

GODI NA XXXVII

Vanredni broj 1
JANUAR 2008. GODI NE

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

ZDRAVSTVENA K ZAŠTITA

Urednički odbor:

Predsjednik:

Prim. dr Ilija Tričković

Glavni i odgovorni urednik:

Prof. dr sc. med. Predrag Dovićani

Zamenik glavnog i odgovornog urednika:

Prof. dr Mirjana Martinić-Cvejić

^lanovi:

Dr Vasilije Antić

Svetlana Vukajlović, dipl. pravnik

Rade Nikolić, dipl. pravnik

Prof. dr Momir Carević

Prim. dr Tava Knežević

Rajko Grgurević, dipl. ecc.

Dr Vuko Antonijević

Prim. dr Mirjana Velimirović

Sekretar:

Milka Tomić-Karić

VLASNIK I IZDAVA^: Komora zdravstvenih ustanova Srbije - Beograd

Za izdava-a: Rajko Grgurević, dipl. ecc.

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

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

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

Lektura-korektura:
Kovička Dabić

Tehnički urednik:
Sinić [a] etković

Tira`:
500 primeraka

[tampa:
„T.S. Office“, Beograd

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

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

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

Sadržaj

Naučno-stručna konferencija socijalne medicine 25–26. oktobra 2007. godine.....	1
Stručni i naučni radovi	
<i>Dr Q. Crnčevi}-Radovi }</i>	
Izveštaj sa Naučno-stručne konferencije socijalne medicine sa međunarodnim učesnicima Zdravstveni sistem Srbije u promenama.....	3
<i>Prof. dr S. Bačičić }</i>	
Promocija zdravstva u porodici	7
<i>Prof. dr P. Dovijani }, prof. dr sc. med. H. Anđelić }</i>	
Socijalna medicina u zagrčaju novog javnog zdravstva	13
<i>Prim. dr P. Jelačić, prim. dr I. Mićić, dr D. Dragičević }, dr T. Rajović }, dr S. Matićić }, dr N. Jokić }</i>	
Standardi zdravstvene zaštite u funkciji ravnomernijeg razvoja kapaciteta zdravstvene službe i unapređewa efikasnosti korišćewa resursa.....	21
<i>Prof. dr A. Čačević }, dr N. Terzić }, dr M. Grbović }</i>	
Reforma sistema zdravstva u Crnoj Gori	27
<i>Prim. dr D. Lozanović}-Miladinović }</i>	
Zdravčewe majke i deteta u Srbiji – mogućnosti za unapređewe.....	33
Ostali stručni i naučni radovi	
<i>Prim. dr J. Grozdanov, doc. dr D. Vuković }, mr sc. med. M. Krstićić }, dr B. Vančevska-Slijepčević }</i>	
Zdravstveno stanewe dece i omladine uzrasta 7-19 godina	41
<i>Prim. dr J. Grozdanov, doc. dr D. Vuković }, mr sc. med. M. Krstićić }, dr B. Vančevska-Slijepčević }</i>	
Korišćewe zdravstvene službe – deca i omladina uzrasta 7-19 godina	47
<i>Institut za javno zdravčewe „Dr Milan Jovanović}-Batut “</i>	
Poročaji i prekidi trudnočewe u Republici Srbiji	51

<i>Li Hui /i</i>	
„Le~ewe“ zdravstvene za{ tite u Kini	55
Vesti i novosti iz zdravstva.....	59
I zjave i komentari	63
Predstavqamo	
Institut za javno zdravqe Srbije	
„Dr Milan Jovanovi} Batut“	67
I z istorije zdravstva Srbije	
<i>Prof. dr R. ^olovi }</i>	
Sto { ezdeset godina od ro ewa	
prof. dr Milana Jovanovi}a Batuta.....	71
<i>Prim. dr D. Nikoli }</i>	
Dr Jelisaveta-Saveta Vasilijevi} (1898-1950)	
– Prvi pedijatar u ^a~ku –	75
Uputstvo autori ma	79

**Nau~no-stru~na konferencija
socijalne medicine**
sa me|unarodnim u~e{ }em
25-26. oktobra 2007. godine

Glavna tema:
Zdravstveni sistem Srbije u promenama

Organizatori:
Srpsko Lekarsko dru{tvo - Sekcija za socijalnu medicinu
Dom zdravqa Velika Plana

Pokrovitelj:
Ministarstvo zdravqa Republike Srbije

Stru-ni i nau-ni radovi

I zve{ taj sa nau~no-stru~ne konferencija socijalne medicine sa me|unarodnim u~e{ }em „Zdravstveni sistem Srbije u promenama“

Q. Crn~evi }-Radovi }¹

Sekcija za socijalnu medicinu Srpskog lekarskog dru{tva (SLD-a), odgovaraju}i ovovremenskim izazovima i pet godina posle odr`avanja svog posledweg kongresa, organizovala je Nau~no-stru~nu konferenciju sa me|unarodnim u~e{ }em „Zdravstveni sistem Srbije u promenama“, u hotelu „Plana“ u Velikoj Plani, 25. i 26. oktobra 2007. godine.

Konferencija je odr`ana pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravqa Republike Srbije i sa Domom zdravqa Smederevska Palanka kao besprekornim doma}inom, u prelepom jesewem ambijentu istorijski ~uvenog mesta na kom se susti~u Podunavqe i [umadija. Ve}ina specijalista socijalne medicine Srbije, sa svojim kolegama, doktorima op{te medicine, pedijatriama, ginekolozima, psihijatriama, stomatolozima, zdravstvenim saradnicima razli~itih profila, puna dva dana iznelo je svoju misiju, svoje statusne probleme, te{ko}e u svakodnevnom radu, rezultate rada, viziju sistema zdravstvene za{tite sa predlogom mera za unapre|ewe zdravstvenog stawa stanovni{tva.

Konferencija je bila posve}ena slede}im temama:

- Zdravstveni sistem Srbije u promenama
- Reforme zdravstvene za{tite/zdravstvenog sistema u Srbiji
- Specijalista socijalne medicine u sistemu zdravstvene za{tite

- Kvalitet zdravstvene za{tite
- Menaxment zdravstvenog sistema
- Uloga instituta/zavoda za javno zdravqe u sistemu zdravstvene za{tite
- Promocija zdravqa porodice
- Promocija zdravqa dece i `ena generativnog doba
- Promocija zdravqa mladih

Rad se odvijao kroz plenarna izlagawa, poster sekcije i okrugli sto.

U skladu sa profesionalnim opredecewima u~esnika, to je bio prvi skup zdravstvenih radnika u Srbiji sa naznakom i po{tovawem naznake da }e se radni deo konferencije odvijati bez duvanskog dima i alkohola.

Konferenciju je otvorila predsednik Sekcije za socijalnu medicinu SLD-a prof. dr Sla}ana Jovi}. Skup su pozdravili u ime Ministarstva zdravqa Republike Srbije prof. dr Sne`ana Simi}, specijalni savetnik ministra zdravqa, a po specijalnosti specijalista socijalne medicine; u ime Instituta za javno zdravqe Srbije „Dr Milan Jovanovi} Batut“ i mre`e instituta/zavoda za javno zdravqe u Republici, u kojima radi najve}i deo specijalista socijalne medicine, prim. dr]ur|a Kisin, specijalista socijalne medicine i na~elnik Centra za promociju zdravqa Instituta; predstavnik lokalne samouprave i direktor Op{te bolnice „Stefan Visoki“ Smederevska Palanka dr Milan Brki} i u ime doma}ina, Doma zdravqa Smederevska Palanka, wegov di-

¹ Dr Qi}ana Crn~evi }-Radovi }, specijalista socijalne medicine, Institut za javno zdravqe Srbije „Dr Milan Jovanovi} Batut“, sekretar Sekcije za socijalnu medicinu Srpskog lekarskog dru{tva.

rektor, specijalista socijalne medicine dr Aleksandar Stanki}. Otvarawu Konferenci- je prisustvovalo je 108 a u radu je u~estvovalo 132 specijalista socijalne medicine i zainteresovanih kolega.

Prvi dan konferencije bio je posvećen temama analize, planirawa, organizacije i razvoja zdravstvenog sistema a drugi unapre|ewu i promociji zdravqa.

Prvo plenarno izlagawe „Dostignu}a i ograni~ewa u reformi zdravstvenog sistema Republike Srbije“ izlo`ila je prof. dr Sne`ana Simi}. To je bio deo izlagawa sa 57. zasedawa Regi onal nog komi teta Svetske zdravstvene organizacije za Evropu, odr`anog u Beogradu od 17. do 20. septembra ove godine. Govoreno je o ci qevima (ishodi ma) aktuelne reforme sistema zdravstvene za{ tite u Srbiji, o viziji ove reforme, wenoj strategiji i akcionom planu, o ~etiri doneta systemska zakona i ~etrdeset done tih podzakonskih akata, podzakonskim aktima koji su u pripremi, o dokumentima i strategijama Vlade i Ministarstva zdravqa, izvr{ ewima (performansama) zdravstvenog sistema, dijagnozi stawa u primarnoj zdravstvenoj za{ titi i bolnicama Srbije, opredewima (viziji) sistema u pojedinim segmentima, kadrovima za zdravqe, odvajawima od nacionalnog dohotka za zdravqe, o optere}eno{ }u bolestima i rezultatima istra`ivawa zdravqa stanovni{ tva Srbije sprovedenog 2006. godine, o najve}im dostignu}ima u reformi sistema zdravstvene za{ tite, kao i o wenim neuspesima, odnosno ograni~ewima.

O standardima zdravstvene za{ tite u funkciji unapre|ewa ravnomernijeg razvoja kapaciteta zdravstvene slu`be i unapre|ewa efikasnosti kori{ }ewu resursa, u okviru drugog plenarnog izlagawa i ispred grupe autora iz Ministarstva zdravqa, govorio je prim. dr Predrag Jela~a.

O aktuelnom i provokativnom odnosu socijalne medicine i novog javnog zdravqa, kao tre}e plenarno izlagawe, rad prof. dr Predraga Dovijani}a i prof. dr sc. med. Hrista An|elskog koji je izlo`io taj rad.

Prvoga dana su planirana i dva plenarna izlagawa go{ }a iz Crne Gore i Makedonije. Doc. dr Agima Qaqevi} u ime grupe autora iz I nstituta za zdravqe Crne Gore i Medicinskog fakulteta u Podgorici, trebalo je da izla`e na temu „Reforma sistema zdravstva u Crnoj Gori“. Doc. dr Fimka Tozija iz Republi~kog zavoda za zdravstvenu za{ titu Makedonije i Medicinskog fakulteta u Skopqcu o ulozi instituta/zavoda za javno zdravqe u sistemu zdravstvene za{ tite.

U okviru poster sekcije i 19 postera, kao rezultati svakodnevnog bavqewa specijalista socijalne medicine i saradnika, predstavqeni su pokazateqi kvaliteta pojedinih segmenata zdravstvene za{ tite pojedinih okruga, primena nacionalnog zdravstvenog ra~una na nivou nekih op{ tina, zdravstveno stawe i zdravstvene potrebe {kolske dece i omladine okruga, zdravstvene potrebe vulnerabilnog stanovni{ tva i pristupa~nost lekara op{ te prakse, zadovolqstvo korisnika zdravstvenom za{ titom, uloga i mesto dnevne bolnice u zdravstvenom sistemu Srbije, promene u organizaciji i funkcionisawu instituta/zavoda za javno zdravqe u okviru ukupnih promena zdravstvenog sistema posledwih godina, uloga specijaliste socijalne medicine u sistemu primarne i sekundarne zdravstvene za{ tite.

Na kraju radnog dela prvog dana promovisane su stru~ne publikacije: publikacije I nstituta za javno zdravqe Srbije „Dr Milan Jovanovi} Batut“, ~asopis „Glasnik“ i „Zdravstveno-statisti~ki godi{ wak Republike Srbije za 2005. godinu“, uxbenik „Dijetetika“ grupe autora sa „javnozdravstvenih“ katedri Medicinskog fakulteta u Ni{u, „Pri ru~nik za prakti~nu primenu prevencije zloupotrebe alkohola i drugih droga, „10 koraka“ i „Droge i mladi – {ta znamo o tome?“, radnih grupa projekta Ministarstva zdravqa „Unapre|ewe preventivnih zdravstvenih usluga u Srbiji“, finansiranog od Evropske unije a pod rukovodstvom Evropske agencije za rekonstrukciju.

Drugi dan je bio posvećen temama unapređewa i promocije zdravčqa. Prof. dr Slobodanka Bačić, sa Medicinskog fakulteta u Nišu, izlagala je na temu „Promocija zdravčqa porodice“, a prim. mr sc. med. Dragana Lozanović-Miladinović o zdravčqu majke i deteta u Srbiji, odnosno o mogućnosti za njihovo unapređewe.

Doc. dr Dejana Vuković je bila spretna da izlaže na najvažniju temu „Menadžment u promociji zdravčqa“.

U okviru poster sekcije predstavljeno je šest, za diskusiju i inspirativnih, tematskih postera. Pored važnija faktora rizika, posebno u deca i mladih, najveći broj postera je predstavio rad i ulogu Centra za prevenciju, kao novog kvaliteta organizacije i funkcionalnosa domova zdravčqa.

Okrugli sto u nastavku bio je posvećen promociji zdravčqa mladih. Nakon uvodnog izlagawa moderatorke prof. dr Slađane Jović, prim. dr Jura Kisin govorila je o Programu zdravstvenog vaspitawa u prevenciji TBC-a u populaciji školske dece i omladine u okviru Projekta kontrole TBC-a u Srbiji. Psiholog, dr sc. med. Vesna Tomić, iz Instituta za javno zdravčqe Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, iz ugla socijalnog psihologa govorila je o socijalno-psihološkim aspektima problema promocije zdravčqa mladih i o menadžmentu, promenama u sistemu zdravstvene zaštite.

Najvažniji zaključci konferencije su sledeći:

- Neophodno je što pre doneti Zakon i Strategiju o javnom zdravčqu, kao dokumente koji će unaprediti javnozdravstvene usluge i funkcije, kompatibilne uslugama i funkcijama socijalne medicine;
- Socijalna medicina sa malim brojem specijalista (ukupno oko 130 specijalista u Republici) jedna je od manje popularnih i profitabilnih specijalizacija, još uvek nedovoljno i neadekvatno zastupčena u svim oblastima i nivoima zdravstvene zaštite. U cilju opstanka struke, zadatak specijalista socijalne medicine je-

ste da se izbore za odgovarajuće mesto u sistemu zdravstvene zaštite, u lekarskom esnafu i svakoj zajednici;

- U obavljanju svojih svakodnevnih profesionalnih zadataka, ne zanemarujući multidisciplinarnost i multisektorsku saradwu, mi – specijalisti socijalne medicine kao najvažnije prepoznajemo sopstvenu kontinuiranu edukaciju, unapređewe socijalno-medicinske nauke i struke i na wima zasnovanih rezultata rada;
- S obzirom na pogoršawe pokazateља zdravstvene statistike u celoj Republici, a naročito u pojedinih okruzima (povešawe stopa morbiditeta i mortaliteta, incidencije i prevalencije većine poremećaja zdravčqa, stopa hospitalizacije, pojave teških formi i dijagnostikovawa neodoljivih stadijuma najteških, naročito hroničnih, nezaraznih i preventibilnih obolawa u sve mladih uzrastima), nesumnjivo prioritet zdravstvene zaštite trebalo bi da budu promocija zdravčqa, sprečavawe i suzbijawe rizika po zdravčqe, sve aktivnosti, poslovi, zadaci i usluge za unapređewe zdravčqa i sprečavawe bolesti;
- Zbog postojećih pokazateља demografske vitalne statistike (opadawa stopa nataliteta i prirodnog priraštaja, sve brže i sigurnije izumiranje nacije), prioritet društvene brige trebalo bi da budu biološki pa svaki drugi opstanak nacije;
- Porodica, majka i dete moraju biti prioritet društvene brige, pa zbog toga insistirati na dostizawu Milenijumskih ciljeva, ostvarenju Akcionog plana za decu, Strategiji za smanjenje siromaštva i Strategiji za mlade, javnu službu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta, izradi Strategije za perinatalnu zdravstvenu zaštitu, formiranje republičke komisije za zdravstvenu zaštitu majke i deteta;
- Pokrenuti akciju za obeležawe Dana porodice (porodica je veoma važna društvena institucija koja trpi mnogobrojne promene, kojoj društvo treba da pomogne i da je afirmiše);

- Inicirati formiranje ministarstva za porodicu, kao adekvatne državne institucije za brigu o voj i weno unapređewe;
- U zdravstvenom sistemu jačati institute/zavode za javno zdravčje i druge zdravstvene ustanove koje se u radu primarno bave promocijom zdravčja i prevencijom poremećaja zdravčja;
- U praksi bi trebalo težišni celishodnijoj organizaciji zdravstvene službe i u tom cilju raditi na povećanju wene dostupnosti i pristupačnosti, efikasnosti i stalnom unapređewu kvaliteta ukupne zdravstvene zaštite;
- Standardi zdravstvene zaštite, pre svega kadrovski, trebalo bi da budu realniji i održiviji (obezbediti i uslove za wihovo dostizawe, uporedo sa wihovim definisawem i propisawem);
- Pri upisima u odgovarajuće obrazovne institucije, škole javnog zdravčja, zdravstvenog menaxmenta, promocije zdravčja, prednost dati specijalistima socijalne medicine, jer su ove oblasti osnovne oblasti našeg delovawa;
- Obavezati sve zdravstvene ustanove da specijalista socijalne medicine bude stalni član menaxmenta i da se prilikom formiranja menaxmenta odvoje politika i struka (da pri formiranju menaxmenta, odnosno izboru rukovodilaca zdravstvenih ustanova, političko angažovawe ne bude presudno, već odgovarajućim stručnim i profesionalnim kvaliteti i rezultati rada).

Navedeni zaključci konferencije upućeni su predsedniku Republike, predsedniku

Vlade i predsedniku Skupštine Srbije, Ministarstvu zdravčja, Ministarstvu nauke i zaštite životne sredine, Republičkom zavodu za zdravstveno osigurawe – Beograd, većini zdravstvenih ustanova, a pre svega institutima/zavodima za javno zdravčje i domovima zdravčja.

U slučaju svih nesniaka ostaće bogat društveni program. Organizovana je pozorišna predstava sa crticama o poslednim trenucima srpskog vođe Karađorđea, svećana većera i obilazak manastira u Koporinu, zadubini i grobnoj crkvi despota Stefana Lazarevića, sina kneza Lazara, u kojoj se danas, ispod katorske freske nalazi život sa wegovim moćima i despotskim znamenima, krstom, krunom i mačem. Posetili smo Radovanski lug, gde je u zoru 26. jula 1817. godine mučki ubijen vođa Prvog srpskog ustanka, Jorđe Petrović Karađorđe. Na mestu ubistva nalazi se crkva Zahvalnica, a ispod crkve, pod krovom dugovećnog hrasta, nalazi se prvobitno grobno mesto Karađorđea. Konferencija je završena posetom manastiru Pokajnica, čija je crkva iskupivo izgrađena od hrastovog drveta 1818. godine, a po narodnom predawu za poćwene grehove ubistvom Karađorđea.

I za konferencije ostalo je napisano i 17 apstrakata i 17 radova u celini, pet plenarnih izlagawa, koji će biti objavljeni u Kwizi radova Konferencije, jedinom nacionalnom časopisu za socijalnu medicinu, zdravstveno osigurawe, ekonomiku, informatiku i menaxment u zdravstvu, časopisu Komore zdravstvenih ustanova Srbije „Zdravstvena zaštita“ i u drugim naučnim i stručnim časopisima.

Stru-ni i nau-ni radovi

Promocija zdravqa u porodici

S. Ba{ i }¹

Family health promotion

S. Basic, M.D., Ph.D., D.P.H., Prof.

Sa`etak. @ivot u porodici je od izuzet -nog zna~aja za zdravqe weni h ~lanova. Promocija zdravqa porodice ima za ci q da unapredi socijalnu, zdravst venu i fizi ~ku kondiciju, kompat ibilnu sa zdravqem i zdravi m `ivot nim st ilovima. Oblici pona{ awa u vezi sa zdravst venim izborima usvajaju se u ranom uzrast u i zavise od odnosa u porodici, emocionalne podr{ ke i drugih pozit ivnih ili negativnih ut icaja. Promocija zdravqa u porodici odvija se na fizi ~kom, socijalnom, kreat ivnom i int elekt ualnom nivou. U radu su analizirane zdravst veno promot ivne pot rebe savremene porodice u R. Srbiji, kao i dost ignu}a u dosada{ wim aktivnost ima na promociji zdravqa porodice. I st aknut i su brojni zdravst veni, socijalni, ekonomski problemi i fakt ori rizika po zdravqe porodice, kao polazna osnova za izradu i realizaciju programa promocije zdravqa u porodici. I ako Srbija raspol a`e adekvat nim lekarskim kadrom, koji je odgovoran za zdravst veno-vaspi t ni rad u porodici, prisut ni su brojni problemi u vezi wi hovog akt ivnijeg ukqu~ivawa u te akt ivnosti: a) nizak st epen orijent acije st anovni { t va ka izabranim lekarima; b) nedovoqna obuhva}enost lekara odgovaraju}om edukacijom; c) neadekvat ni modeli st at isti ~ke dokument acije; d) nedovoqno nau-nih ist ra`i vawa u ovoj oblasti, kako u na{ oj zemqi, t ako i u svet u. Kona~no, aut or se zala`e za formirawe posebnog minist arstva za bri gu o porodici, imaju}i u vidu narast awe brojnih problema u porodici, koji do sada nisu

Summary. Family life is very important for family members' health. The aim of family health promotion is improvement of social and physical conditions and health as well, which are in accordance with healthy life styles. The style of health behaviour is usually adopted even in a childhood and depends on family relationship, emotional support and other influences, both positive and negative. Family health promotion is conducted on the basis of physical, social, emotional, creative and intellectual level. In this paper, we have analyzed health promotion needs of contemporary family in Serbia, and achievements of previous activities regarding family health promotion. Numerous health, social and economic problems have been mentioned and family members' health risk factors as well, as a starting point in creation and realization of family health promotion programmes. However, even Serbia has appropriate public health providers, a number of problems limits their family health promotion activities: a) low level of family doctors oriented population; b) insufficient education of medical staff; c) inadequate medical documentation model; d) a lack of scientific investigation in this area in our country and abroad. Finally, the autor is considered for the Ministry of family health care bearing in mind the fact of growing family problems that haven't been adequately solved so far by iso-

¹Prof. dr Slobodanka Ba{ i }, Medi cinski fakultet, Ni{

mogli biti adekvatno re{eni izolovanim, nesinhronizovanim poku{ajima pojedinih zdravstvenih i društvenih ~inilaca.

Kqu-ne re-i: *promocija zdravqa, porodica, zdravstveni problemi.*

lated, not synchronized activities of some health and social workers.

Key words: *health promotion; family; health problems.*

Uvod

Bez obzira kako definisali porodicu danas (sa biolo{kog, istorijskog, pravnog, sociolo{kog, antropolo{kog, psiholo{kog ili drugog aspekta), porodica, kao institucija, predstavqa osnovnu socijalnu kategoriju, u kojoj najve}i broj qudi pro`ivi najdu`i period svog `ivota. Nau`ni pristupi porodici ukazuju da je univerzalni porodi`ni oblik bio prisutan u svojim su{tinskim sadr`ajima u svim vremenima i prostorima gde se odvija qudski `ivot.

U novije doba javqaju se nastojawa da se savremena porodica objasni sa aspekta zahteva savremene civilizacije, koja ra|a novu predstavu porodice dana{wice, nazvana „egalitarna“, „demokratska“, „nuklearna“ (dvo generacijska). Ovakva savremena porodica je okrenuta ka dezintegraciji i atomizaciji, promeni ranijih osnovnih funkcija, sa proklamovanom demokratizacijom porodi`nih odnosa, emancipacijom `ena, ja`awem za{tite dece, uz promenu porodi`ne patologije i stvarawe novog sistema vrednosti u dru{tvu i prihvatawe novih moralnih normi.

Danas je u razvijenim zemqama i u brojnim zemqama u razvoju u postepenom ga`ewu univerzalni model porodi`nog `ivota, {to se indirektno mo`e utvrditi i iz odgovaraju}ih zakonskih propisa koji reguli{u porodi`ne odnose. U novije doba su sve glasnije zna`ajne dileme i brojne kritike vezane za savremeni koncept porodice, {to se ti`e pre svega (u su{tini) samoproklamovane jednakosti polova, obrazaca vaspitawa dece, rastu`e nestabilnosti i mnogih drugih protivure`nosti.

Me|utim, jedna od funkcija porodi`nog `ivota, kako kroz istoriju, tako i danas, ostaje nepromewena: socijalno-biolo{ka,

preko brige za zdravqe svojih ~lanova. Ona se ostvaruje u okviru odnosa unutar same porodice i preko odnosa na relaciji: porodica - dru{tvo.

Dimenzije porodi`nog `ivota i zdravqe

Osnovne dimenzije porodi`nog `ivota, direktno ili indirektno povezane sa zdravqem `ine:

- a) *porodi`na struktura:* individualne karakteristike, kulturni stil (etni`ki, rasni, religijski),
- b) *porodi`na interakcija* (pona{awe me|u ~lanovima porodice, emocionalna ravnote`a izme|u pojedinih ~lanova i vlastite autonomije, adaptibilnost na `ivotne promene, komunikacije unutar porodice),
- v) *porodi`ne funkcije:* biolo{ka, fizi`ka, ekonomska,
- g) *socijalne funkcije:* socijalizacija, uspostawawe samoidentiteta, razvijawe ose}aja pripadnosti, formirawe osnovnih verovawa i vrednosti,
- d) *iskazivawe emocija,*
-) *edukacija.*

Zaostajawe u ostvarivawu funkcija porodice mo`e imati odraza na wenu unutra{wu stabilnost, posledice po fizi`ko i mentalno zdravqe weni ~lanova, kao i {ire dru{tvene reperkusije u smislu dru{tvene patologije.

Ut icaj porodice na zdravstveno pona{awe weni ~lanova

Za razliku od klini`ke medicine, gde je mogu}e (na primer u hirurgiji) odstraniti deo bolesnog organa i dovesti do izle`ewa, promocija zdravqa posmatra zdravqe pojedini

nca u sklopu wegovog „ekosistema“ – porodice, zajednice, kulture, fizi~kog okru`ewa. To su elementi koji treba da unaprede ekonomsku, fizi~ku i socijalnu kondiciju, kompatibilnu sa zdravcem i zdravim stilovima `ivota.

Jedan od najzna~ajnijih sistema u razvijawu i unapre|ewu zdravih `ivotnih stilova jeste porodica. Porodice grade ekonomsku, fizi~ku i socijalnu sredinu svojih ~lanova. Sva stawa koja ~ine determinante zdravca porodice su od izuzetnog zna~aja za wene ~lanove, jer obezbe|uju cubav, podr{ku, intimnost, preno{ewe kulturnih, religijskih i dru{tvenih vrednosti. U vreme kriza, porodica obezbe|uje podr{ku i uto~ite. U wojsu, jo{ u de~jem uzrastu, sti~u zdravstvene navike i donose odluke u vezi sa budu}im zdravstvenim izborima (pitawa ishrane, fizi~ke aktivnosti, konzumirawa duvana i drugih sredstawa koja izazivaju zavisnost, kori{ewe zdravstvene za{tite itd). Uloge u porodici, emocionalna podr{ka, pozitivni ili negativni uticaji (ohrabrivawe ili obeshrabrivawe) jesu veoma va`ni faktori za ponaa{awe dece u vezi sa zdravcem.

Porodi~na sredina koja osposobcuje decu da razvijaju autonomiju i ose}aj odgovornosti, generalno vodi usvijawu zdravih `ivotnih stilova. Sa druge strane, slaba porodi~na kohezija, visoko konfliktne porodice, suvi{e rigidnosti, siroma{ne komunikacije i slaba porodi~na podr{ka, povezani su sa slabim zdravcem.

Porodi~ne karakteristike imaju uticaja na ponaa{awe pojednaca kako u vezi sa zdravcem, tako i u odnosu na bolest: kakav je stepen wenog poverewa u zdravstvene radnike i kakva je spremnost za saradwu u uslovima le~ewa, tako|e ima uticaj na frekvenciju hospitalizacije i kori{ewe mogu}nosti tretmana u toku terapije i postterapijskom periodu.

