savremena administracija, Beograd.
2. Heikkinen E., Waters WE., Brzezinski ZJ eds. (2983): The elderly in eleven countries: a sociomedical survey. Public Health in Europe 21, World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1-232.
3. Ware EJ (1993): SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Quality metric Ind. Boston, MA.
4. Republi~ki zavod za statistiku Srbije (2002): Popis stanovni{tva, doma}instava i stanova u Republici Srbiji, Beograd.

Stru-ni i nau-ni radovi

Gerijatrijska dnevna bolnica*

A. Ne{kovi},¹ B. An|elski-Radi~evi},² M. Paunovi}³

Geriatric Day Hospital

A. Neškovic, B. Andjelski-Radicevic, M. Paunovic

Sa`etak. Du`ina bolni~kog le~ewa starijih od 65 godina je zna~ajno smanjena. Zbog udru`enih oboljela ~est o je potreban medicinski nadzor posle hospitalizacije ili tretman van bolnice. U tu svrhu osnivaju se dnevne gerijatrijske bolnice. U jednodnevnoj gerijatrijskoj bolnici omogu}en je pregled, tretman i rehabilitacija bolesnih starijih osoba. U Srbiji je propisano da jedan odst o bolni~kih postelja bude namenjen za dnevnu bolnicu. Ovaj propis nije pra}en standardima prostora, opreme, kadrova, indikacija za prijem, usluga. Tako|e, nedostaje statistička evidencija le~enih prema starosnoj strukturi. Najvi}e postelja u dnevni m bolnicama namenjeno je psihijatriji i fizikalnoj medicini, a dnevne bolnice su aktivne pet dana u nedelji u prepodnevni m smenama. Jednodnevna gerijatrijska bolnica treba da bude tesno povezana sa lokalnim ku}nim timovima le~ewa i nege. Smatra se da u budućnosti ovim pacijentima ne}u biti organizovani na principu virtualne klinike, {t o bi omogu}ilo pru`awe usluga sa udaljenošću.

Ključne reči: dnevna bolnica, gerijatrija.

Summary. The length of hospitalization of the population over 65 has been significantly reduced. Due to a mixture of diseases in this population, it is often necessary to have medical monitoring after hospitalization or even out-of-hospital treatment. That is why geriatric day hospitals have been founded. In such a hospital, the elderly patients can have examinations, obtain treatment or rehabilitation. The Law defines that 1% of hospital beds shall be allocated for day hospitals in Serbia. This regulation is not supported by standards related to the space, equipment, workforce, admittance indications of services. Statistical evidence of the treated patients according to their age structure is also missing. Greatest percentage of beds in day hospitals is allocated to psychiatry and physical medicine. Such hospitals work five days a week, in the morning shift. One-day geriatric hospital should be closely related to local teams for home care and treatment. It is estimated that in the future these patients should get treatment and care according to the „virtual clinic“ principle. That would enable long-distance services to the population of the elderly.

Key words: day hospital, geriatric.

Uvod

Analiza bolni~kih statističkih podataka u poslednjih 20 godina pokazuje dra-

matično skra}ewe du`ine bolni~kog le~ewa u celom svetu, posebno kod osoba starijih od 65 godina¹. Ova kategorija populacije ~esto

* Preneto iz: „Gerontologija“, 1, 2006, Beograd.

¹ Prim. mr sc. dr An|elija Ne{kovi}, Gradski zavod za za{titu zdravlja, Beograd.

² Dr Biqana An|elski-Radi~evi}, Stomatolo{ki fakultet, Beograd.

³ Prim. mr sc. dr Milena Paunovi}, Gradski zavod za za{titu zdravlja, Beograd.

ima veliki broj udruženih obočeva, za koje lečenje i saniranje nije potreban smetaj u bolnice za akutna stanja, ali im je potrebno omogućiti nadzor medicinskog osoblja i kompletan tretman van bolnice. U tu svrhu se osnivaju dnevne gerijatrijske bolnice (GDB) koje pokušavaju da ispune prazninu nastalu skraćevem hospitalizacije. One pokušavaju da igraju značajnu ulogu u pružanju zdravstvene nege starima. U svetu je velik broj iz dana u dan sve veći i imajući u vidu tendenciju na demografski porast ove kategorije stanovništva.

Organizacija dnevne gerijatrijske bolnice

Jednodnevna gerijatrijska bolnica je zdravstvena institucija u kojoj je omogućen multidisciplinarni pregled, tretman i rehabilitacija starijih pacijenata u toku samo pola ili jednog dana². Ona se smatra veoma važnim sastavnim delom zdravstvene zaštite posvećene starijoj populaciji. Prednosti ovog vida pružanja zdravstvenih usluga uključuju pozitivan psihološki uticaj na oporavak pacijenta, na invalidnost i hendikepe usled mogućnosti produženog boravka kod kuće. Ovaj vid lečenja i nege omogućava raniji otpus iz bolničkih institucija i odlazak ili eliminiranje potrebu prijema u bolnicu ili u staračke domove. Putem omogućenog pristupa specijalističkim službama i tretmanu, ove zdravstvene ustanove pružaju nezavisno funkcionisanje starijih, invalidnih osoba i omogućuju im produžen boravak u svojim domovima, a istovremeno snižavaju zdravstvene troškove nastale hospitalizacijom ili dugotrajnom institucionalnom negom ove grupacije pacijenata.

Jednodnevna gerijatrijska bolnica obezbeđuje:^{3,4,5}

- Lečenje i rehabilitaciju starih,
- Specijalističke preglede i specijalističke procedure,
- Terapije u cilju održavanja i poboljšanja funkcionisanog statusa,

- Zdravstvenu edukaciju za treće životno doba,
- Predah za ukućane koji se staraju o starijim osobama,
- Pomaže socijalne kontakte za starije i nemoćne osobe,
- Omogućava rano bolničko otpuštanje i kasniji prijem pacijenata u bolničke institucije.

U Srbiji je postojim važećim propisima definisano samo da se u bolničkim ustanovama, u okviru ukupnog broja postelja, obezbeđuje jedan odsto za dnevnu bolnicu (član 21. uredbе o planu mreže zdravstvenih ustanova)⁶.

U okviru zdravstvene politike Srbije⁷, u petom cilju koji se odnosi na reformu sistema zdravstvene zaštite, jedan od podciljeva je „prestrukturiranje bolničkih kapaciteta prema potrebama stanovništva“, a u strategiji i akcionom planu reforme sistema zdravstvene zaštite u Republici Srbiji (radna verzija) navodi se da će se „uporedo sa redukcijom i prenamenom posteljnih kapaciteta planski razvijati i organizaciono-tehnički jačati polikliničke službe, uključujući naročito razvoj dnevnih bolnica i kapaciteta jednodnevne hirurgije, kao alternativa bolničkom lečenju“.

Međutim, postojom regulativom nisu uređeni standardi prostorne i kadrovske obezbeđenosti dnevnih bolnica, oprema, indikacije za prijem, usluge koje se pružaju kroz dnevnu bolnicu i dr.

Stanje razvoja GDB u Srbiji

I pored insuficijentne regulative u ovoj oblasti, bolnice samoinicijativno razvijaju dnevne bolnice kao vid lečenja sa brojnim prednostima u odnosu na hospitalizaciju. Ove dnevne bolnice su različite veličine, opremljenosti, kadrovske obezbeđenosti, obima i sadržaja rada. U 2005. godini u Beogradu skoro sve stacionarne ustanove imale su organizovan rad kroz dnevnu bolnicu⁸. I zuzetak su Institut za

kardiovaskularne bolesti „Dedi we“, Institut za rehabilitaciju, Klinika za rehabilitaciju „Dr Miroslav Zotovi“, Zavod za protetiku i Specijalna bolnica za interne bolesti, Mladenovac. U wima radi preko 70 dnevnih bolnica u { est klini~kih oblasti (interna medicina, psihijatrija, hirurgija, ginekologija, fizikalna medicina i rehabilitacija i hemoterapija), sa ukupno 1.073 postege. Godi{ we se u wima le~i oko 58.000 pacijenata i ostvari preko 290.000 dolazaka - dana. Postoje{i statisti~ki sistem ne omogu}ava da se sagleda starosna struktura pacijenata le~enih u dnevnim bolnicama.

Vi{ e od polovine ukupnog posteqnog kapaciteta nalazi se u psihijatrijskim dnevnim bolnicama (51%), a 26% mesta je nameneno za rehabilitaciju. Najve}a iskori{ }e-nost kapaciteta je u dnevnim bolnicama za hemoterapiju, a najmawa na rehabilitaciji. Za dijagnostiku i le~ewe patolo{ kih stawa pacijenti prose~no ostvare jedan do dva dolaska, sa izuzetkom rehabilitacije 28 i psihijatrije 46 poseta po pacijentu. Tretman pacijenta obi~no traje jedan do dva sata. Oboqewa koja se le~e i procedure koje se obavqaju u dnevnoj bolnici zavise od vrste dnevne bolnice.

I stra`ivawe Gradskog zavoda za za{ titu zdravqa, sprovedeno tokom 2003. i 2004. godine, pokazalo je da se pored osnovne name-ne prostor 39 (56%) dnevnih bolnica koristi i u druge svrhe, naj~e{ }e kao bolesni~ka soba za le`eje pacijente ili za hitan prijem, popodne i no}u.⁹

Radno vreme dnevnih bolnica je uglavnom pet dana u nedeqi, u jednoj prepodnevnoj smeni. Stalan kadar (lekari i medicinske sestre) ima samo tre}ina dnevnih bolnica. U mnogim dnevnim bolnicama postoji problem neadekvatne opremqenosti.

I ako je u periodu izme|u dva popisa stanovni{ tva (1981. 2002. godine) broj stanovnika starijih od 65 godina u Beogradu udvostru~en (sa 122.343 na 247.129), ne postoji ni jedna gerijatrijska dnevna bolnica.

Sadr` aj rada GDB

Ve}ina istra`ivawa efektivnosti jednodnevnih gerijatrijskih bolnica bila je samo opisna, a rezultati bez jasnih zakcu~aka.⁵ Sistematsko istra`ivawe uspe{ nosti rehabilitacije u jednodnevnim gerijatrijskim bolnicama, kroz randomizovane studije, sprovedeno je i objavqeno u 12 radova. Meta-analiza rezultata pokazala je da su posete jednodnevnim gerijatrijskim bolnicama bile podjednako efektivne kao i druge forme sveobuhvatne gerijatrijske nege¹¹. Pacijenti iz jednodnevnih bolnica imali su zna~ajno ni` u stopu funkcionalnog pogor{ awa, mawe su koristili bolni~ke kapacitete i u znatno ni` em procentu zahtevali dugotrajnu institucionalnu negu. Koristi od jednodnevnih bolnica bile su veoma sli~ne onim postignutim u bolni~kim uslovima, tako da je ove institucije mogu}e posmatrati kao veoma koristan korak koji vodi ka uvo|ewu ambulatne brige o starijim osobama.

I pored toga { to se u literaturi uporno isti~e zna~aj dnevnih bolnica za smawe bolni~kih tro{ kova, prona|en je mali broj referenci zasnovanih na dokazima koje se bave tro{ kovima le~ewa u dnevnoj bolnici, tako da je neophodna detaqna analiza prilikom planirawa otvarawa dnevne bolnice. I ako su, globalno, tro{ kovi vanbolni~kog le~ewa ni` i u odnosu na bolni~ko le~ewe, pacijent koji nije hospitalizovan mo` e zahtevati intenzivni je vanbolni~ke resurse, pa ~ak imati i ve}e tro{ kove nego da je le~en u bolnici. Prilikom izbora i selekcije pacijenata za le~ewe kroz dnevnu bolnicu moraju se uzeti u obzir tro{ kovi pacijenta i wegove porodice, odnosno socijalni uslovi pacijenta. Tako|e treba imati u vidu da ima situacija kada pacijent vi{ e voli hospitalizaciju nego seriju dolazaka u dnevnu bolnicu.

Kost-efektivnost ovih institucija je te{ ko evalui rati.^{12,13,14} Jedan od razloga za to je { to su parametri za ishod nedovoqno jasno definisani, a oni koji su kori{ }eni

nisu bili dovoljno osetljivi da detektuju promene koje mogu biti rezultat poseta ovim institucijama¹⁵. Stoga su neophodne multicentrične studije koje bi ispitale kost-efektivnost ovih sistema uz korišćenje znatno preciznijih parametara ishoda i uz primenu svih varijeteta usluga koje ove službe pružaju.

Najznačajniji parametri koje bi trebalo evaluirati uključuju:

1. Parametre koji se odnose na ishod tretmana:
 - uspešan tretman oštećenja,
 - redukovane invaliditeta,
 - ublaženje hendikepa,
 - poboljšanje kvaliteta života,
 - ostvarenje unapred zadatog cilja,
 - satisfakcija pacijenta;
2. Parametre koji se odnose na osobe koje se staraju o pacijentu:
 - satisfakcija davaoca nege,
 - sniženje napora neophodnih za brigu o pacijentima;
3. Parametre koji se odnose na zdravstvenu službu:
 - sniženje potrebe bolničkih prijema,
 - redukcija dužine hospitalizacije,
 - redukcija dugotrajne institucionalne nege.

Jednodnevna gerijatrijska bolnica treba da bude tesno povezana sa lokalnim kućnim rehabilitacionim timovima tako da omogućiti pacijentima da se rehabilituju u optimalnom okruženju a u nekim slučajevima mogu da imaju i dvostruku ulogu u kojoj bi davali prostor ovim timovima da poboljšaju kvalitet rehabilitacije. Neke ovih bolnica pružaju i usluge pacijentima kod kojih dolazi do naglog pogoršanja stawa pri čemu im se uradi kompletna dijagnostika i trijaža, a zatim se ili primaju na dnevni tretman u ove institucije, ili prosleđuju u bolnice.

Za uspešnost jednodnevne gerijatrijske bolnice izuzetno je značajno utvrditi lokalnu strategiju sa jasnim ciljevima. Ova strategija mora da uključiti pristup celokupnom

dijapazonu ispitivanja i tretmana, nezavisno od toga da li su jednodnevne gerijatrijske bolnice u sklopu bolnica ili nezavisno od njih. Ovim ustanovama rukovode lekari i preporučuje se održavanje regularnih sastanaka celokupnih timova da bi se utvrdilo i garantovalo da pacijenti koji dolaze u ove ustanove tu dolaze sa jasnim indikacijama i sa jasnom vizijom mogućeg poboljšanja. Korišćenje standardnih evaluacionih tema pomaže dizajnerima jasni i za svakog pacijenta specifičnih dometa mogućeg oporavka.

Ordinaciji lekari moraju dobiti redovna obaveštenja u vezi sa napretkom u tretmanu svakog pacijenta, a takođe se ove informacije moraju davati i pacijentima i članovima porodica. Klinički nadzor je neophodan za efikasan i efektivan rad ovih institucija.

Budućnost ove vrste nege pacijenata treće životnog doba svakako leži u takozvanim virtualnim dnevnim bolnicama koje će biti bazirane na internet tehnologijama, gde bi se iz tercijalnim centara, koji su povezani sa centrima primarne nege i dnevnim bolnicama, pružale informacije visokog kvaliteta i u trenutku potrebe. Protokoli za ovu vrstu informacija bili bi validirani i prilagođeni individualnim potrebama svakog pacijenta. Ovo bi olakšalo pružanje usluga sa udaljenosti upotrebom interaktivnih internet tehnologija, kako za proceduru stawa tako i za davanje tretmana (to bliže domu pacijenta).

Ove institucije moraju imati multidisciplinarni tim sa neograničenim pristupom službama kao što su radiologija i patologija, i uz prisustvo specijalista gerijatrijske medicine. Kontinuirano praćenje pacijenata, uključujući i kućne posete i socijalnu pomoć, ukoliko je potrebna, neophodni su sastavni delovi ovih službi.

Predlog mera

Prema podacima iz dostupne literature, kao i iskustva naših dnevnih bolnica, evi-

dentno je da ovaj vid le~ewa ima nekoliko va`nih prednosti u odnosu na bolni~ko le~ewe:

- omogu}ava humaniji tretman pacijenata,
- stvara povocnu psiholo{ku komponentu za br`i oporavak,
- smanjuje rizik od intrahospitalnih infekcija,
- omogu}ava u{tedu zdravstvenih resursa: sni`ewa stope bolni~kih prijema, kra`ih hospitalizacija, sni`ewa i odlagawa potrebe za dugotrajnom insti tucional nom negom.

Zbog ovih prednosti, koje }e vremenom dovesti do otvarawa sve ve}eg broja dnevnih bolnica, neminovno se name}e potreba za dono{ewem zakonske regulative i drugih normativnih akata u ovoj oblasti. Normativnim aktima bi se regulisao, za sada, nepostoje}i standard za rad dnevnih bolnica u smislu veli~ine prostora, kadra, prate}e opreme, radnog vremena, kao i indikaciono podru~je za dijagnostiku, prijem i tretman u dnevnoj bolnici.

U skladu sa svetskim trendovima i demografskim promenama, u Beogradu, treba otvarati gerijatrijske dnevne bolnice i {iriti obim rada postoje}ih hirur{kih dnevnih bolnica da funkcioni{u kao jednodnevna hirurgija. Tako|e je potrebno pro{iriti indikaciono podru~je za prijem i tretman u dnevnoj bolnici, u zavisnosti od vrste dnevne bolnice. Kapaciteti rehabilitacionih dnevnih bolnica su nedovoljno iskori{teni i treba ih uskladiti sa potrebama stanovni{tva.

Postoje}e dnevne bolnice neophodno je boce opremiti, obezbediti namenski prostor (a ne da se koriste i kao bolesni~ke sobe, {to se sada radi), kao i stalni kadar.

U interesu sveobuhvatnijeg sagledawawa rada dnevnih bolnica potrebno je kreirati adekvatnu medicinsku dokumentaciju koja bi se odnosila na rad dnevnih bolnica i u isto vreme poslu`ila kao osnova za finansirawe dnevnih bolnica. Pored toga, adekvatna dokumentacija bi bila i podloga za sa-

gledawawe kapaciteta, obima i sadr`aja rada, morbiditeta registrovanog u dnevnoj bolnici. Neophodno je da medicinska dokumentacija bude prilago|ena specifi~nosti namene dnevnih bolnica.

Treba razvijati poziti van odnos kod upravlja~kih struktura u zdravstvu, kao i kod pacijenata o zna~aju {irewa mre`e dnevnih bolnica. Tako|e je potrebno informisati gra|ane o mogu}nostima koje pru`aju dnevne bolnice za le~ewe i rehabilitaciju.

Lit erat ura

1. National Audit Office. National health service day hospitals for elderly people in England. London: HMSO, 1994.
2. Research Unit of the Royal College of Physicians and British Geriatric Society. Geriatric day hospitals: their role and guidelines for good practice. London RCP, 1994.
3. Woodfor-Williams E, McKeon JA, Trotter IS, Watson D, Bushby C. The day hospital in the community care of the elderly. *Gerontology Clinic* 1962, 4: 241-256.
4. Vetter NJ, Smith A, Sastry D, Tinker G. Day hospital pilot study report. Cardiff: Department of Geriatrics, St David's Hospital, 1989.
5. Forster A, Young J, Langhorne P. Systematic review of day hospital care for elderly people. *BMJ* 1999; 318:837-841.
6. Uredba o planu mre`e zdravstvenih ustanova, Slu`beni glasnik RS, br. 13/97.
7. Ministarstvo zdravqa Republike Srbije, Boce zdravqe za sve u tre}em milenijumu, Beograd, 2003.
8. Gradski zavod za za{titu zdravqa, I vr{ewe plana rada stacionarnih zdravstvenih ustanova u Beogradu za 2005. godinu - dnevna bolnica. Beograd, 2006.
9. Ne{kovi} A., Ili} \., Paunovi} M., Dimitrijevi} Z., Budi} B.: Prikaz rada dnevnih bolnica u Beogradu, *Zdravstvena za{tita* 2005, 5:31-40.
10. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials *Lancet* 1993; 342:1032-1036.
11. Siu AL, Moishita L, Blaustein J. Comprehensive geriatric assessment in a day hospital. *J Am Ger Soc* 1994; 42:1094-1099.
12. Branch LG ed. Adult day health care evaluation study. *Medical Care* 1993; 31(suppl): SS1-124.
13. Weiler PG, Kim P, Pickard LS. Health care for elderly Americans: evaluation of an adult day health care model. *Medical Care* 1976; 14: 700-708.
14. Young J, Forster A. Day hospital and home physiotherapy for stroke patients: a comparative cost-effectiveness study. *J R Coll Phys Lond* 1993; 27:252-257.
15. Skellie FA, Mobley GM, Coan RE. Cost-effectiveness of community-based long-term care: current findings of Georgia's alternative health services project. *Am J Public Health* 1982; 72:353-358.

Stru-ni i nau-ni radovi

Pu{ewe kao faktor rizika u optere}ewu bolestima kod starih*

V. Horozovi},¹ S. Dimitrijevi},² T. Stankovi}³

Uvod

Veliko je interesovanje qudi kroz istoriju za istra`ivawe rizika po zdravqe. U toku posledwih nekoliko decenija 20. veka i po~etkom 21. veka ovaj interes je intenziviran i ukqu-io je mnoge nove perspektive. Poqe istra`ivawa rizika se rapidno {irilo, fokusiraju}i se na identifikaciju, kvantifikaciju i kvalifikaciju onih aktivnosti koje se jednim imenom mogu nazvati procene rizika.¹

Procena rizika po zdravqe mo`e se definisati kao sistemski prilaz radi procene i komparacije optere}ewa bole{ }u i povredama koje su nastale kao posledica delovawa razli~itih faktora rizika.² Optere}ewe se defini{e kao razlika izme|u teku}eg uo~enog optere}ewa i optere}ewa koje bi bilo uo~eno ako bi nivo izlo`enosti faktoru rizika u pro{losti bio jednak specifi~noj referentnoj distribuciji izlagawa.³ Najve}i doprinos optere}ewu bolestima u Srbiji od svih faktora rizika ima pu{ewe. To je pokazalo istra`ivawe u okviru projekta Optere}ewe bolesti i povredama u Srbiji. Do ove studije pu{ewe nije analizirano u smislu optere}ewa koje donosi. U tom pravcu napravqen je tek prvi korak u procesu odre|ivawa optere}ewa od faktora rizika, u prvom redu od pu{ewa, u okviru globalnog optere}ewa

bolestima u Srbiji⁴. Pu{ewe izaziva konstantno pove}awe mortaliteta od raka plua, pove}ava rizik obolevawa od karcinom digestivnog trakta i drugih organa, bolesti kardi ovaskularnog i cerebrovaskularnog sistema, hroni~ne opstruktivne bolesti respiratornog trakta i mnogih drugih bolesti. Kao rezultat toga, u populacimama gde je pu{ewe uobi~ajena pojava kroz mnogo decenija, duvan uzima danak u znatnoj proporciji u mortalitetu, {to se ilustruje procenama smrtnosti od bolesti povezanih sa pu{ewem u industrijski razvijenim zemqama.⁵

Ciq

Procena optere}ewa bolestima koje su izazvane pu{ewem kod starih osoba u Srbiji.

Met od

Istra`ivawe je sprovedeno u okviru studije „Optere}ewe bolesti i povredama u Srbiji“, kojom je rukovodila Evropska agencija za rekonstrukciju u periodu od oktobra 2002. do septembra 2003. godine. Kori{ }en je metod Svetske zdravstvene organizacije za merewe zdravstvenog stawa stanovni{tva – procena optere}ewa bolestima, pra}ewem osnovnih zahteva ove metode.

*Preneto iz: „Gerontologija“ 1, 2006.

¹Dr Vesna Horozovi}, Institut za za{titu zdravqa „Dr Milan Jovanovi} Batut“.

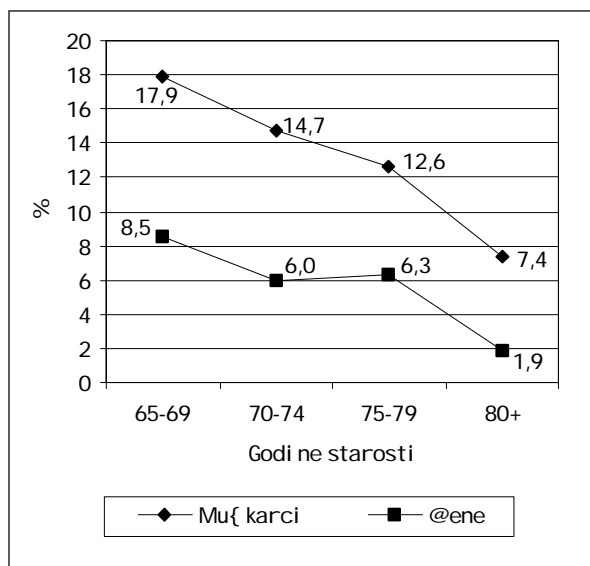
²Dr Sne`ana Dimitrijevi}, Institut za za{titu zdravqa „Dr Milan Jovanovi} Batut“.

³Dr Tatjana Stankovi}, Institut za za{titu zdravqa „Dr Milan Jovanovi} Batut“.

Rezultati

Za potrebe ovog istraživanja ispitanici su analizirani prema tome da li uopće puše, kao i distribucije onih koji puše prema polu, uzrastu i prema tome koliko cigareta dnevno puše. Broj ispitanika iznosio je 2304.

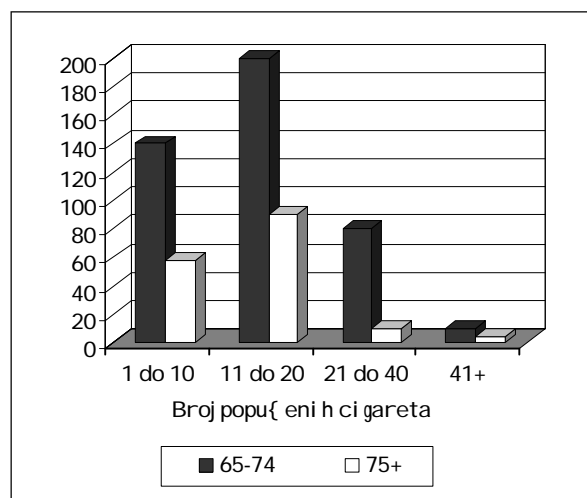
U Srbiji 2000. godine među muškim stanovnicima starijima od 65 godina procenat pušača u starosnoj grupi od 65 do 69 godina iznosio je 17,9%, a među ženskim 8,5%. Sa povećanjem starosti procenat pušača opada, tako da u starosnoj grupi preko 80 godina pušači 7,4% muškaraca i samo 1,9% žena (**grafikon 1**).



Grafikon 1. Prevalenca pušača prema starosnim grupama.

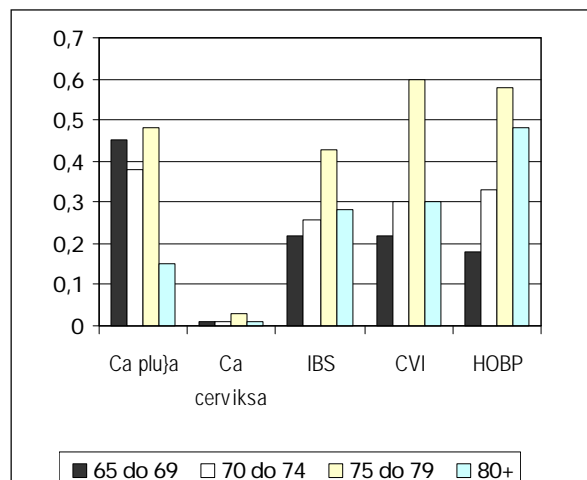
U obe starosne grupe (od 65 do 74 i 75 i više) najviše je bilo onih koji puše dnevno 11 do 20 cigareta, nešto manje je onih koji puše od 1 do 10 cigareta, a najmanje je onih koji puše od 21 do 40 i preko 40 cigareta dnevno (**grafikon 2**).

U ovom istraživanju posebno su razmatrane specifične stope smrtnosti za bolesti prouzrokovane pušenjem, a na osnovu podataka rutinske statistike. Kod starijih žena najveća stopa smrtnosti na 1000 je stopa



Grafikon 2. Broj pušačkih cigareta dnevno prema starosnim grupama.

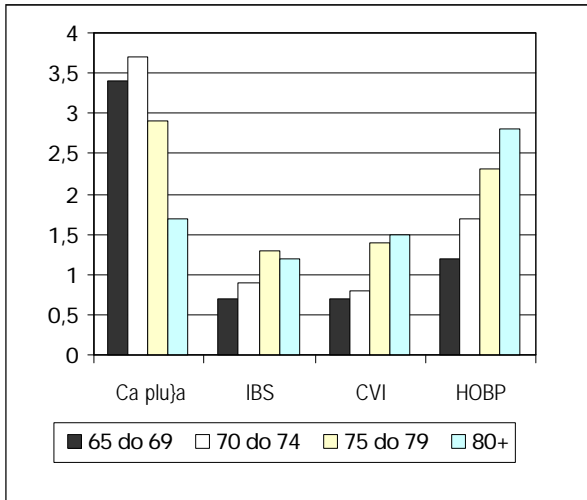
smrtnosti od cerebrovaskularnih bolesti i to u starosnoj grupi između 75 i 79 godina i ona iznosi 0,58 (**grafikon 3**).



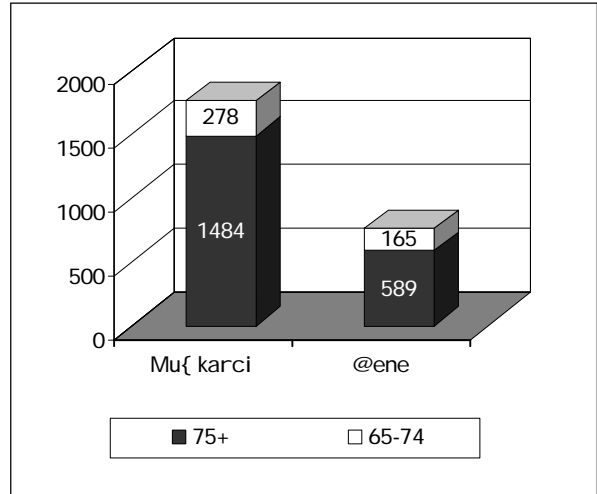
Grafikon 3. Stope smrtnosti od bolesti izazvanih pušenjem na 1000 stanovnika (žene).

Kod starijih muškaraca najveća stopa smrtnosti od bolesti atributivnih pušenju na 1000 stanovnika je stopa smrtnosti od karcinoma pluća (3,63) i to u starosnoj grupi od 70 do 74 godina (**grafikon 4**).

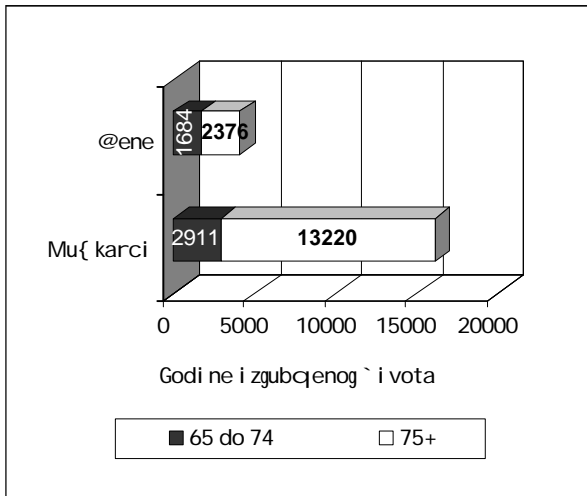
Muškarci stariji od 65 godina u Srbiji 2000. godine su izgubili 15 595 života zbog bolesti izazvanih pušenjem, a žene 4591 godinu života (YLL) (**grafikon 5**).



Grafikon 4. Stope smrtnosti od bolesti i izazvanih pu{ewem na 1000 stanovnika (mu{karci)



Grafikon 6. Godine `ivota provedene u nesposobnosti (YLD) zbog bolesti i izazvanih pu{ewem kod starijih ljudi u Srbiji 2000. godine

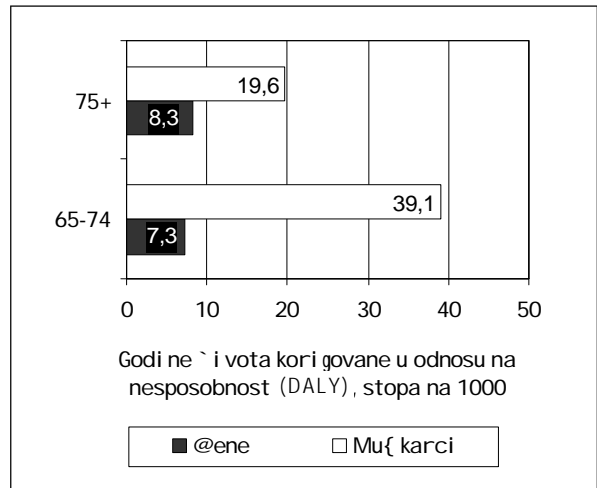


Grafikon 5. Godine izgubljenog `ivota zbog bolesti i izazvanih pu{ewem.

Stariji mu{karci (preko 65 godina) 2000. godine u Srbiji 1763 godine pro`ive li su u nesposobnosti zbog bolesti izazvanih pu{ewem, dok su starije `ene (starosti iznad 65 godina) pro`ivele 754 godine u nesposobnosti zbog bolesti izazvanih pu{ewem (**grafikon 6**).