Porodica i promocija zdravca

Promocija zdravca u porodici mo`e se definisati kao nauka koja poma`e porodi-

ci i weni ~lanovima da promene svoj `ivotni stil u pravcu usvijawa optimalnog nivoa zdravca i ponovnog uspostavcawa harmonije na slede}im nivoima:

- a) **na fizi~kom planu** (navike u ishrani, fizi~ka aktivnost, kori{ewe supstanci koje izazivaju zavisnost),
- b) **na socijalnom planu** (izgradwa harmoni~nih mre`a za podr{ku sa ~lanovima porodice, prijatecima, kolegama i drugim ~lanovima dru{tva),
- v) **na emocionalnom nivou** (odgovor na emocionalni stres),
- g) **na intelektualnom nivou** (uspostavcawe balansa op{te i zdravstvene edukacije),
- d) **na kreativnom nivou** (kontinuirani razvoj kreativnosti i kapaciteta za anticipirawe budu}ih doga|aja).

Ameri~ki Journal of Health Promotion dodaje ovom spisku jo{ i dodatna dva nivoa – **unutra{we i duhovne nivoe promocije zdravca**, koji imaju za ciq ostvarewe balansa na{eg unutra{weg `ivota, kao i postizawe karitalnih aktivnosti ka pru`awu pomo}i svakom u stawu odgovaraju}ih potreba.

Dinamika porodi~nih grupa

Razvoj relacija za rad sa porodicom }e pomo}i zdravstvenim promoterima:

- da zadobiju poverewe ~lanova porodice ili porodice u celini,
- da prepoznaju koje su jake i stalne porodi~ne veze, kao i problemati~ne: i jedna i druga vrsta imaju uticaj na zdravce porodice i od zna~aja su za postizawe uspeha u zdravstveno-promotivnim aktivnostima,
- da identifikuju ~lanove porodice koji su sposobni da pomognu u preno{ewu zna~ajnih zdravstvenih informacija,
- da ocene i po{tuju prioritetne porodi~ne obaveze,
- da razumeju {ta je za cude zna~ajno, kakva su wihova znawa, stavovi i verowawa,
- da razumeju rang faktora koji uti~u na zdravce porodice, kao {to je porodi~no

- ivotno okru`ewe, nivo prihoda, porodi~ni resursi,
- da motivi { u ~lanove porodice za preduzimate aktivnosti za prevenciju hroni~nih bolesti.

Konsultuju}i se sa zdravstvenim promoterima ~lanovima porodice se omogu}ava:

- da razmi{ }aju o oblastima koje poga}aju individualno zdravqe (novac, adekvatna ishrana, verovawa, znawa ...),
- da postavqaju pitawa o zdravqu drugih ~lanova porodice,
- da daju podr{ }ku ~lanovima porodice koji poku{ }avaju da promene pona{ }awe, uvode dijetalni re`im, prestaju sa kori{ }ewem alkohola ili cigareta i sl.,
- da pove}avaju svoja znawa i razumevawe o tome kako negovati bolesnog ~lana porodice,
- da oja}aju sposobnosti porodice za ispuwe weni h funkcija, posebno ako se utvrdi da ona sama nije u stawu da se nosi sa zdravstvenim potrebama

Etiki aspekt i promocije zdravqa u porodici

U novije vreme zahtevi da se ispune o~ektivawa planskih dokumenata od strane zdravstvene slu`be odnose se ne samo na broj~ane pokazateqe o ostvarenim uslugama i obuhva}enim korisnicima promocije zdravqa ve} i na odgovaraju}i kvalitet u radu. U literaturi, koja poti~e iz zemaqa sa du`om tradicijom i iskustvima u oblasti promocije porodi~nog zdravqa, isti~e se i potreba za po{ }tovawem eti~kih principa u radu, { }to podrazumeva:

- odgovornost za porodicu i wene ~lanove, koja proisti~e iz izbora problematike porodi~nog zdravqa, koja }e se oceniti kao prioritetna;
- odgovornost za profesionalno pona{ }awe, saradwu i odnos prema ostalim ~lanovima stru~nog tima;
- odgovornost pri evaluaciji programskog rada i

- odgovornost u istra`iva~kom radu.

Porodica u Srbiji danas

Savremena porodica u Srbiji je optere}ena bremenom istorijskih, dru{ }tvenih, socijalnih i ekonomskih problema, { }to se o~ituje u posledicama:

- tendencija ka smawewu veli~ine (prose~nog broja ~lanova),
- tendencija vitalnih doga}aja u pravcu smawewa stopa nataliteta, prirodnog prira{ }taja kao i smawewa broja sklopqeni h brakova u odnosu na razvedene,
- siroma{ }ewe,
- pad zaposlenosti i porast izdr`avanog stanovni{ }tva,
- tendencija mladi h ka iseqavawu,
- visok udeo porodica iz marginalizovani h grupa,
- porast razni h vidova nasi qa, ukqu~uju}i i nasi qe u porodici,
- vi{ }e stope obolewawa i smrtnosti od bolesti srca i krvni h sudova, maligni h bolesti i neki h zarazni h bolesti u odnosu na evropski prosek,
- visoke stope stanovni{ }tva pod stresom i sa o{ }te}ewima mentalnog zdravqa,
- konzumi rawe sredstava koja izazivaju zavisnost (u porastu alkoholizam i narkomanija, kori{ }ewe duvana u stagnaciji),
- regulisawe reprodukcije i daqe uz simboli~nu upotrebu sigurni h kontracepcijski h sredstava;
- visok udeo (oko 10%) poro}aja i preki da }trudno}e kod maloletni ca.

Promocija zdravqa u porodici u Srbiji - stawe i perspektive

Strategija javnog zdravqa u Srbiji istakla je zna~ajne aspekte koji se direktno ili indirektno ti~u problematike promocije zdravqa u porodici. Prema ovom dokumentu, primarna zdravstvena za{ }tita, sa kqu~nom ulogom lekara op{ }te medicine, raspolawe adekvatnim brojem lekara zadu`eni h za brijgu o zdravqu porodice. Me}utim, prema dosa-

da{ wim rezultati ma wi hove delatnosti i podacima iz istra`ivawa:

- lekari op{ te medicine nisu u dovoqnoj meri upoznati sa modelom koji zahteva { irok spektar usluga i promovi{ e porodi~no zdravqe, ve} su prevashodno orijentisani prema pacijentima u svojim ordnacijama,
- jo{ uvek se sporo i sa te{ ko}ama pove}ava orijentacija porodica ka izabranom lekaru;
- kontinuirana medicinska edukacija u oblasti promocije zdravqa u porodici obuhvata simboli~an segment lekara op{ te medicine, { to je ina~e postignuto u ve}ini zemqama u tranziciji;
- aktuelni modeli dokumentacije i izve{tavawa o radu zdravstvenih ustanova ne omogu}avaju uvid u realizovane zadatke iz oblasti promocije zdravqa u porodici, osim za slu`bu polivalentne patrona`e;
- retka su nau~na istra`ivawa koja se odnose na promociju zdravqa u porodici.

I zlo`ena problematika upu}uje na zakqu~ak da porodica u na{oj zemqi zahteva mnogo vi{e dru{tvne i zdravstvene pa`we kako bi ostvarila svoju ulogu, kao „kolevka qu-bavi i `ivota za svaku novu generaciju“ (Deklaracija o qudskim pravima). Tim pre { to „karakter nacije po~iwe u porodici, koja je odgovorna za zdravqe, razvoj karaktera, morala, odgovornosti i mudrosti“ (UN povodom Me|unarodne godine porodice, 1994).

Literatura

1. A Celebration of the Family obsreance of the Tenth Anniversary of the International year of the family. US Department of Health and Human Services, 2004.
2. Ba{ i} S., Jovi} S. i sar. : Osnovi klini~ke prakse II/1. Astra, Ni{ , 2007.
3. Ba{ i} S., Panti} D., Radulovi} O.: Porodi~ni lekar i novo javno zdravstvo. Dani preventivne medicine, XXXVIII sastanak, Zbornik radova, Ni{ 2003; 181–182.
4. Ba{ i} S., Radulovi} O., [agri} ^. i sar.: Porodi~ni lekar u svetlu reformi zdravstvenog sistema. Acta fac med Naiss.2004; 410:8–14.
5. Boqe zdravqe za sve u III milenijumu. Ministarstvo zdravqa R. Srbije. Beograd, 2003.
- 6.. Campbell TL.The effectivenessof family interventions for physical disorders. I Marital Fam ther 2003;29:263–281.
7. Doherty WJ.Baird MA. Develomental levels in family-centered medical care. Fam Med 1986; 18:153–156.
8. I zve{ taj o tranziciji u Srbiji (2002–2003). Bilten G-17, Institut G-17, Beograd, 2003.
9. *Leget i} B.*: Promocija zdravqa u primarnoj zdravstvenoj za{titi – teorija i praksa. U: ECPD program: Prevencija i kontrola nezaraznih bolesti. Beograd, 2000.
10. Lember M. :Family practice training in Estonia. Fam Med 1996;28:282–286.
11. Oona M. Kalda R. Lember M. et all. Family doctors involvement with families in Estonia. BMC Family practice 2004; 5: 24.
12. Simi} S., Bjegovi} V., Jela~a P.: Osnove za reformu sistema zdravstvene za{tite u R. Srbiji. Centar za prou~avawe alternativa, Samizdat B92, Beograd, 2001.
13. Strategija javnog zdravqa R. Srbije. Ministarstvo zdravqa R. Srbije, Beograd, 2005.
14. Strategija za smawewe siroma{tva. Vlada R. Srbije, Beograd, 2003.
15. Taanila A. Laarivaara P. Korpio A. Kalliokoski R. Evaluation of family-oriented continuing medical education course for general practitioners. Med Educ 2002;36:248–257.
16. WONCA Europe. The European definition of general practice /family medicine. WHO Europe Office, Barcelona, 2002.

Stru-ni i nau-ni radovi

Socijalna medicina u zagrqaju novog javnog zdravqa

P. Dovijani },¹ H. An|el ski²

Social Medicine in the Embrace of New Public Health

P. Dovijanic, M.D., Ph.D., D.P.H., prof.; H. Andjelski, H.D., Ph.D., D.P.H., Senior specialist

„Za uspe{ nu borbu prot iv bolest i i t elesnog opadawa u narodu t reba spremi t i t roje:

1. dobre savremene zakone i ust anove,
2. pot reban broj spremnog i savesnog osobqa,
3. dobro obave{ t ewe naroda da sve t o mo` e dobro razumet i i pravilno shvat i t i i sam oko unapre|ewa svog zdravqa prionut i.“

Prof. dr Milan Jovanovi } Bat ut

Sa` et ak. Socijalna medicina, novo javno zdravqe i za{ t it a `ivot ne sredine ~ine jedinst veni korpus, koji skupa sa kurat ivnom medicinom, drugim nau-nim disciplinama, ali i sa dru{ t venom zajednicom, obrazuju zajedni-ki socijalni front usmeren ka spre-avawu razvoja ili/i sanaciji svih fakt ora rizika po zdravqe i `ivot populacije, bilo da proist i~u iz socijalne ili biolo{ ke sfere. Tako je novo javno zdravqe u t esnoj i su{ t inskoj vezi sa socijalnom medicinom. Ist ra`uju}i uzroke oboqevawa i fakt ore rizika po zdravqe, savremena socijalna medicina uspeva da ident ifikuje i kvant ifikuje ant ropogene ~ini oce, da oceni wihovu pot encijalnu snagu, lokalizuje ih u populaciji samoj ili/i u `ivot nom okru`ewu, da kreira programe mera za spre-avawe wihovog nast anka i ispoqavawa, ili/i razvoja, kao i mere socijalno-medicinske geneze za sanaciju

Summary. Social medicine, the new public health and environmental issues make a unanimous social body. Together, the above make a common social front, with curative medicine, other scientific disciplines and a wider community. The front is dedicated to prevention of development of risk factors and/ or remediation of all health- related risk factors and population health in general, regardless of their origin- social or biological. Closely and essentially, the new public health is related to social medicine. Having researched the causes of diseases and risk factors, today's social medicine has managed to identify and quantify anthropogenic factors, evaluate their potential, localize them in populations and/ or the environment. Furthermore, it has managed to define programs to prevent them, mitigate their effects or develop and define measures of social medical genesis aimed at remediation of their concrete or anticipated conse-

¹ Prof. dr Predrag Dovijani }, Univerzitet u Beogradu, emeritus.

² Prof. dr sc. med. Hristo An|el ski, Gradski zavod za javno zdravqe, Beograd.

wihovih aktuelnih ili anticipiranih posledica i wihovih rigidnih ispoqavawa. Projekat imenovan novim javnim zdravqem ne mo`e definisati sebe ruinirawem dostignutog renomea socijalne medicine, jer socijalna medicina je bila i ostaje nose}i sastavni element i sr` javnog zdravqa! Konfrontirawe sadr`aja i metodologije socijalne medicine sa programima novog javnog zdravqa jeste uspostavqawe neprirodnog odnosa neprikladne metafizi~ke kategorije, {tobi za socijalnu medicinu i novo javno zdravqe predstavljaloraskid sa samim sobom. Pravaqewe i izmi{qawe nekih razlika izme|u socijalne medicine i novog javnog zdravqa u stvari je gre{ka u mi{qewu bez objektivne nau~ne zasnovanosti. Socijalna medicina jeste u javnom zdravqu, a ono je oko socijalne medicine.

Kqu-ne re~i: socijalna medicina, novo javno zdravqe.

quences. These programs even prevent harmful effects to emerge in a rigid manner. The project of New Public Health cannot define itself by ruining the fame social medicine had achieved because the latter has been a pillar and essence of public health. It will always remain so! Confronting the contents and methodology of social medicine with the programs of new public health represents an unnatural relationship of an inadequate metaphysical category. For the very specialty of social medicine and new public health, this would represent a break with their essential nature. Creating and making-up of „differences“ between social medicine and new public health is a mistake in thinking, without any solid base in science. Social medicine is in public health; public health revolves around social medicine.

Key Words: Social medicine, New Public Health.

Predgovor

Misle}i qudi svih nau~nih disciplina i struka, naro~ito onih humanisti~kih i biolo{kih, ve} vekovima u svetu, kao i u na{im podru~jima, shvatili su da takozvana kurativna i takozvana preventivna medicina nisu dva sveta, nezavisni entiteti, ve} simbiozna celina, nerazdvojni segmenti koji idejno i operativno koreliraju jedan u drugi. U istom svetlu, danas naro~ito, i u svetu medicine i u takozvanoj dru{tvenoj svesti, mora se pojasniti, ako to ve} nije shva}eno, da socijalna medicina, novo javno zdravqe i za{tita `ivotne sredine, u svim svojim stratumima, nemi novno „idu ruku pod ruku“, ~ine}i jedinstveni korpus koji skupa sa kurativnom medicinom, drugim nau~nim disciplinama, ali i sa dru{tvenom zajednicom, ~ine zajedni~ki socijalni front usmeren ka spre~avawu razvoja ili/i sanaciji svih faktora rizika po zdravqe i `ivot populacije, bilo da proisti~u iz socijalne ili biolo{ke sfere.

Ovakav pristup u {irem smislu potvr|uje mi{qewe nau~nika i filozofa u svetu da se zavr{ilo doba hladnih ratova i surove konkurencije dru{tvenih sistema. Pri tome se polazi od uverewa da danas, u neobi~nom obrtu istorijskih okolnosti, narastaju uslovi za pojavu vrelih sukoba oko prostora i takozvanih `ivotnih resursa – zdrave vode, ~istog vazduha, energija, povi{enih biosocijalnih uslova i psihosocijalne atmosfere, niskog nivoa faktora rizika i sli~no. Uz nemi ru}a postoje}a situacija ve} pretda tokom slede}ih decenija izazove fundamentalne negativne posledice po zdravqe i `ivot ~oveka, pa i wegovih biolo{kih saputnika na planeti Zemqi. Smatra se da }e, na primer, ono {to trenutno nazivamo „klimatskim promenama“ postati najve}i dru{tveni izazov modernog doba, a da }e predupre|ivawe predviqivih posledica po zdravqe qudi i re{avawe istaknutih problema postati provera u kojoj meri umeju dru{tva da u~e od istorije.

Ovo sve zna~i da }e, uop{te uzev, sve humanisti~ke nauke, pa i medicina u svojoj

ukupnosti, morati da defini{u predmet svog interesovawa i delovawa {ire i dubqe nego do sada. U tom pogledu udarnu of anzivnu zonu ~ini korpus: socijalna medicina – novo javno zdravqe – humana ekologija, u ~vrstoj sprezi sa svim relevantnim nau~nim disciplinama i dru{tvenom zajednicom u celini.

Novo javno zdravqe u razbokorenom vidu, u tesnoj je i su{tinskoj vezi sa socijalnom medicinom. Socijalna medicina, od svojih prapo~etaka, kao nau~na disciplina, morala je da ispoqi svoje interesovawe i svoja analiti~ka ~ula za su{tinu problema zdravqa populacije. Bilo je neophodno, i to ostaje i danas i ubudu{e, da svojom kreativnom svezu i nau~no-stru~nim potencijalom pre svega prevrednuje kako biolo{ke tako i socijalne ~inioc zna~ajne za odr`avawe i za{titu zdravqa ~oveka u wegovoj vi{estrumskoj ravni.

Istra`uju}i uzroke obolevawa i faktore rizika po zdravqe iz biolo{ke i arteficielne prirode, ali i iz svesti i podsvesti qudskog bi}a, savremena socijalna medicina uspeva, vi{e ili mawe eksplicitno, da identifikuje i kvantifikuje antropogene ~inioc (direktne i one „kolateralne“), da oceni wihovu potencijalnu snagu, lokalizuje ih u populaciji samoj ili/i u `ivotnom okru`ewu, da kreira programe mera za spre~avawe wihovog nastanka i ispoqavawa ili/i razvoja, kao i mere socijalno-medicinske geneze za sanaciju wihovih aktuelnih ili anticipiranih posledica i wihovih rigidnih ispoqavawa. Ovakve vrste opasnosti po zdravqe i `ivot populacije predstavqaju, u savremenim dru{tvenoekonomskim i ekolo{kim uslovima naro~ito, svojevstan socijalni oblak koji zamra~uje kolektivnu svesnost koliko i individualnu svest savremenika i unosi depresivna ose}awa u wihov `ivot, sa konsektivnim psihofiziolo{kim negativnim u~inkom.

Ako socijalna medicina samostalno (ili u) i kompleks novog javnog zdravqa, aktivno se trude}i, uspeju da razjasne sve elemente ove socijalne konfuzije, posti}i je

da se utre najboqi put da „zbrku mi{qewa“ i „talog nesvesnog“ pri tome u~ine svesnim i razgovetnim za populaciju u celini i svih populacionih grupa raznih nivoa i stepena znawa. I li bar da to postane jasno u svesti ~lanova korpusa predvodnika populacije iz intelektualne i politi~ke sfere, koji, ina~e, legalno i/ili legitimno, odlu~uju o uslovima `ivota populacije. Wihov socijalni program danas mora da obuhvati i zadatak otkrivawa svih uzroka i posledica po zdravqe, kako iz retrogradne pro{losti tako i iz sada{wosti, u ~emu se, ina~e, pored ostalog, i sastoji smisao wihove egzistencije. A to je, uostalom, i obaveza proistekla iz dokumenta „Osnovni (wujor{ki) milenijumski ciqevi Ujediwenih nacija do 2015. godine“ (prihva}eno od 189 zemaqa sveta):

1. Smawewe stope siroma{tva za 50 odsto,
2. Smawewe stope nezaposlenosti,
3. Pove}awe stope obrazovawa stanovni{tva,
4. Pove}awe povr{ina {uma za 50 odsto,
5. Poboq{awe zdravqa `ena i dece,
6. Smawewe opasnih oboqewa,
7. Za{tita `ivotne sredine – voda, vazduh, zemqi{te i drugo,
8. Obezbe|ewe zdravog stanovni{tva,
9. Obezbe|ewe higijenskog re{ewa otpada,
10. Obezbe|ewe obnovqivih izvora energije – sunce, voda, vazduh).

Socijalna medicina, kao nauka, struka i operativni promoter projekta Novo javno zdravqe, i u na{oj zemqi treba da se aktivno zala`e da ovi ciqevi budu prihva}eni i uklopqeni u sadr`aj svakog segmenta qudskog delovawa.

U mnogim oblastima dru{tvenog rada danas je ve} postalo potpuno jasno koliko druge discipline ili delatnosti ne mogu da se odreknu dostignu}a i standarda humanisti~kih nauka, a pre svega socijalne medicine, novog javnog zdravqa i humane ekologije (za{tite `ivotne sredine). U praksi su one va`nije nego do sada, i ako u javnosti obave{tenost o tome jo{ nije dovoqna, ni ti je dovoqno razvijena svest o zna~aju humanisti~kih nauka. I stoga, na{i strate-

ki i operativni programi moraju u ve}oj meri da iskoriste i one nalaze prirodnih i humanisti~kih nauka koji poma`u da primerenije prihvatimo da su ~udi „shvatqivi-ji kao deo mre`e“ nego kao pojedinci i {ta su to krucijalni biosocijalni uslovi za daqi opstanak i razvoj homo sapiensa.

I zglveda da se aktuelna najmo}nija tehnika pre`ivqavawa za sada sastoji u tome da u svesti i pam}ewu ~oveka dana{ wice otvori onaj beskona~ni prostor izme|u zahteva i obaveznosti stvarawa mogu}nosti za sanirawe socio- i biopatolo{kih uslova `ivota.

Otuda i jednostavno obja{wewe pojma „zdravstvo“ kao „delatnosti odr`avawa zdravqa i le~ewa bolesti“.

U okviru ovako definisnog zdravstvenog sistema, socijalna medicina, kao nauka i struka, treba da ostane (ako jo{ nije postala ili jo{ nije priznata), ta~ka sa`imawa stru~ne, intelektualne, pa i emotivne energije zdravstvenog sistema i nau~na centripetalna osovina projekta novog javnog zdravqa, kao multifokalnog socijalnog pokreta i projekta usmerenog ka o~uvawu zdravqa populacije u celini i stvarawu odr`ivih pozitivnih uslova `ivota i rada populacije.

Ve{ta~ka dilema: socijalna medicina/novo javno zdravqe!?

Projekat imenovan novim javnim zdravqem ne mo`e definisati sebe ruinirawem dostignutog renomea socijalne medicine kao nauke i struke. To bi predstavqalo pravi autodestruktivni ~in ili proces. Jer socijalna medicina je bila i ostaje nose}i sastavni element, pa, u stru~nom pogledu, i sr` javnog zdravqa!

Socijalna medicina i novo javno zdravqe u stvari se mogu predstaviti kao dvojnina u jednini, dva simbiozna subjekta pod istim krovom, koji samo „xangrizavi“ „dobri“ poznavaoi mogu jedno od drugog da razdvajaju ili da nalaze razlike. Novom javnom zdravqu bilo bi od velike koristi, naro~ito u dana{wem socijalnom miqeu, da moralno i

legalno pripomogne socijalnoj medicini u ispoqavawu svoga stentorskog glasa u korpusu zdravstvenog sistema. Tako bi se na racionalan na~in anulirale pojave organizacione steatopigi je u tom sistemu, odnosno u pojediniim ustanovama koje ga ~ine.

U slu~aju da neko poku{a da konfrontira (suprotstavi) sadr`aje i metodologiju socijalne medicine kao nauke i struke sa programima novog javnog zdravqa, uspostavio bi se jedan neprirodan odnos neprikladne metafizi~ke kategorije, {to bi, u samoj stvari, za socijalnu medicinu i novo javno zdravqe predstavqalo raskid sa samim sobom. Pravqewe i izmi{qawe nekih razlika izme|u socijalne medicine i novog javnog zdravqa u stvari je gre{ka u mi{qewu bez objektivne nau~ne zasnovanosti. Socijalna medicina jeste u javnom zdravqu, a ono je oko socijalne medicine.

Savremena nauka ne mo`e prihvatiti zakasnelu inicijativu novog javnog zdravqa uz kolosek socijalne medicine. Pravi pristup je aklamirati wihovu simbiozu u korist zdravqa ~oveka, odnosno populacije u celini.

Sa idejnog, filozofskog stanovi{ta oba programa jedinstvene socijalno-medicinske geneze zasnovani su na slede}im osnovnim principima:

- antropocentrizmu, polaze}i od toga da je „~ovek sredi{te sveta i krajwa svrha wegovog razvitka“,
- da „zdravqe nije sve, ali bez zdravqa sve je ni{ta“ (A. [openhauer), i
- da „zdravqe ~oveka nije samo nepostojawe bolesti ve} stawe fizi~kog, duhovnog i socijalnog blagostawa“ (Ustav Svetske zdravstvene organizacije).

Na ovim osnovama se zasniva kreativni identitet i socijalne medicine i javnog zdravqa u zdravstvenom sistemu na{e zemqe, {to je kao politika legalno proklamovano i u zakonskim aktima. Tako, na primer, posledwi Zakon o zdravstveno za{titi, u ~lanu 119. defini{e: da se pod javnim zdravqem podrazumeva „ostvariwawe javnog interesa stvarawem uslova za o~uvawe zdra-

vqa stanovni{ tva putem organizovanih sveobuhvatnih aktivnosti dru{ tva usmerenih na o~uvawe fizi~kog i psihi~kog zdravqa, odnosno o~uvawe `ivotne sredine, kao i spre~avawe nastanka faktora rizika za nastanak bolesti i povreda. Ovo se ostvaruje primenom zdravstvenih tehnologija i merama namewenih promociji zdravqa, prevenciji bolesti i pobocq{ awu kvaliteta `ivota.“

Savremena socijalna medicina tako|e defini{ e ~etiri osnovne determinante zdravqa populacije. To su: ekonomska sposobnost pojedinca, porodice i dru{ tva, zdrava `ivotna sredina svih stratuma, nivo znawa stanovni{ tva i dobar sistem zdravstvene za{ tite. Ne treba zaboraviti da je, pored toga, odavno, svesno ili nesvesno, na{ zdravstveni sistem prihvatio i do danas se, vi{ e ili mawe, pridr`ava poznatih deset principa u za{ titi zdravqa, koje je jo{ 1928. godine postavio ~uveni protagonist preventivne zdravstvene za{ tite i socijalne medicine prof. dr Andrija [tampar:

1. Va` nije je obave{ tavawe naroda od zakona.
2. Najva` nije je spremi ti u jednoj sredini teren i pravilno shvatawe o zdravstvenim pitawima.
3. Pitawe narodnog zdravqa i rad na wegovom unapre|ewu nije monopol lekara nego wime treba da se bave svi bez razlike. Samo ovom zajedni~kom saradwom mo`e se unaprediti narodno zdravqe.
4. Lekar treba da je uglavnom socijalni radnik; sa individualnom terapijom ne mo`e mnogo da se postigne, socijalna terapija je sredstvo koje ga mo`e dovesti do pravog uspeha.
5. Lekar ne sme biti ekonomski zavis an od bolesnika jer ga ekonomska zavisnost spre~ava u glavnim wegovim zadacima.
6. U pitawu narodnog zdravqa ne sme se ~initi razlika me|u ekonomski jakim i slabim.
7. Potrebno je stvoriti zdravstvenu organizaciju u kojoj }e lekar tra`iti bolesnika a ne bolesnik lekara, jer se samo na taj na~in mo`e u na{ em starawu da

obuhvati sve ve}i broj onih ~ije zdravqe treba da ~uvamo.

8. Lekar treba da je narodni u~iteq.
9. Pitawe narodnog zdravqa od ve}eg je ekonomskog nego humanitarnog zna~aja.
10. Glavno mesto lekarskog delovawa su qudska naseqa, mesta gde qudi `ive a ne laboratorije i ordinacije.

Specifi~ni algoritam kojim se sa`eto prikazuje ukupnost primene [tamparovih principa javnog ili narodnog zdravqa putem organizovanog delovawa zdravstvenog sistema i dru{ tvene zajednice mo`e biti konstruisan u obliku slede}eg socijalno-medicinskog tijasa:

- I. Socijalna medicina, higijena (op{ ta i specijalna) sa epidemiologijom i humana ekologija, koje povezuje crvena nit – prevencija zdravqa i zdravih uslova `ivota koje proklamuje Novo javno zdravqe kao celoviti sistem za{ tite zdravqa.
- II. Organizovana dru{ tveno-politi~ka zajednica i populacija sa porodicama i pojedincima, koje povezuju zajedni~ki interes u oblasti o~uvawa i unapre|ewa fizi~kog, psihi~kog i socijalnog zdravqa populacije.
- III. Programirani i permanentni monitoring zdravstvenog stawa i kompleksa morbogenih ~inilaca i identifikacija aktuelnih i anticipiranih faktora rizika antropogenkog/biogenkog karaktera, kao i preduzimawe odgovaraju}ih mera za spre~avawe nastanka pojave i sanacije posledica po zdravqe populacije posti`u}i odr`ive pozitivne uslove `ivotne sredine.