Za starije mu{karce (preko 65 godina) DALY atributivni pu{ewu iznosio je 17.358, za `ene 5345. DALY na 1000 stanovnika u starosnoj grupi kod osoba mu{kog pola od 65 do 74 iznosio je 39,07, a u sta-

rosnoj grupi preko 75 godina 19,63 (**grafikon 7**).



Grafikon 7. Atributivno optere}ewe duvanom (DALY na 1000 stanovnika) starije populacije (svi uzroci).

Diskusija

Decenije istra`ivawa uticaja duvana na zdravqe su dokazale da je duvan izuzetno {tetan produkt koji prouzrokuje mno{tvo bolesti, od kojih mnoge predstavqaju veliko optere}ewe za javno zdravstvo. Tu spadaju, izme|u ostalih, ishemijska bolest srca, {log i rak pluća. Tako|e je dokaza-

no da postoji veliko odlagawe (obi~no tri do ~etiri decenije) izme|u upornog pu{ewa i pojave posledica po zdravqe. Prema tome, pove}ana konzumacija cigareta u zemqama u razvoju u 1970-tim i 1980-tim godinama dove}e do pove}ane smrtnosti zbog posledica pu{ewa tek 2020. ili 2030. godine⁶. Proceweno je da }e duvan do 2020. godine prouzrokovati vi{e prevremenih smrti i nesposobnosti nego bilo koja pojedina~na bolest⁷. Pravi udeo pu{ewa u nastajawu bolesti je nau~no dokazan brojnim istra`ivawima u svetu, tako da se puzdano zna da veliki broj zdravstvenih problema kao {to su bolesti srca i krvnih sudova, organa za disawe, organa za vawe, sa kojima se susre}e savremena civilizacija, ima zajedni~ke faktore rizika, od kojih je pu{ewe duvana na prvom mestu.^{5,8,9} Podaci o prevalenciji pu{a~a ukazuju da su neke demografske karakteristike, u prvom redu pol, `ivotno doba, socioekonomsko stawe i etni~ka pripadnost, povezane s pu{ewem. Najve}a je {ansa da }e neko biti pu{a~ ako je mu{karac, mlajeg `ivotnog doba, ni`eg obrazovawa i ako pripada ni`em socioekonomskom sloju dru{tva.¹⁰ Potro{wa cigareta se pove}ava u zemqama u razvoju, dr`avama biv{eg Isto~nog bloka i Kini, a smawuje u razvijenim zapadnim zemqama. Tako se godi{wa potro{wa cigareta po stanovniku u razvijenim zemqama smawila sa 3000 cigareta po stanovniku godi{we u sedamdesetim godinama na oko 2600 u 1990. U istom periodu Kina bele`i porast potro{we cigareta od 260% (11,12). Razlog izuzetnom porastu potro{we cigareta u nekim zemqama le`i u izostanku efikasnih mera koje mogu delovati na taj problem. ^esto je u pitawu izostanak odgovaraju}ih edukativnih programa, nesuzbijawe reklamirawa i drugih promotivnih aktivnosti proizvoa~a cigareta, izostanak dono{ewa i nesprovo|ewa mera koje zabrawuju pu{ewe na javnim mestima, bolnicama i drugim ustanovama, vozilima javnog prevoza ili prodaju cigareta maloletnicima. U industrijski visoko

razvijenim zemqama sveta 90% slu~ajeva raka plu}a kod mu{karaca i 70% kod `ena se procewuje da je nastalo kao posledica pu{ewa. Osim toga, u ovim zemqama atributivne frakcije iznose 56-80% za hroni~na respiratorna oboqewa i 22% za kardiovaskularna oboqewa.¹³

Pu{ewe je faktor rizika povezan sa najve}im zdravstvenim problemima u Australiji i odgovorno je za 16,7% mortaliteta kod mu{karaca i 9,3% kod `ena. Vi{e od polovine ovog mortaliteta je prouzrokovano raznim vrstama malignih tumora, a najvi{e rakom plu}a. Hroni~na opstruktivna bolest plu}a i ishemijska bolest srca su slede}a dva stawa koja doprinose optere}ewu bolestima u Australiji, a povezana su sa pu{ewem.¹⁴

Slo`eni pokazateq kojim se mere gubici u godinama `ivota a koji su se mogli izbe}i ili odlo`iti adekvatnim zdravstvenim intervencijama jesu izgubqene godine `ivota. I zra-unavawe izgubqenih godina `ivota zasniwa se na broju umrlih od svake bolesti svakog godi{ta. Ako se pogledaju godine izgubqenog `ivota u Srbiji za bolesti povezane sa pu{ewem, mo`e se primetiti da stariji mu{karci nose ve}e optere}ewe od prevremene smrti nego `ene. Godine `ivota provedene u nesposobnosti predstavqaju morbidityetnu komponentu DALY-ja. Opisuju se kao vreme potro{eno zbog bolesti ili povrede odre|enog trajawa korigovanog prema te`ini bolesti. Stariji mu{karci (preko 65 godina) 2000. godine u Srbiji su 1000 godina vi{e nego `ene pro`iveli u nesposobnosti zbog bolesti izazvanih pu{ewem (1765 prema 754). Iz razloga {to je epidemiologija pu{ewa dobro poznata, znawe o trenutnom nivou konzumacije cigareta predvi}a realnu kvantifikaciju budu}ih efekata po zdravqe. Bazi}u}i se prema metodu Petoa i Lopeza, mortalitet od raka plu}a atributivnog duvanu, a tako|e i mortalitet od drugih bolesti, mo`e biti uspe{no procewen. Predvi}a se da }e godi{wa smrtnost atributivna duvanu porasti od tri milio-

na smrti u 1990-toj do 8,4 miliona u 2020-toj, sa vidljivim godišnim porastom (4,7 miliona od 5,4 miliona smrti) koji se očekuje da se desi u zemljama u razvoju. Predviđa se da će ukupni DALY atributivan duvanu porasti od 40 miliona u 1990-toj (2,6% ukupnog DALY-ja) do 120 miliona u 2020-toj (nešto ispod 10% ukupnog DALY-ja). U stvari, do 2020-te duvan će biti veći uzrok DALY-ja od HIV-a i predviđa se da će biti preko granice DALY-ja od dijareje tokom narednih decenija.⁶ Opterećenje bolestima atributivnim duvanu u nađoj studiji izražavano je samo za odabranu listu bolesti, tako da rezultati ne mogu u potpunosti biti upoređeni sa rezultatima drugih studija, gde je DALY bio izražavan za sva stawa koja uključuju rizike od pušenja. Bez obzira na to, može se između ostalog, zaključiti da je opterećenje atributivno duvanu veće kod muškarca nego kod žena, što je potvrđeno u drugim studijama.^{15,14}

Izražavane moguće opterećenje faktora rizika skopano je sa brojnim otežavajućim okolnostima. Kao prvo, nedostaju potpuni i validni podaci o prevalencijama faktora rizika. Dokazi o relativnom riziku umirawa ili obolevawa od pojedinih faktora rizika su ograničeni, a nešto se prikupljaju i prikazuju u kategorijama izlagawa riziku, koje su različite od onih koje se koriste u nacionalnim studijama i izveštajima. Podaci o prevalencama pušenja zasniwaju se na ličnim podacima ispitnika. Poznato je da lično interpretirani podaci ne moraju uvek biti tačni i precizni. Bez obzira na gore izloženo, može istaći da su rezultati nađe studije uglavnom u skladu sa rezultatima drugih sličnih studija. Najveći deo totalnog opterećenja od faktora rizika za stawa koja su analizirana u nađoj studiji čini opterećenje mortalitetom. Tako da procena globalnog opterećenja od faktora rizika, a naročito od pušenja, uglavnom zavisi od prevremenog mortaliteta.

Zaključak

Kao masovna pojava epidemijskih razmera, pušenje je veoma rađeno i u Srbiji. U Srbiji od bolesti atributivnih pušenju stariji muškarci najviše umiru od raka pluća, a starije žene od cerebrovaskularnih bolesti. Najveći broj godina izgublenog života za oba pola od bolesti atributivnih pušenju u Srbiji ima takođe rak pluća, dok najveći YLD ima ishemijska bolest srca. Ukupno opterećenje duvanom u Srbiji 2000. kod starijih osoba (stopa DALY-ja na 1000 stanovnika) iznosi za muškarce 39,07, a za žene 7,34.

Literatura

1. Slovic P. Informing and educating the public about risk. *Risk Analysis* 1986; 6:403–15.
2. Murray CJL, Lopez AD, eds. *Global health statistics: A compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 200 conditions.* (Global Burden of Disease and Injury Organization and World Bank. 1996.
3. Department of Human Services (DHS) The Victorian Burden of Disease Study: Mortality. Melbourne: Public Health and Development Division. Department of Human Services, 1999.
4. Atanasković-Marković Z, Bjegović V, Janković S, et al. Opterećenje bolestima u Srbiji: sažetak, Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2003.
5. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath CW. Mortality from tobacco in development countries: indirect estimates from national vital statistics. *Lancet* 1992, 339:1268–78.
6. Murray CJL, Lopez AD eds. „The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020“, Cambridge: Harvard University Press (Global burden of disease and injury series, Vol. 1) 1996.
7. Atanasković-Marković Z, Bjegović V, Janković S, et al. *The Burden of Disease and Injury in Serbia.* Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. 2003. Dostupno na www.sbds.sr.gov.yu
8. Corrao MA, Gindon GE, Sharma N, Shokoobi DF, editors. *Tobacco control: country profiles.* Atlanta (GA): American Cancer Society; 2000.
9. Gupta PC, Mehta HC. Cohort study of all-cause mortality among tobacco users in Mumbai, India. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000; 78:877–883.
10. Bergen A, Caporaso N. Cigarette smoking. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91:1365–75.
11. World Health Organization. The tobacco epidemic: a global public health emergency. Tobacco alert. April 1998. [Http://www.who.int/arcives/tobalert/apr/96/fulltext.htm](http://www.who.int/arcives/tobalert/apr/96/fulltext.htm)

12. Hopok KC. Availability of tobacco products to minors. *J Farm Prac* 1990; 30:174–76.
13. Fifty-fifth World Health Assembly. Ministerial round tables: risks to health. Report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization; 2002. WHO document A55/Div/6.
14. Mathers C, Vos T, Stevenson C. The burden of disease and injury in Australia. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 1999.
15. Department of Human Services (DHS) The Victorian Burden of Disease Study: Morbidity. Melbourne: Public Health and Development Division, Department of Human Services, 1999.

Stru-ni i nau-ni radovi

Starost i predrasude

Z. Simi},¹ S. Simi}²

Sa`et ak. Termin ejxizam podrazumeva diskriminaciju baziranu na godinama starosti. Pored rasizma i seksizma, smatra se jednom od naj-ef}ih predrasuda savremenog dru}tva. Intenzitet ejxizma se kre}e od predrasuda pa sve do diskriminacije i mo`e se smatrati direktnim proizvodom socijalizacije i usvojenog sistema vrednosti. Ne-

gativni stereotipi uti~u na ostarele osobe i dovode do njihovog povla~ewa iz dru}tvenog `ivot a. Ejxizam mo`e da se javi na individualnom, institucionalnom i dru}tveno-politi~kom nivou, a posebno zabrivava Wegovo postojawe kod stur-nih radnika.

Kqu-ne re-i: ejxizam, starewe

Uvod

Posle Drugog svetskog rata svet se suo-io sa naglim porastom broja starih u ukupnoj populaciji. Od 1950. godine prose~an ~udski vek produ~io se za dvadeset godina, sa 46 na 66, a o~ekuje se da }e se do 2050. godine pove}ati za jo} deset godina. Ako se ova o~ekivawa ispune, taj broj }e od oko 600 miliona osoba starijih od 60 godina u 2000. godini porasti na 2000 miliona 2050. godine. Ovaj pedesetogodi}wi period done}e udvostru-avawe broja starih u celokupnom svetskom stanovni}tvu i sa sada}wih 10, porasti na 21%. U istom periodu predvi}eno je i smawewe broja dece za 1/3 (sa sada}wih 30, na 21%). Opadawe nataliteta

ispod nivoa proste reprodukcije u velikom broju zemalja jo} jedan je od razloga starewa nacija i porasta broja starih.

U ukupnom porastu stare populacije posebno je zabele`an rast broja starijih od 80 godina. Prema podacima iz 2000. godine, tih lica je bilo 70 miliona, a za narednih 50 godina predvi}eno je da }e se taj broj upe-
tostru-iti. Karakteristi~no je da je ovakav trend zabele`en u celom svetu, bez obzira da li se radi o razvijenim ili zemljama u razvoju.

Sli-ni rezultati dobijeni su na posledwem popisu u Srbiji. Broj starih lica se prema popisima konstantno uve}ava (**tabela 1**).

Prema popisu iz 2002. godine u-ewewe srarijih od 60 godina u ukupnoj populaciji iznosi 23%. To zna~i da u Srbiji (bez Ko-

Tabela 1. Ukupan broj stanovnika i broj starijih od 60 godina po popisima

	Godina						
	1948.	1953.	1961.	1971.	1981.	1991.	2002.
Ukupan broj	6.527.966	6.979.154	7.642.227	8.446.591	9.313.676	9.778.991	7.498.001
Stariji od 60 godina	575.292	641.888	790.485	1.088.067	1.156.776	1.156.776	1.684.289

¹ Zorana Simi}, diplomirani socijalni radnik, KBC „Zvezdara“.

² Dr Slobodan Simi}, spec. psihijatar, KBC „Zvezdara“.

sova i Metohije) od 7.498.000 stanovnika, starijih od 60 godina ima 1.684 289.¹

Porast broja starih u svetu rezultat je prvenstveno napredovanja nauke uop{te, a posebno medicine i farmacije, tehni~ko-tehnolo{kog razvoja, podignut je nivo `ivotnog standarda i kvaliteta `ivota {to je dovelo do produ`ewa `ivotnog veka. S druge strane, gotovo sve zemqe bele`e pad nataliteta, {to dodatno doprinosi pove}awu broja starih u ukupnoj populaciji.

Pojam ejxizma

Kako se broj starih u svetu uve}avao, lo{ i me|ugeneracijski odnosi su postali vidqiviji. Preko pola veka zdravstveni radnici, socijalni radnici, psiholozi i drugi pripadnici poma`u}ih profesija ukazuju na postojawe negativnog odnosa prema starima na individualnom, institucionalnom i dru{tveno-politi~kom nivou – na pojavu ejxizma.

Termin „ageism“ prvi put je upotrebio Batler 1969. godine. Sastavqena je od dve engleske re~i - *age* koja zna~i *godina* i - *ism* koja ozna~ava *sistem* ili *teoriju* u pogrdnom, negativnom smislu.

Kovanica ejxizam u jednoj re~i izra`ava sistematsko stereotipizirawe i diskriminaciju baziranu na godinama starosti.²

Ejxizam se posle rasizma i seksizma smatra tre}om velikom, po nekim, najsurovijom predrasudom. Pored brojnih karakteristika, koje su zajedni~ke za rasizam, seksizam i ejxizam, ejxizam ima jednu specifi~nost u odnosu na predhodne dve: **ukoliko `ivimo dovoqno dugo, svi mo`emo postati wegove `rtve.**³

^esto se nagla{ava da je ejxizam i uop{te negativan odnos prema starim osobama tvorevina savremenog dru{tva. Inistirase na tome da su stari nekada bili po{tovani i uva`avani u porodici i zajednici, me|utim ukoliko se malo ozbiqnije pozabavimo ovom problematikom, pre }emo do}i do zakqu-ka da je lo{ tretman starih osoba, a neretko i wihovo zlostavqawe, ostajao skriven unutar porodica koje su brinule o

svojim ostarelim ~lanovima. Savremen na-in `ivota, postepeno nestajawe vi{egeneracijskih porodica i ve}a uloga dru{tva u brizi za osobe tre}eg `ivotnog doba faktori su koji su doprineli da ejxizam postane uo~qiv.

Dve osnovne komponente ejxizma su:

1. predrasude i
2. diskriminacija.

Predrasude su koncipirane tako da obezvre|uju odre|enu grupu qudi i podvode ih pod stereotipe. Stereotipi podrazumevaju negativne generalizacije karakteristika starih osoba – kao {to su fizi~ka nesposobnost, nedru{tvenost, nezadovolqstvo `ivotom... Wihova karakteristika je da se lako {ire i prodi ru u dru{tvene stavove uti~u}i na formirawe negativnog mi{qewa i odnosa prema toj grupi. U ekstremnim slu~ajevima predrasude prema starima mogu prerasti u gerontofobiju – jak, bezrazlo`an strah od starosti i starih qudi, odnosno mr`wu prema wima.

Diskriminacija, s druge strane, predstavlqawe delawe, akciju, sprovo|ewe predrasuda. Diskriminacija mo`e biti pojedina~na, ispoqena u svakodnevnim me|uqudskim odnosima, ili pak institucionalna, {ira, dru{tvena. Wen rezultat je o~igledno druga~iji tretman starih qudi.

Ona se mo`e na institucijalnom i dru{tvenom nivou manifestovati na vi{e na~ina:

- uskra}ivawem odre|enih usluga starim osobama (neki vidovi zdravstvene ili socijalne za{tite, po pitawu zapo{qavawa, stambenih pitawa...)
- nedostupno{ }u odre|enih usluga
- nemogu}no{ }u u ostvariwawu prava
- nepostojawem posebnih usluga i prava koje omogu}avaju starima da zadovolqe svoje specifi~ne potrebe i ostvare zadovolqavaju}i kvalitet `ivota i sli~no.

Za razliku od predrasuda, diskriminacija je lak{e uo~qiva, te otuda i mi{qewe da ako postoji dobra voqa, mo`e biti lak{e

korigovana. Ukoliko se proklamuju jednaka prava za sve uzrasne grupe diskriminatorska praksa se barem na dru{ tvenom, institucionalnom nivou mo`e suzbiti, ali predrasude i individualna diskriminacija koja iz njih proisti~e te{ko se iskorewuju.

Ut icaj sredine na proces starewa

Ejxizam ima najmawe dvostruko negativan efekat na stare osobe.

Prvo, negativni stereotipi o starim osobama i procesu starewa koji su utemeljeni u dru{tvu i va`e em sistemu vrednosti vode ka tome da se stare osobe omalova`avaju i prikazuju kao mawe vredni ~lanovi dru{tva. Ovakvi stavovi se {iroko prihvataju i na razli~ite na~ine prenose na nove nara{taje – putem mas-medija, literature, naizgled bezazlenih {ala na ra~un starih osoba i karikirawem starih i starosti, ~ak i upotrebom odre|ene terminologije koja sobom nosi negativnu konotaciju. Starost se jako retko opisuje lepim re~ima i obi~no je prate epiteti koji su uvredqivi i ru`ni. Posebno je zna~ajan indirektan put {irewa predrasuda – neprekidnim promovisawem mladosti, lepote, snage, mo}i – dakle osobina koje se te{ko mogu na}i kod starijih osoba.⁴ Takav trend ovu veliku populacionu grupu ~ini rawivom, stara lica bivaju marginalizovana i podlo`na diskriminaciji. Mnogi stari qudi su iskusili odbacivawe od strane dru{tva zbog niskih primawa, siroma{tva, nemawa porodi~ne podr{ke, nesposobnosti ili bolesti.

S druge strane, stariji qudi i qudi koji stare su tako|e deo datog dru{tva i neminovno i sami usvajaju ovakve stavove i odnos prema sopstvenom i tu|em starewu. Oni prihvataju pasivnost, a fizi~ko i psihi~ko propadawe do`ivqavaju kao neizbe`no.⁵ Tako|e se povla~e i iz dru{tvenog `ivotva prihvataju}i preovla|uju}e mi{qewe da vi{e nemaju {ta da ponude i da nisu vredni i korisni za zajednicu. Ovaj za~arani krug – prilago|avawe starih osoba stereotipima, stare cu|de samo jo{ vi{e vodi u izolaciju i psiho-

fizi~ko propadawe, a na dru{tvenom nivou doprinosi poja~avawu pogre{nog shvatawaa procesa starewa, starosti i starih qudi.

I ako fiziolo{ke promene predstavqaju normalan deo starewa, malo je poznato da se takozvana uobi~ajena oboqewa i degenerativni procesi koji se javqaju u starosti mogu usporiti i znatno umawiti.⁶ Ako qudi znaju da se neki „neizbe`ni gubici“ i „propadawe“ koje donosi starost mogu spre~iti, sigurno }e biti aktivniji u procesu prevencije i samoo~uvawa.

Emocionalne i psiholo{ke tegobe se kod starijih osoba ~esto te{ko dijagnostifikuju jer bivaju prikrivene brojnim somatskim tegobama, {to naj~ee vodi daqem povla~ewu i smawivawu aktivnosti. Ovi va`ni simptomi mogu biti i pogre{no dijagnostikovani, i podvedeni pod normalnu posledicu starewa.⁷ Temeljnijim i strpqiivijim pristupom staroj osobi u postupku ispitivawa i le~ewa ovi problemi mogu biti otkloweni, {to }e oboleloj osobi znatno popraviti kvalitet `ivota i omogu}iti normalno funkcionisawe, bez obzira na godine starosti.

Ilustrativan je podatak koji su Rodin i Langer izneli u svojoj studiji na temu – koje se pona{awe smatra karakteristi~nim za stare osobe – da svi ispitanici, pa i oni stariji, imaju stereotipe o starim osobama koje ukqu~uju ideje senilnosti. Devedeset odsto starijih ispitanika veruje da postoji velika mogu}nost da }e postati senilni. S druge strane, medicinski podaci ukazuju na to da samo ~etiri odsto osoba starijih od 64 godine pati od ozbiqnijih oblika demencije, a samo deset odsto od bla`ih oblika.⁸

Me|u najrasprostrawenijim predrasudama o starosti jeste i verovawe da su svi stari qudi depresivni. Me|utim, ovaj vid du{evnih oboqewa po svom nastanku nije vezan za neko odre|eno `ivotno doba. Epidemiolo{ki podaci pokazuju da u op{toj populaciji 15,2 odsto mu{karaca isti~e depresiju kao primarnu ili sekundarnu tegobu, dok je kod `ena taj postotak ne{to ve}i i iznosi 18,6 odsto bez obzira na starosnu dob.⁹ De-

presija se u starosti mo`e javiti kao reakcija na promene koje ovo `ivotno razdoblje donosi (egzozena, reaktivna depresija), bilo usled bolesti, opadawa funkcija i sposobnosti samozbriwawawa, bilo usled promena socijalnog statusa – odlaska u penziju, gubitka bra~nog druga, smrti prijateqa, ali ovakav vid reagowawa na promene ne mo`e se smatrati neizbe`nim i iskqu-ivo karakteristi~nim za stare osobe.

Ejxizam i rad sa st arim osobama

Ejxizam je prisutan na svim nivoima i u svim sferama dru{tva. Na`alost, ni osobe koje su se opredelile da se profesionalno bave pru`awem pomo}i i podr{ke qudimanisu imune i, svesno ili nesvesno, diskriminisu u starije pacijente i korisnike. U nau~nim istra`ivawima koji se bave ovim pitawima nailazi se na brojne primere. U studiji Mitensa i Vuda iz 1986. mo`e se na}i podatak da socijalni radnici imaju mawe empatije i ~e}e odbacuju korisnike koji spadaju u kategoriju starijih.¹⁰ Ispitivawe stavova stru~nih radnika prema starijim osobama, koje je 1989. godine sproveo Riverston, a 1997. Rejnolds, pokazuju da zaposleni koji rade sa starima svoje korisnike do`ivqavaju kao fizi~ki nesposobne i izuzetno zavisne od tu|e pomo}i.^{11,12} Ni skorija istra`ivawa nisu dala pozitivnije rezultate – stare osobe su naj~e}e iskqu-ene iz medicinskih istra`ivawa, operacije im se ~e}e otkazuju, a re|e se primaju u bolnicu radi ispitivawa i le~ewa kada imaju sr~ane tegobe. @enama posle 65-te godine se ne zakazuju redovne kontrole za prevenciju karcinoma dojke, a ako se on i dijagnostifikuje, ~esto im se ne ponudi ista terapija kao mladi~ima.¹³ Me|u budu}im medicinskim sestrama rad sa st arim pacijentima navodi se kao najnepo`eqniji, bez obzira na visinu primawa i mogu}nost napredowawa u slu`bi.¹⁴

^iwenica jeste da, ako bi se kao kriterijum uzela starosna dob pacijenta, po slo`enosti i kompleksnosti, rad sa osobama

tre}eg `ivotnog doba mo`e biti ocewen kao najkompleksniji i najte`i. Specifi~nost i te`ina rada sa starima le`i u ~iwenici da starost obi~no prati jedno ili vi{e oboqewa, somatske i/ili psihijatrijske prirode, kao i ~iwenica da fizi~ka oboqewa dovode do smawewa funkcionalne sposobnosti starih osoba. Wihovo le~ewe i rehabilitacija su dodatno ote`ani zbog op{te telesne slabosti, koja usporawa, komplikuje, a ~esto i u potpunosti onemogu}awa ponovno uspostavqawe izgubqenih funkcija.

I ako je za starije osobe karakteristi~no opadawe broja funkcija ili smawewe postoje}ih, ipak se ne mo`e pore}i da se kod ove kategorije pacijenata ~esto minimizira zna~aj o~uvanih potencijala, te se oni zaboravqaju i zapostavqaju. Zapostavqawe o~uvanih funkcija, wihovo nepotencirawe, dovodi staru osobu jo{ u toku le~ewa u nepovoqniji polo`aj. Da bi se to izbeglo treba obezbediti adekvatno obrazowawe budu}ih stru~nih radnika. No, i pored vi{e decenijskih ukazivawa na potrebe sveobuhvatije edukacije, mo`e se primetiti da se u sistemu obrazowawa stru~nih lica malo {tawewa. Gradivo se naj~e}e usmerawa na oboqewa, gubitak funkcija, mentalno propadawe i rigidnost u navikama, shvatawu i pona{awu.¹⁵ Nedovoqno se podvla~i razlika izme|u procesa obolewawa i normalnog starewawa, tj. normalne i patolo{ke starosti. Gotovo da se i ne obra}a pa`wa na preventivu, zna~aj rehabilitacije i kompenzaciju, kao mehanizma prevazila`ewa gubitaka nekih funkcija tokom starewawa. Ovakvo gradivo pru`a budu}im stru~wacima ograni~eno znawe o starewu i starosti, koje je ~vrsto ukoreweno i te{ko se mewa i prevazilazi. Praksa je pokazala da kad okolina smatra da kod stare osobe dolazi do smawewa fizi~kih i mentalnih sposobnosti, ona te`i da jo{ i vi{e ograni~i samostalnost stare osobe.¹⁶ Ovakav pristup vodi ve}oj zavisnosti, umesto da se podsti~e obnavqawe izgubqenih sposobnosti i forsi ra nezavisnost. ~ini se da obrazovni sistemi neguju princip

„onesposobqavaju)e podr{ ke“ umesto „ospo-
sobqavaju)e podr{ ke“.

Stavqawe stare osobe tokom le~ewa u ulogu aktivnog u~esnika u svom le~ewu vi-
{ estruko je koristan. Prvo, pacijent se ak-
tivira u svom le~ewu, a nije pasivni pri-
malac pomo}i, on uzima u~e{ }a kako u sop-
stvenom ozdravqewu, tako i u odlu~ivawu o
svojoj budu}nosti, { to je izuzetno veliki
motivacioni faktor. I drugo, takvim pri-
stupom mo`emo o~uvati dostojanstvo i samo-
po{ tovawe kod pacijenta.

Nepostojawe posebni h smerova za budu)e
zdravstvene i druge stru~ne radnike koji bi
se bavili problemima i zdravqem starih
osoba i neosavremeqivawe gradiva svojevr-
stan je vid ejxizma. Nedovoqna obu~enost
stru~nih radnika onemogu}ava staroj osobi
da dobije adekvatno le~ewe i pomo}.

Zna~ajno je pomenuti i da su pilot-pro-
jekti, koji su imali za ciq da u~enici me-
dicinski h { kola i fakulteta tokom vi{ e
semestara kontaktiraju i rade sa starijim
pacijentima, pokazali da su studenti znat-
no promenili svoje stavove prema ovoj ka-
tegoriji pacijenata i lak{ e se opredeciva-
li za rad sa starima po zavr{ enom { kolo-
vawu.¹⁶ Na osnovu tih iskustava moglo bi se
zakqu~iti da bi postojawe adekvatnog si-
stema { kolovawa dovelo do boqe obu~eno-
sti studenata i iskorewivawa ejxisti ~kih
stavova, mi{ qewa i prakse u zdravstvenim,
socijalnim i drugim ustanovama.

Zakqu~ak

Sve dosad re~eno ukazuje na ~vrstu spre-
gu izme|u zdravog starewa i kvaliteta `i-
vota u starosti i odnosa dru{ tva i pojed-
naca prema osobama tre}eg `ivotnog doba.
Stoga se preispitivawe postoje}ih stavova
i prakse dru{ tva prema starim osobama,
starewu i starosti, i wi hovo mewawe name-
{ e kao prioritet.

Borba protiv ejxizma mora se usmeriti
na spre~avawe daqeg { irewa predrasuda i

zaustavqawe di skriminacije, promovi sawe
pozitivnih strana koje tre}e `ivotno doba
donosi i ohrabrivawe starih osoba da se
aktivnije ukqu~e u sve tokove dru{ tvenog
`ivota.

Lit er at ura

1. <http://www.statserb.sr.gov.yu>
2. Butler RN. Age-ism: another form of bigotry. *Gerontolo-
gist* 1969;9(4): 243-6.
3. Nolan M. Ageism: What's in a Word? *J Adv Nurs*
2003;41(1): 8-9.
4. Milosavqevi}, M.: Starewe i starost i dru{ tvene
vrednosti. U: *Gerontologija* 1/93, Beograd: Geronto-
lo{ ko dru{ tvo Srbije, 1993.
5. Rodin, J. (1986). Aging and health: Effects of the sense
of control. *Science*, 233, 1271-1276.
6. Rowe, J. W., & Kahn, R. N. (1987). Human aging: Usual
and successful aging. *Science*, 237, 143-149.
7. Katz, I. R., Curlick, S., & Nemetz, P. (1988). Functional
psychiatric disorders in the elderly. In L. W. Lazarus (Ed.),
Essentials of geriatric psychiatry New York: Springer (pp.
113-137).
8. Rodin, J., & Langer, E. (1980). Aging labels: The decline
of control and the fall of self-esteem. *Journal of Social Is-
sues*, 36(12), 12-29.
9. Kali~anin, P. (1992). *Depresije*. I nstitut za men-
talno zdravqe, Beograd, 1992.
10. Mittens, L.S. & Wood, S.J. (1986). Social workers`
responses to incontinence, confusion and mobility impair-
ments in frail elderly clients, *Journal of Gerontological
Social Work* 9(3):63-78.
11. Riverson, T.A. (1989). Compassionate stereotyping of elderly
patients by physicians: Revising the social contacts hypo-
theses, *Psychology and Aging* 4(2): 230-234.
12. Reynolds, S.L. (1997). Protected or neglected: An examina-
tion of negative versus compassionate ageism in public
conservatorship, *Research on Ageing* 19: 3-25.
13. Williams, B.O.(2000). Ageism helps to ration medical treat-
ment: *Health Bulletin* 58 (3):198-202.
14. Castle, N.G., Engberg, J., Anderson, R., Men, A. (2007). Job
Satisfaction of Nurse Aides in Nursing Homes: Intent to
Leave and Turnover: *The Gerontologist* 47,2: 193-201.
15. Whitbourne, S. K., & Hulicka, I. M. (1990). Ageism in un-
dergraduate psychology texts. *American Psychologist*, 11,
1127-1136.
16. Clark, B. (1989, November). The aging of North America:
The shape of things to come. Paper presented at the 75th
Annual General Meeting of the Pharmaceutical Manufac-
turers Association of Canada, Ottawa.
17. Bernard, M. (2004). Overcoming ageism, one student at a
time: Monitoring programs improve student attitudes toward
older patients, *Geriatrics*, 30, 12: 11.

Iz istorije zdravstva Srbije

Prvi zakon o finansiranju organizovane zdravstvene delatnosti u Kneževini Srbiji (1897. godine)

MI LAN M. OBRENOVI } IV.
po milosti božjoj i vođi narodnoj

KWAZ SRPSKI

PROGLAŠAVAMO I OBJAVLJUJEMO
SVIMA I SVAKOME DA JE NARODNA
SKUPŠTINA REŠILA, I DA SMO MI
POTVRDILI I POTVRĐUJEMO:

ZAKON

**O Ustanovljenju
Narodnog Sanitetskog Fonda**

^lan 1.

Ustanovljava se narodni sanitetski fond, koji u rukuje uprava fondova.

^lan 2.

Svi dosadašnji bolnički fondovi sastavljaju zajedno osnovni kapital narodnog sanitetskog fonda, koji se kapitalni u kom služaju ne sme okriviti.

^lan 3.