Svaki od pobrojanih (imenovanih) subjekata (aktera) u organizovanom frontu za ostvarivawe mera i ciqeva jedinstvenog socijalnog projekta imenuju se danas kao Novo javno zdravqe preko ve} utemeqene uloge i zna~aja socijalne medicine. Neki su direktni akteri izvr{ ewa programiranih mera i aktivnosti, neki su saradnici indirektno, u smislu materijalne i moralne podr{ ke, neki su u funkciji socijalnog kontrolora ili odgovorni subjekti za sankcionisawe prekr{ ioca. Neki mogu biti samo

specifični „socijalni aditivi“ uključeni u korpus. Svi zajedno moraju da neguju naglašeni antropocentrizam kao bazični idejni stav i opredeljenje.

Pri tome je potrebno da sva tri segmenta ovog socijalnog trijasa treba da budu postavjeni tako što se saglasiti da je svrha zajedničke aktivnosti postizanje jednakih ciljeva a da se pri tome izbegne situacija u kojoj bi bilo potvrđeno poznato aforsizam da je „cilj našeg puta da nam otkrije put do našeg cilja“.

Zdravstveni sistem se u ovome predstavlja kao legalni i legitimni socijalni subjekat – ovlašten Ustavom i zakonima, ili čak samo ovlašten (kao idejno i praktično najviše vlasnik) da brine o zdravju populacije. Kao takav on ima prava i dužnosti da poziva i proziva sve ostale aktere u korpusu izvršioce ove trijade i da sprovodi monitoring efekata aktivnosti iz tog zajedničkog i kompleksnog programa.

Zdravstvena služba, lekarski korpus i pre svega socijalna medicina kao nauka i struka, upravo treba da kreiraju smisao ovih svepovezanosti jer je zdravje uvek bilo, i ostaje i dalje, ulaznica u osećanje zadovoljstva životom i srećom. Takva emocija se primarno nasećava u sreću, makar se to smatralo metafizičkim podsećanjem na mitski raj, značajno utiče na kreativno ispoljavanje Wegovih fizičkih i mentalnih potencijala.

Novo javno zdravje/socijalna medicina i razvoj „ekološke svesti“

Sam termin Novo javno zdravje (NJZ) implicira novi, savremeniji pristup kako zdravju i sreći pojedinačno tako i stanovništva u celini. Termin „Novo javno zdravje“ nominuje se aktuelnom socijalnom kategorijom ukorenjenom u savremenim socijalnim, ekološkim, biotehničkim, sociopsihološkim i ekonomskim datostima jedne populacije, upravo onako kao što je to socijalna medicina od svoga prapočetka! Ta-

kvo novo, javno zdravje usmereno je nemi novno istovremeno: na aktivno socijalno-medicinsko dijagnostikovanje faktora rizika po zdravje ljudi (rizika proisteklih iz svih segmentata društvenih aktivnosti) i njihovo imenovanje uz lokalizaciju izvora, kvantifikaciju stepena njihovog antropogenog uticaja i detekciju realnih i očekivanih posledica. Sa druge strane, projekat novo javno zdravje podrazumeva i obavezu iznalaženja i propisivanja profilaktičkih i sanacionih mera, oblika i načina njihove realizacije, kao i subjekata odgovornih za njihovo sprovođenje i obezbeđenje održivog povoljnog socio-ekonomskog mišljenja, upravo onim frontom koji koristi i socijalna medicina.

U tom svetlu, novo javno zdravje kao globalni socijalni program može se posmatrati i kao „budilnik za ekološku svest“ – iji je nulti pristup ili cilj – smavanje i/ili sanacija riziknih faktora po zdravje ljudi svake geneze.

Multi dimenzionalnost Novog javnog zdravja, kao i socijalne medicine, sastoji se kako u naučnoj tako i u praktičnoj ravni, iz sledećih platformi kontradara:

1. Rizikni faktori antropogenog karaktera – njihovi izvori, mehanizmi (tetnog dejstva po zdravje i sreću kao i faune i flore u okruženju, već identifikovane patognomanične posledice po životinje i ali i artefijalnog okruženja, mere zaštite ili sprečavanja (tetnih dejstava iz svih stratum ekosredine koji mogu biti ili iz kojih izviru elementi antropogenog delovanja – vazduh, voda, zemlja, hrana, buka, komunalni otpad, psihosocijalni klimat.

Sa socijalno-medicinske tačke gledišta, bliskost populacije sa prirodnim segmentima – florom i faunom – pruža ljudskoj zajednici onu vrstu ispuštenosti koja predstavlja istinski omnihumanitet. Upravo je to način da se stvori ona dimenzija koja se čini ključnom u javno zdravstvenom polju svojevrsnog odnosa koji čini funkcionalnim onaj trougao (trijad) iskazan kroz jedinstveni sociomedicinsko-ekološki ko-dru-

{ tveni princip savremenog (novog) javnog zdravqa, kao i socijalne medicine.

2. Segmenti dru{ tvenih delatnosti i prirodnih aktivnosti koji ugro{avaju `ivotnu sredinu tehnolo{ko-tehni~kim metodama koje koriste ili autohtono egzistiraju u prirodnoj sredini:

- industrija, takozvana prqava, i ona zastarele tehnologije;
- gra|evinska delatnost svih oblika;
- rudarstvo svih oblika i vidova;
- agrarna delatnost;
- komunalna delatnost svih oblika i tipova;
- saobra}ajna delatnost koja koristi motore sa unutra{wim sagorevawem;
- proizvodwa energenata svih oblika;
- zdravstvena delatnost u slu~ajevima nehigijenskog menaxmenta sa medicinskim otpadom.

3. Mere za za{titu i unapre|ewe `ivotne sredine i oblici wihove realizacije koji koriste u ciqcu obezbe|ewa odr`ivog ekolo{kog standarda `ivqewa.

- zakonski propisi koji se odnose na za{titu `ivotne sredine,
- standardi i norme nau~no i stru~no verifikovane,
- savremeni sistemi monitoringa stawa raznih stratuma `ivotne sredine itd.

4. Subjekti odgovorni za programirano i permanentno organizovawe sanitarnog nadzora, stalni monitoring stawa `ivotne sredine, sprovo|ewe programa za{tite i svih legalno i legitiмно proklamovanih obaveza i mera, obezbe|ewe prava na zdrav `ivot itd.

Mnogeli~nosti iz oblasti humanitarnih nauka, medicine i tehni~ko-tehnolo{kih disciplina, ~ak i neki pesnici svojim stihovima, anticipirali su dolazea vremena rastu}ih posledica devastacije prirode i osnovnih stratuma `ivotne sredine. Oni su na svoj na~in vr{ili transpoziciju straha u svesti ~oveka za svoj `ivot, koji i danas prebiva u sredi{tu qudskog poimawa (shvatawa) sveta i ~ovekovog mesta i uloge u wemu. Danas smo sigurni da ova upozorewa da-

leko prekora~uju doba svoga nastanka, a prekliwawe za za{titu vazduha, zemqe, voda sada ~ini nit vodiqcu beskona~nog tragawa ukupnog ~ove~anstva za obezbe|ewem zdrave `ivotne sredine.

Umest o zaku~ka

Sa op{tedru{tvenog kao i socijalno-medicinskog stanovi{ta na{a zemqa, novovekovna Srbija, ima odavno vi{e razloga da bude ponosna na svoje programe, pa i na svoj autohtoni sistem za{tite zdravqa populacije.

I uprkos, kroz istoriju vrlo te{kih, dru{tveno-politi~kih i ekonomskih okolnosti u kojima se nalazila populacija Srbije (nakon oslobo|ewa od vekovne okupacije Turske imperije, pa oslobo|ewa od okupacije Austrougarske carevine i kraqevine, pa oslobo|ewa od okupacije Nema-kog rajha), danas mi ipak slavimo skoro 170 godina od po~etka i toliko godina organizovanog sprovo|ewa i razvoja preventivne medicine, odnosno aktivne za{tite zdravqa naroda.

I storijski razvoj ove delatnosti u Srbiji karakteri{e intenzivan i dosledan javnozdravstveni karakter socijalno-medicinske provenijencije, ~ime je ova oblast postala i ostala integralni i neodvojivi deo brige i razvoja „medicinske struke“ i organizovanog starawa dru{tvene zajednice, odnosno dr`ave.

Od prvih zakonskih akata iz druge i treje decenije 19. veka i naro~ito onih „krovnih“: Zakona o samostalnom fondu za potrebe zdravqa – 1879. godine („dinar odvojen za zdravqe ne mo`e tro{itiniti kraq, niti vlada, niti jedna politi~ka stranka. On je odvojen za zdravqe, le~ewe bolesnih i pla}awe lekara...“), Zakona o ure|ewu sanitetske struke i o ~uvawu narodnog zdravqa 1881. godine, do dana{weg Zakona o zdravstvenoj za{titi 2005. godine, koji je definisao da se „pod javnim zdravqem podrazumeva ostvarivawe javnog interesa stvarawem uslova za o~uvawe zdravqa stanovni{tva putem organizovanih sveobuhvatnih aktivnosti dru{tva usmerenih na o~uvawe fizi~kog

i psihi~kog zdrav~ca, odnosno o~uvawe `ivotne sredine“. Uz nagla{avawe obaveznosti sprovo|ewa mera namewenih promociji zdrav~ca, prevenciji bolesti i poboc{awu kvaliteta `ivota populacije.

Kroz ovaj sa`et stav provejava, kao crvenit, socijalno-medicinski/javno-zdravstveni pristup u sistemu zdravstvene za{tite populacije Srbije.

U dvovekovnom razvoju i postojawu socijalna medicina kao nauka i struka i{la je „ruku pod ruku“ sa javno zdravstvenim programima. Tako oba „entiteta“ i danas bivaju i ostaju u prirodnom simbioti~kom odnosu kao „jednina u dvojnini“. Jedna drugu pro`imaju u obliku ukr{tenih spirala poput DNK niza i u takvom kolopletu nalaze svoje mesto i po~e delovawa, sa-uvav{i i svoj nau~ni i stru~ni identitet.

Odavno je izme|u socijalne medicine, kao nauke i struke, i javnog zdrav~ca uspostav~ena multifokalna i multifunkcionalna konekcija kojom je celokupan kompleks dobio svojevrstan identitet visokog humanog naboja. U nul tom stepenu zajedni~kog anga`mana postav~eno je i odr`ava se delovawe na za{titi zdrav~ca populacije u ukupnosti: a) fizi~ke, psihi~ke i socijalne dobrobiti ~oveka i b) uslova `ivota i rada. Tako oba entiteta ~ine jedinstveni kompleks medicinske geneze i socijalne provenijencije programski usmerene na brigu o ~oveku i wegovoj biolo{koj, socijalnoj i arteficijelnoj sredini! Od kru~cijalnog zna~aja je da tako i ostane i u budu}nosti.

I z moralnih, humanih, politi~kih, pa i ekonomskih razloga dr`ava ne mo`e da se povu~e iz domena solidarnosti u oblasti zdravstva, pa makar samo zbog toga {to samo zdrava populacija doprinosi razvoju i dobrobiti dr`ave, wenih pojedina i porodica!

Socijalna medicina/javno zdrav~e ima i obavezu da stoji u prvim redovima odbrane takvog stava. Za socijalnu medicinu zdrav~e ne predstav~a re~i „socijalno dobro“,

ve} kompleks prava i obaveza kako pojedina ca tako i dru{tvne zajednice.

Za socijalnu medicinu zdrav~e ne sme da postane roba i da se prepusti tr`i{tu!

Neophodno je, dakle, da postoje veze umbilikalnog tipa i odnosa izme|u socijalne medicine, kao nauke i struke, i javnog zdrav~ca, kao multiprofilnog socijalnog projekta s jedne strane, i dru{tvne zajednice sa druge strane. Tako one opstaju kao integrisana celost u kojoj se programi pojedinih segmenata uzajamno pro`imaju, dopuwavaju i/ili jedan iz drugog izviru, uz dosledno negovawe savremenog antropocentri~nog duha i pristupa.

Literatura

1. Skup{tina grada Beograda: *Osnovi politike i dru{tveni dogovor o za{titi zdrav~ca stanovni{tva*. „Bela kwiga o zdravstvu Beograda, Beograd, 1978.
2. *Zakon o zdravstvenoj za{titi Republike Srbije*. Slu`beni glasnik RS 107/2005.
3. Konstantinovi } B.: *Socijalna medicina - osnovi za poznavawe i refavawe zdravstvenih pitawa u vezi sa dru{tvenim pojavama*. Scientia, Beograd, 1932.
4. Klark d, MacMahon B: *Preventive and Community medicine*. Boston, 1981.
5. Dovijani } P.: *I vawica - pret e-a sist ema primarne zdravstvene za{tite*. Vel ef arm, Beograd, 2005.
6. Dovijani } P: *Ukr{tene programske spirale socijalne medicine i novog javnog zdrav~ca - t rakt at sa namerom*. Zdravstvena za{tita 4, Beograd, 2007.
7. Brockington F: *The History of Public Health*. In: Hobson W: *The Theory and Practice of Public Health*. III Edition, London, 1969.
8. Susser W: *Social Science and Public Health*. In: *The Theory and Practice of Public Health*. III Edition, London, 1969.
9. Nikoli } A.: *Programska orijentacija rada na unapre|ewu zdrav~ca naroda na teritoriji doma narodnog zdrav~ca u I vawici*. 1956.
10. Zajedni~ka komisija Svetske zdravstvene organizacije i UNI CEF-a: *I zve{taj za Skup{tinu SZO*. @eneva, 1977.
11. Dimitrijevi } Z.: *Novo javno zdrav~e i uloga zavođa za javno zdrav~e*. Zdravstvena za{tita, vanredni broj 1, Beograd, 2007.
12. Jankovi } S., Matijevi } D., Sokal Jovanovi } Q., Kotevi } A., Vu~kovi } A.: *Promocija zdrav~ca - u susret potrebama porodice i zajednice*. Zdravstvena za{tita, vanredni broj 1, Beograd, 2007.

Stru-ni i nau-ni radovi

Standardi zdravstvene za{tite u funkciji ravnomernijeg razvoja kapaciteta zdravstvene slu`be i unapre|ewa efikasnosti kori{ }ewa resursa

P. Jelaca,¹ I. Mi{i},² D. Dragi }evi },³ T. Rajovi },⁴ S. Mateji },⁵ N. Joki }⁶

Health Care Services Standards In Function of More Equal Developoment of Health Services' Capacities and Improvement of Efficiency in Resources Utilisation

P. Jelaca, M.D., D.P.H.; I. Mišic, M.D., Ph.D.; D. Dragicevic, M.D.; T. Rajovic, M.D.; S. Matejic, M.D.; N. Jokic, M.D.; Ministry of Health Republic of Serbia

Sa`etak. Maja meseca 2006. godine objavljeni su podzakonski akt i kojima se bli`e reguli{e organizacija i funkcioni sawe sist ema zdravst vene za{t it e u Republici Srbiji. U radu je obrazlo`en post upak pripreme st andarda obezbe|enost i bolni ~kim post eqama, zdravst venim radnicima i ukazano na ost varene rezult ate u prest rukt urirawu kapacit eta bolni ~kih ust anova ukupno i na nivou okruga u prvoj godini wihove primene, ukqu~uju}i smawewe broja post eqa za oko devet odst o.

Obrazlo`ena t ehnika primene st andarda u bolni ~koj delat nost i zasni va se na mat e mat i ~kom modelu i mat rici za planirawe bolni ~kih kapacit eta. Osnovna pret post avka jest e da se zadr`i dost ignuti ni vo prijema na le~ewe uz post epeno pove}awe zauzet ost i post eqa i skrajewe du`ine boravka. I st aknut o je da se pove}awe efikasno-

Summary. Sub laws which regulate more detailed organization and functions of Health Care System in Republic of Serbia were announced in May 2006. This study explains the procedure of preparation of standards for bed provision rate and standards for health care workers. This study also presents accomplished results in restructuring of hospital capacities, including the average reduction of number of beds for app. 9 %, at state and at regional level.

Reasoned technique of standards implementation in hospital sector is based on mathematic model and matrix for planning of hospital capacities. The basic assumption is to keep the same level of hospital admissions/discharges, with increasing of bed occupancy rate and reduction of average length of stay. It was pointed out that improvement of efficiency in resources utilization could be accomplished with implementation of standards for bed provision

¹ Prim. dr Predrag Jelaca, Ministarstvo zdravqa Republike Srbije.

² Prim. dr Ivana Mi{i}, Ministarstvo zdravqa Republike Srbije.

³ Dr Dragana Dragi }evi }, Ministarstvo zdravqa Republike Srbije.

⁴ Dr T. Rajovi }, Ministarstvo zdravqa Republike Srbije.

⁵ Dr S. Mateji }, Ministarstvo zdravqa Republike Srbije.

⁶ Dr N. Joki }, Ministarstvo zdravqa Republike Srbije.

st i upot rebe resursa mo`e ost variti ist ovremenom primenom st andarda obezbe- /enost i bolni~kim post eqama, medicin- skim i drugim osobqem, krit erijumi ma opt imalne unu t ra{ we organi zacije zdravst ve- nih ust anova i f i nansijskom st i mul acijom.

rate and standards for health care workers si- multaneously with criteria for optimal internal organization of health care institutions and fi- nancial incentives.

Na osnovu obaveza utvr|enih u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, ocene stava i brojnih preporuka stranih i lokal- nih konsultanata, zdravstvenih ustanova i organizovanih stru~nih grupa, u Ministar- stvu zdravqa Republike Srbije pripremljeni su i maja 2006. doneseni podzakonski akti i to: Uredba o planu mre`e zdravstvenih usta- nova, Pravilnik o uslovima i na~inu unutra- { we organizacije zdravstvenih ustanova i Pravilnik o bli`im uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim usta- novama i drugim oblicima zdravstvene de- latnosti. Ovim dokumentima se bli`e ure|u- je sistem zdravstvene zaštite, ukqu~uju}i i odgovaraju}e standarde, norme i kriterijume ~ijom primenom bi trebalo postepeno ostva- rivati ciljeve zdravstvene politike, otkla- wati uo~ene slabosti u organizaciji i funk- cionisanju zdravstvenih ustanova, zna- ajnije pove}ati efikasnost upotrebe fizi~kih re- sursa, kori{ }ewe stru~nih kadrova i stalno unapre|ivati kvalitet i efektivnost mera zdravstvene zaštite.

Od zna~aja je na ovom mestu ista}i obave- ze Ministarstva zdravqa da reguli{ e funk- cionisanje sistema primenom propisa, razvi- jeni h nacionalnih standarda i odgovaraju}ih uputstava, stalnim inspekcijskim i drugim oblicima nadzora, kontrole i koordinira- nog vo|ewa procesa promena ka boqem.

S obzirom na temu ovog saop{tewa i slo`enost i obim regulatornih mehanizama, obra|iva~i su se opredelili da detaqnije obrade pitawa koja se odnose na standarde u oblasti bolni~ke i poliklini~ke delat- nosti, prvenstveno na sekundarnom nivou. Razlog le`i u ~iwenici da je i do sada pri- marni nivo zdravstvene delatnosti bio so- lidno regulisan, a u ustanovama tercijar-

nog nivoa, posebno u klini~kim centrima, u toku su obimne aktivnosti na wihovom re- struktuirawu. Predstoji i zavr{etak rada stranih konsultanata u def inisanju ukupnih kapaciteta ovih ustanova i posebno usluga i kapaciteta tercijarnog nivoa i wihovog teritorijalnog rasporeda.

U tabelarnom delu Uredbe o planu mre- `e, pored naziva i teritorijalnog raspore- da zdravstvenih ustanova, unete su i statu- sne izmene u smislu formirawa novih usta- nova izdvajawem iz zdravstvenih centara, promene naziva, kao i posteqni kapaciteti utvr|eni na osnovu novih standarda, uz na- pomenu da se radi o prvoj fazi wihovog uskla|ivawa sa potrebama stanovni{tva i materijalnim mogućnostima zajednice.

Obra|iva~i su svesni ~iwenice da se standardi kao instrument za planirawe ne mogu kruto primewivati. Neophodno je da se u toku izrade planova razvoja i rada zdravstvenih ustanova proverava primenqi- vost predlo`enih standarda i efekti u po- gledu eventualnih dodatnih tro{ kova koje oni mogu proizvesti. U tom smislu su ve} pripremljeni predlozi za izmene i dopune podzakonskih akata i na tom planu se o~e- kuje sugestije u~esnika ove konferencije.

St andardi u st acionarnoj zdravst venoj delat nost i

Uvod

Posteqni kapaciteti zdravstvenih usta- nova def inisani su u ranije usvojenim doku- menti ma sa osnovnim opredecqwima da uku- pan broj posteqa bude ispod pet na hiqadu stanovnika, od ~ega oko ~etiri za kratko- trajnu hospitalizaciju, a ostalo za produ`e- no le~ewe i rehabilitaciju.

I zradi predloga standarda u stacionarnoj zdravstvenoj delatnosti predhodila je analiza organizacione strukture, posteqnih i kadrovskih kapaciteta kao i sadr`aja i obima stru~nih poslova u stacionarnom i poliklini~kom delu svake ustanove. Rezultati ove analize ukazali su na izra`enu nejednakost u pokrivenosti stanovni{tva okruga bolni~kim posteqama, na velike razlike u stopi hospitalizacija (prijema na bolni~ko le~ewe) i na nisku stopu prose~ne zauzetosti posteqa op{tih bolnica. Te konstatacije u jo{ izra`enijem vidu odnose se na pojedine oblasti bolni~ke delatnosti kao {to su: pedijatrija, ginekologija, oftalmologija, otorinolaringologija, dermatologija, hirurgija. Radi ilustracije ovih konstatacija navode se pokazateqi stacionarnog le~ewa u oblasti interne medicine, pedijatrije, hirurgije i ginekologije sa akur{erstvom i za sve oblasti delatnosti op{tih bolni-

ca u 21. okrugu kojima gravitira 4.600.850 stanovnika (**tabela 1**).

Primenom novih standarda obezbe|enosti stanovni{tva bolni~kim posteqama, ukupno i po medicinskim disciplinama, trebalo bi da se postepeno dostignu dva ciqa:

- jednakost u dostupnosti bolni~ke za{tite po okruzima (odnosno maksimalno smanve postoje}e razlike) i
- efikasno kori{ewe bolni~kih posteqa i qudskih resursa.

U postupku pripreme standarda primewen je matemati~ki model kojim se potrebe za bolni~kim posteqama (X) iskazuju direktnom povezano{tu sa brojem prijema na bolni~ko le~ewe (P) i prose~nom du`inom boravka (B), a obrnuto prose~nom zauzetostu posteqa, odnosno koeficijentom wihovog kori{ewa (K) u toku godine:

$$X = P \times B / 365 \times K$$

Tabela 1. Pokazateqi kori{ewa bolni~kih posteqa op{tih bolnica u 2005. godini

OBLAST DELATNOST		na 1.000 stanovnika		prosek	
		posteqe	prijemi	dani boravka	zauzetost %
Interna medicina	prosek	0,65	20,0	8,4	71,1
	mini mum	0,24	7,8	6,8	61,1
	maksi mum	0,99	37,0	11,2	88,0
Pedijatrija	prosek	0,26	7,5	5,6	44,9
	mini mum	0,09	4,3	4,1	34,6
	maksi mum	0,43	15,3	7,8	64,7
Hirurgija	prosek	0,55	18,4	6,7	61,9
	mini mum	0,19	10,7	5,1	46,1
	maksi mum	1,16	30,7	8,7	83,3
Ginekologija	prosek	0,48	17,4	4,9	48,7
	mini mum	0,28	11,0	4,0	30,7
	maksi mum	0,73	28,6	7,5	68,0
Sve delatnosti bolnice	prosek	3,55	99,5	7,9	60,4
	mini mum	1,71	50,0	6,3	53,7
	maksi mum	5,48	144,6	11,5	74,7

Izvor: Baze podataka i publikacije o kadrovima i radu bolni~kih ustanova u 2005. godini Instituta za javno zdravqe Srbije „Dr Milan Jovanovi} - Batut“. Isti izvor podataka kori{en je i u ostalim tabelama.

Tabela 2. Matrica za planirane bolničkih postelja

Opcija	Broj prijema	Prosek boravka	% zauzetosti	Bolnički dani	Bolničke postelje		
					Broj	na 1.000 stanovnika	indeks promena
Interni medicini							
0	104.000	8,4	70,4	873.600	3.400	0.74	100.0
1	104.000	8,4	75,0	873.600	3.190	0.69	93.8
2	104.000	8,0	80,0	832.600	2.850	0.62	83.8
3	104.000	8,0	85,0	832.600	2.684	0.58	78.9
Hirurgija							
0	95.900	6,6	61,6	632.940	2.810	0.61	100.0
1	95.900	6,6	70,0	632.940	2.480	0.54	88.3
2	95.900	6,5	75,0	632.940	2.275	0.49	81.0
3	95.900	6,5	80,0	632.940	2.175	0.47	77.4

Ovaj model je preveden u matricu u kojoj je nulta opcija predstavljena podacima i pokazateljima o broju postelja i hospitalizacija (prijema), prosečnoj dužini boravka i prosečnoj zauzetosti postelja. Daqi postupak primene modela prikazan je na **tabeli 2**.

Istim postupkom obrađene su i druge oblasti stacionarne delatnosti opštih bolnica. I zborom odgovarajuće opcije definisani su standardi obezbeđenosti stanovništva bolničkim posteljama i osnovni kriterijumi za njihovu efikasniju korišćenje u smislu veće stope popučenosti (zauzetosti) i kraćeg boravka.

Proces usklajivanja kapaciteta bolničkih ustanova sa potrebama stanovništva ukazuje i druge planske pokazatelje, prvenstveno stopu hospitalizacija. Ako bi se prosečna

stopa hospitalizacije na republičkom nivou smatrala optimalnom, otvorilo bi se pitave ocene opravdanosti znatno maveg obima bolničkog levanja u pojedinim okruzima i skoro dvostruko veće stope hospitalizacije u nekoliko okruga. Ovde se potvrđuje pravilo da veća ponuda, u konkretnom slučaju, veći broj bolnica, bolničkih postelja i lekara, generiše veću tražnju, odnosno korišćenje zdravstvenih usluga. Istovremeno nije sasvim jasno zašto se bolničke postelje nekih okruga sa znatno mavim brojem postelja od standardom predviđenih (Sremski i Rasinski) nedovoljno koriste.

Navedeni pokazatelji za bolničke ustanove u Beogradu i Južnom, [umadijskom i Nišavskom upravnom okrugu u odnosu na lokalno stanovništvo izražani su na

Tabela 3. Obezbeđenost stanovništva Beograda, južnog, [umadijskog i nišavskog okruga bolničkim posteljama sekundarnog i tercijarnog nivoa i pokazatelji korišćenja u 2005. godini

Grad - okrug	Korišćenje postelje		Na 1.000 stanovnika		Prosek	
	Broj	% od ukupnog broja	Postelje	Prijemi	Dani boravka	% zauzetosti
Beograd	5.970	60,6	3,79	102,2	11,3	78,0
Novi Sad	2.015	69,7	3,36	90,5	9,8	70,9
Kragujevac	1.125	87,7	3,80	113,8	9,1	75,8
Niš	1.315	71,4	3,77	124,2	7,7	76,0

osnovu podataka o u~e{ }u bolni~kih dana ovog stanovni{ tva u ukupnom obimu bolni~kog le~ewa. Tako dobijeni pokazateqi nisu uporedivi sa napred iznetim za ostale okruge, jer ovi posledwi, osim sekundarnog, ukqu-uju i hospitalizacije na tercijarnom nivou (**tabela 3**).

Zahvaquju}i a`urno vo|enoj bazi podataka o bolni~kom le~ewu u Beogradu, koju poseduje Gradski zavod za javno zdravqe, utvr|eno je da stanovni{ tvo Podunavskog i Sremskog upravnog okruga u znatnoj meri koristi posteqne kapacitete Beograda (sa 24,4 odnosno 28,3 hospitalizacija na 1.000 stanovnika) a u zna~ajnom obimu i stanovni{ tvo Ju`nobanatskog (22,0), Brani~evskog (21,0) i Pomoravskog (14,0) okruga.

Analiza stru~nih aktivnosti na stacionarnom i poliklini~kom nivou, kojom je obuhva}ena i obezbe|enost zdravstvenim radnicima i wihove stru~ne obaveze, omogu}ila je da se, nakon brojnih konsultacija, urade i donesu standardi koji se odnose na: pokrivenost stanovni{ tva bolni~kim posteqama, ukupno i po medicinskim disciplinama; optimalnu veli~inu bolni~kih jedinica (odeqewa) po vrstama delatnosti i po intenzitetu le~ewa i nege; obezbe|enost hospitalizovanih i poliklini~ki zbrivavanih pacijenata medicinskim kadrom; kriterijume kori{ }ewa bolni~kih posteqa i osnovne mere izvr{ewa. Rezultati primene utvr|enih standarda na broj i strukturu bolni~kih posteqa u prvoj fazi

primene Uredbe o planu mre`e (2006/07) jeste smawewe ukupnog broja bolni~kih posteqa za 8,9% (**tabela 4**).

Primenom Uredbe o planu mre`e zdravstvenih ustanova, u delu koji se odnosi na bolni~ke posteqe, prestrukturirawem kapaciteta, pored smawewa broja, izvr{ena je i delimi~na prenamena u korist deficitarnih grana medicine i formirane nove jedinice kao { to su slu`be ili odeqewa za produ`eno le~ewe i negu, gerijatriju i palijativno zbrivawawe.

Unutra{ wa organizacija i mere izvr{ewa

Pravilnikom o unutra{ woj organizaciji zdravstvenih ustanova stvorena je pretpostavka da se i tom merom obezbedi efikasnije kori{ }ewe resursa i preciznije definicije u profili i oblasti delatnosti svake zdravstvene ustanove, { to je od posebnog zna~aja za op{ te bolnice. Utvr|ivawe veli~ine bolni~kih jedinica vezuje se za vrstu delatnosti i intenzitet le~ewa i nege. Po tim kriterijumi ma najmawa jedinica intenzivnog le~ewa i nege mo`e imati { est (optimalno do 12), za poluintenzivno le~ewe duplo vi{e, a u jedinicama za standardno le~ewe i negu 24 i vi{e posteqa. Tako obrazovane bolni~ke jedinice omogu}avaju da se pru`a neophodan kvalitet nege za sve a posebno za vitalno ugro`ene i visokoza-visne pacijente.

Tabela 4. Redukcija posteqnih kapaciteta kao rezultat primene Uredbe o planu mre`e zdravstvenih ustanova

Opcija	Broj posteqa		Razlika	
	2005	2006/2007	Broj	%
Stacionari domova zdravqa	642	430	212	33.0
Op{ te i specijalne bolnice za akutna stawa	17.361	16.120	1.241	7.1
Klini~ke ustanove (bez rehabilitacije)	14.598	13.438	1.160	7.9
Specijalne bolnice za produ`eno le~ewe internisti~kih oboqewa	1.030	945	85	8.3
Specijalne bolnice za psihijatrijska oboqewa	3.200	3.400	200	2.0
Instituti, klini~ke i specijalne bolnice za rehabilitaciju	4.480	3.295	1.185	26.4
UKUPNO	41.311	37.623	3.688	8.9

Nejednaki broj stanovnika upravnih okruga (od 100 do 350 hiljada) nije se zdravstvene potrebe za bolnicom zaštitom na sekundarnom nivou zadovoljavaju u opštim bolnicama, otežava doslednu primenu standarda obezbeđenosti stanovništva postepoma za sve oblasti delatnosti. Problemi se uslovljavaju kad na području okruga postoje dve ili više bolnica sa paralelnim delatnostima. U takvim okolnostima se ne mogu formirati bolničke jedinice koje bi obezbedile racionalno korišćenje kadrova i kontinuirano prisustvo lekara. Jedno od prihvatljivih rešenja jeste obrazovanje većih organizacionih jedinica koje objedinjavaju nekoliko internističkih, odnosno hirurških disciplina, obrazovanje jedinica intenzivnog lečenja i nege na nivou bolnica, odnosno za više srodnih disciplina, povezivanje pedijatrije sa neonatologijom u okviru akušerstva i slin.

Standardi obezbeđenosti zdravstvenim i drugim kadrovima u stacionarnoj i specijalističko-konsultativnoj delatnosti iskazani su, moglo bi se reći, na klasičan način – odnosom broja zaposlenih i broja bolničkih postelja. Na skroman način koji zdravstvene ustanove najčešće ne primenjuju, predviđeno je da se tako utvrdi broj za-

poslenih usklađuje sa intenzitetom korišćenja bolničkih postelja i obimom i strukturom strukturnih poslova (zdravstvenih usluga). Ovaj deo regulatornih elemenata je nazvan merama izvršenja i on zahteva dodatnu obradu.

Literatura

1. Vizija sistema zdravstvene zaštite u Srbiji, Ministarstvo zdravlja RS, 2002.
2. Howara S, Tinston R. Preparation for Master Plan Development and Implementation, Ministry of Health Republic of Serbia, 2003.
3. Akcioni plan za prestrukturiranje kapaciteta i zaposlenih u sistemu zdravstvene zaštite Republike Srbije, Vlada Republike Srbije, 2005.
4. David Cochran et al: Human Resource Strategy, Final Report, Ministry of Health Republic of Serbia, 2006.
5. Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova, Službeni glasnik RS, 42/06.
6. Pravilnik o uslovima i načinu unutrašnje organizacije zdravstvenih ustanova, Službeni glasnik RS, 43/06.
7. Kapaciteti i korišćenje stacionarnih zdravstvenih ustanova u Republici Srbiji u 2005, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović” – Batut“ 2007.
8. Bayulken C, Grozdanov J. et al.: Procena zdravstvene službe u Srbiji, Euro Health Group consultants, Beograd, 2003.
9. Heidemann E. G. et al.: The Contemporary Use of Standards in Health Care, WHO 1993.

Stru-ni i nau-ni radovi

Reforma sistema zdravstva u Crnoj Gori

A. Qaqevi},¹ N. Terzi},² M. Grbovi}³

The Reform of the Health System in Montenegro

A. Ljaljevic, M.D., Ph.D. Prof.; N. Terzic, M.D., D.P.H., M. Grbovic, M.D., P.H.D

Sa`etak. Reforma sistema zdravstva u Crnoj Gori zapo~ela je reformom sistema primarne zdravstvene za{tite, kao bazi~ne za pru`awe zdravstvenih usluga u sektoru zdravstva i to kao pilot Projekat u Domu zdravca Podgorica. Planirano je da se nastavi sa {irewem Projekta reforme na druge nivoe zdravstvene za{tite i na sve ostale domove zdravca u Crnoj Gori.

Reforma sistema zdravstvene za{tite u Crnoj Gori potpuno je uskla|ena sa nacionalnom zdravstvenom politikom i strategijom razvoja, a utemeljena je na definisanim dokumentima koji ure|uju oblast pru`awa usluga u zdravstvu. Projektom je planirano da se sistem zdravstva zasni va prvenstveno na javnim zdravstvenim kapacitetima, a da se nedostajui kapaciteti nadopune iz privatnog sektora. Projektom reforme primarne zdravstvene za{tite promijeni}e se i status zdravstvenih institucija. Ciq reforme sistema zdravstva u Crnoj Gori jeste pove}awe uinkovitosti i kvaliteta, kroz ja}awe primarne zdravstvene za{tite, a pra}eno racionalizacijom specijalisti~ko-konsultativne i bolni~ke zdravstvene za{tite.

Dosada{wu praksu na primarnom nivou odlikovalo je pru`awe zdravstvene za{tite kroz slu`be Doma zdravca u kojima su radili: doktori medicine, specijalisti op{te medicine, specijalisti medicine rada, specijalisti psihijatrije, drugi specijalisti i stomatolozi. Ovakav sistem organizacije nije omogu}avao postojawe jedinstvene evidencije

Summary. Reform of the health system in Montenegro has started with a reform of primary health care system, as basic for providing of health services and by the implementation of the Pilot Project in the Primary Healthcare Center in Podgorica. It has been planned, for the Project of the Reform to expand on other parts of the health-care system and other primary health centers in Montenegro.

The Reform of the Healthcare System in Montenegro has been entirely accorded with the National Health Policy and Development Strategy and founded on defined documents that regulate sector of providing healthcare services. It has been planned by the Project for the health system to be public, and for some insufficient capacities to be completed with private sector. Also the Project of Reform of Primary Healthcare System would change status of health institutions. The goal of this Reform is to improve efficiency and quality through strengthening the primary health care and rationalization of specialist-consultation service and hospital health care.

Up to now practice in primary health care was carried out in Primary Healthcare Centers by health workers: medical doctors, general practitioners, specialists of occupational medicine, specialists of psychiatry, other specialists and dentists. This kind of system organization did not enable existence of unique evidence. The point of new

¹ Prof. dr Agima Qaqevi}, Medicinski fakultet, Klini~ki centar Podgorica, Crna Gora.

² Dr Nata{a Terzi}, Medicinski fakultet, Klini~ki centar Podgorica, Crna Gora.

³ Dr Mensur Grbovi}, Medicinski fakultet, Klini~ki centar Podgorica, Crna Gora.

je. Su{ tina novog modela primarne zdravstvene za{ tite jest e da svaki doktor upozna svoje pacijente, wi hovu ist oriju bolest i, porodi ~ne probleme i da mu na na t aj na ~in bude omogu}eno da uputi svoje pacijente da na adekvatan na ~in unaprijede i o ~uvaju svoje zdravqe. Time }e se post i }i ne samo boqa komunikacija izme|u pacijenata i qekara, ve} i ve}i kvalitet zdravstvenih usluga.

model of primary health care is that doctors could get know their own patients, their history of disease and family problems and to help them to improve and protect their health in adequate way. The result of that should be better patient - doctor communication and better quality of health services.

Uvod

Zdravstvena slu`ba predstavqa permanentan i {irom zemqe raspore|en sistem uspostavljenih institucija koje imaju vi{estruke ciqeve, me|u kojima su najzna ~ajniji zadovolqewe razli ~itih zahtjeva i potreba stanovni{tva kao i obezbje|ewe zdravstvene za{tite za pojedince i zajednicu. Javne zdravstvene ustanove organizovane su preko mre`e primarne, sekundarne i tercijerne zdravstvene za{tite i objekata koje obezbje|uju usluge. Mre`u zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori ~ine 18 medicinskih centara, sedam op{tih bolnica, tri specijalizovane bolnice, Klini ~ki centar, Institut za javno zdravqe, Javna apotekarska ustanova, a wima se pridru`uje i privatni sektor sastavljen od preko 140 medicinskih centara, stomatolo{kih centara, apoteka i apotekarskih veleprodaja. Zdravstvene ustanove se osnivaju u skladu sa mre`om zdravstvenih ustanova, koja se zasniva na standardima, normativima, planiranom razvoju zdravstvenog sistema i prioritetnim mjerama zdravstvene za{tite.

Reforma sistema zdravstva u Crnoj Gori

Razloge za reformu zdravstvenog sistema treba tra`iti u neefikasnom funkcionisanju zdravstvenog sistema i nizu identifikovanih problema, od neadekvatne organizacije zdravstvene slu`be, na ~ina prikupqawa i raspodjele sredstava, nepostojawa adekvatnog sistema pra}ewa i kontrole u razli ~itim segmentima sistema i nedovoqno dobrog

kvaliteta pru`enih zdravstvenih usluga. Reforma sistema zdravstvene za{tite u Crnoj Gori potpuno je uskla|ena sa nacionalnom zdravstvenom politikom i strategijom razvoja, a zasniva}e se prvenstveno na javnim zdravstvenim kapacitetima. Projektom reforme primarne zdravstvene za{tite promijeni}e se i status zdravstvenih institucija. Ciq reforme sistema zdravstva u Crnoj Gori jeste pove}awe uinkovitosti i kvaliteta, kroz ja ~awe primarne zdravstvene za{tite, a pra}eno racionalizacijom specijalisti ~ko-konsultativne i bolni ~ke zdravstvene za{tite.

Skup{tina Crne Gore je usvojila Zakon o zdravstvenoj za{titi i Zakon o zdravstvenom osigurawu i na taj na ~in stvorila zakonsku osnovu za proces reformisawa sistema zdravstva u Crnoj Gori. Vlada Crne Gore i Ministarstvo zdravqa odlu ~ili su da se po ~ne sa promjenama u zdravstvenom sistemu Republike Crne Gore. Definisani su i Pravilnik o bli ~im uslovima u pogledu standarda, normativa i na ~ina ostvariwawa PZZ preko izabranog tima doktora ili izabranog doktora (Sl. list RCG br. 61/05).

„Projekat unapre|ewa sistema zdravstva Crne Gore“ ima nekoliko komponenti a osnovna je reorganizacija primarne zdravstvene za{tite. Stoga je proces reforme zapo ~et na primarnom nivou, ali sa tendencijom {irewaka ostalim nivoima zdravstvene za{tite.

Dosadawu praksu na primarnom nivou odlikovalo je pru`awe zdravstvene za{tite kroz slu`be Doma zdravqa u kojima su radili: doktori medicine, specijalisti op{te medicine, specijalisti medicine rada, spe-

cijalisti psihijatrije, drugi specijalisti i stomatolozi. Ovakav sistem organizacije nije omogu}avao postojawe jedinstvene evidencije. Ciq novog modela primarne zdravstvene za{ tite jeste da svaki doktor pozna je svoje pacijente, wihovu istoriju bolesti, porodi~ne probleme i da na taj na~in mo`e adekvatno da uputi svoje pacijente na koji na~in da unaprijede i o~uvaju svoje zdravqe. Time }e se posti}i ne samo boqa komunikacija izme|u pacijenata i qekarave} i ve}i kvalitet zdravstvenih usluga.

Sektor PZZ, koji se smatra priori tenim u razvoju zdravstvenog sistema, izmjewen je u smislu uvo|ewa koncepta izabranog doktora koji postaje odgovoran za zdravqe registrovanog stanovni{tva, pri ~emu je reduciran obim specijalisti~kih usluga u domovima zdravqa. „Model organizacije sistema primarne zdravstvene za{ tite“ precizira status i ulogu novog doma zdravqa u sistemu zdravstva. Po ovom modelu osnovne organizacione cjeline novog doma zdravqa su: izabrani doktori, centri za podr{ku, jedinica za patrona`u, fizikalnu terapiju primarnog nivoa i sanitetski prevoz i ostale cjeline.

Principi na kojima po~iva novi model

Primarna zdravstvena za{ tita je osnov sistema zdravstvene za{ tite i prvi nivo na kojem gra|anin ostvaruje zdravstvenu za{ titu ili se ukqu~uje u proces ostvarivawa zdravstvene za{ tite na drugim nivoima, osim u hitnim slu~ajevima.

Kroz dono{ewe podzakonskih akata kao {to su: Pravilnik o bli`im uslovima u pogledu standarda, normativa i na~ina ostvarivawa primarne zdravstvene za{ tite preko izabranog tima doktora ili izabranog doktora i Uredbe o obimu prava i standardima zdravstvene za{ tite iz obaveznog zdravstvenog osigurawa stvoreni su uslovi da se, po horizontali, odvoji primarna od sekundarne i tercijarne zdravstvene za{ tite i da se dobije kontinuitet, po vertikali, u pru`awu zdravstvene za{ tite.

Prihva}eno je nekoliko temeljnih principa na kojima po~iva novi koncept organizacije sistema primarne zdravstvene za{ tite Republike Crne Gore i to: PZZ u novom sistemu zdravstvene za{ tite po~iva na izabranom doktoru i svaki osiguranik ima pravo da bira svog doktora i ima jedinstveni zdravstveni karton; PZZ je jasno razdvojena od ostalih; zdravstvena za{ tita zasnovana prvenstveno na javnim zdravstvenim kapacitetima, a nedostaju}i kapaciteti }e biti nadopuweni privatnim zdravstvenim kapacitetima; reformisani sistem }e kroz dispanzerski metod rada obezbijediti adekvatnu pristupa~nost usluga klijentima; nadoknada davaocima usluga ostvariva}e se prema radu.

Primarna zdravstvena za{ tita je dobila prioritet u finansirawu zdravstvenog sistema. I zabrani doktori }e se finansirati putem kapitacije i to tako da }e 50 odsto svojih prihoda ostvarivati kroz direktnu vrijednost kapitacije, a drugih 50 odsto kada realizuje svoj Plan rada, a u ciqu ostvarivawa Programa zdravstvene za{ tite Republike Crne Gore.

I zabrani dokt or

U reformisanom sistemu zdravstvene za{ tite Crne Gore na primarnom nivou korisnici zdravstvenih usluga svoja prava ostvaruju kroz koncept izabranog tima doktora medicine i izabranog doktora stomatologije. I zabrani tim ili izabrani doktor mo`e biti organizovan samostalno ili u okviru doma zdravqa. Pri tome, jasno je definisana populacija kojoj svoje usluge pru`a izabrani doktor, a propisano je da se izbor doktora vr{i najmawe na jednu godinu. U skladu sa populacionom grupom ~ije zdravstvene potrebe zadovoljava u sada{wem modelu, izdvajaju se: izabrani doktor za odrasle, koji svoje usluge, iz dome na primarne zdravstvene za{ tite pru`a starijim od 15. godina, izabrani doktor za djecu, izabrani doktor za `ene i izabrani stomatolog.

U okviru svoje djelatnosti izabrani doktor obavlja aktivnosti definirane obimom prevencije zdravstva u cilju unapređivanja i oštarenja zdravstva svojih klijenata, zatim obimom kurativnih usluga, prema potrebama klijenata, a u skladu sa savremenom medicinskom doktrinom, kao i vršewe javnih ovlaštenja.

Izabrani doktor je pratiti zdravstveno stanje i potrebe osiguranika koji ga izaberu, upućivati ga na višee i nivoee zdravstvene zaštite ukoliko se za to ukazuje potreba, i biti motivisan sistemom plaćawa za veći kvalitet rada.

Prilikom odabira doktora korišteni su opšti kriterijumi: završen medicinski fakultet, položen dravni ispit, zdravstvena sposobnost, i posebni kriterijumi, kao što je specijalnost izabranog doktora, poznavawe rada na ra-unaru, sposobnost komunikacije, sklonost za timski rad, sposobnost rješawa problema, spremnost za sticawe novih znanja i motivisanost za reformu primarne zdravstvene zaštite.

Izabrani doktor za odrasle

Izabrani doktor za odrasle po svojoj specijalnosti može biti: doktor medicine, specijalista opšte medicine, specijalista interne medicine, specijalista medicine rada i specijalista urgentne medicine. U tim izabranog doktora ubrajaju se medicinska sestra, odnosno medicinski tehničar, laboratorijski tehničar, patrona na sestra edukovana za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a jednim dijelom specijalista kliničke biokemije, kao i radnici koji nijesu medicinske struke (vozači, higijeničari i sl.).

Prema propisanim pravilima broj osiguranika na izabrani tim ili izabranog doktora iznosi: u prosjeku 1.600, pri čemu je najviše 1.200, a najviše 2000 osiguranika.

Izabrani doktor za djecu

Izabrani doktor za djecu može po svojoj specijalnosti biti: doktor medicine, spe-

cijalista pedijatar koji je edukovan za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Broj osiguranika na izabrani tim ili izabranog doktora je u prosjeku 1.500, najviše 1.000, najviše 2.000 klijenata.

Izabrani doktor za žene

Izabrani doktor za žene može po svojoj specijalnosti biti: doktor medicine, specijalista ginekolog, koji je edukovan za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Broj osiguranika na izabrani tim ili izabranog doktora u prosjeku 6.500 za žene od 15 do 49 godina, ili u prosjeku 6.000 za žene od 13 do 65 godina, a pri tome najviše 5.000, a najviše 8.000 žena.

Izabrani doktor stomatolog

Može po svojoj specijalnosti biti: doktor medicine-stomatolog koji je edukovan za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Definirano je da doktor stomatologije, medicinski tehničar, zubni tehničar, rendgen tehničar i radnici nemedicinske struke, kao što su: vozači, higijeničari i sl., ine tim jednog izabranog stomatologa za djecu do 15 godina života i za lica starija od 65 godina života.

Broj osiguranika na izabrani tim ili izabranog doktora za djecu do 15 godina je u prosjeku 1.250, najviše 1.000, najviše 1.500, a za starije od 65 godina 5.000 osiguranika.

Dom zdravstva

Dom zdravstva predstavља referentni centar primarne zdravstvene zaštite koji je pretrpeo funkcionalne promjene. U domu zdravstva se pruža ili se omogućava podrška izabranom timu ili izabranom doktoru iz oblasti: imunizacije prema kalendaru, otkrivanje i suzbijawa zaraznih i nezaraznih bolesti, zdravstvene zaštite žena i planirawa porodice i kućnog liječenja i patro-

na`ne zdravstvene za{tite. Pored toga, dom zdravqa }e pru`iti podr{ku izabranom timu ili izabranom doktoru i iz sqede}ih oblasti: pru`awe informacija i sprovo|ewe zdravstvene edukacije iz oblasti naj-e-}ih zdravstvenih problema i metoda wihowe identifikacije, prevencije i kontrole, higijensko-epidemiolo{ke za{tite, za{tite mentalnog zdravqa, lije~ewa plu}nih bolesti i TBC i laboratorijskih, radiolo{kih i drugih dijagnosti~kih procedura, kao i drugih oblasti koje odredi Ministarstvo zdravqa.

Novi model doma zdravqa ~ine: Centar za podr{ku izabranom doktoru i Jedinica za podr{ku. Postoje slede}i centri: Centar za plu}ne bolesti i TBC, Centar za dijagnostiku, Centar za mentalno zdravqe, Centar za djecu sa posebnim potrebama, Centar za prevenciju i Dnevni centar, a Jedinice su: za patrona`u, za fizikalnu terapiju primarnog nivoa i za sanitetski prevoz.

Aktivnosti doma zdravqa }e se finansirati na osnovu ostvarenih usluga i po realizovanim programima.

Rezultati procesa reforme PZZ u Crnoj Gori

I pored niza problema evidentno je da je novi sistem zdravstvene za{tite zna~ajno unaprijedio slede}e komponente:

- preciznost pravne regulative (definisana zakonska i podzakonska akta),
- prihvatawe izabranog doktora kao nosioca zdravstvene za{tite na primarnom nivou,
- prihvatawe da izabrani tim ili izabrani doktor mo`e biti organizovan samostalno ili u okviru doma zdravqa,
- prihvatawe registracije od strane klijenata,

- formirawe timova izabranih doktora,
- zakazivawe posjeta kod izabranih doktora,
- uvo|ewe evidencija usluga kod izabranog doktora na novi na~in,
- novi na~in pla}awa izabranog doktora,
- otpo~iwawe doedukacije za izabrane timove (izabrani doktor-sestra),
- promjene u komunikaciji sa korisnicima zdravstvene za{tite,
- medijska podr{ka promjenama u zdravstvu,
- spremnost da se promjene prihvate u cijeloj Crnoj Gori.

Literatura

1. Vlada Crne Gore. Ministarstvo zdravqa, (2004). Zakon o zdravstvenoj za{titi. (Sl. list RCG br. 39/2004.). Podgorica.
2. Vlada Crne Gore. Ministarstvo zdravqa, (2004). Zakon o zdravstvenom osigurawu (Sl. list RCG br. 39/2004.).
3. Vlada Crne Gore. Ministarstvo zdravqa, (2005). Pravilnik o bli`im uslovima u pogledu standarda, normativa i na~ina ostvarivawa primarne zdravstvene za{tite preko izabranog tima doktora ili izabranog doktora (Sl. list RCG br. 61/2005.).
4. Vlada Crne Gore. Ministarstvo zdravqa, (2005). Uredbe o obimu prava i standardima zdravstvene za{tite iz obaveznog zdravstvenog osigurawa (Sl. list RCG br. 79/2005.).
5. Vlada Crne Gore. Ministarstvo zdravqa, (2004). Model organizacije sistema primarne zdravstvene za{tite.
6. Vlada Crne Gore. Ministarstvo zdravqa, (2004). Statut Doma zdravqa Podgorica.
7. Vlada Crne Gore. Ministarstvo zdravqa, (2003). Strategija razvoja zdravstva Crne Gore. Podgorica.
8. Thomas Rathwell (2002). Health systems reform - seeking the holy grail. School of Health Services Administration, Dalhousie University
9. Institut za javno zdravqe (2006). Statisti~ki godi{wak o zdravqu i zdravstvenoj za{titi u Republici Crnoj Gori.
10. Republi~ki zavod za statistiku – Monstat (2005). Statisti~ki godi{wak.

Stru-ni i nau-ni radovi

Zdravqe majke i deteta u Srbiji - mogu}nosti za unapre|ewe

D. Lozanovi }-Miladinovi }¹

Mother and Child Health in Serbia - Possibilities for Improvement

D. Lozanovic-Miladinovic, M.D., D.P.H.

Sa`et ak Uvod. Pra}ewe paramet ara zdravqa najoset qi vijih populaci onih grupa daje najboqi uvid o sada{wem st awu zdravqa i predvi |awe budu}eg. Zdravqe majke i det et a ukazuje na zdravqe cele populacije, razvijenost zdravst vene slu`be i zdravst vene za{t it e, kao i razvijenost dru{t va u celini. Pri definisawu nacionalnih ciqeva u oblasti zdravqa koriste se indikat ori zdravqa majke i det et a.

Ciq rada. Sagledat i t renove zdravst venih pokazat eqa u poledwih 15 godina i ut icaj velike dru{t vene t urbulencije na zdravqe u Srbiji. Predlo`it i najef ektivnije i najef ikasnije int ervencije za unapre|ewe zdravqa.

Met od rada. Ovo je ret rospektivna anal it i-ka st udi ja bazi rana na zvani ~nim vit alnim, demogarf skim, zdravst venim, socijalno-ekonomskim st at ist i ~kim podaci ma i podaci ma dobijeni m posebnim ist ra`i vawima.

Rezult at i rada. U posmat ranom peri od u (1991-2006) dolazi do: smawewa u-e{ }a`ena i dece u st rukt uri, a rast e u-e{ }e st arih; permanent nog produbqi vawa negat ivnog prirodnog pri ra{t aja, smawewa st ope ra|awa, porast a op{t e st ope smrt -

Summary. Introduction. Follow-up of health parameters of the most vulnerable population groups gives the best present inside and forecast of future health. Mother and child health points to health of the whole population, development of health service and health care, as well as development of the whole society. Mother and child health indicators are used in defining of the national goals in the field of health.

Aim. To define the impact of the last decade of the 20th century and of great social changes on the health in Serbia; what interventions should contribute to improvement of health most efficiently.

Method. Retrospective analytic study based on official vital, demographic, health, socio-economic, and statistical data as well as data from the specialized research.

Results. In the observed period (1991-2006), the share of women and children decreased, and the share of old people increased within the structure. The following is noted: permanent deepening of negative population growth because of reduction of birth rate and increase of general mortality rate, as well as decrease of fertility rate. At the same time, great influx of refugees and immigration of young people are noticed. Expected life duration at birth decreases. Percentage of poor population rose up from 10% to 20%. The poorest are: single mothers, children from rural environment, old people, pensioners and Roma's in their

¹ Prim. dr Dragan Lozanovi }-Miladinovi }, I nstitut za zdravstvenu za{t it u majke i deteta Srbije „Dr Vukan ^upi }“, Beograd.

nost i. O~ekivano t rajawe `ivot a na ro|e-wu se smawuje. Procenat siroma{nog st a-novni{t va rast e sa 10 na 20 odst o.

U Srbiji je i u posmat ranom periodu def inisana zdravst vena za{t it a `ena, de-ce i omladine: zakoni ma, podzakoni ma, pro-grami ma i st ru~no-met odol o{kim uput -st vima.