Prihodi narodnog sanitetskog fonda sastoj se:

a, iz interesa na osnovni kapital, računajući po 5% godišnje.

b, iz općeg bolničkog prireza koji ostaje kao i do sada po 80 para dinarskih s glave na glavu svakog polgođina.

v, iz državne pomoći, koja se svakom godišnjem državnim buxetom određivati, no ona ne sme nikada preći sumu koja je državnim buxetom za godinu 1879 na sanitet određena, od 218.849 dinara i 15 para dinarskih.

^lan 4.

Prihodi ovog fonda ne mogu se ni na što drugo upotrebiti, no samo za sanitetske ceđi i potrebe, koje zakonodavna vlast opredeli.

^lan 5.

Buxet prihoda i rashoda za svaku računsku godinu podnosi ministar unutrašnjih dela Narodnoj Skupštini na rešenje.

Propisi zakona o državnim buxetima, koji se odnose na upotrebu odobrenih kredita, važe i za ovaj sanitetski buxet.

Tako isto i svi zakoni propisi i pravila o vođenju, podražavanju i kontrolisanju državnih računava i za računanje ovog fonda.

^lan 6.

Uprava fondova stavljaje ministru unutrašnjih dela na raspoloženje nužne sume, odobrene sanitetskim buxetom, i to za svaki mesec u napred.

^lan 7.

Sve učtede od redovnih godišnjih buxeta narodnog sanitetskog fonda imaju se kapitalizirati. Kad usled toga, ili kakvih izvanrednih prihoda, kao što su zaveštawa ili pokloni tome fondu, njegov osnovni kapital poraste toliko, da se sve sanitetske ustanove i celokupno sanitetsko osoblje građanskoga reda, koje je u državnim službama, može izdržavati jedino od interesa na osnovni kapital i od općeg bolničkog prireza, onda se ukinući državna pomoć narodnom sanitetskom fondu.

Član 8.

Ovaj zakon počinje važiti od 1. januara 1881. godine.

Preporučujemo Našem ministru un-

utražiti da ovaj zakon objavi i o izvršenju se njegovom stara; vlastima zapovjedamo da po wemu postupaju a svima i svakome da mu se pokoravaju.

28. Decembra 1879. god.
u Nišu.

M. M. Obrenović, s. r.

(M. P.)

*Video i stavljen dr`avni pečat,
~uvar dr`avnog pečata
Ministar pravde
S. Večković s. r.*

*Ministar unutrašnjih dela
Jak. Tucaković s. r.*

Iz istorije zdravstva Srbije

Vladan \or|evi} - osniva~ Srpskog lekarskog dru{ tva*

V. Stani},¹ J. Jovanovi}-Simi}²

Vladan Djordevic - a Founder of the Serbian Medical Society

V. Stani}, J. Jovanovi}-Simi}

Kqu-ne re-i: *istorija medicine, lekari, udru`ewa, medicinska.*

Key words: *history of medicine, psysicians, societies, medical.*

Uvod

Potreba da se u Srbiji osnuje jedno lekarsko sredi{ te iskazana je 1842. godine, kada je dr Karlo Pacek, prvi { ef Sanitetskog odecewa u Beogradu, ustanovio Lekarsko ~itali{ te. Zami{ qeno kao mesto gde bi lekari, putem medicinskih ~asopisa i novih izdawa stru-nih kwiga, mogli da budu u toku sa savremenim dostignu}ima struke, ~itali{ te, na`alost, nije bilo dugog veka - ugasilo se krajem prve vladavine Mihaila Obrenovi}a i Pacekovim odlaskom iz zemqe iste godine. Godine 1859. dr A}im Medovi} i dr Jovan Valenta pokrenuli su inicijativu da, po ugledu na balkanske i evropske lekare, i beogradski lekari osnuju jedno gradsko lekarsko dru{ tvo, ali u toj nameri nisu uspeli zbog slabog odziva svojih kolega.



Do ostvarewa ove zami sli do{ lo je 1872. godine, kada se na tom zadatku anga`ovao mladi lekar Vladan \or|evi}, koji se godinu dana ranije vratio sa studija iz Be-a. U pogledu organizacije dru{ tvenog rada on je ve} imao zavidno iskustvo koje je stekao kao inicijator i ~lan uprave |a~kih i studentskih kwi`evnih dru`ina, ~uvene Ujedi wene omladine srpkse, ali i jednog udru`ewa srpskih medicinara koje je formirao i vodio u Be-u.¹ U to vreme on je ve} bio ~lan Be~skog lekarskog dru{ tva i Srpskog u-enog dru{ tva, { to je svakako doprinelo wegovom ugledu u beogradskoj ~ar{iji.²

Kada je uspeo da okupi grupu od 15 beogradskih lekara, on je, kao najmla|i, na sebe preuzeo ceo posao oko organizacije i registrovawa dru{ tva, dao mu je ime i izradio nacrt dru{ tvenog Ustava. Kao osnovni zadaci dru{ tvenog rada def inisani su: pra}ewe

* Iz: *Vojnosanitetski pregled*, 7, 2006.

¹ Prof. dr Vojkan Stani}, Vojnomedicinska akademija, Klinika za grudnu hirurgiju, Beograd.

² Prim. dr Jelena Jovanovi}-Simi}, Sredwa medicinska { kola „Zvezdara“, Beograd.

savremenog razvoja medicinskih i prirodnih nauka; { irewe novih saznanja usmenim i pismenim putem; rad na medicinskoj terminologiji i pra}ewe statistike bolesti u svim zemqama gde `ivi srpski narod i tra`ewe uzroka i sredstava borbe protiv tih bolesti.

Na prvom redovnom sastanku izabrano je rukovodstvo, a ~ast da postane prvi predsednik Srpskog lekarskog dru{ tva (SLD) pripala je dr A}imu Medovi}u.³ \or|evi} je izabran za sekretara i na tom mestu je ostao slede}e dve godine. Ono { to je vredno ista}i jeste internacionalni karakter Dru{ tva - okupilo je lekare svih nacionalnosti koji su radili u Srbiji i postalo je matica civilnih, vojnih, privatnih i dr`avnih lekara. U Srbiji je u to vreme bilo oko 50 lekara i svi ma je ponu}eno ~lanstvo u Dru{ tvu. Beogradski lekari imali su status redovnih, a lekari u unutra{wosti i inostranstvu dopisnih ~lanova. Sastanci su odr`avani dva puta mese~no, u zgradi Srpskog u-enog dru{ tva.⁴

Srpski arhiv za celokupno lekarstvo

I ste godine, \or|evi} je osnovao dru{ tveni ~asopis i dao mu naziv koji i danas nosi - „Srpski arhiv za celokupno lekarstvo“. Kako Dru{ tvo nije raspolagalo dovoljnim materijalnim sredstvima za {tampu, \or|evi} se, kao urednik lista, potrudio da ih obezbedi, { to mu je uspelo naredne godine, kada je, postav{ i li~ni lekar kneza Milana Obrenovi}a, izdejstvovao odobrenje za {tampawe lista o dr`avnom tro{ku.⁵ Pored toga, knez Milan je, svakako \or|evi}evom zaslugom, postao mecena Dru{ tva. Redovne godi{we nov~ane priloge davao je Dru{ tvu do kraja svoje vladavine, nakon ~ega je tu obavezu na sebe preuzeo wegov sin, krac Aleksandar.

Prvi broj Srpskog arhiva iza{ao je augusta 1874. godine. Zanimqivo je da su pojedini ~lanci, u me|uvremenu, objavqivani u „Srpskim novinama“.⁶ \or|evi}eva je ideja bila da ~asopis ima dva odecjka, odsono

dve sveske i da se u prvoj objavquju zapisi sa sastanaka Dru{ tva, statisti~ki izve{taji o bolovawu i umirawu, samostalni stru~ni radovi, godi{wi bolni~ki izve{taji, tromese~ni pregledi novih dostignu}a u medicini, kao i „prou-avawe i kritike na{ih sanitetskih odno{aja“, sa predlozima za unapre}ewe istih.

Drugi odecjak je bio predvi}en za objavqivawe celokupnih dela iz oblasti medicine, bilo prevoda ili radova domajih autora, ~ime je u Srbiji prvi put pokrenuta planska izdava~ka delatnost u ovoj oblasti. U periodu od 1874. do 1895. godine, u okviru drugog odecjka objavqeno je vi{e desetina naslova.

Zahvaqju}i \or|evi}evoj ure}iva~koj koncepciji danas imamo uvid ne samo u tokove Dru{ tvenog rada i razvoja ve}, { to je zna~ajnije, mo`emo da saznamo i shvatimo kakve su bile zdravstvene prilike u Srbiji 19. veka. Ovi zapisi su od zna~aja i za prou-avawe karakteristika nau~ne i prakti~ne medicine toga doba, kao i za upoznavawe wihove usagla{enosti sa evropskim doktrinama. Kada se ima u vidu da je ogroman broj dokumenata iz fondova Sanitetkog odecjewa Ministarstva unutra{wih dela i Ministarstva narodnog zdravqa uni{ten u toku ratova i neposredno posle Drugog svetskog rata, onda je jasno koliko je „Srpski arhiv za celokupno lekarstvo“ danas vredan kao istorijski izvor.

Od dru{ tvene zbirke do muzeja SLD

U okviru SLD, ve} 1872. godine, od poklona ~lanova oformqene su dve „dru{ tvene zbirke“. Prvu zbirku su uglavnom ~inili patoanatomski makroskopski preparati, a bila je poverena na ~uwawe profesoru Josifu Pan~iju i nalazila se u wegovom Jesta-stveni~kom kabinetu na Velikoj {koli⁷. Wu danas smatramo prete~om Muzeja srpske medicine SLD, koji je zvani~no osnovan pod ovim imenom 1955. godine, u okviru Sekcije za istoriju medicine i farmacije.^{8,9}

Drugu zbirku ~inile su kwige i medicinski ~asopisi koje je SLD dobijalo na poklon od svojih ~lanova. Do danas, na`alost, nisu sa~uvane ni dru{tvena zbirka patoantomskih preparata, ni biblioteka u celini. Zbirka je, verovatno, pripojena fondu Muzeja srpske zemqe, koji je osnovan 1895. godine, dok se izvestan broj kwiga nalazi u na{em muzeju. Velika je {teta {to je u toku Prvog svetskog rata uni{tena i arhiva SLD. Za ove gubitke od zna~aja je sigurno bilo i to {to SLD nije imalo svoju zgradu sve do 1932. godine.

SLD u prvim godinama svog rada

Sastanci SLD su prvih godina odr`avani u „stanu“ Srpskog u~enog dru{tva, a kada je 1879. izgra|en Dom Srpskog dru{tva Crvenog krsta, on je postao mesto okupqawa lekara dugi niz godina. Povremeno, SLD se okupqalo i u Varo{koj bolnici, kada je bio planiran prikaz nekog slu~aja iz prakse ili operativne tehnike, a ista zgrada bila je, prvi put, sedi{te SLD od 1924. do 1932. godine.

Srpsko lekarsko dru{tvo je ve} u prvim godinama svoga rada steklo ugled. Ono je imalo prijateqe i saradnike koji su bili razli~itih profesija, od kojih su mnogi bili po~asni ~lanovi SLD. Pomenimo samo Vladimira Jak{ija, Simu Lozani}a, Jovana Mi{kovi}a, ali i strane nau~nike: Luja Pastera, Teodora Bilrota, Roberta Koha i druge.

Mi{qewe i stav SLD tra`eni su i uva`avani u mnogim prilikama. Tako je, 1872. godine, beogradska op{tina tra`ila savet kako da organizuje lekarsku pomo} za gradsku sirotiwu, a knez Milan mu je poverio da ispita i distribuirava savremeni lek protiv difterije, koji je on doneo iz Francuske i poklonio SLD.¹⁰ Savetodavnu ulogu po pitawima zdravstva na nivou dr`ave SLD je obezbedio Vladan \or|evi} svojom reformom sanitetske struke. Srpskom lekarskom dru{tvu je tada bilo povereno da iz svojih redova bira ~lanove za Glavni sanitetski savet.

Kada je re~o reformama zdravstvenog sistema u Srbiji, potrebno je da se istakne da je SLD po tim pitawima uvek davalo svoj doprinos, bilo da je promene iniciralo samo ~lanstvo, bilo da je u~estvovalo u razmatrawu predloga¹¹. Ono je, tako|e, godinama izgra|ivalo i podr`avalo ideje da se u Srbiji osnuju va`ne institucije kao {to je Ministarstvo narodnog zdravqa i Medicinski fakultet u Beogradu, {to je ostvareno 1918. i 1920. godine.¹²

Vladan \or|evi} – osniva~ Srpskog dru{tva Crvenog krsta

I ako je Vladan \or|evi} za sobom ostavio zna~ajna dela iz razli~itih oblasti kojima se bavio, nesumnjivo je da su wegove `ivotne tekovine dva dru{tva, koja su ve} odavno u{la u drugi vek svoga trajawa. To su, ve} pomirano Srpsko lekarsko dru{tvo, ali i Srpsko dru{tvo Crvenog krsta, ~ije osnivanje je \or|evi} inicirao u predve~erje srpsko-turskih ratova 1876. godine. Od kakvog je zna~aja privatna pomo} raweni~ima u toku rata on je imao prilike da vidi u francusko-pruskom ratu, u kome je, sa odobrewem srpske Vlade, u~estvovao kao dobrovoqni lekar.² Svojim predawima u Beogradu, odr`anim pod naslovom „Crveni krst na beloj zastavi“, uspeo je da utre put Dru{tvu i da, izradom nacrtata Statuta, usmeri pravac wegovog delovawa.¹³

Kako u dana{woj, tako i u Srbiji 19. veka, retko je koja inicijativa, ukqu-uju}i i one humanog opredecewa, mogla da ostane van doma{aja dnevne politike i uplitawli~nih interesa. O{tro se suprostaviv{i takvim stremqewima \or|evi} je ubrzo po osnivawu Dru{tva dao ostavku na mesto u Glavnom odboru, tako da na wegovaqi razvoj nije imao bitnog uticaja. Osnovano „u dobri ~as“ i podr`avano od gra|anstva inteligencije, crkve, vlade i vladara, Dru{tvo je svoj prvi doprinos dalo ve} u prvom srpsko-turskom ratu, razviv{i mre`u od 35 pododbora i okupiv{i, u prvi mah, oko 2 000 ~lanova.¹⁴

Doprinos Vladana \or/evi}a u oblast i zdravst venog zakonodavst va

\or/evi}eva najve}a dostignu}a u oblasti zdravstva i medicine pripadaju sedamdesetim, i unekoliko, osamdesetim godinama pretpro{ log veka. Pored SLD i Srpskog dru{ tva Crvenog krsta, va`no je pomenuti i zdravstvene zakone za koje je izradio nacрте ~im je stupio na du`nost na~elnika Sanitetskog odcqewa Ministarstva unutra{ wih dela. To su ~uveni Zakon o narodnom sanitetkom fondu, iz 1879. godine i Zakon o ~uvawu narodnog zdravca, koji je stupio na snagu 1881. godine. Prvim od wih, slivawem svih okru`nih bolni~kih fondova, osnovan je poseban narodni sanitetski fond, ~ija se sredstva, na~elno, nisu mogla upotrebiti ni za {ta osim za zdravstvo. Prihodi i rashodi prora~unati su za osam narednih godina u toku kojih je bilo predvi}eno da bude izvr{ ena reorganizacija celokupnog gra|anskog saniteta. Zakonom o ~uvawu narodnog zdravca sanitetska uprava je centrlizovana, a wime su regulisana sva pitawa u vezi sa zdravstvom. Predvi}eni na~in finansirawa nije postojao ni u jednoj evropskoj zemci, i ako je na me|unarodnim lekarskim kongresima isticana potreba da zdravstveni fondovi na neki na~in budu obezbe}eni od politiki~kih uticaja i preusmerawawa sredstawa za druge potrebe. Sjajnom besedom koju je odr`ao u Narodnoj skup{tini o va`nosti narodnog zdravca, javne higijene, zdravstvenog prosvetivawawa i o na~inu `ivota na{ eg ~oveka od ro|ewa pa do smrti, Vladan \or/evi} je uspeo da potpomogne usvajawe predloga oba zakona. U jednom pismu supruzi Paulini on ka`e: „Najte`i deo mog posla, ura|en je. Osigurao sam, po~iwu}i od 1881. godine, godi{ we 1 018 000 dinara za potrebe saniteta. Mogu ti slobodno re}i da posle ovog rezultata nisam zabadava `iveo“.¹ Tekstovi zakona, prevedeni na francuski i nema~ki jezik, poslata su, na wegov predlog, {efovima saniteta evropskih zemaqa i mnogim uglednim nau~nicima. Naro~ito je

dobro ocewen Zakon o narodnom sanitetskom fondu, za koji je u brojnim pismima i ~lancima u stranim medicinskim ~asopisima istaknuto da je tim originalnim delom, prilago|enim srpskim potrebama „Srbija ... iza{ la napred pred sve druge civilizovane dr`ave“.¹⁵

^lanstvo SLD je nacрте ovih zakona pomno razmatralo na svojim sastancima i bitno je doprinelo wihovom kona~nom uobli~awawu, ali je isto tako, u decenijama posle wihovog stupawa na snagu, iniciralo kritike, izmene i dopune.

I deje Vladana \or/evi}a u oblast i socijalne medicine

Mawe je poznato da je Vladan \or/evi}, tih sedamdesetih godina, poku{ao da pokrene i neke socijalno-medicinske programe kao {to su osnivawe fonda za zdravstveno osigurawe radnika i osnivawe Doma za siromak{ne, stare, invalide, decu bez roditeljskog starawa i radnike bez zaposlewa. Po wegovoj zamisli, u domu bi ovi cudi i deca bili ne samo zbrinuti ve}i, prema individualnim sposobnostima, zaposleni, a samim tim i aktivni i korisni ~lanovi dru{tva. Tako|e, u okviru doma, predvideo je i pavicqon u kome bi vlast prisicqavala na rad „svakoga koji se luwa po ulicama izbegavju}i svaki rad, krade}i i ubijaju}i“. Mnoge ustanove koje je Dom trebal o da objedini u Srbiji nisu postojale ni posle vi{e decenija od ovog predloga. Pomenimo samo de~ju bolnicu sa lekarima specijalistima pedijatrije, obdani{te za decu zaposlenih roditelja, popravni dom i {kolu za babece.¹⁶

I ako neostvarene, ove ideje nam govore o tome koliko je \or/evi} bio spreman da ulo`i elana i truda ne bi li i za Srbiju obezbedio prosperitet i mesto u evropskoj porodici naroda.

Uspomena na Vladana \or/evi}a

Sa distance od 75 godina, koliko je proteklo od \or/evi}eve smrti, utisak je da

se uspomena na ovog lekara, ali i značajnog javnog radnika, najduže obovala upravom u njegovim kolegama, u okviru SLD. U godinama koje su usledile nakon oboje evog povlačenja sa važnih državnih dužnosti, koje je obavljao od 1888. do 1900. godine, često je kritikovano njegovo opredeljenje da svoj rad usmeri ka državnoj upravi i politici, umesto ka medicini i daljem razvoju zdravstva u Srbiji. Da bi se pravilno shvatilo oboje pobude nije dovoljno uložiti napor da se pronikne u njegovu ličnost i karakter, već je potrebno dobro poznavati odlike vremena u kome je živio, i još više, društvene i političke prilike u kojima se odvijao život u Srbiji toga doba.

Čak i tav niz godina u SLD vodene su polemike o tome kako su „Vladanovi zakoni“ neprimenjeni i prevaziđeni, ali nijedna od imenovanih komisija nije se izborila sa postavljenim zadatkom – kreiranjem novog zdravstvenog zakona. Da oboje nije bio neosetljiv na kritike svojih kolega govori nam i venica da je, sa ciljem da prikaže istorijat i vrednosti „svojih“ zakona, ali i da ih, na izvestan način odbrani, o čemu napisao i objavio tavu knjigu¹⁷. Upravo na weni strani čama nalazi mo svedoštvo o tome kako je izgledao oboje ev poslednji dolazak u SLD: „Pisac ovih vrsta, kada se vratio iz emigracije, u koju je otišao zbog Dragijade, prvo je otišao u SLD na redovnu sednicu. Wemu je predsednik društva ulinio čast, da mu za tu sednicu ustupi predsedništvo. Sutradan je u beogradskim listovima pozvana publika, da bojkotuje one lekare, koji su bili u sednici, u kojoj je predsedavao onaj, koji je društvo stvorio i koji mu je osigurao 12 000 hiljada dinara godišnje Kračeve pomoći, bez koje danas toga društva ne bi bilo u životu. Da ne bi samim svojim prisustvom u sednici i skupovima SLD izlagao i dalje opasnosti, da njegovi članovi budu bojkotovani, ovaj član društva uzdržavao se dalje od svakog uličaja u društvenom radu. 25. februara ove 1910. god. došao je pred-

sednik sa sekretarom SLD, da u ime društva oboje taju piscu ovih vrsta pedesetogodišnju kćerku. Za tu ljubavnost društva on je još jedan put otišao u njegovu sednicu i jednim predavanjem o suvremenom pokretu u medicini oprostio se od društva“.

I ako dužna prema starijima i potovane wihovih zasluga nisu baš uvek srpske odlike, srpski lekari su se Vladan oboje a setili i 1926. godine, kada mu je dodeljen prvi počasni doktorat Medicinskog fakulteta u Beogradu.¹⁸

Tri godine kasnije, oboje a, koji je star i usamljen provodio svoje poslednje dane u Badenu kraj Beča, posebno je obradovao oboje tka za njegov 85 rođendan, koja mu je stigla iz Srpskog lekarskog društva¹⁹.

Na kraju, navešćemo reči koje je, upitan za mišljenje o Vladanu oboje u, izrekao jedan od njegovih savremenika: „On je napustio blagodarnu medicinu i otišao u neblagodarnu politiku. I ta zamerka nije zadržana, jer smatram da je se on kao kćerka evnik dovoljno odužio o svome narodu. Samo, to je dao primer, te za wim trčeci i zvani i nezvani. Ali, mnogi je prešao Rubikon, no nije svaki Cezar“.²⁰

Zaključak

Zahvaćujući dr Vladanu oboje u, danas možemo da se ponosimo tradicijom našeg Srpskog lekarskog društva, dugom 133 godine, ali i da prihvatimo obavezu, da u skladu sa njegovim životnim motom, koji je glasio: „Laboremus“ (Radimo!), SLD obezbedimo ugled kakav mu je, na samom početku, stvorio njegov osnivač.

Literatura

1. Rajić S. Vladan oboje u, biography of a confirmed sympathizer of the Obrenovičs (dissertation). Belgrade: School of Philosophy, University of Belgrade; 2005. (Serbian)
2. Unpublished autobiography of Vladan oboje u. Archive of the Serbian Academy of Sciences and Art. Document 4 VI, 7380. Belgrade ASANV. (Serbian)

3. Serbian Medical Society. Proceedings of the first previous meeting of the Serbian Medical Society. Volume 2. Belgrade: Srpsko lekarsko društvo; 1874. P.2. (Serbian)
4. Serbian Medical Society. Proceedings of the first previous meeting of the Serbian Medical Society. Volume 1. Belgrade: Srpsko lekarsko društvo; 1874. P.8. (Serbian)
5. Serbian Medical Society. Report of Vladan \or|evi} on the second year of the Serbian Medical Society existing. Volume 2. Belgrade: Srpsko lekarsko društvo, 1875. p. 43. (Serbian)
6. Vukovi} @. Serbian Medical Society 1872-2002. Belgrade. Vukovi}; 2002. p. 12. (Serbian)
7. Serbian Medical Society. Proceedings of 3rd regular meeting of the Serbian Medical Society. Volume 1. Belgrade. Srpsko lekarsko društvo; 1874. p. 15. (Serbian)
8. Stanojevi} V. Natioanl sciences nad medical museums in Belgrade. In: Stanojevi} V, editor. Proceedings of the Conference on 15th Anniversary of the Section for the History of Medicine and Pharmacy and the Museum. Volume 3. Belgrade: Srpsko lekarsko društvo; 1966. pr.5-10. (Serbian)
9. \or|evi} SP. Contribution to the knowledge on the history of Serbian medical museums. Arhiv za istoriju zdravstvene kulture Srbije 1990; 19(1-2): 83-95. (Serbian)
10. Serbian Medical Society. Report of Vladan \or|evi} on the second year of the Serbian Medical Society existing. Volume 2. Belgrade: Srpsko lekarsko društvo, 1875. p. 42-4.. (Serbian)
11. \or|evi} V. Ministry of public health, contribution to the history of medical corps reform in Serbia 1870-1910. Belgrade: Štamparija Srbija; 1910. (Serbian)
12. Stanojevi} V. Participation of the Serbian Medical Society in the foundation of the Shool of Medicine in Belgrade. In: Serbian Medical Society, Editor. Commemorative review of the Serbian Medical Society 1872-1972. Belgrade: Srpsko lekarsko društvo; 1972. p. 137-45.(Serbian)
13. \or|evi} V. Red cross on the flag. Belgrade: Dr`avna štamparija; 1876. (Serbian)
14. Joksimovi} HM. History and functioning of the Serbian. Red Corss Association and the Red Cross Association of the Kingdom of Serbs, Croats and Sloveninans from February 6th, 1876 to February 6th, 1926. Belgrade: Grafi?ki institut „Narodna misao“; 1926. p. 26. (Serbian)
15. \or|evi} V. Ministry of public health, contribution to the history of medical corps reform in Serbia 1870-1910. Belgrade: Štamparija Srbija; 1910. p. 102. (Serbian)
16. \or|evi} V. Let us help our poor people. Belgrade: Dr`avna štamparija; 1872. (Serbian)
17. \or|evi} V. Ministry of public health, contribution to the history of medical corps reform in Serbia 1870-1910. Belgrade: Štamparija Srbija; 1910. p. 351. (Serbian)
18. Jovanovi} \. Speech ofn congerring Vladan \or|evi} an honorary doctorate. \or|evi} V. Reply to the speech of Jovanovi} \. Srp Arh Celok Lek 1926; 28(2): 131. (Serbian)
19. Arhiv Srbije. Fund of Vladan \or|evi} - V\ (1844-1930). Available from: <http://www.archives.org.yu/fudj.htm> (Serbian)
20. Suboti} VM. 50th anniversary of the literature. Belgrade: Dr`avna štamparija; 1910. (Serbian)

Iz istorije zdravstva Srbije

Nesvakida{ wa hrabrost sreskog lekara*B. Milanovi}*¹

Po~etkom oktobra davne 1942. godine nema~ki okupator je {irom Srbije preduzimao akcije hap{ewa i likvidacije Jevreja i Roma. U tom ciqcu je bila planirana akcija u Ciganmalu u Trsteniku.

U to vreme sreski lekar, i jedini u Trsteniku i okolini, bio je dr Sava Stanojevi} (1898–1982), francuski |ak i nosilac Albanske spomenice, koji je, ~ime je ~uo {ta planiraju da urade Nemci, stavio na ulaz u Ciganmalu u Trsteniku tablu sa natpisom „pegavi tifus“, na nema~kom jeziku. Zahvaquju}i tome Nemci nisu u{li u ovo romsko naseqe.

Na ovaj na~in dr Stanojevi} je spasao sigurne smrti mnogobrojne Rome i wihove porodice od hap{ewa i slawa u logore, ali se o ovom doga|aju nije mnogo pri~alo sve do zavr{etka rata, budu}i da je uvek postojala opasnost da Nemci sprovedu u delo svoju planiranu akciju.

Tek posle rata podvig dr Stanojevi}a je dobio puno priznawe, a stanovnici Cigan-

male su slavili dr Stanojevi}a kao najve}eg dobrotovra i za{titnika, pozivaju}i ga na mnogobrone porodi~ne sve~anosti. U svakoj romskoj ku}i, pored ikone krsne slave, Svetog \or|a, stajala je i slika nezaboravnog dobrotvora Roma u Trsteniku dr Save Stanojevi}a.

Za svoj nesvakida{wi podvig dr Sava Stanojevi} je progla{en za po~asnog gra|anina Trstenika, dom zdravqa u ovom mestu je nosio wegovo ime, snimqen je dokumentarni film o wemu. Poznati trsteni~ki lekar dr Aca Mili}evi} (1927–2006) napisao je kwigu o `ivotu i radu dr Save Stanojevi}a. Amatersko kulturno-umetni~ko dru{tvo Roma u Trsteniku je godinama igralo komad o podvigu dr Stanojevi}a za vreme okupacije, a na wegovoj sahrani na trsteni~kom grobqu, 1982. godine, svi rao je orkestar tamo{iwih Roma.

* Iz: „Politika“, 11. decembar 2007.

¹ Branko Milanovi}, Vrwa~ka Bawa

Vesti i novosti iz zdravstva

Osnovan Savet za stare

Vlada Srbije osnovala je Savet za pitawa starosti i starewa, a za predsednika toga saveta imenovala ministra rada i socijalne politike Rasima Qaji}a, objavqeno je u „Slu`benom glasniku RS“.

Za ~lanove Saveta imenovani su pomo}nik ministra zdravqa **Goran I li}**, { ef odseka za systemska pitawa u Ministarstvu rada i socijalne politike **Dragan Vulevi}**, direktor Instituta dru{tvenih nauka, **Mirjana Ra{evi}**. ^lanovi saveta su i **Dragan Dini}** iz Instituta za internu gerijatriju Klini~ko-bolni~kog centra „Zvezdara“, **Drenka Vukovi}** (Fakultet politi~kih nauka), **Lidija Kozar-anin}** iz Repbuli~kog zavoda za socijalnu za{titu.

U Savetu su direktor Gradskog zavoda za gerontologiju, ku}no le~ewe i negu **Milan Crnobari}**, **Svetlana @ivani}** (Univerzitet za tre}e doba), **Petar Manojlovi}** iz Gerontolo{kog dru{tva Srbije i **Branko Pavlovi}**, predsednik Nezavisnog sindikata penzionera „Nezavisnost“.

10. novembar 2007.

Institucioanlni sme{taj starih osoba u Srbiji (2007)

Ako bi svaki {esti stanovnik Srbije stariji od 60 godina po`eleo da „tre}e doba“ provede u stara~kom domu za jedno mesto bi konkurisalo 175 na{ih starijih gra|ana. Ali, samo jedan odsto wih imalo bi {ansu da dobije sme{taj u jednom od 38 registrovanih dr`avnih domova u kojima ima mesta za 9,456 najstarijih gra|ana, {to je

dvostruko mawe od potreba. Od ukupnog broja dr`avnih domova koji se dotiraju iz buxeta sa 10 do 20 odsto, 25 je gerontolo{kih centara, sedam domova za stare i penzionere i {est domskih odcqewa pri centrima za socijalni rad. Popuwenost je stoprocentna, pa se na upra`weno mesto ~eka i po godinu i po dana. Cene u dr`avnim domovima kre}u se od 12.000 do 30.000 dinara.

U Ministarstvu rada, zapo{qavawa i socijalne politike potpisani su sporazumi sa predsednicima pet op{tina (U`ice, Priboj, ^a~ak, Sremska Mitrovica i Bosilegrad) u kojima }e se tokom ove godine graditi domovi za stare, maweg kapaciteta, za od 20 do 50 korisnika. Gradwa pet malih domova koji bi slede}e godine trebalo da dobiju nove stanare prvi je korak u realizaciji projekta za koje je Ministarstvo obezbedilo sredstava iz Nacionalnog investicionog plana, a kojim je predvi|ena izgradwa oko 20 domova za stare {irom Srbije, tokom 2007. i 2008. godine.

Privatnih domova tako|e nema dovoqno. Trenutno postoji pedesetak, ali, kako su nam rekli u Sektoru za socijalnu za{titu Ministarstva rada, zapo{qavawa i socijalnog starawa, dozvolu za rad ima samo sedam ustanova sa ukupno 200 mesta.

Iz: Politika, 23. april 2007;

Tema dana: Stara~ki domovi, autori: Nada Kova~evi}, Dejan Spalovi}

Gde se nalaze gerontolo{ki centri

U na{oj zemqi postoje gerontolo{ki centri i domovi za stare u Apatinu, Kuli,

Smederevu, Beogradu, Bačskoj Palanci, Bečeju, Vrbasu, Kuli, Somboru, Subotici, Mladenovcu, Mataruškoj Bawi, Kruševcu, Leskovcu, Subotici, Pančevu, Kragujevcu, Nišuu, Novom Sadu, Leskovcu, Dimitrovgradu, Kikindii, Kavičii, Kragujevcu, Zrewaninu, Jagodini, Aleksincu, Obrenovcu...

Na spisku privatnih domova koji pripadaju Udruženju privatnih domova za stare su domovi „Vremeplov“ u Beogradu, „Goranski dom“ u Alibunaru, „Dolne vitanje“ u Zemunu, „Lug“ i Dom za stare „Sveti Nikola“ u Mladenovcu, „Staradom“ u Mirijevu, Gerontološki centar „Sveti Georgije“ na Petrovaradinu, Centar za brigu o starima „Sunčani breg“ u Rekovcu.

Iz: Politika, 23. april 2007.

Grad starih

Svaki je Beograđanin, odnosno 15,7 odsto sugrađana je starije od 65 godina, a najstarije opštine u gradu su Vračar, Stari grad i Savski venac, i prigradska Sopot, istakla je juče u Skupštini grada, na svečanoj akademiji posvećenoj oktobru kao mesecu starih, Snežana Stevanović, gradski sekretar za zdravstvo. Sa povećanjem broja starih osoba uvećani su, kaže, i zahtevi za pruženje i unapređenje usluga njihove zdravstvene zaštite, pa je to i bio povod da se na jučerašnjem događaju okupe poznati stručnjaci iz oblasti gerijatrije, gerontologije, zdravstvene i socijalne zaštite.