Od 1991. do 2006. godi ne smawena je smrt -nost dece do pet godi na: st ope smrt nost i sa 16,8 na 9.4 u 2006. godi ni; perinat alne sa 14,3 na 9,2; odoj~adi sa 14 na 6-8 na 1000 `i-voro|ewa, a neonat alna smrt nost sa 8 na 5,6/1000 ro|ewa. Smawewe mat ernalnog mor-t alit et a je posledica ~iwenice da se 99 odst o poro|aja obavqa u zdravst venim ust anovama, ali i net a~nog {if rirawa smrt nih ishoda `ena u ovom periodu. U st rukt uri umrle odoj~adi 2/3 st rada od po-sledica prevremenog poro|aja ili pat we ploda t okom t rudno}e i poro|aja, a 1/5 umire zbog uro|enih anomalija. Uro|ene anomalije su vode}a grupa, t.j. naj~e{ }i uzroci smrt nost i za 1/4 umrle dece do pe-t e godi ne. Svako drugo umrlo det e {kol-skog uzrast a i adolescent umire zbog posle-dica povreda i t rovawa. U st rukt uri mor-t alit et a karcinomi su naj~e{ }i uzroci smrt nog ishoda kod `ena generat ivnog do-ba. Zna~ajni deo uzroka smrt i nije vaqano def inisan.

Najzna~ajniji zdravst veni problemi dece i omladine st alno rast u: povrede, maligni-t et, nepravilna ishrana, polno prenosive infekcije i drugi oblici pona{awa rizi~nog po zdravqe (fizi~ka neakt ivnost, pu-{ewe, alkohol, droga).

Problemi `ena su sve ve}i u sferi ra|a-wa i posledica su na~ina `ivot a, kompli-kacija t rudno}e, poro|aja i puerperijuma, namernih preki da t rudno}e; mal olet ni~kih t rudno}a, prevremenih poro|aja. Maligna oboqewa su u st alnom porast u. Sve su pri-sut nije polno prenosive infekcije, kao i anemije i poba~aji.

O~ekivano unapre|ewe mat ernalnog i zdravqa dece do 2015. godi ne iskazano je direkt no u Milenijumski m ci qevima 4, 5

settlements (6 times poorer). Health allotment (GNP) is slightly increasing.

Health care of women, children and young peo-ple is defined by laws, sublegal normative deeds, programs and professional-methodological guide-lines in Serbia during this period.

From 1991 to 2006, mortality rate of children under five was reduced: mortality rates from 16.8 to 9.4; perinatal from 14.3 to 9.2; infants from 14.6 to 8 per 1000 liveborns, and neonatal mortality from 8 to 5.6 per 1000 births. Reduction of ma-ternal mortality is a result of the fact that 99% of deliveries are performed in health care facilities, but also of incorrect coding of lethal outcomes among women. In the structure of infant mortality, 2/3 are the consequence of preterm delivery or suffer du-ring pregnancy and delivery, and 1/5 is a result of congenital anomalies. Congenital anomalies are the leading group, i.e. the most common causes of de-ath for 1/4 children under five.. Every second scho-ol child and adolescent die from injuries or poi-soning. Tumors are the second cause of death in this age groups. Carcinomas are the most common causes of death of women of generative age. A great number of causes is not well defined. Symptoms and signs are highly ranged.

The most important health problems of children and young people are permanently growing: inju-ries, malignancy, anemia, incorrect nutrition (obe-sity and malnutrition), sexually transmitted infec-tions and other forms of health-risk behavior (physical inactivity, smoking, alcohol, drugs).

Women's problems grow bigger in the field of child-bearing and are the result of life style, com-plexities in pregnancy, delivery and puerpera, abortions, teenage pregnancies, preterm deliveri-es. Malignant diseases are constantly increasing. The most common are: carcinoma of breast, ova-ries and cervix. Sexually transmitted infections are very frequent, especially in young people, as well as anemia and abortions.

Expected improvement of child and maternal health up to 2015 is given in Millennium goals spe-cially 4,5 and 6th through the tasks: reducing child under the five mortality for about 1/2, and under 19th. From the external courses of death, increasing the number of exclusive breast feeding under 6th months and % of immunized children, Improving antenatal and postpartal health care up to 1/3, disorder pre-vention and screening; support to reproductive he-alth program of young people, reduction of aborti-on rate for 1/2; double increase of contraception use

i 6. Ciqeve je mogu}e pratiti i ostvariti: ukqu-ivawem u sistem zdravstvene zaštite; praweem vulnerabilnih grupa, posebnim istra`ivawima i preventivnim intervencijama. Na dr`avnom nivou: izrada strategije za perinatalnu zdravstvenu zaštitu, formirawe republikest ru~ne komisije za zdravstvenu zaštitu majke i deteta, primena integrativnog pristupa (multidisciplinarni i multi-sektorski), medicinski i javno zdravstveni pristup.

Zakqu-ak. Tranzicija u razvoju društva uzrokovala je tranziciju u strukturi obolavawa i umirawa. Za unapre|ewe i o~uvawe zdravqa majke i deteta neophodni su ve}a socijalna i ekonomska sigurnost svih`ena (naro~ito u periodu materinstva), pronalitetna politika dr`ave i zaštita porodice.

range; maintenance of fertility rate on 1.5, reduction of women of generative age mortality for 1/3; reduction of maternal mortality ratio for 1/5. Targets are possible to follow-up and achieve: by inclusion in the health care system; by follow-up of vulnerable groups (poor, Roma...), by special researches and preventive interventions; by prenatal health measures. Mother and child health – possible activities on the state level: making of the strategy for perinatal health care, establishing of the Republic expert commission for mother and child health care, integrative approach (multidisciplinary and multi sectorial), medical and public health approach.

Conclusion. Transition in the society development have caused transition in morbidity and mortality structure. Necessary capital for the future – mothers and children - must remain the priority of social care.

Bigger social and economic safety of all women (particularly in the maternal period), prenatal state policy and protection of family are needed for mother and child health improvement.

Uvod

U poslednjih 16 godina u Srbiji i drugim zemqama na Balkanu došlo je do sna`nih društvenih, političkih, ekonomskih promena, koje su imale presudan uticaj na `ivot i zdravqe populacije. Prawe parametara zdravqa najosetqivijih populacionih grupa daje najboqi presek sadašweg stawa zdravqa, kao i mogu}nost za predvi|awe zdravqa u budu}nosti. Zdravqe majke i deteta ukazuje na zdravqe cele populacije, razvijenost zdravstvene slu`be i zdravstvene zaštite, kao i razvijenost društva u celini.¹ Pri definisawu nacionalnih ciqeva u oblasti zdravqa koriste se indikatori zdravqa majke i deteta.²

Sagledavawe demografske i socijalno-ekonomske situacije, zdravstvene zaštite i zdravstvenog stawa majke i deteta, uticaja primewenih programa, projekata, planova, strategija kao i izbora prioriteta Milenijskih ciqeva razvoja, neophodno je za ostvawawe unapre|ewa zdravqa stanovni{tva.

Zaštita zdravqa`ena u vezi trudno}e i materinstva jedna je od najefektivnijih in-

vesticija za zdravqe i budu}nost. Prevencija, rana detekcija i zapo~iwawe le~ewa izuzetno je korisno za celokupnu dr`avu i zdravstvenu zaštitu, jer spre~awa nastanak svih komplikacija po zdravqe majke, sadašweg i budu}eg potomstva.² Briga o zdravqu`ena obuhvata sve wene razvojne faze: detinstvo, pubertet i adolescenciju, generativni period, klimaks i hormonalni „mir“. @enama u generativnom periodu, kao prirodnim nosiocima biološke reprodukcije stanovni{tva, uz decu i omladinu, u sistemu zdravstvene zaštite dat je prioritet.

Deca i mladi imaju razli~ite potrebe i specifi~nosti kori{tewa zdravstvene slu`be, koje proisti~u iz osnovnih karakteristika`ivotnog doba (rast i razvoj), kao i zavisnosti od roditelja, porodice, vaspitawa i vr{waka. Deca ne mogu sama sebe da zastupaju i ne mogu da se staraju o sebi. Ona imaju prava koja sama ne mogu da ostvaruju, jer su u realizaciji svojih zdravstvenih i drugih potreba zavisni emotivno i materijalno od svog okru`ewa.³

U skladu sa definicijom UNI CEF-a (Konvencija o pravima deteta, usvojena na

Generalnoj skupštini UN, 20. novembra 1989. godine, ~l.1.), detetom se smatra osoba koja se nalazi u `ivotnom periodu od ro|ewa do navr{enih 18 godina `ivota⁴, pri ~emu su sa stanovni{ta potreba za zdravstvenom za{titom uzrast odoj-eta i adolescencija posebno zna~ajni.

Zdravstveno stawe odoj~adi predstavqa bazi~ni indikator koji ukazuje na stepen razvijenosti i organizovanosti zdravstvene slu`be jednog podru~ja i veoma je osetljiv indikator zdravstvenog stawa stanovni{tva u celini.

Adolescencija, naj~e}e definisana kao `ivotno doba od 10 do 19 godina, period koji predstavqa prelazak detiwtva u zrelost, karakteri{e se dubokim promenama vezanim za biolo{ki rast, seksualno, emotivno i psihosocijalno sazrevawe i kognitivno sazrevawe sa razvojem apstraktnog mi{qewa. Adolescenti imaju posebne potrebe, prioritete i na~ine kori{jeva zdravstvene za{tite.⁵

Ciq rada

Sagledavawe uticaja velikih dru{tvenih kretawa na zdravqe u Srbiji i izbor najefektivnijih i najefikasnijih intervencija koje bi doprinele unapre|ewu zdravqa.

Met od rada

Ovo je retrospektivna analiti~ka studija bazirana na zvani~nim vitalnim, demografskim, zdravstvenim, socijalno-ekonomskim statisti~kim podacima, kao i podacima dobijenim posebnim UNI CEF-ovim istra`ivawima (MI CS 1,2 i 3).

Rezultat i rada

1. Demografski pokazat eqi

Prema popisu stanovni{tva iz 2002. godine, od ukupno 7.498.001 stanovnika u Srbiji, 24 odsto ~ine `ene fertilnog doba, dok deca do navr{enih 19 godina ~ine 22,3

odsto. Proceweni broj stanovnika u 2005. godine u Srbiji je 7.440.769, a u~e}e `ena fertilnog doba je 23.5 odsto, dok je u~e}e dece do 19. godina smaweno na 21.9 odsto. Prose~na starost u Srbiji 2002. godine bila je 40.2 (m 39.0) i (` 41.5), a u 2005. godini iznosila je 40,6 godina, (m 39,3) i (` 41,8). U posmatranom periodu (1991–2006) dolazi do smawewa u~e}a `ena i dece u strukturi, a raste u~e}e starih. U toku proteklih 15 godina bele`i se: permanentno produbqivqivawe negativnog prirodnog prira{taja, zbog smawewa stope ra|awa i porasta op{te stope smrtnosti, kao i opadawa stopa fertiliteta. Istovremeno nastaje turbulentni pokret stanovnika: veliki priliv izbeglica i emigracija mladih.⁶ O~ekivano trajawe `ivota na ro|ewu se smawuje. Stope fertiliteta opadaju, kako ukupnog (merena brojem dece po `eni fertilnog doba), sa 1,72 na 1,5, tako i op{tih (broj `ivoro|enih na 1000 `ena od 15 do 49 godina). Nefatalni poreme}aji zdravqa – godine izgubqenog `ivota (20 odsto za mu{karce i 25 odsto za `ene) rastu.⁷

2. Socijalno-ekonomski pokazat eqi

Stope sklopqenih brakova opadaju sa 5,6 na 5,2, a rastu stope razvoda na 1000 stanovnika sa 0,9 na 1. Starost oba supru`nika pri sklapawu braka je u porastu, kao i pri dobijawu prvog deteta.

Ekonomski pokazateqi, bruto nacionalni proizvod po stanovniku blago raste od 1757.4 (2001. godine) na 2836.8 (2005. godine). I zdvajawe za zdravstvo iz BDP-a je poraslo od 2000. godine sa 4,6 na 5,3 odsto u 2005. godini.⁶

Nezaposlenost je i daqe visoka i raste sa 12 na 20 odsto stanovnika starijih od 18. godina, dok zaposlenost opada sa 29 na 26 odsto. U~e}e penzionera raste sa 16,5 na 17,2 odsto stanovni{tva.

Procenat siroma{nog stanovni{tva raste sa 10 na 20 odsto. Najsiroma{ni su: samohrane majke, deca iz rurarnih sredina, stari, penzioneri i Romi u romskim naseqima.

U~e}e `ena u broju nepisanih je 85 odsto. Nasiqe nad `enama se sve vi{e registruje. Istra`ivawem koje je sprovedeno 2003. godine pretpostavqa se da je svaka druga `ena psihi~ki a svaka tre}a fizi~ki maltretirana, dok o broju seksualno zlostavqanih `ena nema validnih podataka. Prema podacima Centra za `enska prava u 2004. godini umrla je 31 `ena zbog posledica nasica.⁷

3. Pokazateqi zdravstvene politike u vezi sa zdravqem majke i deteta

U Srbiji je i u posmatranom periodu definisana zdravstvena za{tita `ena, dece i omladine: zakonima, podzakonskim aktima, programima i stru~no-metodolokim uputstvima. Do dono{ewa novog zakona o zdravstvenoj za{titi i zdravstvenom osigurawu (2006.), najva`niji zakoni i podzakonska akta su: Uredba i Stru~no-metodolokoputstvo (1995.), ratifikacija Konvencije o pravima deteta (1997.), I novirana informacija o planirawu porodice, Zakon o abortusu (1995.), Zakon o zdravstvenoj za{titi i zakon o osigurawu iz 2005. godine. Na osnovu Uredbe o zdravstvenoj za{titi `ena, dece, {kolske dece i studenata i prate}eg Stru~no-metodolokog uputstva (1995.) sproveden je program zdravstvene za{tite `ena, dece, {kolske dece i studenata. Uvedeni su programi UNICEF-a i SZO: Bolnice - prijateqi beba (1995.); Nacionalni program o dojewu (1996.); Edukativni programi za zdravstvene radnike u primarnoj zdravstvenoj za{titi majke i deteta koje je podr`ao UNICEF (1996-2004), kao i Obuka u okviru urgentne pedijatrije (1999-2003).^{8,9}

Dr`ava je potpisnik Milenijumskih ciqeva razvoja 2000. godine. Donela je nacionalnu strategiju i operativne planove: „Boqe zdravqe za sve u tre}em milenijumu”; zdravstvenu politiku Srbije, sa vizijom sistema zdravstvene za{tite, strategijom i akcionim planom. Formiran je Nacionalni sa-

vet o pravima deteta (2002.). Doneta je Strategija za pobol{awe obrazovawa Roma u Srbiji (2003.), a zatim Strategija za smanwewe siromastva (2003.). Usledila su i: Nacionalna strategija za romsku populaciju (2005.) i Nacionalni plan akcije za decu. Nacionalni savet za jednakost polova formiran je 2006. i donet je ombucman za jednakost polova u Vojvodini 2006. godine.^{8,10,11,12}

Formirana je Republi~ka komisija za perinatalnu za{titu i donet je Vodi~ za zdravstvenu za{titu trudnica na primarnom nivou 2005. godine.

U toku 2006. godine usvojeni su novi zakoni u vezi sa sistemom zdravstvene za{tite i zdravstvenog osigurawa i Nacionalna strategija i akcioni plan za mlade.

Na nacionalnom nivou u toku 2006. godine objavljeni su rezultati kao i MICS istra`ivawe UNICEF-a o dostizawu ciqeva za decu, koje je sprovedeno 2005. godine. U zdravstvu Srbije otpo~eo je Projekat za unapre|ewe maternalnog i neonatalnog zdravqa, SZO i Pakta za stabilnost Jugoisto~ne Evrope, a Projekat „Program zdravstvene za{tite dece i `ena u vezi sa materinstvom” usvojen je kao deo akcionog plana Ministarstva.

Implementirani su programi unapre|ewa zdravqa i izvr{ena nacionalizacija Milenijumskih ciqeva razvoja, a kao polazna osnova kori{t}ena je 2000. godina.^{14,15}

4. Pokazateqi zdravstvenog stawa majke i deteta

Porodice su prose~no imale 27,8 godina u 2005. godini. Samo devet odsto porodica su starije od 35 godina i 7,3 odsto mlade od 20 godina. Stopa poro|aja `ena 15-19. je 17,4, a stopa abortusa je 4,33 na 1000 `ena ovog doba. Carski rez je obavqen kod 18,5 odsto porodica u 2005. godini. Obuhvat trudnica u prvom trimestru (%) porastao je i u 2005. godini i iznosio je 60,2 odsto, sa prose~no 4,6 ginekolo{kih, 2,5 ultrazvunih pregleda po trudnici i 4,3 patrona`nih poseta, tj. obuhvatom bar jednom patrona-

nom posetom oko 58 odsto trudnica. Patrona`nim posetama obuhva}eno je 88 odsto novoro|en~adi i majki.¹³

5. *St rukt ura morbidi t et a*

U dom zdravca `ene generativnog doba naj-e{ }e dolaze zbog: oboqewa mokra}no-polnog sistema – jedna polovina. Zbog trudno}e, ra|awe i babiwe 4,5 odsto, a zbog raznih bolesti 3,8 i tumora 2,7 odsto. Vi{ e od polovine hospitalizacija `ena je povezana sa poro|ajem i patologijom trudno}e.¹⁵

I daqe se najve}i broj (2/3) dece svih uzrasta javqa u dom zdravca zbog respiratornih bolesti, ali u-estalost astme i drugih opstruktivnih bolesti plu}a je u porastu, kao i bolesti virusne etiologije (pneumonije). Smawuje se broj zaraznih i parazitarne bolesti, bolesti uha ili ko`e.¹⁵ U strukturi morbiditeta dece do { est godina rastu oboqewa kao { to su: anemije, gojaznost, respiratorne bolesti i povrede.⁸

Morbiditet dece i omladine (7–19 godina) u Republici Srbiji karakteri{ e prast povreda i rizi~nog pona{awa (pu{ewe, alkohol, droga, polno prenosive infekcije, nepravilna ishrana).¹⁴

6. *Smrt nost majki i dece u Srbiji*

Od 1991. do 2006. godine smawena je smrtnost dece do pet godina, stope smrtnosti: perinatalne (14,3 na 9,2) i smrtnosti odoj~adi (14,6–8) na 1000 `ivoro|ewa, kao i neonatalne sa 8 na 5,6 na 1000 ro|ewa. Stopa smrtnosti dece do pet godina opada sa 16,8 na 9,4 u 2006. godini.^{13,14,15}

U 2005. godini umrlo je 883 dece od 0 do 19 godina, od ~ega je 618 umrlo pre petog ro|endana. Od tog broja 525 ili 85 odsto nije do~ekalo svoj prvi ro|endan. Smrtnost je najve}a u prvom danu `ivota (33 odsto), a zatim u prvoj nedeqi 45,5 odsto dece koja su umrla do navr{ ene pete godine. Smrtni ishod u prvom mesecu `ivota ~ini 59,7 odsto svih smrtnih ishoda dece do pet godina.

7. *St rukt ura mort al i t et a*

U strukturi umrle odoj~adi 2/3 strada od posledica prevremenog poro|aja ili patwe ploda tokom trudno}e i poro|aja, a 1/5 umire zbog uro|enih anomalija.¹⁵

Povrede i trovawa se sa 23 odsto zastupcenosti kod male dece, pojavquju u 47 odsto uzroka smrti { kolske dece i omladine. Svako drugo umrlo dete { kolskog uzrasta i adolescent umire zbog posledica povreda i trovawa. Tumori su na drugom mestu kao uzrok smrti u ovom uzrastu.

U strukturi mortaliteta karcinomi su naj-e{ }i uzroci smrtnog ishoda kod `ena generativnog doba (40 odsto). Zna~ajni deo uzroka smrti nije vaqano definisan. Simptomi i znaci zauzimaju visoko mesto u strukturi vode}ih grupa uzroka smrti `ena 11 odsto u 2000. godini, a 16 odsto u 2004. godini.¹⁵

Diskusija

Najzna~ajni zdravstveni problemi dece i omladine stalno rastu: povrede, malignitet, anemije, nepravilna ishrana – gojaznost 18 odsto i pothravenost 6,2 odsto i drugi oblici pona{awa rizi~nih po zdravqe.¹⁶ Uprkos primeni edukativnih programa i Uredbi, postignuti su nedovoqni rezultati u oblasti za{ tite trudnica. Problemi `ena su sve ve}i u sferi ra|awa, i posledica su na~ina `ivota, komplikacije trudno}e, poro|aja i puerperijuma. Maligna oboqewa su u stalnom porastu i dominiraju u strukturi mortaliteta. Me|u bolestima sve su prisutnije polno prenosive infekcije, posebno kod mladih.¹⁷

U uslovima sve maweg ra|awa i otvorene depopulacije ohrabruje ~iwenica da se smawuju i broj i stope umirawa dece, posebno dece do pet godina. Naro~ito su smawene perinatalna, neonatalna i smrtnost odoj~adi.

Smawewe maternalnog mortaliteta (smrtni ishod u vezi trudno}e, poro|aja i babiwa), kao retkih doga|aja, rezultat je

~iwenica da se 99 odsto poro|aja obavqa u zdravstvenim ustanovama, ali i neta~nog {ifrirawa smrtnih ishoda `ena u ovom periodu, onih koje ne umiru u porodili{tu, ve} u ku}i ili u drugim bolnicama.

Analiza kvaliteta primarne dokumentacije, koji je uradila grupa stru~waka Komisije za perinatalnu zdravstvenu za{titu iz Instituta za zdravstvenu za{titu majke i deteta Srbije i Gradskog zavoda za javno zdravqe 2006. godine o perinatalnom mortalitetu, ukazuje na slede}e probleme: veliki broj nepotpunih Prijava ro|ewa i Potvrda o smrti; neadekvatno popuwavawe; nejasno}e u definisawu i razlike u tuma~ewu (vreme smrti); nejednako izra~navawe stopa. Sve ovo govori o lo{em kvalitetu podataka u perinatalnoj zdravstvenoj za{titi.

Rezultati ukazuju na neophodnost primene odgovaraju}ih strategija: strategija za smawewe siroma{tva; orijentacija na determinante zdravqa i zdravi na~in `ivota; ja~awe slu`bi za zdravstvenu za{titu majke i deteta, edukacija lekara u primarnoj zdravstvenoj za{titi i vodi~i dobre prakse. Unapre|ewe zdravqa majki i dece posti`e se sprovo|ewem i inicijativama kao {to su „Bolnice prijateqi beba“ i podr{kom dojewu. Na dr`avnom nivou su neophodne primene Strategije za javno zdravqe i za perinatalnu zdravstvenu za{titu;

O~ekivano unapre|ewe maternalnog zdravqa do 2015. godine mo`e se posti}i prevencijom i skriningom poreme}aja, akcionih planova, kao i primenom odgovaraju}ih strategija, akcionih planova i programa. Smawewe stope abortusa za polovinu, dvostruko pove}awe obima kori{tewa kontracepcije, odr`avawe stope fertiliteta na 1,5, smawewe mortaliteta `ena fertilnog doba za 1/3 i smawewe odnos maternalne smrtnosti za 1/5 mo`e se posti}i i merama kao {to su: ukqu~ivawe u sistem zdravstvene za{tite, pra}ewem vulnerabilnih grupa (siroma{ni, Romi, samohrane majke i sl.); posebnim istra`ivawima i preventivnim intervencija-

ma; merama prenatalne za{tite; strategijom za perinatalnu zdravstvenu za{titu i akcionim planom.

I zazovi zdravstvene slu`be do 2015. su: kontinuirana edukacija uz primenu vodi~a dobre prakse u prevenciji, le~ewu, evidentirawu i pra}ewu (primena 10 MKB); boqi ZIS, kao i poboq{awe kvaliteta. Uz aktivniji pristup zdravstvenog sektora u promociji zdravqa majke i deteta treba aktivnije da u~estvuju kao partneri: Vlada/Ministarstva, NVO sektor, lokalna zajednica, UNI CEF i SZO.

Zakqu~ak

Tranzicija u razvoju dru{tva uzrokovala je i tranziciju u strukturi obolewawa i umirawa.¹⁵

Za unapre|ewe i o~uvawe zdravqa majke i deteta neophodni su ve}a socijalna i ekonomska sigurnost svih `ena (naro~ito u periodu materinstva), pronatalitetna politika dr`ave i za{tita porodice. Potrebna je primena posebnih programa promocije zdravqa i zdravog na~ina `ivota, spre~avawa i suzbijawa rizika po zdravqe, kao i primena preventivnih programa u saobra}aju. Akcioni plan za decu i mlade treba da objedini sve preventivne mere i potencijale zajednice.

Formirawe i rad republi~ke stru~ne komisije za zdravstvenu za{titu majke i deteta bi omogu}ilo boqe pra}ewe i evaluaciju rada zdravstvene slu`be i primenu integrativnog pristupa (multidisciplinarni i multisektorski), kao i jedinstvo medicinskog i zdravstvenog pristupa u sveobuhvatnoj zdravstvenoj za{titi majke i deteta. Jer, kako je 1954. godine prof. dr Vukan ^upi}, u Glasniku socijalne pedijatrije rekao: „Bez antenatalne profilakse nije mogu}a pravilna zdravstvena za{tita dece.“

Lit er at ur a

1. Agency for Healthcare and Research and Quality. Program Brief: Children's Health Highlights. U.S. Department of

- Health and Human Services Public Health Service. Dostupno na: www.ahrq.gov/research/childbrf.htm Preuzeto 25. januara 2007.
- Rigby M. Kolher L. Child Health Indicators of Life and Development. European Union Community Health Monitoring Programme; 2002. Sept, Geneva, Switzerland.
 - Nacionalni akcioni plan za decu, Vlada Republike Srbije, Beograd, 2004.
 - Inter-Agency Group WHO. Safe Motherhood fact Sheet. Maternal Health: A Vital Social and Economic Investment. Geneva: WHO; Dostupno na: www.safemotherhood.org Preuzeto 17. marta 2007.
 - World Health Organization. Konvencija o pravima deteta. Jugoslovenski centar za prava deteta, Beograd, 1999.
 - URL: <http://devinfo>, www.Republiki-zavod-za-statistiku.
 - Lozanovic-Miladinovic D. Maternal and Child Health Country Profile in the Republic of Serbia. In: WHO Project Health development action for south-eastern Europe: Strengthening Capacity for Improving Maternal and Neonatal health; Belgrade, 2007. available on: URL: http://www.euro.who.int/stabilitypact/projects/20060906_17
 - Sokal-Jovanovi } Q., Lozanovi } D., Bani }evi } M.: Razvoj zdravstvene zaštite dece i adolescenata u Republici Srbiji 2006–2015. U: Zbornik radova: IX Kurs Pedijatrijske škole Srbije i Crne Gore, Beograd, 2006; 16–22.
 - Lozanovi } D., Sokal-Jovanovi } Q.: Zdravstveno stanje žena, dece i adolescenata U Republici Srbiji u 2000–2005. U: Zbornik radova: IX Kurs Pedijatrijske škole Srbije i Crne Gore, Beograd, 2006; 9–16.
 - Uredba o zdravstvenoj zaštiti žena, dece, školske dece i studenata. Sl. Glasnik 49/95, Veograd, 2006.
 - Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Sl. Glasnik RS 107/05, Beograd, 2005.
 - Zakon o zdravstvenom osigurawu. Sl. Glasnik RS 107/05, Beograd, 2006.
 - UNI CEF. Istranivawe višestrukih pokazateca zdravstvenog stava i ponajavajenadece, UNI - CEF, Beograd 2006.
 - Bjegovi } V.: Milenijumski ciljevi i zdravqe. Izveštaj radne grupe za zdravqe. U: Milenijumski ciljevi razvoja u Republici Srbiji. Vlada Republike Srbije. Beograd, 2007.
 - Lozanovi } D., Sokal-Jovanovi } Q.: Milenijumski ciljevi razvoja u perinatalnoj zdravstvenoj zaštiti u Republici Srbiji. U: Zbornik radova: Pedijatrijski dani Srbije, Niš, 2007; 1.
 - Republika Srbija, Ministarstvo zdravqa. Istranivawe zdravqa stanovnika Republike Srbije 2006.godina. Osnovni rezultati; Beograd, 2007.
 - Republika Srbija, Ministarstvo zdravqa. Strategija za mlade. Beograd, 2006.
 - Institut za javno zdravqe Srbije „Dr Milan Jovanovi } Batut“, Zdravstveno statistički almanah Republike Srbije, 2005. Beograd, 2007.