– Porast starih stanovnika dovodi do veće zastupčenosti hroničnih oboljela kod pacijenata u gradu, a podaci govore da su kardiovaskularne bolesti vodeći uzrok smrtnosti i povećanog bolničkog ležanja starijih od 65 godina, dok su maligna oboljela na drugom mestu. Zato treba da usavršavamo ležanje kardiovaskularnih bolesti, a naš sekretarijat je ove godine pokrenuo nekoliko projekata zdravstvene zaštite starijih sugrađana – objasnila je Stevanovićeva.

Na akademiji akcenat je stavljen na razvoj vaninstitucionalne zaštite starih Beograđana, o čemu je govorio dr Milan Crnobari, direktor Gradskog zavoda za gerontologiju. Čičana Jović, sekretar za socijalnu i dečju zaštitu, objasnila je da u okviru Gerontološkog centra Beograd, pored četiri doma za stare, postoji 20 dnevnih centara i klubova za društvene starih. Najavila je da će u 2008. godini nastojati da formiraju i dnevne boravke za ovu populaciju, gde bi bake i deke uz zdravstveni nadzor provodili od šest do deset časova dnevno.

– U okviru službe „Pomoć u kući“ u 13 gradskih opština usluge gerontološke sada koristi 1.895 starih, a do kraja godine, započevanjem još 50 domova, one će biti omogućene za još 150 sugrađana. Za poboljšanje uslova boravka starih osoba u dnevnim klubovima iz bužeta grada od početka godine izdvojeno je oko sedam miliona dinara, a dogodne suma novca biće uvećana – najavila je Jovićeva.

Akademiju, čiji je ovogodišnji moto „Partnerstvo u zajednici za oživljavanje zdravlja i kvaliteta života u trećem životnom dobu“, otvorili su članovi Gradskog veća dr Vladan Čubarević i Vesna Raca-Radišavčević, koja je podsetila da je stare Beograđana početkom devedesetih i da je prestonica danas u dubokoj demografskoj starosti. Profesor dr Mladen Davidović, direktor Klinike za gerijatriju u KBC „Zvezdara“, istakao je da broj starih u zemlji drastično raste, da su naše žene dugovečnije od muškaraca, kao i da smo među zemljama u regionu gde stanovništvo dnevno raste. Primarijus dr Sofija Boćinović, iz KBC „Dragi i Mirovi“, govorila je o prevalenciji kardiovaskularnih oboljela kod starih, dr Aleksandra Milićević-Kalafić, iz Gradskog zavoda za gerontologiju, o starima sa psihičkim problemima. Svečanost je počela minutom utawa i odavajanjem pošte Nenadu Bogdanoviću, gradonačelniku, zbog čije smrti je i odložena za kraj meseca.

D. Jokić

Iz: Politika, 5. novembar 2007.

Za humanije `ivotne uslove u starosti

Uva`avaju i ~i weni cu da je starewe stanovni{ tva Srbije dostiglo nivo koji Srbiju svrstava me|u deset najstarijih populacija u svetu, Vlada Republike Srbije, pre godinu i po dana, usvojila je Nacionalnu strategiju o starewu, { to je bila i me|unarodna obaveza proiza{ la iz Madridskog me|unarodnog plana akcija o starewu (2002) i Regionalne strategije u pogledu wene primene u Evropi.

U poku{aju da izna|e i utvrdi adekvatne odgovore na izazove takvog intenzivnog starewa stanovni{ tva Srbije, Nacionalna strategija o starewu predvi|a ~itavu skalu dru{tvenih aktivnosti i mera u mnogim oblastima privrednog, op{tedru{tvenog, socijalog i kulturnog razvoja, koje bi trebalo da doprinesu ubla`avawu i otklawawu mnogih prate}ih negativnih posledica takvog demografskog razvoja zemqe.

S obzirom na to da kvalitet `ivota i socijalna sigurnost u starosti umnogome zavise od aktivnosti mnogih resora i drugih dru{tvenih faktora (vladinih i nevladinih), Vlada Republike Srbije je formirala Savet za pitawa starewa i starosti, kao stru-no savetodavno telo, koje bi trebalo da obezbedi punu koordiniranost u delowawu brojnih dru{tvenih subjekata.

I ako je od dono{ewa Nacionalne strategije o starewu pro{lo godinu i po dana, o-ekivane intenzivne aktivnosti ovog save-ta su izostale, pa se ne ostvaruju u potrebnoj meri predvi|ene aktivnosti u implementaciji razvojnih zadataka utvr|enih ovim dokumentom.

Negativne posledice demografskog razvoja se zao{travaju i uve}avaju se problemi u ovoj oblasti dru{tveno-organizovanog rada, posebno u sferi suzbijawa siroma{tva, penzijskog i invalidskog osigurawa, socijalne i zdravstvene za{tite, gerontolo{kih usluga, kulture i drugih `ivotnih potreba ostarelih qudi.

Umesto da se intenzivnim anga`ovawem Saveta ovi problemi postepeno re{avaju, oni se nagomilavaju i uve}avaju.

Ne mo`e biti prosperitetno i sre}no nijedno dru{tvo u kome je ~itav jedan veoma brojni segment stanovni{tva na marginama dru{tvene brige i skoro zanemarena kao potro{a~, ~ija je kupovna mo}a minorna.

I zlaz iz ove te{ke situacije nije ni lak, niti jednostavan, ali se re{ewa mogu postepeno izna}i ako se ona ne tra`e kam-pawski, ve} sistematski i kontinuirano, podrazumevaju}i u tome i konstantno anga`ovawe Saveta Vlade Republike Srbije za pitawa starewa i starosti.

*Petar Manojlovi}, ~lan Upravnog odbora Gerontolo{kog dru{tva Srbije
Iz: Politika, 19. novembar 2007.*

Posao za pedeset gerontodoma}ica

Prilika da se bolesnim, starim, iznemoglim i invalidnim licima u Ni{u stvore boqi i humaniji `ivotni uslovi

Udru`ewe samohranih majki u Ni{u sa odu{evqewem je do-ekalo projekat „Gerontoserwis“, odobren od Ministarstva ekonomije i regionalnog razvoja, koje }e u wega ulo`iti vi{e od sedam miliona dinara. Ciq projekta je da se unapredi ekonomski i socijalni polo`aj nezaposlenih `ena, samohranih majki i socijalno ugro`enih osoba.

S druge strane, ovo je i prilika da se bolesnim, starim, iznemoglim i invalidnim licima stvore boqi i humaniji `ivotni uslovi. Gerontodoma}ice }e u wihovim domovima provoditi po dva sata dnevno i pomagati im u ~i{ewu stana, odr`avawu hitijene, pripremapu hrane i svemu drugom {to je neophodno takvim qudim. Ta pomo} za wih }e biti besplatna.

Posao je dobilo pedeset `ena izme|u 45 i 55 godina starosti, me|u kojima je najvi{e samohranih majki, dok }e korisnici wihovi usluga biti odabrani u dogovoru sa Gerontolo{kim centrom. Prema re~ima Miroslove

Jovanovi} iz Udru`ewa samohranih majki, namera je da ovu pomo} dobiju najugro`enije osobe kojima je ona i najpotrebnija.

@ene koje su dobila posao geronto doma}ica od 15. novembra su na obuci u Narodnom univerzitetu i uskoro }e krenuti u domove starih i invalidnih osoba. Po dve od wih imaju visoku i vi{ u stru~nu spremu, 31 je sa sredwom, a petnaest sa ni`om { kolskom spremom. Osim { to }e im biti pokriveni tro{kovi prevoza, dobija}e i mese~nu zaradu koja za one sa ni`om spremom iznosi 11.800 dinara, dok se za ostale uve}ava, zavisno od diplome – sa zavr{enom sredwom { kolom dobija}e petnaest procenata vi{e, sa vi{om trideset, a sa visokom – 45 odsto vi{e.

Geronto servis je pokrenut u okviru „Strategije za smawewe siroma{tva“, podr`ava ga Vlada Srbije i trajaja}e {est meseci, ali se ovde nadaju da }e biti produ`en za jo{toliko.

Zanimqivo je da je ovo jedan od projekata iz oblasti javnih radova u kojima je ove godine bilo anga`ovano 340 qudi sa evidencije ni{ke filijale Nacionalne slu`be za zapo{qavawe (NSZ).

– Kada ka`em javni radovi, qudi obi~no pomisle na neku komunalnu delatnost. Me|utim, ovaj pojam se pro{iru}e i na socijalno-humanitarnu delatnost u ciqure{avawa socijalnih problema grada – isti~e Lidija Nedeqkovi} iz NSZ.

Prema weni mre~ima, iskustva su pozitivna jer je veliki broj onih koji su bili anga`ovani u javnim radovima u trajawu od dva {est meseci u nekim firmama primqen u radni odnos. Tako je, reciomo, Javno komunalno preduze}e Medijana, koje je i anga`ovalo najve}i broj radnika, devetnaestoro wih zadr`alo u stalnom radnom odnosu.

Milan Mom~ilovi}

Iz: Politika, 29. novembar 2007.

Mobilni timovi poma`u starima

Cena usluga geronto-doma}ica oko 1.090 dinara mese~no, na listi ~ekawa vi{e od 300 gra|ana

Korisnike pomo}i geronto-doma}ica ju~e su u wihovim domovima u op{tini Stari grad posetili Simo Vukovi}, ~lan Gradskog ve}a, i Qi qana Jov~i}, sekretar za socijalnu i de~ju za{titu. Ona je najavila da }e korisnici „Slu`be pomo} u ku}i“ na raspolagawu u toku no}i uskoro imati mobilne timove, a za one kojima je pomo} potrebna u toku celog dana organizova}e se dnevni boraci.

– Promenila sam nekoliko geronto-doma}ica – ka`e Du{anka Nestorovi}, osamdesetogodi{wa u~iteqica u penziji. – One dolaze kod mene svakog radnog dana ve} {est godina i bez wihove pomo}i ne bih mogla sama. Za dva sata Slavic a opegla i opere, pomogne mi da se okupam i namestim frizuru, kupi namirnice i spremi ru~ak.

Ova prijatna starica isti~e da je uslugom zadovoljna, ali ka`e da joj no}i te{ko padaju, jer je prepu{tena sama sebi. Weni mukama }e, ako se ispune planovi Sekretarijata za socijalnu i de~ju za{titu, uskoro do}i kraj. Pri svakoj op{tini oformi}e se mobilni timovi. De`urni slu`benici }e, zahvaqju}i aparatima koje korisnici mogu da nabave po veoma povoljnoj ceni, biti obave{teni kome je u tom trenutku potrebna pomo}.

Usluge 660 geronto-doma}ica u 13 gradskih op{tina koristiti 2.000 sugra|ana. Prema mre~ima]ire Pe{kina, upravnika poslovne jedinice „Dnevni centri i klubovi“ Gerontolo{kog centra Beograd, cena usluga geronto-doma}ica je simboli~na, oko 1.090 dinara mese~no, pa je na listi ~ekawa vi{e od 300 gra|ana. On isti~e da svi gra|ani zainteresovni za pomo} ove vrste pomo}i mogu da se obrate socijalnim centrima pri op{tinama. U narednim mesecima planirano je i pro{irewe broja korisnika, pa }e biti zaposleno jo{ 50 geronto-doma}ica.

Prema mre~ima Qi qane Jov~i}, „Pomo} u ku}i“ je oblik vaninstitucionalne za{tite namewen sugra|anima tre}eg i ~etvrtog doba koji se ote`ano kre}u, ali nega im nije neophodna iz ~asa u ~as.

– Pokazalo se da postoji veliki broj sugra|ana kojima su potrebni pa`wa i nadzor u toku celog dana, pa }emo ustanoviti dnev-

ne boravke. U wima }e provodi ti od { est do 11 sati dnevno i za to vreme }e sve wihove potrebe, pa i one za lekarskom negom, biti pokriveno – rekla je Jov-}eva i istakla da je ciq da gra|ani ostanu da `ive u svom domu.

S. M.

I z: Politika, 12. januar 2008.



VLADA REPULI KE SRBI JE

Strategija za smawewe siroma{ tva (SSS) u Srbiji predstavqa sredworo-ni razvojni okvir usmeren na smawewe kqu-nih oblika siroma{ tva, stvarawem materijalnih i drugih preduslova, kao i pru`awem {ansi svakom da obezbedi egzistenciju sebi i svojoj porodici. SSS nudi analizu uzroka, karakteristika i profila siroma{ tva u Srbiji, kao i glavne strate{ke smernice za wihovo otklawawe u narednim godinama. Vlada Srbije je opredqena za privredni rast i razvoj zbog ~ega su i aktivnosti u okviru SSS usmerene ka privrednom razvoju i rastu, spe-avawu pojave novog siroma{ tva i na brigu o tradicionalno siroma{nim grupama. Kona-na verzija SSS je usvojena 16. oktobra 2003, a 17. februara 2005. Vlada je ovlastila potpredsednika Vlade da je redovno informi{e o procesu implementacije Strategije, u saradwi sa Timom za implementaciju Strategije za smawewe siroma{ tva.

8. januar 2008.

Vlada Republike Srbije

UNECE minstarska konferencija o starewu

Minstarska konferencija o starewu odr`ana je od 6. do 8. novembra 2007. godine u {panskom gradu Leon, u okviru obele`avawa

pete godi {wice od Svetske skup{tine o starewu i dono{ewa Madridskog internacionalnog plana akcije o starewu. Konferenciju su organizovali Vlada Kraqevine [panije i UNECE (Ekonomska komisija UN za Evropu). Konferenciji je prisustvovalo vi{e od 200 predstavnika Evrope i Severne Amerike koji sa-}iwavaju UNECE region. Samo devet dr`awa nije imalo zvani~ne delegacije.

Delegaciju Srbije predvodio je dr`avni sekretar Ministarstva rada i socijalne politike, Zoran Martinovi}.

Minstarska konferencija UNECE je usvojila Sumarni izve{taj o starewu u zemqama UNECE, i Leonsku politi~ku deklaraciju u kojoj je istaknut progres u postizawu dugove~nosti, ali i izazovi koji rastu sa daqim procesom starewa. U-esnici su upoznati i sa donetom Deklaracijom NVO, kao i Preporukama Nau-nog foruma UNECE, u kojima se isti~e zna-aj socijalne ukqu-nosti svih generacija i aktivnosti na smawiwawu siroma{ tva kao i me|unarodne saradwe i nau-nog istra`iwawa na relaciji Istok-Zapad u daqoj implementaciji Me|unarodnog plana akcije o starewu.

Na panelima Konferencije su podr`ane akcije i ostvareni rezultati u Srbiji tokom proteklih pet godina: dono{ewe Nacionalne strategije o starewu na nivou Vlade Srbije, formirawe Vladinog Saveta za starost i starewe, aktivnosti i mere Ministarstva rada i socijalne politike i drugih, kao i rezultati rada civilnog dru{tva u oblasti starewa, NVO i humanitarnih organizacija, me|unarodna saradwa i posebno saradwa dr`ave i civilnog dru{tva u oblasti starewa.

I z: „Bilten o primeni Strategije za smawewe siroma{ tva u Srbiji“, N^o 13, januar 2008.

Name{tawe ki~me u domu zdravqa

Alternativni na-}ini le-ewa, osim kod privatnika, bi}e dostupan i u dr`avnim

zdravstvenim ustanovama, ali je ih građani plaćati iz svog xepa

Zbog la`nih obećawa, `eće za zaradom na tu|oj mucu i bolesti, alternativna medicina u Srbiji nedavno se opet našla na stranicama crne hronike. U Beogradu je uhapšena doktorka pod sumvom da je namagnetisanim granulama {e}era le~ila čude s dijagnozom leukemije, meningitisa i karcinoma. U policijskoj prijavi stoji da je osumwi~ena zaradila vi{e od {est miliona dinara i da je prevarila vi{e od hiljadu osoba kojima je obećavala izleewe. Svoju metodu navodnog le~ewa promovisala je kao homeopatsku medicinu, kompromitujući tako jednu od najstarijih i na Zapadu vrlo cewenih metoda le~ewa.

Homeopatija je, zajedno s nekim drugim granama alternativne medicine, ušla i u naš Zakon o zdravstvenoj zaštiti, ~ime je stekla pravo primene. Naravno, primena homeopatije ili bilo koje druge grane tradicionalne medicine, ali i zvani~ne, standardne, takozvane atlantske medicine ne dozvoćava davawe la`nih obećawa o izleewu ne~ega {to se ne mo`e le~iti, kao {to se sumwa da je ~inila doktorka sa svojom k}erkom, be`e}i pred inspektorima i mewaju}i stanove

Bez la`nih obećawa

Svojevremeno su ba{ zato ~lanovi Sekcije za homeopatiju Srpskog lekarskog društva i wen predsednik, profesor dr Milo{ Popovi}, insistirali da se metoda homeopatije zaštiti od kompromitowawa, saop{tavaju}i javnosti koje se bolesti ne mogu le~iti homeopatijom, upravo zbog poplave oglasa i reklama u kojima se obećavalo nemogu}e. Uvek su isticali da je homeopatija vrsta klini~ke medicine i ne mo`e da bude paravan za neke alternativne metode koje nemaju nikakve veze sa medicinom. Ne mo`e se iz {ake ili {arenice oka, niti merewem otpo-

ra na ko`i ili viskom, odnosno metodom termovizije postavćati dijagnoza, a onda se propisivati lekovi, prilikom ~ega se ~esto zloupotrebćavaju homeopatski lekovi.

Homeopatijom ne mogu da se le~e tumori u odmakloj fazi, leukemija, sida, ciroza jetre, ali ni psihoze ili uznapredovale organske i sistemske bolesti, poput te{kog reumatizma ili lupusa. Tako|e, homeopatija ne mo`e da le~i te{ke endokrinolo{ke bolesti sa deficitom hormona, na primer uznapredovalu {e}ernu bolest ili uro|eni, juvenilni dijabetes. Homeopatija je nemo}na i u le~ewu neurolo{kih bolesti s fiksi ranim organskim promenama nervnog sistema. Na primer, te{ko je pomo}i nekome ko je oboleo od multiple skleroze.

Alternativna medicina je nepravedno ~esto našlo{em glasu upravo zbog slu~ajeva prevare. U ~itavom svetu popularnost alternativne medicine veoma raste. U Americi se svake godine sve vi{e novca tro{ i upravo na le~ewe alternativnom medicinom, ve} se pomiwe cifra od 14 milijardi godi{we. Britanska kraćica ve} decenijama na put ne kre}e bez kov~e`i}a u kojem se nalaze homeopatski preparati.

Akupunktura, ajurveda, ki ropratkтика, ali i jo{ 15 tradicionalnih metoda le~ewa odnedavno su i u Srbiji zakonski tretirane kao regularne metode. Pravilnik je stupio na snagu krajem godine. Prema pravilniku, primewiva}e se samo stru~no proverene metode koje blagotvorno deluju na zdravće qudi.

Osobe koje ne ispuwavaju propisane kriterijume, a bave se alternativnim metodama le~ewa, tretira}e se kao i svi koji rade na nelegalan na~in. Da bi zdravstvena ustanova i privatnici mogli da koriste metode i postupke tradicionalne medicine neophodne su i odgovaraju}e prostorije za obavćawe zdravstvene delatnosti, a za tai }i i joga ve`be i prostorije za ve`be. Ovi na~ini le~ewa bi}e dostupni i u dr`avnim zdravstvenim ustanovama, ali je ih građani plaćati iz svog xepa i ne}e im biti dovoćna samo kwi`ica.

Tradicija uz diplomu

Integrativna medicina, { to je kod nas popularniji naziv od alternativne medicine, ima dugu tradiciju i primenu. Nekad je to bio sirup ili -aj koji nam je propisao lekar, a nekada, priznajmo, i ljudi koji su nadaleko poznati po ve{tini name{tavanja kostiju i ki{me, bez diploma, ali su znave nasledili od predaka.

Ministar zdravstva, profesor dr Tomica Milosavcevi} u javnosti je nedavno pojasnio da }e ubudu}e alternativnom medicinom mo}i da se bave isklu~ivo osobe koje su zavr{ile medicinski fakultet ili odgovaraju}u drugu {kolu. Ali, pre nego {to prime prvog pacijenta, oni koji }e nas ubudu}e le~iti metodama alternativne medicine mora}e da pro}u procenu nedavno imenovanog i osnovanog Stru~nog odbora Srbije o opravdanosti bavcewa tradicionalnim metodama le~ewa, a potom }e Ministarstvo zdravstva davati licencu za rad.

Uslov u vidu diplome medicinskog fakulteta u Evropi, na primer, nije uvek

obavezan, i u nekim zemljama terapeuti mogu da budu ljudi iz nemedicinske struke. Ministar zdravstva, me|utim, smatra da bi neispuwawem uslova fakulteta i u sada{wem trenutku razvoja zdravstvenog sistema Srbije bila napravljena „ve}a {teta nego korist“. Za mesto pod suncem alternativna medicina se i u najrazvijenijim klasi~nim zdravstvenim sistemima izborila upravo kao jeftinija medicina, ne{kodljiva, ali i uz glavni moto da ne le~i bolest, ve} pacijenta. Me|utim, taj integrativni pristup se izgubio u savremenoj medicini koja je „iscepkana“ na specijalnosti i skupu medicinsku tehnologiju i dijagnostiku. Studije u Engleskoj i Americi ukazale su i da se alternativnom medicinom u{tede postit}u u potro{wi lekova, broju laboratorijskih analiza, specijalisti~kih pregleda i poseta lekarima op{te prakse.

Olivera Popovi}

Iz Politika, 11. januar 2008.

Adresar zdravstvenih ustanova od interesa za zdravstvene ustanove

**ADRESAR VA@NIH USTANOVA
I INSTITUCIJA**

Ministarstvo zdravqa

11000 Beograd, Nemawina 22-26

Ministarstvo rada i socijalne politike

11000 Beograd, Nemawina 22-26

Ministarstvo za za{titu `ivotne sredine

Novi Beograd, Omladinskih brigada 1

**Ministarstvo ekonomije
i regionalnog razvoja**

11000 Beograd, Bulevar kraqa Aleksandra 15

Ministarstvo omladine i sporta

Novi Beograd, Bulevar Mihaila Pupina 2

Ministarstvo za dijasporu

11000 Beograd, Vase ^arapi}a 20

Ministarstvo za Kosovo i Metohiju

Novi Beograd, Bulevar Mihaila Pupina 2

**Kancelarija za
nacionalni investicioni plan**

11000 Beograd, Nemawina 11

Ministarstvo trgovine i usluga

11000 Beograd, Nemawina 22-26;
tel: 3616-308; 3631-784

**Ministarstvo za telekomunikacije i in-
formati~ko dru{tvo**

11000 Beograd, Nemawina 22-26; tel: 3621-
885; 3621-884

Ministarstvo pravde

11000 Beograd, Nemawina 22-26

Ministarstvo finansija

11000 Beograd, Kneza Milo{a 20

**ADRESE REGI ONALNIH
LEKARSKI H KOMORA**

Lekarska komora Beograda

11000 Beograd, Brankova 8/II

Lekarska komora Vojvodine

21000 Novi Sad, Du{ana Danilovi}a 40

Lekarska komora jugoisto~ne Srbije

18000 Ni{, Bulevar dr Zorana \in|i}a 48

**Lekarska komora centralne i zapadne Sr-
bije**

34000 Kragujevac, Kragujeva~kog oktobra
104/ II

**ADRESE INSTITUTA
ZA JAVNO ZDRAVQE**

I nstitut za javno zdravqe Srbije

„Dr Milan Jovanovi} Batut“

1000 Beograd, Dr Suboti}a 5

I nstitut za javno zdravqe Vojvodine

21000 Novi Sad, Futo{ka 21

I nstitut za javno zdravqe Kragujevac

34000 Kragujevac, Nikole Pa{i}a 1

I nstitut za javno zdravqe Ni{

18000 Ni{, Dr Zorana \in|i}a 50

ADRESE GERONTOLO[KI H CENTARA

B e o g r a d

Ustanova Gerontolo{ki centar Beograd

Marije Bursa} 49

tel: 011/2695-605

Poslovna jedinica Be`anijska kosa

Marije Bursak 49
tel: 011/2695-605

Poslovna jedinica Dom Vo`dovac

Ka`erska 6-12
tel: 011/2462-210

Poslovna jedinica Dom Karaburma

Pek`evi`ka 2
tel: 011/2762-311

Stacionar Karaburma

Di`ska 2
tel: 011/2783-012

Gerontolo{ki centar Beograd

Dr Ivana Ribara 10
tel: 011/3189-718

Prihvatili{te za odrasla lica

Kumodra{ka 226a
tel: 011/2462-788
de`urna slu`ba (0-24)
tel: 011/2466-996

V o j v o d i n a

Gerontolo{ki centar Novi Sad

Fru{kogorska 32
tel: 021/6350-542

Gerontolo{ki centar Subotica

Aleja Mar{ala Tita 31
tel: 024/4644-455

Gerontolo{ki centar Sombor

Prvomajski bulevar bb
tel: 025/5443-060

Gerontolo{ki centar Zrewanin

Principova 22-26
tel: 023/546-150

Gerontolo{ki centar Be`ej

Sin|eli}eva 140
tel: 021/812-108

Gerontolo{ki centar Vrbas

Mar{ala Tita 34
tel: 021/706-232

Gerontolo{ki centar Kawi`a

JNA 14
tel: 024/873-355

Gerontolo{ki centar Kikinda

Generala Drap{ina 99
tel: 023/034-675

(Nastavak u slede}em broju)

Kalendar stru-nih i nau-nih sastanaka u svetu (januar-jul 2008.)

2th International Conference on Hypertension, Lipids, Diabetes & Stroke Prevention Society of Aesthetic Plastic Surgery
Prag, ^e{ka
6–8. mart 2008.

10th Congress of the European Society of Contraception
Non-contraceptive impact of contraception and family planning
Prag, ^e{ka
30. mart – 3. april 2008.

9th European Congress: Perspectives in Lung Cancer
Torino, Italija
14–15. mart 2008.

EAU 2008 – 23⁰ Annual Congress of the European Association of Urology
Milano, Italija
26–29 mart 2008.

16⁰ Encuentro Anual de la Sociedad Asiatica de Cirugia Cardiovascular
Singapur, Singapur
13–16 mart 2008.

WCA 2008 – 14⁰ World Congress of Anesthesiologists
Ciudad del Cabo, Ju`noafri-ka Republika
2–7 mart 2008.

5th International Conference Cancer Prevention 2008 – CAP
St. Gallen, Švajcarska
6–8. mart 2008.

June 19, 2008 – June 22, 2008
13th Congress of the EHA, Lisabon, Portugal

July 19, 2008 – July 23, 2008
7th International Conference on Head & Neck Cancer, San Francisco, USA

July 20, 2008 – July 25, 2008
XXIX International Congress of Psychology, Berlin, Germany

August 17, 2008 – August 20, 2008
141st Annual Meeting of the Canadian Medical Association (SMA), Montreal, Canada

August 17, 2008 – August 22, 2008
12th World Congress on Pain, Glasgow, Scotland, UK

August 23, 2008 – August 26, 2008
12th EFNS Congress, Madrid, Spain

August 23, 2008 – August 26, 2008
12th Congress of the European Federatin of Neurological Societies, Madrid, Spain

* Preneto iz: „Vojnosani tetski pregled“, 4, 2007.

August 30, 2008 – September 03, 2008

ESC Congress 2008, Munich, Germany

August 30, 2008 – September 03, 2008

21st Annual Congress of the European College of Neuropsychopharmacology, Barselona, Spain

September 08, 2008 – Septembar 11, 2008

15th Internationas Congress of Dietetics: Global Dietetic Linkage and Cooperation for Human Health, Yokohama, Japan

September 16, 2008 – Septembar 20, 2008

2008 Annual Meeting of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, Seattle, WA, USA

September 17, 2008 – Septembar 20, 2008

AANEM (American Association of Neuromuscular & Electrodiagnostic Medicine) 2008 Annual Scientific Meeting, Providence, RI, USA

September 18, 2008 – Septembar 21, 2008

Seces 2008 – European Congress ON Shoulder Surgery, Brugge, Belgium

September 20, 2008 – Septembar 23, 2008

47th European Society for Pediatric Endocrinology Meeting. Istanbul, Turkey

Uputstvo autorima

U ~asopisu „Zdravstvena za{ tita“ objavljuju se originalni nau~ni radovi, prethodna saop{tewa, pregledi i stru~ni radovi, iz socijalne medicine, iz istorije medicine i zdravstvene slu`be, zdravstvenog osigurawa, ekonomike u zdravstvu, informatike i menaxmenta.

Uz rukopis ~lanka treba prilo`iti izjavu s potpisima svih autora da ~lanak nije objavljan. Svi prispeli radovi upu}uju se na recenziju. Radovi se ne honorisu. Rukopisi se ne vra}aju. Rukopis rada u dva primerka i eventualno disketu sa oznakom programa (tekst procesora) slati na adresu: **Ure|iva~ki odbor ~asopisa „Zdravstvena za{ tita“, Komora zdravstvenih ustanova Srbije, 11000 Beograd, Nu{ i}eva 25.**

Op{ta pravila

Rukopis ~lanka pisati duplim proredom sa marginama od 2,5 cm, na papiru formata A4 i to samo sa jedne strane. Grafitnom olovkom na margini teksta ozna~iti mesta za tabele, slike, {eme i grafikone. Literaturni podaci u tekstu ozna~avaju se arapskim brojevima u zagradama, redosledom kojim se pojavuju u tekstu. Po{to se ~asopis {tampa}irilicom, **crvenom olovkom podvu}i re-i koje treba {tampati latinicom**.

Na posebnoj stranici (u jednom primerku) navesti naslov ~lanka bez skra}enica, zatim puna imena i prezimena autora i wihove stru~ne titule i nazive ustanova i mesta u kojima rade. I mena autora povezati sa nazivima ustanova indeksiranim arapskim brojkama. Na dnu stranice otkucati ime i prezime autora sa kojim }e se obavqati ko-

respondencija, wegovu adresu, broj telefona i eventualno e-mail adresu.

Tekst ~lanka pisati kratko i jasno na srpskom jeziku. Skra}enice koristiti izuzetno i to samo za veoma duga~ne nazive hemijskih supstancija, ali i za nazive koji su poznati kao skra}enice (npr. AI DS, RI A itd.).

Obim rukopisa

Obima rukopisa (ne ra~unaju}i kratak sadr`aj i spisak literature) za pregledni rad mo`e iznositi najvi{e {esnaest strana, za originalan rad deset strana, za stru~ni rad osam strana, prethodno saop{tewe ~etiri strane, a za izve{taj, prikaz kwige i pismo dve strane.

Kratak sadr`aj

Uz originalni nau~ni rad, saop{tewe, pregledni i stru~ni rad treba prilo`iti na posebnoj stranici **kratak sadr`aj do 200 re~i na engleskom i srpskom jeziku**. U wemu se navode bitne ~iwenice, odnosno kratak prikaz problema, ciqevi i metod rada, glavni rezultati i osnovni zakqu~ci rada, i 3-4 kqu~ne re-i na srpskom i engleskom.

Uz sve vrste ~lanaka za koje je potreban kratak sadr`aj, otkucati na posebnoj stranici naslov rada, rezime i inicijale imena i prezimena autora, nazive ustanova.

Tabele

Svaka tabela se kuca na posebnoj stranici. Tabele se ozna~avaju arapskim brojkama po redosledu navo|ewa u tekstu. Naslov

tabele koji se kuca iznac tabele prikazuje wen sadr`aj. Kori{ }ewe skra}enice u tabele li obavezno objasniti u legendi tabele.

Slike (fotografije)

Prilo`iti samo kvalitetno ura|ene fotografije i to u originalu. Na pole|ini svake slike napisati prezime prvog autora, skra}eni naziv ~lanka, redni broj slike, a vrh slike ozna~iti vertikalno usmerenom strelicom. Naslov slike napisati na posebnom listu.

Crte`i (crtne, grafikoni)

Primaju se samo pregledno ura|eni crte`i na beloj hartiji.

Spisak literature

Kuca se na posebnoj strani, dvostrukim proredom, a trostrukim izme|u pojedinih referenci, s arapskim brojevima prema redosledu navo|ewa u tekstu. broj referenci u spisku ne treba da prelazi 20, osim za pregledni rad. Stil navo|ewa referenci je po ugledu na „Index Medicus“.

NAPOMENA: Ovo uputstvo je sa-iweno prema Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, koji je objavio „International committee of medical journal editors“ u N. Eng. J. Med. 1997;336; 309-15.

CIP – Katalogizacija u publikaciji
Narodna biblioteka Srbije, Beograd

614

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA : ^asopis za
socijalnu medicinu, zdravstveno osiguranje,
ekonomiku i menaxment / glavni i
odgovorni urednik Predrag Dovijani }. - God.
1, br. 1 (1972)-. -Beograd (Numeva 25) :
Komora zdravstvenih
ustanova Srbije, 1972 - (Beograd :
Obelja). - 27 cm.

Dvomeseno.

ISSN 1451-5253 = Zdravstvena zaštita
COBISS.SR-ID 3033858