Ostali stru-ni i nau-ni radovi

Zdravstveno stawe i kori{ }ewe zdravstvene slu`be (2006)

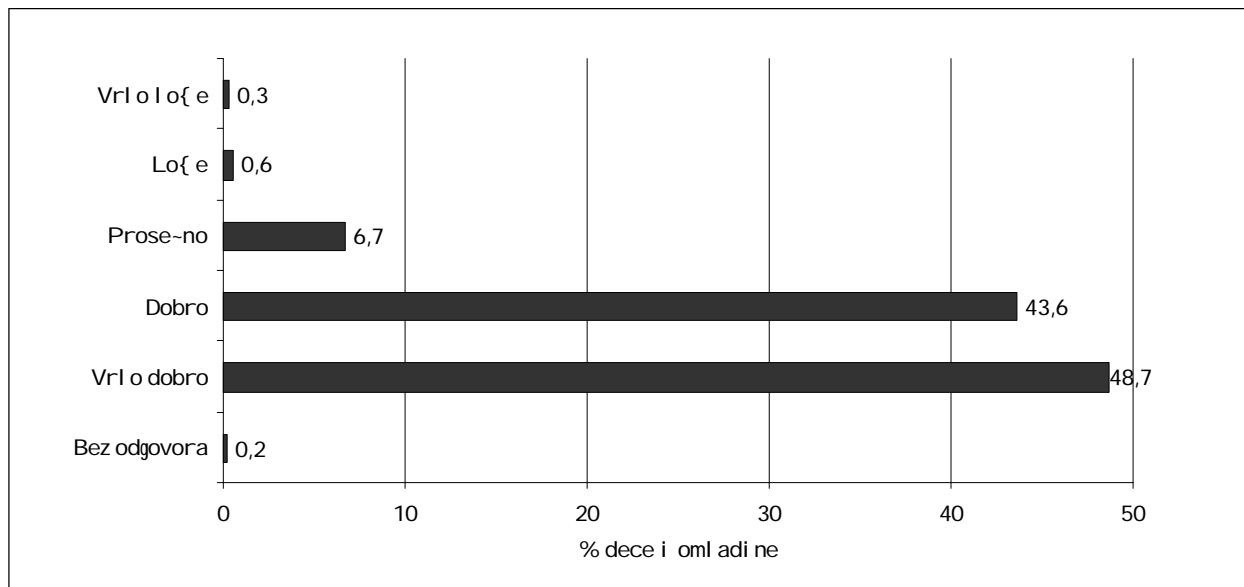
Zdravstveno stawe dece i omladine uzrasta 7-19 godina*

J. Grozdanov,¹ D. Vukovi},² M. Krsti i},³ B. Van~evska-Slijep~evi }⁴

Procena sopst venog zdravqa i zadovoljstvo `ivotom

Gotovo sva deca i omladina Srbije (92,3%) su 2006. godine ocenili svoje zdravqe kao dobro i vrlo dobro (**grafikon 1**). Relativno je mali broj mladih koji su smatrali da su gojazni (7,5%) ili mr{avi (14,0%). Tek jedna tre}ina dece i omladine (31,7%) je svoju fizi~ku aktivnost

ocenila kao vrlo dobru. Za prose~nu procenu svoje fizi~ke aktivnosti se opredelilo 20,9% viih, a za vrlo lo{ u i lo{ u 3,9% mladih. Mladi iz centralne (21,3%) i jugoisto~ne Srbije (24,3%) zna~ajno re|e procwuju svoju fizi~ku aktivnost kao vrlo dobru, dok mladi iz Beograda smatraju suprotno (49,2%). Deca i omladina iz najsiroma{ njih domajinstava re|e su ocenila pozitivno



Grafikon 1. Procena op{teg zdravqa dece i omladine uzrasta 7-19 godina, Srbija, 2006. godina.

* Iz: „Istra`ivawe zdravqa Republike Srbije“, Ministarstvo zdravqa, 2006. Beograd.

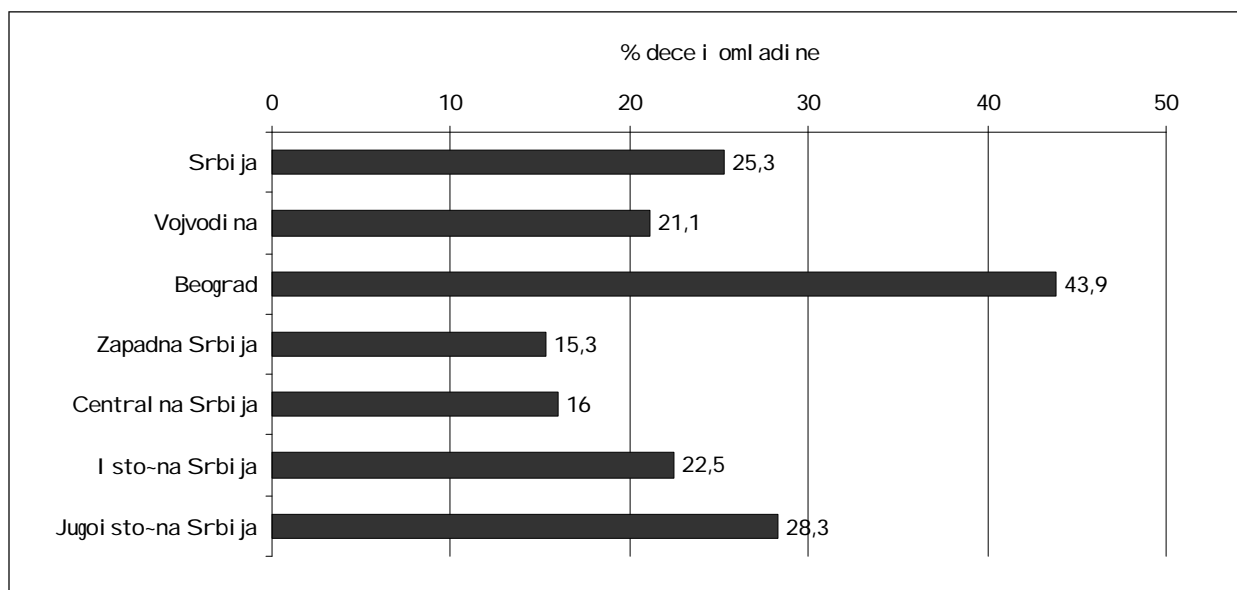
U`i istra`iva~ki tim:

¹ Prim. dr Jasmina Grozdanov

² Doc. dr Dejana Vukovi }

³ Mr sc. med. Maja Krsti }

⁴ Dr Biqana Van~evska-Slijep~evi }.



Grafikon 2. Deca i omladina uzrasta 7-19 godina koji imaju i spravan, odnosno po`eqan, stav o odgovornosti za sopstveno zdravlje, prema geografskim oblastima, Srbija, 2006. godina .

svoju fizi~ku aktivnost (22,5%). I spravan odnosno po`eqan stav o odgovornosti za sopstveno zdravlje je imalo tek ne{ to vi{e od jedne petine dece i omladine Srbije (25,3%) (**grafikon 2**). I pak, na prvom mestu na lestvici `ivotnih vrednosti je bilo dobro zdravlje. Prose~na ocena zadovoljstva sada{wim `ivotom mladih (skala 1-10) u 2006. godini bila je 8,2, dok je u 2000. godini prose~na ocena zadovoljstva `ivotom bila zna~ajno ni{a i iznosila je 6,4.

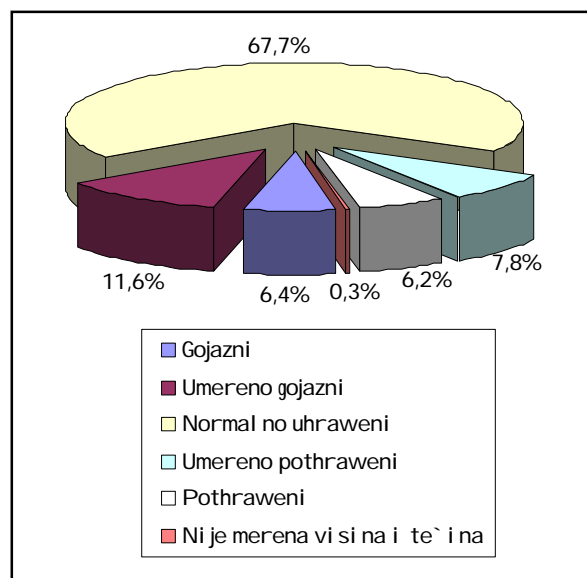
Visina krvnog pritiska

Prose~na vrednost izmerenog sistolnog krvnog pritiska kod dece i omladine uzrasta 7-19 godina u Srbiji 2006. godine je bila 111,3 mmHg, a dijastolnog krvnog pritiska 69,3 mmHg. Nisu bile zabele`ene zna~ajne razlike prema polu, starosti, geografskim oblastima i socijalno-ekonomskom statusu, kako za sistolni, tako i za dijastolni pritisak. Nije do{lo do zna~ajne promene prose~ne vrednosti krvnog pritiska kod mladih u odnosu na 2000. godinu kada je prose~an sistolni pritisak bio 111,1 mmHg, a dijastolni 70,9 mmHg.

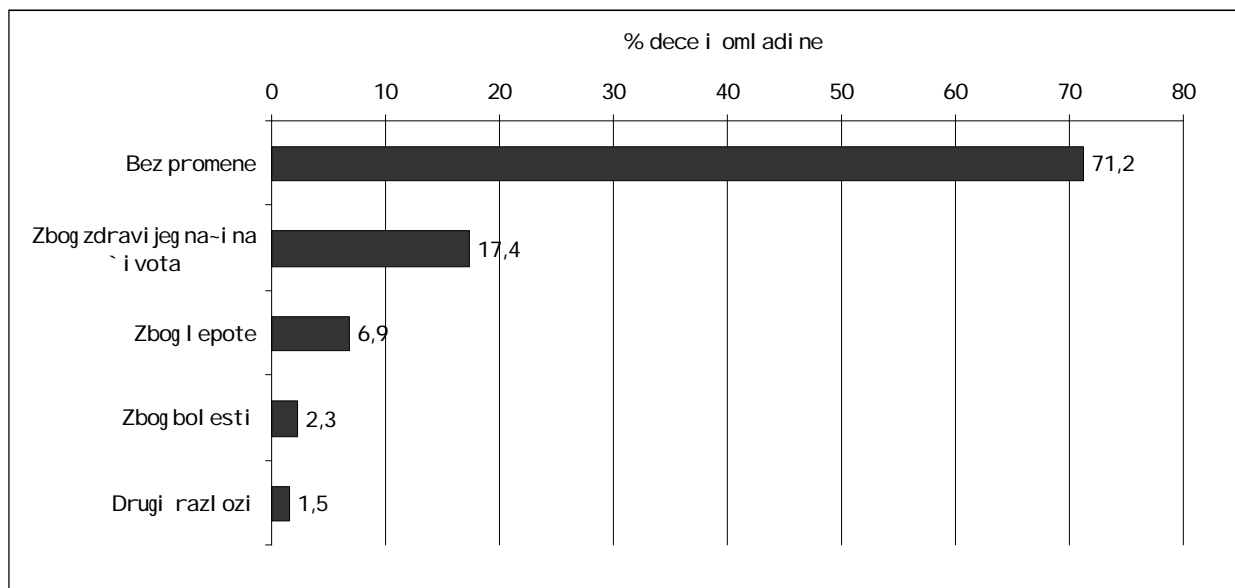
Uhravenost

U 2006. godini dve tre}ine dece i omladine uzrasta 7-19 godina u Srbiji je bilo normalno uhraveno (67,7%) (**grafikon 3**).

Skoro jedna petina mladih (18%) je bila umereno gojazna (11,6%) i gojazna (6,4%), {to



Grafikon 3. Deca i omladina uzrasta 7-19 godina prema kategorijama uhravenosti, Srbija, 2006. godina..



Grafikon 4. Promena ponašawa prema zdravcu dece i omladine uzrasta 7-19 godina, Srbija, 2006. godina.

predstavca porast u odnosu na 2000. godinu kada je umereno gojaznih bilo 8,2% i gojaznih 4,4%. Me|u decom uzrasta od sedam do jedanaest godina u 2006. godini registrovano je zna~ajno vi{e gojazne dece (9,8%) u odnosu na ukupnu populaciju mladih. U 2006. godini je zabele`eno 6,2% pothrawene dece, {to je mawenogo 2000. godine kada je takvih bilo 8,4%.

Informisawe i savet ovawe u vezi sa rizicina za hroni~ne nezarazne bolesti

Skoro polovina dece i omladine uzrasta od 7 do 19 godina u Srbiji (47,9%) je 2006. godine dobila savet da promeni stil `ivota. Mladi iz centralne Srbije su re|e (39,1%) dobijali savet za promenu stila `ivota u odnosu na mlade iz Beograda (54,7%). Savet od lekara, odnosno zdravstvenog radnika, za promenu stila `ivota dobilo je tek 9,0% mladih. U toku 12 meseci koji su prethodili istra`ivawu, samo jedna tre|ina mladih (34,6%) promenila je pona{awe prema zdravcu – u zna~ajno mawem procentu deca i omladina iz vangradskih podru~ja (29,0%) i centralne Srbije (26,2%). Kao naj~e{e razloge za promenu pona{awa pre-

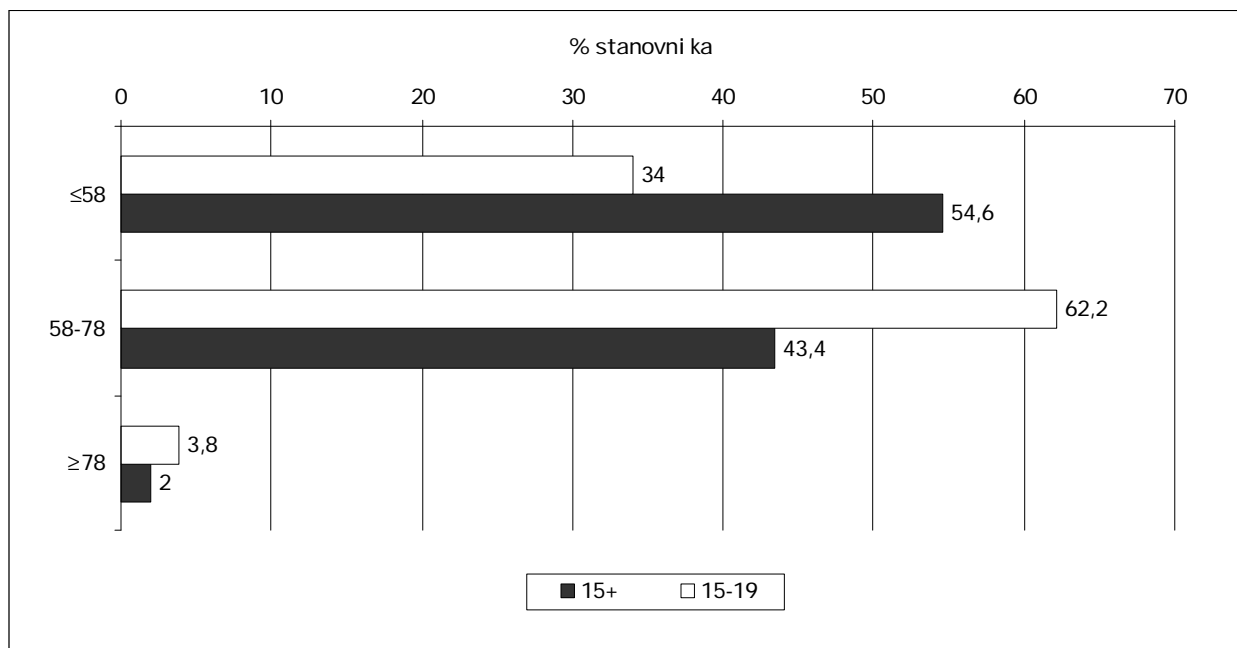
ma zdravcu mladi su navodili zdraviji na~in `ivota, lep{i izgled i spre~avawe nastanka bolesti (**grafikon 4**).

Mlada populacija je informacije o zdravcu naj~e{e dobijala od roditelja (75,1%) i putem medijskih poruka (53,3%). U nekoj od akcija unapre|ewa zdravca je u~estvovalo 13,5% dece i omladine.

Ocewuju}i tri najva`nija razloga obolevawa u populaciji, najve}i broj mladih se opredelio za pu{ewe (62,6%), zatim za te{ke uslove `ivota (39,4%) i stres (38,7%).

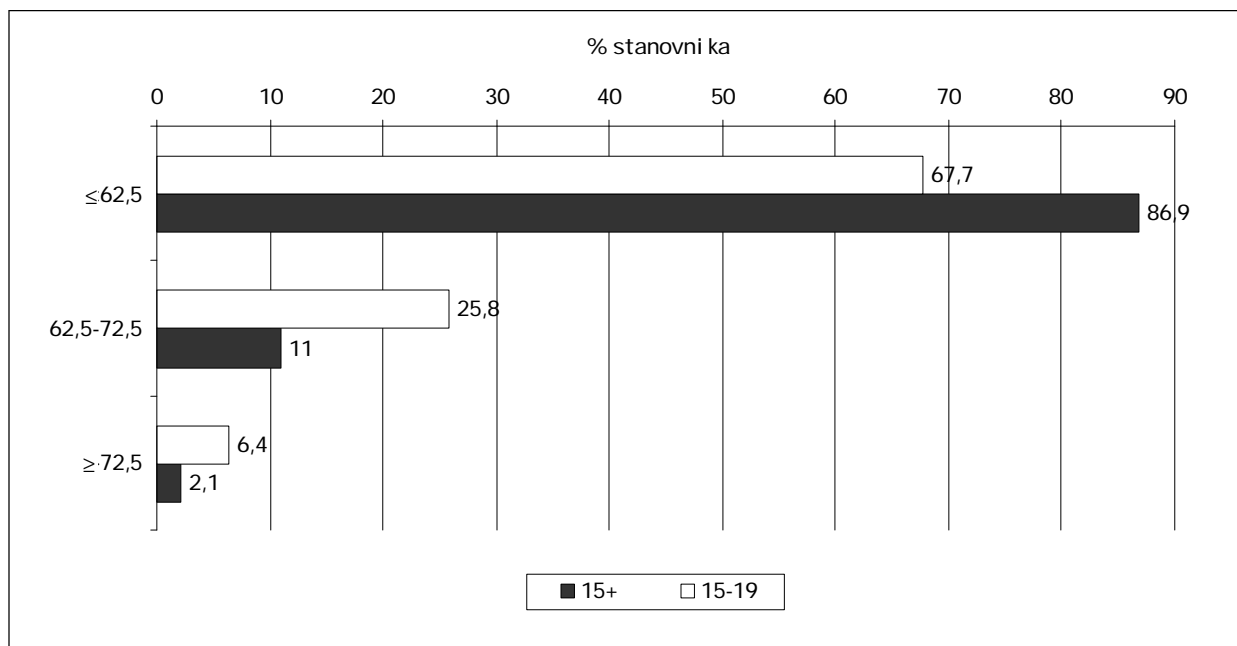
Mentalno zdravcqe

Skoro petina dece i omladine (18,0%) 2006. godine imala je ose|aj napetosti ili bila pod stresom u toku meseca dana koji su prethodili istra`ivawu. Zna~ajno je mawemla|e dece sa ovim simptomima (7,0%), a vi{e starije uzrasta od 15 do 19 godina (30,5%). Kada je re~o emocionalnim problemima, 16,5% mladih se izjasnilo da je imalo ove probleme u toku mesec dana koji su prethodili istra`ivawu – zna~ajno mawemla|a deca uzrasta od 7 do 11 godina (8,8%), dok su stariji ~e{e davali pozitivan odgovor (2,3%).



Grafikon 5. Skala psihološkog doživljavanja stresa dece i omladine uzrasta 15-19 godina i stanovnika starijih od 15 godina, Srbija 2006. godina.

Važno je istaći da je 2006. godine zabeležen manji broj mladih sa osećajem napetosti ili stresa, kao i onih sa emocionalnim problemima u odnosu na 2000. godinu



Grafikon 6. Skala vitalnosti dece i omladine uzrasta 15-19 godina i stanovnika starijih od 15 godina, Srbija, 2006. godina.

kada je napetost i stres ose}alo 22,1%, a emocionalne probleme 24,7% mladih.

Na osnovu vrednosti skora na skali psiholo{ kog distresa (od 0 do 100), koja govori o u~estalosti nervoze, poti{ tenosti, tuge, iscrp~enosti i umora, ustanov~eno je da su ova negativna stawa i ose}awa u toku ~etiri nedeqe koje su prethodile istra`ivawu dugotrajnije bila prisutna (vrednost skora 58) kod svakog drugog stanovnika Srbije starijeg od 15 godina (54,6%) i svakog tre}eg adolescenta uzrasta od 15 do 19 godina (34,0%) (**grafikon 5**).

Na dugotrajno prisustvo psiholo{ kog distresa kod stanovnika starijih od 15 godina ukazuje i prose~an skor na skali psiholo{ kog distresa koji je 2006. godine iznosio 55,2. Kod mladih uzrasta od 15 do 19 godina vrednost ovog skora je bila zna~ajno ve}a i iznosila je 61,0, { to ukazuje da su ne-

gativna stawa i ose}awa kod wih bila re|e zastup~ena, { to je i primereno ovoj populaciji. Pozitivna stawa i ose}awa (polet, spokojstvo, smirenost, sre}a, posedovawe energije) ~ija je u~estalost tokom ~etiri nedeqe koje su prethodile istra`ivawu 2006. godine procewena na osnovu vrednosti skora skale vitalnosti (od 0 do 100) kao dugotrajno stawe (vrednost skora $\geq 72,5$) registrovana su kod samo 2,1% stanovnika Srbije starijih 15 i vi{e godina i kod 6,4% adolescenata uzrasta od 15 do 19 godina (**grafikon 6**).

Na kratkotrajno prisustvo pozitivnih stawa ose}awa (vrednost skora 62,5) u ovim populacionim grupama ukazuju i prose~ni skorovi na skali, koji su iznosili 45,0 kod stanovnika starosti 15 i vi{e godina, a 54,9 kod mladih uzrasta od 15 do 19 godina.

Ostali stru-ni i nau-ni radovi

Zdravstveno stawe i kori{ }ewe zdravstvene slu` be (2006)

Kori{ }ewe zdravstvene slu` be - deca i omladina uzrasta 7-19 godina*

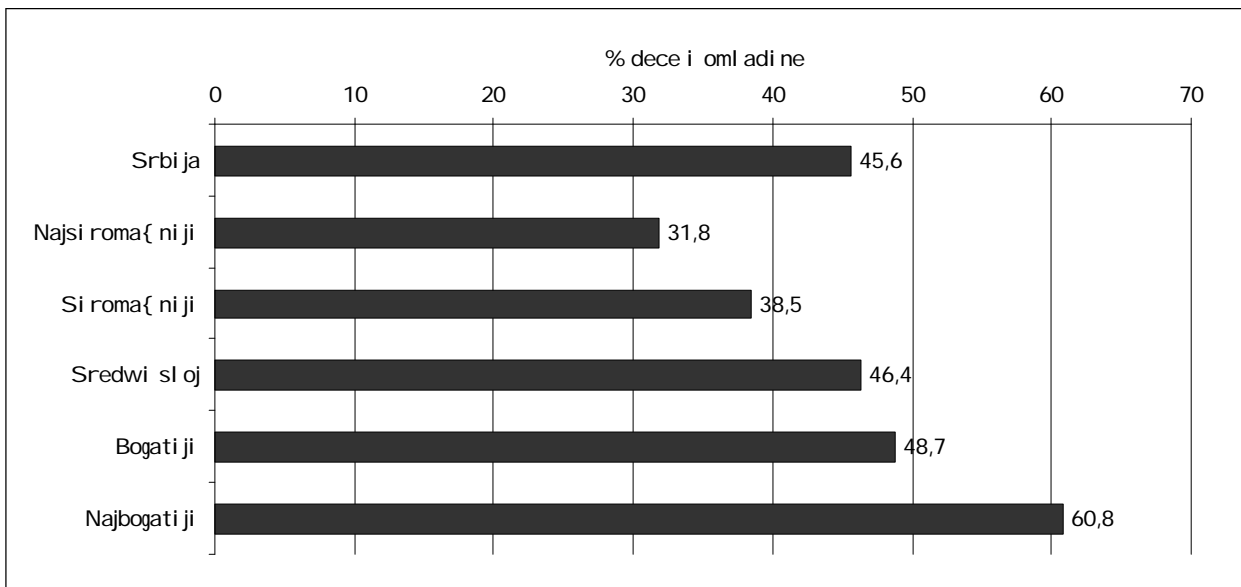
J. Grozdanov,¹ D. Vukovi},² M. Krsti i},³ B. Van~evska-Slijep~evi }⁴

Slu` ba primarne zdravstvene za{ tite

U 2006. godini svog pedijatra ili lekara op{ te medicine imalo je skoro svako drugo dete Srbije (45,6%), { to je za 11,9% vi{ e nego u 2000. godini. Grupa najsi roma{ nije i grupa si roma{ nije dece i

omladine u zna~ajno mawem procentu su imale svog lekara (31,8% i 38,5%), za razliku od grupe najbogatije dece i omladine (60,8%) (**grafikon 1**).

Tokom godine koja je prethodila istra` ivawu u 2006. godini pedijatra ili lekara op{ te medicine je posetilo 60,4% populacije mladih, { to je na nivou iz 2000. godine. De-



Grafikon 1. Deca i omladina uzrasta 7-19 godina koja i maju svog lekara op{ te medicine ili pedijatra, prema indeksu bogatstva Srbija, 2006. godina

* Iz: „Istra` ivawe zdravqa Republike Srbije“, Ministarstvo zdravqa, 2006. Beograd.

U` i istra` iva~ki tim:

¹ Prim. dr Jasmina Grozdanov.

² Doc. dr Dejana Vukovi }.

³ Mr sc. med. Maja Krsti }.

⁴ Dr Bi qana Van~evska-Slijep~evi }.

ca i omladina Beograda su u većoj meri posećivali pedijatra ili lekara opšte medicine (77,1%), a značajno manje deca iz centralne (51,4%), zapadne (50,3%) i istočne (48,1%) Srbije. Procenat dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina u Srbiji koji nikada nisu koristili zdravstvenu zaštitu kod pedijatra ili lekara opšte medicine je značajno opao sa 6,6% u 2000. na 2,0% u 2006. godini.

Stomatološka zdravstvena služba

U Srbiji svog stomatologa imalo je u 2006. godini svako drugo dete ili 53,5%, što je značajno više nego 2000. godine kada je taj procenat iznosio 42,6%. U Beogradu je procenat mladih koji je imao svog stomatologa (76,9%) značajno veći nego u ostalim delovima zemlje.

U odnosu na 2000. godinu povećan je procenat dece i omladine koja su u poslednjih godinu dana posetila stomatologa sa 58,9% u 2000. na 63,7% u 2006. godini. Pozitivna promena je i smanjenje procenta dece i omladine koja nikad nisu bila kod stomatologa sa 8,5% u 2000. na 3,2% u 2006. godini (**grafikon 2**).

Najsiromašnija deca i omladina najmanje su koristili stomatološku zdravstvenu zaštitu. Samo 34,3% je imalo svog stomatologa i 46,8% ga je posetilo u godini koja je prethodila istraživanju.

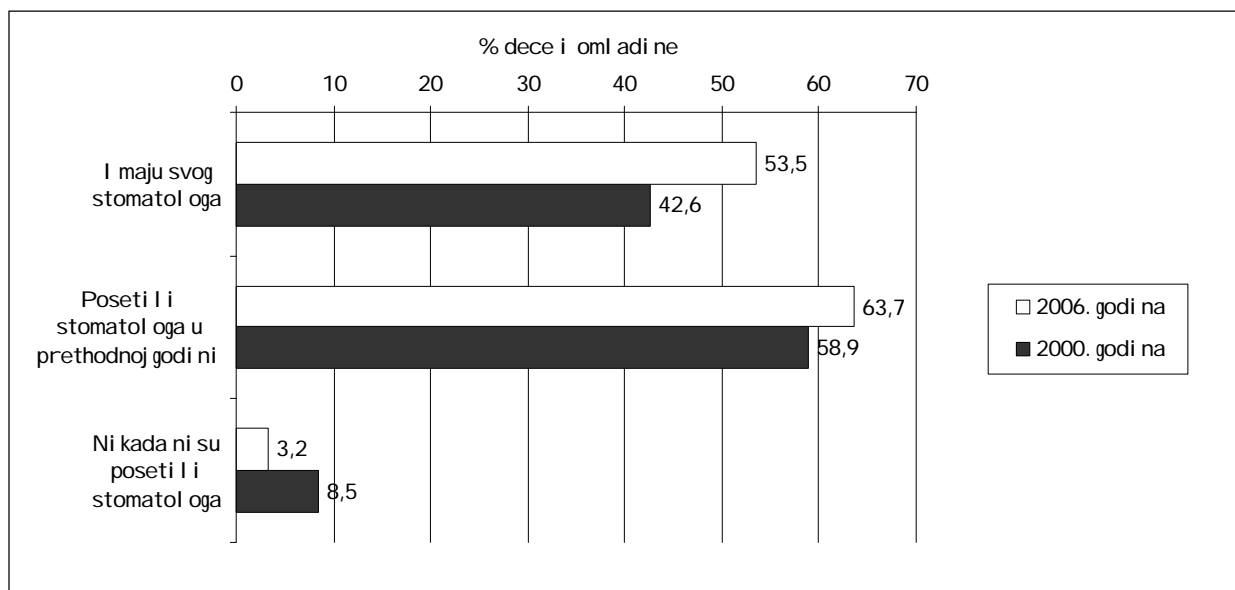
Bolnica zdravstvena zaštita

U Srbiji je 3,9% dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina bilo na bolničkom leževu u godini koja je prethodila istraživanju u 2006. godini, što je za 1,1% manje nego u 2000. godini. Deca i omladina koji su koristili bolničku zdravstvenu zaštitu učinili su to prosečno 1,5 puta, i to je na nivou iz 2000. godine. Ni po jednom od posmatranih obležja nije zabeležena značajnost razlika kada je u pitanju bolničko leževje dece i omladine.

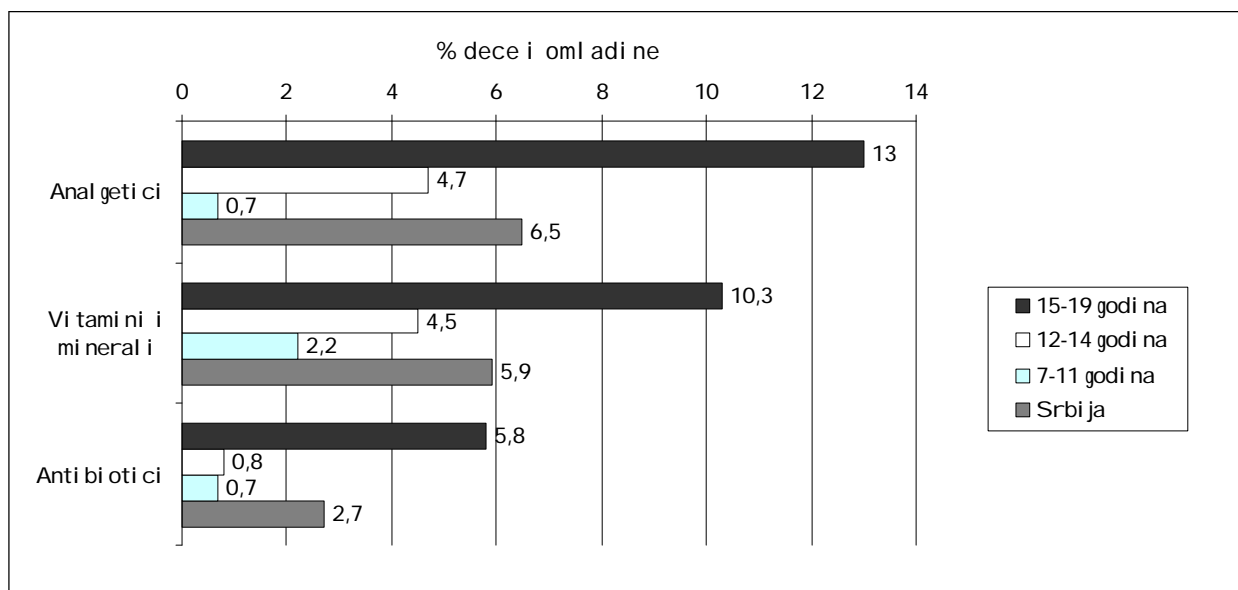
Korišćenje lekova

U Srbiji je 2006. godine samoinicijativno je koristilo lekove svako dvanaesto dete (8,7%). Muška deca i omladina su u značajno manjem procentu samoinicijativno uzimali lekove (6,1%).

Bez prethodne konsultacije sa lekarom lekove je uzimalo značajno više mladih uz-



Grafikon 2. Deca i omladina uzrasta 7-19 godina koja imaju svog stomatologa i posete stomatologu, Srbija.



Grafikon 3. Samoinicijativno korišćenje analgetika, vitamina i minerala i antibiotika u populaciji dece i omladine uzrasta 7-19 godina prema dobnim grupama, Srbija, 2006. godina.

rasta od 15 do 19 godina (15,6%), za razliku od dece uzrasta od 7 do 11 godina (2,7%).

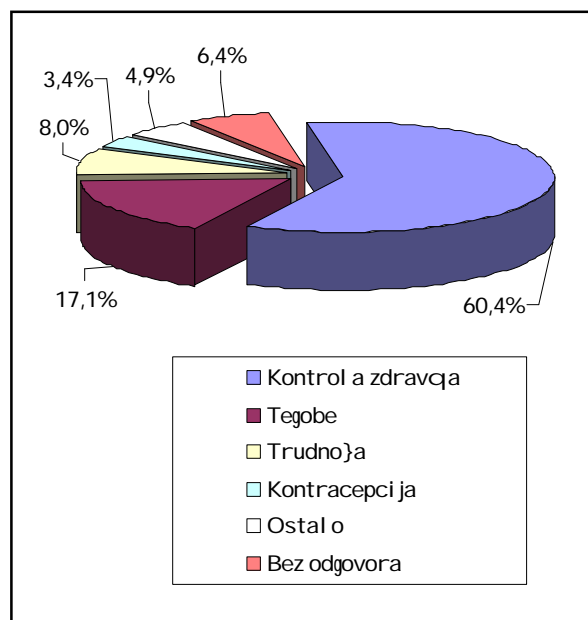
U Srbiji je najveće mladih samoinicijativno uzimalo analgetike 6,5%, zatim vitaminske i mineralne preparate 5,9%, bične preparate 3,0% i antibiotike 2,7% (**grafikon 3**).

U odnosu na 2000. godinu nije došlo do značajne promene u procentu mlade populacije koja samoinicijativno uzima lekove, izuzev kod bičnih lekovitih sredstava gde je registrovano da ih mladi značajno više uzimaju (3,0% u 2006. godini, a 1,3% u 2000. godini).

Reproduktivno zdravlje adolescenata

U Srbiji je 2006. godine 17,9% devojaka uzrasta od 15 do 19 godina koristilo ginekološku zdravstvenu zaštitu u godini koja je prethodila istraživanju. Adolescentkiwe odlaze kod ginekologa sa prosečno 16,5 godina. Značajno manji procenat devojaka koje su posetile ginekologa je zabeležen u Vojvodini (6,3%). U 2006. godini 60,4% devojaka je kao najveći razlog za

posetu ginekologu navodilo kontrolu zdravlja, a zatim tegobe (17,1%) i trudnoću (8,0%). Zbog kontracepcije najveće je odlazilo kod ginekologa 3,4% adolescentkiwa (**grafikon 4**).



Grafikon 4. Najveći razlozi posete ginekologu devojaka uzrasta 15-19 godina, Srbija, 2006. godina...

Ostali stru-ni i nau-ni radovi

Poro|aji i prekidi trudno}e u Republici Srbiji*

U 2005. godini u Srbiji je na osnovu prijava ro|ewa registrovano 67.800 poro|aja sa ukupno 68.818 ro|ene dece od kojih je 418 mrtvoro|eno. Od 68.400

ivoro|ene dece umrlo je 95 novoro|en~adi. Prema starosti majke, najve}i je broj poro|aja u dobnoj grupi 20–29 godina, slede poro|aji u dobnoj grupi 30–39, a potom u

Tabel a 1. Broj poro|aja i novoro|ene dece po okruzi ma

Okru g	Broj poro aja	Broj novoro ene dece			
		Ukupno	@i va	Mrtvoro ena	Umr l a
REPUBLI KA SRBI JA	67800	68818	68400	418	95
Central na Srbija	50091	50875	50543	332	89
Beogradski	17670	18045	17888	157	31
Ma-vanski	2642	2673	2658	15	4
Kol ubarski	1378	1392	1380	12	2
Podunavski	2120	2140	2133	7	3
Brani -evski	1537	1558	1550	8	1
[umadi jski	2401	2439	2422	17	4
Pomoravski	1877	1908	1900	8	1
Borski	792	800	800		1
Zaje-arski	768	781	775	6	3
Zl ati borski	2317	2347	2338	R9	4
Moravi -ki	1795	1823	1820	3	1
Ra{ ki	3333	3362	3344	18	3
Rasi nski	1939	1959	1953	6	1
Ni { avski	3444	3496	3464	32	8
Topl i -ki	846	858	851	7	3
Pi rotski	696	707	701	6	1
Jabl ani -ki	2179	2210	2204	6	8
P-i wski	2357	2377	2362	15	1
Vojvodi na	17709	17943	17857	86	15
Severnoba-ki	1692	1714	1699	15	
Sredwebanatski	1621	1638	1631	7	
Severnobanatski	1606	1618	1610	8	2
Ju` nobanatski	2462	2482	2471	11	1
Zapadnoba-ki	1341	1355	1349	6	2
Ju` noba-ki	7393	7526	7489	37	9
Sremski	1594	1610	1608	2	1

I zvor: Prijava ro|ewa.

*I z: „Zdravstveno-statisti -ki godi{ wak Srbije“, 2005., I nsti tut za javno zdravqe „Dr Mil an Jovanovi } Batut“, 2006. godina.

dobnoj grupi 16–19. Najviše je registrovano prvih porođaja (50,4%), drugih porođaja 34,2%, trećih po redu 10,9%, a višeg reda rođeva 4,5 %. Oko 80% porodica nije imalo ranih prekiđ trudnoće, 14,2% su imale jedan prekiđ trudnoće, a mawe od 6% je imalo više prekiđ trudnoće. Udeo `ivoro`ene dece te`ine veće od 2500 grama je u 2005. godini 93,3%. Najviše dece je rođeno sa porođajnom te`inom 3001–3500 grama, odnosno 38,3%. Deca koja su imala nisku te`inu na rođewu (ispod 2500 grama) je u 2005. godini bilo 6,5%.

Tokom 2005. godine bilo je prijavčeno 26.645 prekiđ trudnoće. U strukturi su naj-

zastupčeniји medi cinski indikovani prekiđi trudnoće kojih je bilo 22.517, odnosno 84,5%. Registrovano je i 1615 spontanih prekiđ trudnoće (6,1%). Kod oko 95% prekiđ trudnoće registrovana je starost ploda od 10 nedelja i mawe.

Od svih `ena koje su imale prekiđ trudnoće najviše je onih u dobi 25–34 godine. Broj `ena mlađih od 20 godina koje su imale prekiđ trudnoće `ini 3,5% od ukupnog broja prekiđ.

Najveći broj prekiđ trudnoće (43,1%) je zabele`en kod `ena koje veđ imaju dvoje dece, dok je udeo `ena koje su imale prekiđ trudnoće a koje nemaju dece 22,8%.

Tabela 2. Broj novorođene dece prema starosti majke i ishodu trudnoće

Starost majke		UKUPNO	Porođaj je bio			
			prevermen	na vreme	prolongiran	nepoznato
Republika Srbija	Ukupno	68818	4297	61871	142	2508
	@ivorođeno	68400	4229	61538	141	2492
	Mrtvorođeno	418	68	333	1	16
<15	Ukupno	42	1	40		1
	@ivorođeno	41	1	39		1
	Mrtvorođeno	1		1		
15	Ukupno	96	8	84		4
	@ivorođeno	95	8	83		4
	Mrtvorođeno	1		1		
16–19	Ukupno	3881	273	3449	8	151
	@ivorođeno	3858	267	3432	8	151
	Mrtvorođeno	23	6	17		
20–29	Ukupno	41645	2525	37477	96	1547
	@ivorođeno	41430	2482	37314	95	1539
	Mrtvorođeno	215	43	163	1	8
30–39	Ukupno	21656	1379	19494	36	747
	@ivorođeno	21500	1364	19361	36	739
	Mrtvorođeno	156	15	133		8
40–44	Ukupno	1172	90	1046	2	34
	@ivorođeno	1154	87	1031	2	34
	Mrtvorođeno	18	3	15		
45–50	Ukupno	60	6	53		1
	@ivorođeno	57	5	51		1
	Mrtvorođeno	3	1	2		
Nepoznato	Ukupno	266	15	228		23
	@ivorođeno	265	15	227		23
	Mrtvorođeno	1		1		

Izvor: Prijava rođeva.

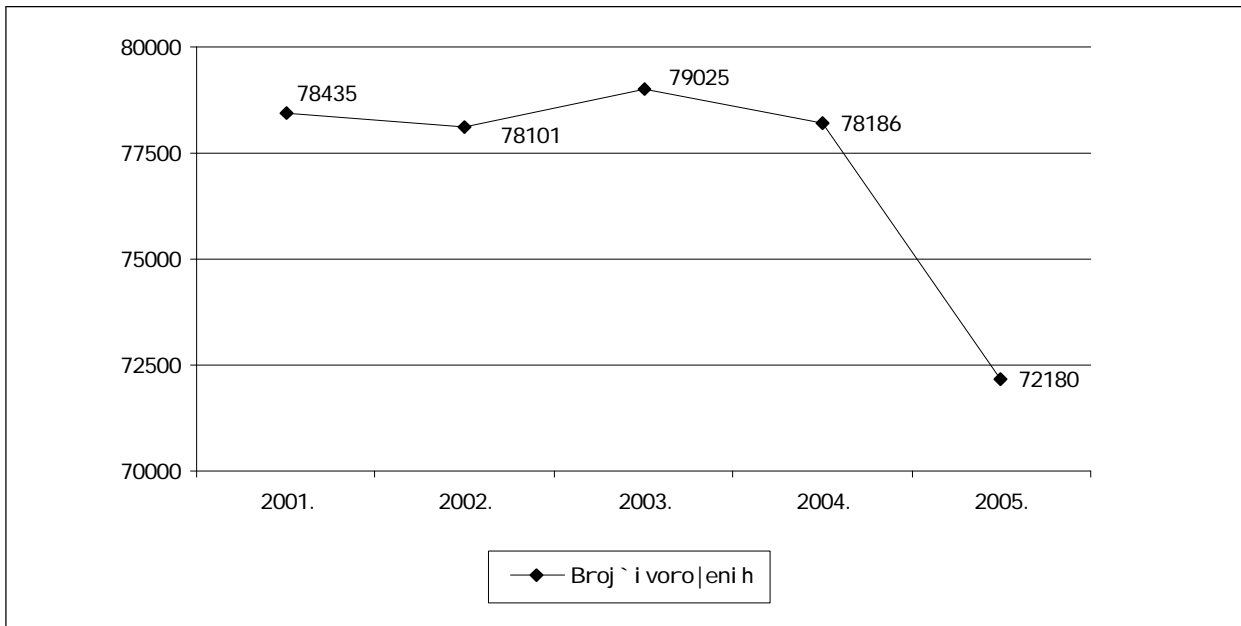
ANEKS I

Odabrani pokazateqi SZO „Zdravqe za sve“

Tabela I. Demografski pokazateqi

Tabela I.1 Broj `ivoro|enih i stopa fertiliteta u Republici Srbiji, 2001–2005.

		2001.	2002.	2003.	2004.	2005.
Broj `ivoro enih	Ukupno	78435	78101	79025	78186	72180
Broj `ivoro enih	Mu{ko	40432	40216	40804	40344	37158
Broj `ivoro enih	@ensko	38003	37885	38221	37842	35022
Ukupna stopa fertiliteta	Ukupno	1,5	1,6	1,6	1,6	1,5



Grafikon I.1. @ivoro|eni u Republici Srbiji 2001–2005. godine.

Tabela I.2 Broj umrlih i broj `ivoro|enih u Republici Srbiji, 2001–2005.

	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.
Broj umrlih 0-6 dana, nacionalni kriterijum	452	446	408	356	314
Broj mrtvoro enih	365	431	418	458	418
Broj mrtvoro enih, 1000 grama i vi{e	339	359	399	440	377
Broj `ivoro enih, 1000 grama i vi{e	66175	69695	72459	71660	68069

ANEKS II

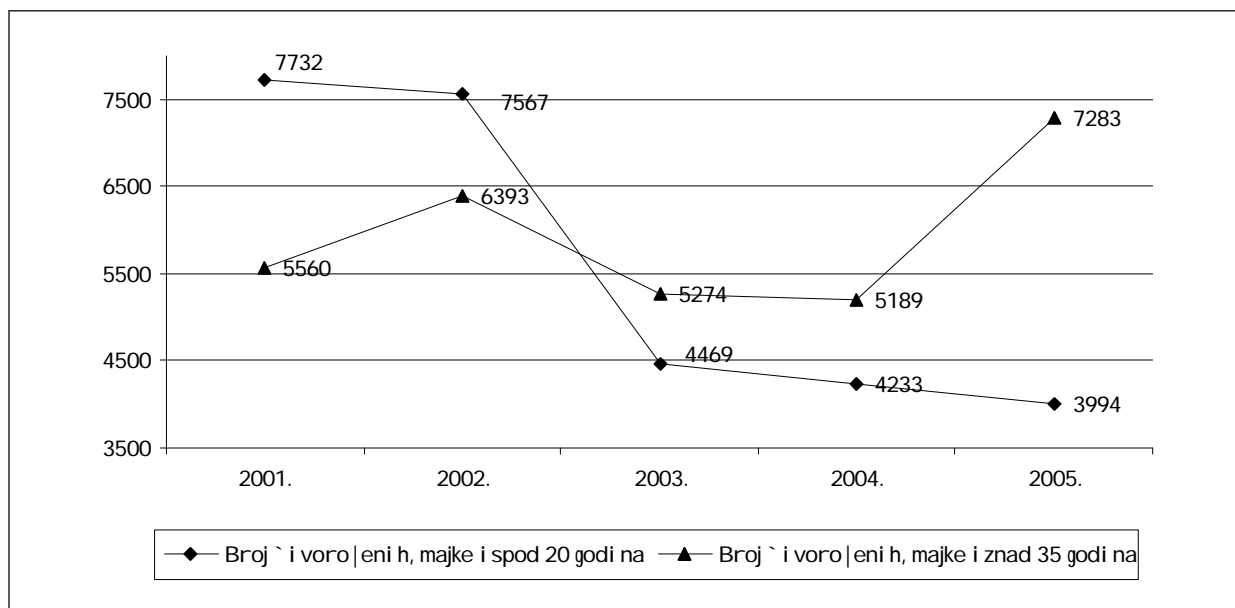
Odabrani pokazatelji SZO „Zdravçe za sve“

Tabela II.1 Broj poroajaja u Republici Srbiji, 2001–2005.

	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.
Broj `ivoro enih, majke starosti ispod 20 godina	7732	7567	4469	4233	3994
Broj `ivoro enih, majke starosti ispod 35 godina	5560	6393	5274	5189	7283
Broj poroajaja. Carski rezovi	6708	5859	7310	8446	8388
% `ivoro enih sa te`inom 2500 g i vi{e	94,11	94,13	93,62	93,55	93,3

Tabela II.2 Broj poba-aja u Republici Srbiji, 2001–2005.

	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.
Broj abortusa, ukupno	34255	30794	29856	29650	26645
Broj abortusa, majke starosti ispod 20 godina	1755	1798	1060	1037	920
Broj abortusa, majke starosti iznad 35 godina	11647	10446	10288	10418	8844



Grafikon II.1. `ivoro|eni majki ispod 20 godina i `ivoro|eni majki iznad 35 godina starosti u Republici Srbiji 2001–2005. godine.

Ostali stru-ni i nau-ni radovi

„Le~ewe“ zdravstvene za{ tite u Kini

Li Hui /i¹

Kako se Xang Lan pribli`avala { estoj deceniji `ivota, sve ~e{ }e su je hvatale nesvestice prilikom pewawa uz stepenice i silaska niz wih.

Ta 58-godi{ wa`ena, penzionisana radnica propale dr`avne fabrike za proizvodnju ma{ina za prawe rubca, odbacila je molbe svog sina da ode lekaru. „Ovi problemi su ~esti kako ~ovek stari“, kazala je ona.

Ovo oklevawe da se ode lekaru uobi~ajeno je me|u starijim qudima u Kini, jer oni strahuju da }e ih odlazak lekaru samo nepotrebno ko{tati. Zato mnogi odla`u odlazak na lekarski pregled, pa se doga|a da se mawa i relativno bezna~ajna oboqewa postepeno razvijaju u te`a medicinska stawa, na ~ije im le~ewe na kraju ode cela u{te|evina.

Sin Xang Lan, Vang]i obi~no je taj koji zakazuje lekarske preglede, odlazi do bolnice gde zati~e duga~ke redove pred {alterima - a to je samo jo{ jedan razlog zbog koga Xang ne}e da ide lekaru i po`ali mu se zbog svojih vrtoglavica.

Tako je ona bila tvrdoglava sve dok nije pala niz stepenice u zgradi u kojoj stanuje.

Lekar je kazao da je re~o tumoru na mozgu, koji jo{ mo`e da se le-i - ali, samo ukoliko se smesta pristupi hirur{kom zahvatu.

Otkako je operacija izvr{ena, Vang]i, 27-godi{wi bankarski slu`benik koji zarauje samo 2.000 juana (267 ameri~kih dolara) mese~no, neprestano {tedi i istovremeno ispituje sve mogu}nosti da plati ra~un za le~ewe svoje majke koji iznosi 100.000 juana (13.300 ameri~kih dolara).

On ne gubi nadu da }e mu kineski zdravstveni sistem prite}i u pomo}.

Dok je Xang 2000. godine jo{ uvek radi-la, prikqu~ila se „sistemu zdravstvenog osigurawa za zaposlene stanovnike gradova“

koji je postojao u wenoj fabrici; taj sistem, poznat kao „danvej“ podrazumevao je da se dva posto wene mese~ne plate automatski upla}uje na wen li~ni ra~un pri lokalnom centru za socijalno osigurawe.

Godine 1998. Dr`avni savet je doneo odluku da pristupi reformi zdravstvenog osigurawa u Kini koja je omogu}avala zaposlenima u gradovima, ukqu~uju}i tu i penzionere, da se prikqu~e lokalnim sistemima zdravstvene za{tite, koji su kombinovali li~no i socijalno osigurawe.

Na osnovu tog sistema mawi tro{kovi le~ewa, uglavnom oni ambulantni, pla}aju se sa li~nih ra~una, dok se bolni~ki tro{kovi mahom ispla}uju iz Fonda za socijalno osigurawe.

Xang ~ija mese~na penzija iznosi 1.000 juana (133 dolara) godi{we dobija 1.200 juana (160 dolara) za ambulatno le~ewe sa svog li~nog ra~una. „U su{tini, vlada dopu{ta penzionerima besplatno ambulatno le~ewe. Ako ~esto odlaze kod lekara, jo{ uvek im se refundira ve}ina ambulantnih tro{kova“, obja{wava jedan slu`benik centra za socijalno osigurawe.

Problem i daqe predstavqaju ve}i zdravstveni tro{kovi kao {to su tro{kovi bolni~kog le~ewa ili operativnih zahvata; oni su za bolesnike veliko finansijsko optere}ewe. Vlada zato podsti~e preduze}a da uvedu dodatno zdravstveno osigurawe za zaposlene, prvenstveno radi nadoknade onih zdravstvenih tro{kova koji nisu pokriveni sistemom zdravstvene za{tite.

Me|utim, fabrika u kojoj je Xang radila bila je na ivici bankrotstva. „Okolovine svih zdravstvenih tro{kova moje majke nadokna|ivano je iz zdravstvenog osi-

gurawa“, ka`e Vang] i. „Zdravstveno osigurawe pokriva samo jedan deo hirur{kih tro{kova kod komplikovanih operacija kao {to su operacije mozga, ali jo{ uvek ostaje jedan veliki deo tro{kova koji moramo sami da platimo“, dodaje on.

Tokom pro{log veka, dok je u Kini postojala planska privreda, Xang je u`ivala potpuno besplatnu zdravstvenu za{titu. Wena radna jedinica – „danvej“ – bila je ta koja je pokrivala sve tro{kove.

„Danvej“ je zadovoljavao sve potrebe zaposlenih, ukqu-uju}i tu isplate subvencija za obrazovawe, saobra}ajne i prehrambene tro{kove i stanovawe. Cela jedna generacija Kineza jo{ s nostalgijom govori o bonovima za osnovne `ivotne namirnice kao {to su jaja i meso. „Danvej“ je bio svemogu{, ka`e 51-godi{wi Tijan Jing, penzionisani radunovo|a koji je svojevremeno radio u dr`avnoj fabriци pamunih tkanina.

Po wegovim re~ima, qudi u to vreme nisu imali mnogo `eqa zato {to su svi imali sli~an standard `ivota, a plate, iako su bile niske, mogle su da pokriju osnovne tro{kove. „Ako vam me potrebna operacija, jednostavno ste se obra}ali „danveju“ i on je pla}ao sve zdravstvene tro{kove, ~ak i za va{u decu. Sve je bilo besplatno.“

Me|utim, Tijan dodaje da mnogi „danveji“ nisu mogli da pokriju sve te tro{kove od kolevke pa do groba. „Postepeno su zdravstveni raduni koji su rasli jednostavno postali prevelik teret, tako da je ~ovek imao sre}e samo ukoliko je „danvej“ u kome je radio bio bogat“.

Najzaposlenije odeqewe u svakom „danveju“ bilo je radunovodstvo. Radnici bi dolazili rano ujutru i stajali u redu pred malim {alterom, ~ekaju}i da im se nadoknade zdravstveni tro{kovi; me|utim, obi~no bi, ~im pro|e jutro, radunovo|e saop{tavale onima koji su ~ekali u redovima da novca vi{e jednostavno nema. „Problem je u tome {to je ta besplatna zdravstvena za{tita zapravo prouzrokovala ogromno tra}ewe resursa“, ka`e Tan [en, istra`iva~ zaposlen u kineskoj Akademiji dru{tvenih nauka.

Centralna vlada je 90-tih godina pro{log veka pristupila reformi zdravstvenog sistema, po{to se ispostavilo da dotada{wi sistem zdravstvene za{tite vi{e nije efikasan.

Godine 1998. zaposleni u gradovima poeli su da upla}uju dva posto svojih plata na li~ne radune za zdravstveno osigurawe, s tim {to su bili du`ni da uplate jo{ po ~etiri posto ukupnih prihoda u Fond za socijalno osigurawe pri lokalnoj upravi. „Na taj na~in je zdravstvena za{tita zaposlenih razdvojena od sistema „danveja“, ~ime je znatno smanveno finansijsko optere}ewe koje je dotad mu~ilo preduze}a. Zato je bilo lak{e da se na neki na~in podmlade preduze}a u dru{tvenom vlasni{tvu“, ka`e Tan.

I pak, zdravstveni sektor je sve ~e{e izlo`en kritikama zbog rastu}ih zdravstvenih tro{kova, nepristupa~nosti, lo{ih odnosa izme|u lekara i pacijenata i slabog obuhvata sistemom zdravstvene za{tite.

Statisti~ki podaci Ministarstva zdravqa pokazuju da su rastu}i zdravstveni tro{kovi gurnuli mnoge Kineze, svejedno da li oni `ive u gradu ili na selu, nagragu siroma{tvo, tako da ~ak jedna tre}ina svih pacijenata na selu odlu~uje da ne ode u bolnicu, a wih 45 posto izlazi iz bolnice na sopstveni zahtev, pre no {to se mo`e govoriti o potpunom oporavku.

U jednom istra`ivawu kineske Akademije dru{tvenih nauka, ~iji su rezultati objavqeni u decembru pro{le godine, pokazalo se da su zdravstveni tro{kovi prose~nog doma}instva pove}ani za 11,8 posto, {to zan~i da su prema{ili tro{kove obrazovawa i saobra}aja; taj postotak je veoma veliki, ~ak i ako se poredi sa stawem u razvijenim zemqama.

U izve{taju Centra za istra`ivawe razvoja pri Dr`avnom savetu (centralnoj vladi NR Kine) za 2005. godinu o{tro je kritikovana dotada{wa reforma zdravstvenog sektora i zakqu-eno da su sve reforme preduzete u minuljoj deceniji bile „u osnovi neuspe{ne“. Taj izve{taj je podstakao `estoku javnu polemiku o daqem putu raz-

voja reforme kineskog zdravstvenog sistema.

Vlada još nije donela odluku o tome kakvu će dugoročnu politiku sprovoditi. Stručnjaci još poredi razne puteve reformi, proučavajući različite sisteme zdravstvene zaštite. Najproblematičnija pitanja svakako su ona koja se odnose na finansiranje i na strukturu upravljanja.

Međutim, vlada je ove godine već preduzela jedan krupan korak, time što je povećala mogućnost pristupa zdravstvenoj zaštiti i osiguranju pod uslovom da je reč o razumno utvrženim cenama; na taj način sada je sistemom zdravstvene zaštite obuhvaćeno 80 posto okruga u Kini i veći broj stanovnika gradova, uključujući tu i one koji nisu u sistemu „danveja“.

Zvanični statistički podaci pokazuju da je krajem prošle godine sistemom zdravstvenog osiguranja bilo obuhvaćeno samo 157 miliona od ukupno 1,3 milijarde ljudi koliko živi u Kini; obuhvaćeno je uglavnom zaposleno gradsko stanovništvo, kao i penzioneri koji su imali „danveja“.

Od ove godine, gradsko stanovništvo – uključujući tu i decu i one koji se bave nekim poslom u sopstvenoj reči – a nisu obuhvaćeni „zdravstvenim osiguranjem zaposlenih koji žive u gradovima“, mogu se osigurati preko sistema „zdravstvenog osiguranja namernog gradskom stanovništvu“. Lokalne vlasti izdvajaju sredstva za delimično pokriće najvažnijih zdravstvenih troškova. Jedna od mogućih reformi odnosila bi se na preuređenje jednog broja javnih bolnica u opštinske zdravstvene centre koji bi bili u stanju da pruže većinu ambulantnih usluga lokalnom stanovništvu i radnicima migrantima, kaže Liu Sjenming, funkcioner Ministarstva zdravstva zadužen za zdravstvenu politiku i propise.

Sistem seoskih zdravstvenih zadruga uspostavljen 2003. godine trebalo bi da do kraja ove godine obuhvati 80 posto svih okruga u Kini, dok bi tokom sledeće godine više trebalo da budu obuhvaćena sva seoska područja; na taj način biće pružena pomoć za svih 900 miliona seoskih stanovnika u Kini.

Oko 50,7 posto svih seoskih područja, odnosno 1.451 okrug, bilo je do kraja prošle godine obuhvaćeno sistemom zdravstvene zaštite; tačnije, u taj sistem je bilo uključeno 410 miliona poćoprirednika, što je 47,2 posto celokupnog seoskog stanovništva. Tokom prošle godine, zahvaćujući tom sistemu, prikupčeno je 21,36 milijardi juana (2,85 milijardi dolara) dok su zdravstveni troškovi pokriveni iz tih sredstava iznosili 15,58 milijardi juana (2,08 milijardi dolara).

Na osnovu tog sistema osiguranci plaćaju 10 juana (1,3 dolara) godišće, dok države, pokrajinske, opštinske i okružne vlasti zajednički ulažu još 40 juana (5,3 dolara) u zdravnički fond. Poćoprirednici koji su na taj način osigurani imaju mogućnost da im se refundira deo zdravstvenih troškova, u zavisnosti od metoda lečenja.

Bivši ministar zdravstva Gao Jijang upozorava da za uspostavljanje jedinstvenog nacionalnog sistema zdravstvene zaštite problem i daće predstavljaju nizak nivo urbanizacije, sve veće razlike u prihodu i drastične razlike u regionalnom razvoju.

Konačna verzija reforme zdravstvene politike može se očekivati počto vlasti uporede sve programe reformi i počto se javnost o tome bude izjasnila.

Vesti i novosti iz zdravstva

Etiki odbor za odgovorno zdravstvo

Za predsednika odbora imenovan je prof. dr Slobodan Savić sa Instituta za sudsku medicinu Medicinskog fakulteta u Beogradu

U Ministarstvu zdravstva juče je održana prva konstitutivna sednica Etičkog odbora Srbije, a članove Odbora koje je imenovala vlada Srbije primio je i ministar zdravstva, prof. dr Tomica Milosavčević. Glavni cilj Odbora je da jača etiku i profesionalnu odgovornost u zdravstvenom sistemu. Za predsednika Etičkog odbora Srbije imenovan je prof. dr Slobodan Savić sa Instituta za sudsku medicinu Medicinskog fakulteta u Beogradu.

Članovi Odbora su prof. dr Petar Ukić sa Instituta za kardiovaskularne bolesti KCS, zatim docent dr Karel Turza sa Medicinskog fakulteta u Beogradu, prof. dr Dušan M. Jovanović sa Instituta za onkologiju Vojvodine, prof. dr Zvonko Magić sa Instituta za medicinska istraživanja VMA, prof. dr Qiqana B. Janković sa Klinike za parodontologiju u oralnu medicinu Stomatološkog fakulteta u Beogradu, prof. dr Zorana Jelić-Ivanović sa Farmaceutskog fakulteta u Beogradu, Hajrija Muković-Zorkić, pravnik, iz Udruženja za medicinsko pravo, i Radmila Vasićević, medicinska sestra iz Vijeća medicinske škole u Beogradu.

O. P.

Iz: „Politika“, 22. decembar 2007.

Zdravstveni savet po et kom 2008.

Ministar zdravstva Srbije Tomica Milosavčević izrazio je juče očekivanje da Skupština Srbije u prvim mesecima 2008. godine izaberi Zdravstveni savet Srbije.

Milosavčević je novinariima rekao da su Etiki odbor Srbije i Zdravstveni savet Srbije „dve institucije koje prevazilaze okvire politike“ i da njihov mandat traje pet godina.

Konstitutivna sednica Etičkog odbora Srbije održana je u petak, 21. decembra u Ministarstvu zdravstva. „Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Etiki odbor Srbije je jedna od najznačajnijih institucija za jačanje zdravstvene etike i sprovođenje zdravstvenog sistema“, izjavio je Milosavčević. On je istakao da će se Etiki odbor starati o sprovođenju zdravstvene etike u zdravstvenim ustanovama.

On je pojasnio da Etiki odbor Srbije imenuje Vlada Srbije na predlog ministra zdravstva i da to telo ima devet članova.

Članovi Etičkog odbora su Petar Ukić, Karel Turza, Dušan Jovanović, Zvonko Magić, Qiqana Janković, Zorana Jelić-Ivanović, Hajrija Mujović-Zorkić i Radmila Vasićević.

Beta

Iz: „Politika“, 25. decembar 2007.

Postignut dogovor o platama u zdravstvu

Ministar zdravstva Tomica Milosavčević izrazio je juče zadovoljstvo što je dogovor

sa predstavnicima reprezentativnih sindikata zaposlenih u zdravstvenoj delatnosti postignut bez trajka.

U izjavi Tanjugu, on je podsetio da je protokolom, koji je zajedno sa ministrom finansija Mirkom Cvetkovićem prekinuo zaključio sa predstavnicima sindikata, predviđeno povećanje zarada za pet odsto od aprila i pet odsto na plate od septembra 2008.

Milosavljević je rekao da će zaposleni u zdravstvu dobiti novogodišnju nagradu u iznosu od 5.000 dinara, a od januara iduće godine biće im ponuđeni i stambeni krediti sa povoljnim uslovima. (Tanjug)

Iz: „Politika“, 20. decembar 2007.

Najveće sećale na nequbazne lekare

Za devet meseci 2.253 primedbe na kršenje prava pacijenata. – Pravo na objašnjenje zašto se na zakazani pregled neka duže od jednog sata

Od početka godine do prvog oktobra građani Srbije su podneli 2.253 primedbe na kršenje prava pacijenata, od čega je rečeno 2.067 prijava.

Skoro polovina svih prigovora u 2007. godini tiče se odnosa prema pacijentu, sledi veliki broj prigovora na kvalitet pruženog lečenja, a građani su se zahtitniku obrađali mnogo mawe zbog nepriznatih refundacija, odbijawa produženih rehabilitacija. Ima primedbi na rad komisija u Republičkom fondu, zatim slede prigovori na izbor lekara, upućivawe na lečenje u inostranstvo i uvid u medicinsku dokumentaciju.

Pacijent je u centru zdravstvenog sistema, osnovna je poruka kampawe „I mate pravo“ koju je Ministarstvo zdravća predstavilo kao jedan od najvećih uspeha u sto dana vlade, ali i nastavilo da promovira.

Srbija je u Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2005. godine uvela institut prava pacijenata. Sve pretpostavke da u ovoj obla-

sti budemo u evropskom društvu ispuvane su, ali naizgled kao da ne čitaju nove zakone. Nikako da shvate da lekar nema pravo da bude nequbazan i arogantan, mako mu je mala plata ili teško deustvo, da ne može nasred hodnika pacijentu da objašnjava kako ga leči, da lekar, makar bio i jedan od malobrojnih pedijatar kardiologa, nema pravo da roditelju odbrusi da je wegovo pravo da puče u ordinaciji u kojoj pregleda dete. Pacijent ima pravo da zatraži objašnjenje zašto na zakazani pregled neka duže od jednog sata, ali i daće se pacijenti čale da satima čekaju pred vratima ordinacija. Mnogi pacijenti se još rukovode nepisanim pravilom „nije srditi koga je moliti“, pa štite i plaćaju šta se od njih traži i, sleđući ramenima, strpčivo podnose urbu lekara koji nema nekoliko minuta vremena da im objasni kako će ih i lečiti.

U kampawi „I mate pravo“ ministar i wegovi saradnici su u protekla četiri meseca objašnvali da su osnovna prava pacijenata jednak pristup zdravstvenoj zaštiti, slobodan izbor lekara, samoodlučivawe o zdravcu, zaštita poverljivosti informacija o zdravcu i pravo na prigovor i naknadu štete u slučaju greške zdravstvenih radnika. Jedno od osnovnih prava jeste pravo anformisawe pre bilo kakve intervencije i uvid u medicinsku dokumentaciju.

Bolestan čovek kod nas još nije postao wegovo veličanstvo pacijent. Zato ova kampawa mora da se nastavi sve dok i u najudačenije selo u Srbiji ne stigne svest i saznavawe da su, na primer, lekari dužni da „usmeno, na način koji je razumljiv pacijentu, vodeći računa o wegovoj starosti, obrazovawu i emocionalnom stavu“ obaveste pacijenta o svemu što je važno za lečenje. Tako piče u zakonu. Prema tome, niko ne treba da se ustručava da pita lekara o svemu što je važno za dijagnozu i tok lečenja bilo koje bolesti, od običnog nazeba do raka. To obaveštewe treba da obuhvati dijagnozu i prognozu bolesti, kratak opis, cilj i korist od predložene medicinske mere i we-

no trajawe, vrste mogu}ih rizika, bolne i druge sporedne ili trajne posedice, alternativne metode le~ewa, opis { ta sve ~eka pacijenta, dejstvo lekova.... U zakonu tako|e pi{ e da je lekar du`an da sve ovo uradi ~ak i bez izri~itog tra`ewa pacijenta.

Gra|anin kome je uskra}eno pravo na zdravstvenu za{ titu ili koji nije zadovoljan postupkom lekara ili medicinske sestre mo`e podneti prigovor, usmeno na zapi{nik ili pismeno za{ titniku pacijentovih prava, koji radi u svakom domu zdravqa, specijalizovanoj bolnici ili velikim klini~kim centrima. Kome ne{ to smeta treba na oglasnoj tabli u zdravstvenoj ustanovi da potra`i broj telefona ili prostoriju i radno vreme gde za{ titnik prava pacijenata prima prigovore i pritu`be. Naj~e}e ovaj posao radi pravnik u zdravstvenoj ustanovi. Ministar je nedavno ba{ sa stranica „Politike“ poru~io da bez aktivnog u~e}a qudi koji u sistemu prihvataju ~iwenicu „plati i }uti, ko zna, treba}e ti ponovo“ ne}e biti pomaka.

Bez pristanka pacijenta ne sme se, po pravilu, nad wim preduzeti nikakva medicinska mera.

Va`no i delikatno je i pravo na naknadu { tete: pacijent koji zbog stru~ne gre{ke zdravstvenog radnika pretrpi { tetu na svom telu ili se stru~nom gre{kom prouzrokuje pogor{awe wegovog zdravstvenog stawa ima pravo na naknadu { tete prema op{tim pravilima o odgovornosti za { tetu. Ovo pravo pacijenta uposlilo je mnoge beogradске advokate, ali, zanimwivo je – ne da zastupaju o{te}ene bolesnike, ve} da „brane“ lekare poznatih bolnica i klinika od pacijenata.

Olivera Popovi}

I z: „Politika“, 6. decembar 2007.

VMA dobija rang Klini~kog centra Srbije

Na raspolagawu svim gra|anima Centar za kontrolu trovawa, ugradwe ve{ ta~kog

kuka i operacije kat arakt i, t ranspant acioni program....

Povezivawe stru~nih slu`bi Vojnomedicinske akademije i civilnog sistema zdravstva je neophodno, a trenutno su prioriteti Centar za kontrolu trovawa, zajedni~ki rad na smawewu lista ~ekawa za operacije ugradwe ve{ ta~kog kuka i katarakti, le~ewa najte`ih hematolo{kih oboqewa, transplantiacioni program i posebno neophodnost poveziwawa i boqe saradwe sa Urgentnim centrom Klini~kog centra Srbije, navodi se u dopisu iz Ministarstva odbrane, odgovorima na konkretna pitawa „Politike“. U ovoj instituciji napomewu da, saglasno zakqu~cima Radne grupe i va`ejim zakonskim aktima, Ministarstvo odbrane zadr`ava osniva~ka prava nad VMA, {to podrazumeva i weno zadr`avawe u sistemu odbrane dr`ave Srbije.

– I kontekstu stru~nih nadle`nosti nema spornih pitawa, budu}i da su i od sada inspekcijske slu`be Ministarstva zdravqa imale uvid i mogu}nost kontrole stru~nog rada u VMA – isti~e se u dopisu.

Kako je obja{weno, saglasno dogovoru resornih ministara odbrane i zdravqa Republike Srbije, formirana je radna grupa koju ~ine predstavnici VMA, Uprave za zdravstvo Ministarstva odbrane, Ministarstva zdravqa i Republi~kog zavoda za zdravstveno osigurawe, koja intenzivno radi na usagla{avawu modaliteta i neophodne zakonske regulative za ukqu~ewe VMA u Plan mre`e zdravstvenih ustanova Republike Srbije.

Kona~nu odluku u vezi sa ovim aktivnostima done}e vlada, a o woj }e gra|ane na{e zemqe obavestiti ministri Dragan [utanovac i dr Tomica Milosavqevi}.

U osnovi kona~nog dogovora stoji da VMA sa dogovorenim delom svojih kapaciteta postane integralni deo zdravstvenog sistema dr`ave Srbije i preuzme obaveze medicinskog zbriwawawa gra|ana Srbije (tercijalni nivo zdravstvene za{tite) u rangu Klini~kog centra Srbije. Podse}amo da je dr Tomica Milosavqevi}, ministar

zdravčqa, pre nedeqcu dana za „Politiku“ potvrdio informaciju da }e gra|ani Srbije uskoro mo}i da se le~e na VMA uz overenu zdravstvenu kwi`icu, ali nije `eleo da precizira da li }e to po~eti od 1. januara 2008. godine ili koju nedeqcu kasnije.

D. Davidov-Kesar

I z: „Politika“ 11. decembar 2007.

Le~ewe civilnih osiguranika na VMA od 1. januara

Ministar zdravčqa Tomica Milosaqevi } najavio je ju~e da }e od 1. januara 2008. godine civilni osiguranici mo}i da koriste usluge lekara sa Vojnomedicinske akademije pod istim uslovima kao kada se le~e u Klini~om centru. S uputima, civilni osiguranici mo}i }e da koriste za le~ewe i oko 500 postečqa na VMA, rekao je Milosavqevi } novinarima posle obilaska te zdravstvene ustanove sa ministrom odbrane Draganom } utanovcem.

On je naveo da je ta pogodnost bazirana na pro}lonedeqnoj odluci Vlade Srbije preciziraju}i da }e gra|ani na VMA mo}i da se le~e u oblasti tercijalne za{tite ~ime }e biti omogu}eno zaposlenima na VMA da ostvare ve}e prihode. Milosavqevi } je objasnio da je ciq otvarawa VMA i za civilne osiguranike samo korak u integraciji vojnog i civilnog zdravstva podsetiv{ i da se te`i i uvo|ewu jedinstvenog sistema zdravstvenog osigurawa.

Ministar } utanovac je istakao da se time otvaraju vrata VMA za civile da imaju

ravnopravan tretman sa vojnim osiguranicima prilikom le~ewa u toj zdravstvenoj ustanovi. On je dodao da je to samo po~etak saradwe vojnog i civilnog zdravstva najavquju}i iste aktivnosti u narednom periodu i u vojnomedicinskim centrima u Ni}u i Novom Sadu. (Tanjug)

I z: „Politika“, 19. decembar 2007.

VMA integrisana u mre` u zdravstvenih ustanova Srbije

- Odlukom Vlade Srbije na}a ustanova je integrisana u mre` u zdravstvenih ustanova Srbije i to je najzna~ajnije ostvarewe Vojnomedicinske akademije u 2007. godini - istakao je ju~e general-major prof. dr Mi odrag Jevti }, na~elnik VMA.

On je na novogodi } wem koktelu objasnio da je VMA bila i ostala nacionalno blago, otvoreno i dostupno svima kojima je stru~na pomo} neophodna, ako i da je ove godine ambulantno zbrinuto vi }e od pola miliona pacijenata, hospitalizovano oko 30.000 i ura|eno vi }e od 20.000 hirur{kih intervencija.

- VMA ostaje u sistemu odbrane dr`ave Srbije kao integrativni deo Ministarstva odbrane i strate{ki brenda }e zemqe i Vojske na putu ukqu~ewa u evropske integracione tokove, kako je i nedvosmi sleno precizirao.

I z: „Politika“, 28. decembar 2007.

Izjave i komentari

- Doktorska plata kod nas u ovom trenutku nije mala i spada u boće plate srpskog dru{tva. Porasla je za 40% u odnosu na pro{lu godinu. U ovom trenutku specijalista koji de`ura mo`e da zaradi od 1000 do 1500 evra. Plata specijaliste u Nema~koj nije ve}a od 3000 evra.

**Prof. dr Tomica Milosavcevi},
minist ar zdravqa**

(White, 2007)

- Bubre`ni bolesnici na dijalizi u Srbiji imaju mnogo boće uslove nego pre samo tri godine. Tome je doprinela i nedavna donacija od 190 novih aparata za dijalizu koje je obezbedila firma Frezenijus. Kod nas dijalizu dobija svako kome je potrebna i uslovi le~ewa su isti za sve.

**Prof. dr Nada Dimkovi}, direktorka
Centra za bubre`ne
bolesnike KBC „Zvezdara“**

(White, 2007)

- Mentalni problemi su, pored kardiovaskularnih oboćewa, drugi uzrok takozvane globalne invalidnosti u svetu i u Srbiji. Posebno osetljive grupe su mladi od 14 do 24 godine i stariji preko 60 godina. Osim toga, oko 500.000 izbeglih i interno rasećenih lica, odnosno oko 30% wih, ispoćava posttraumatski stresni poreme}aj.

**Dr Goran Ili},
pomo}nik ministra zdravqa**

(White, 2007)

- Upravni odbor na{e ustanove je doneo odluku da se epiduralna anestezija u porodili{tu u Vi{egradskoj ne napla}uje. Po-
brinu}emo se za dovoćan broj anesteziolo-
ga i time podr`ati trend ra|awa {to ve}eg
broja beba. Sva potrebna finansijska sred-
stva obezbedi}e KC Srbije.

**Prof. dr Vojko \uki},
direktor Klini~kog centra Srbije**

(White, 2007)

- U okviru kampawe „Zdrava `ivotna sre-
dina za zdravqe na{e dece“ beogradski domo-
vi zdravqa ukazi va}e na zna-aj zdrave `ivot-
ne sredine, naro-ito za decu pred{kolskog uz-
rasta, i u saradwi sa lokalnim partnerima
organizova}e ure|ewe javnih povr{ina.

**Dr Slobodan To{ovi},
direktor Gradskog zavoda
za javno zdravqe, Beograd**

(White, 2007)

Pomo} obolelima od raka u Domu zdravqa „Zemun“

*Formirana grupa za podr{ku bolesni-
ma koji pat e od najt e`e bolest i, a uskoro
bi}e otvorena i ambulanta za bol. - Mo-
bilne jedinice obilazi}e mesne zajednice i
udaćene ordinacije*

U Domu zdravqa „Zemun“ pokrenuto je
formirawe grupe za podr{ku osobama obole-
lim od karcinoma dojke koja }e funkci-
onirati u okviru Centra za prevenciju. Kako
obja}avaju u ovoj ustanovi, akcija se orga-
nizuje jer sva istra`ivawa govore da `ene u

na{oj zemqi ne posve}uju dovoqno pa`we svom zdravcu i uglavnom se obra}aju lekari- ma tek onda kada bolest uzme maha.

Mobilne jedinice zemunskog Doma zdravca obilazi}e mesne zajednice i ambulante koje pripadaju ovoj ustanovi u Zemun-pocu, Boqevcima, Batajnicima, Ugrirovcima, Petrov-i}u, Be~menu, Progaru, Jakovu.

Dr Olivera]irkovi}, pomo}nik direktora za medicinske poslove Doma zdravca „Zemun“, ka`e da prioritet zaposlenih u Centru za prevenciju nije da le~i cude u podmaklim fazama bolesti, ve} da zdrave gra|ane privole da redovno dolaze na preglede.

Zbog toga se u ovom centru svakodnevno organizuju predavanja koja interesuju pacijente, poput onih na temu odvikavanja od pu{ewa ili borbe protiv astme.

- Ukoliko lekari budu posumwali da neka `ena ima simptome te{ kog oboqewa, uputi}e je na ultrazvu~ni pregled dojki u Institut za onkologiju. O-ekujemo masovne preglede `ena ve} u januaru. Na{a op{tina je razu|ena, ima dosta bolesnika obolelih od te{kih bolesti - objasnila je dr]irkovi}.

Ona napomiwe da }e ova zdravstvena ustanova oformiti i jedinstvenu ambulantu za bol, u ~emu }e im pomo}i stru~waci Centra za bol Klini~ko-bolni~kog centra „Be`anijska kosa“. Planirano je da lekari Doma zdravca pro|u razli~ite seminare koji }e im pomo}i da budu uspe{ni u radu nove ambulante.

- Qudi dok ne do`ive jake bolove ne znaju {ta je to i koliko je potrebna pomo} stru~waka da bi se oni otklonili. Koliko god da neko ima godina, uvek `eli da `ivi {to je mogu}e du`e, dostojanstvenije i bez muka. Svuda u svetu je va`na i edukacija ~lanova porodice na koji na~in treba da pomognu obolelima. Nadam se da }emo i mi mo}i tako ne{to da organizujemo. I mamoo mnogo ideja i nadamo se da }emo uz pomo} me|unarodnih organizacija mo}i da uradimo jo{ mnogo toga, uz podr{ku nadle`nih organa - istakla je na{a sagovornica.

I stovremeno sa realizacijom ovih proje-

kata, ovih dana }e po~eti i dugo o-ekivano preure|ewe zdravstvene stanice na Trgu JNA. Dr Branka ^emeriki}, direktorka ove zdravstvene ku}e, ka`e da }e najpre biti ure|ene ambulante op{te medicine, a da je zavr{eno ulep{avawe stomatologije i dela medicine rada.

Ona je naglasila da je u planu i realizacija projekta za rekonstrukciju dela krova, ali da je ovde re~o staroj zgradi u kojoj je sve dotrajalo i da bi jednog dana trebalo uraditi i zamenu vodovodne i kanalizacione mre`e.

- Sve {to obe}amo, to i uradimo i za pacijente, i za zaposlene, jer od uslova rada zavisi i kvalitet usluge. Sve na{e ustanove zasl`uju da budu preure|ene i to imamo u vidu. Od „Srbija {uma“ dobili smo zemcu, lipe, tuje, cve}e i zajedno smo sa |acima pet osnovnih {kola i mali{anima iz tri vrti}a sve to zasadili u saksije i dvori{te Doma zdravca. I mamoo odli~nu saradwu sa dr Sne`anom Stevanovi}, gradskim sekretarom za zdravstvo, koja nam uvek izlazi u susret i podr`ava na{e ideje za poboq{awe uslova le~ewa - istakla je dr]irkovi}.

Zemunski dom zdravca je nedavno dobio aparat za merewe gustine kostiju, a uskoro se o-ekuje nabavqawe ultrazvu-nog aparata za srce, koji }e biti zna~ajan i za sistematske preglede. @iteqi Zemuna u laboratoriji ove zdravstvene ustanove sada mogu da urade analize hormona {titne `lezde i tumor markere za prostatu.

D. Davidov-Kesar

Iz: „Politika“, decembar 2007.

Bolni~ke kapele za vernike

Ministar zdravca Tomica Milosavqevi} ocenio je ju~e da bi u bolnicama u Srbiji trebalo da budu otvorene kapele u kojima bi qudi svih veroispovesti mogli da se pomole kad su u te{koj situaciji. „Multikonfesionalne kapele treba da postoje u svim bolnicama, jer qudi treba da imaju priliku da komuniciraju sa Bogom kad im je najte`e“, ka-

zao je Milosavčevi} novinarima na novogodi { wem koktelu tog ministarstva.

U Klini ~ko-bolni ~kom centru „Be` anij-ska kosa“ ranije je otvorena kapela Srpske pravoslavne crkve, koja, kako je ministar naveo, treba da bude dopuwnena i opremčena i za druge vere. On je naveo primer suboti ~ke bolnice u kojoj postoji multi konf esi o-nalna kapela. (Beta)

I z: „Politika“, 26. decembar 2007.

Nova poliklinika na Be` anijskoj kosi

Prvi novozgra|eni objekat u zdravstvu Srbije posle 15 godina, poliklinika Klini ~ko-bolni ~kog centra „Be` anijska kosa“, otvoren je ju~e u prisustvu predstavnika Republi ~ke i Gradske vlade, ambasadora, poslovnih partnera i drugih mnogobrojnih zvani ca. I zgradwu objekta koji ima 52 ordinacije i prostire se na oko 1.500 metara kvadratnih zajedni ~ki su investirali KBC „Be` anijska kosa“, Ministarstvo zdravčqa Republike Srbije i „Energoprojekt“. Polikliniku su sve~ano otvorili dr Nikola Milini}, direktor KBC „Be` anijska kosa“, dr Tomica Milosavčevi}, republi ~ki ministar zdravčqa, Zoran Alimpi}, v.d. gradona~elnika Beograda, i princ Aleksandar Kara|or|evi}.

Poliklinika ima specijalisti ~ke, internisti ~ke i hirur{ ke ambulante, Centar za bol, fizi kalnu medicinu i rehabilitaciju, kao i odecqewa of tal mologije, dermatovenerologije, otorinolaringologije, neuropsihijatrije i kardiolo{ ku laboratoriju. Objekat sadr` i i dve prostorije za obavčqawe mawih hirur{ kih intervencija i jedinstveni Centar za sportsku medicinu.

- Najzna~ajni deo poliklinike je Onkolo{ ka dnevna bolnica sa hemioterapijom i kozilijumom, u okviru koga smo otvorili i Centar za dojku i rano otkrivawe tumora ko`e - rekao je dr Milini}.

Poliklinika }e biti orijentisana na ambulatno le~ewe i brzu dijagnostiku, a mo}i }e da primi dvostruko ve}i broj pacije-

nata od dosada{ weg, pa se dr Milini} nada da }e na taj na~in smawiti gu`ve u ~e-kaonicama i rasteretiti druge bolnice.

- Novina je i elektronski sistem zakazivawa pregleda, jedinstven u na{ oj zemci, pomo}u kojeg }e svaki pacijent dobiti svoj broj, ta~no vreme pregleda i broj ordinacije u kojoj }e pregled biti obavčqen - dodao je dr Milini}.

Kamen temeljac za novu polikliniku polo`io je dr Tomica Milosavčevi} u avgustu pro{ le godine, a Ministarstvo zdravčqa obezbedilo je 143 miliona dinara za izgradwu ovog modernog objekta.

- Ovaj doga|aj mogao bi da slu`i na ~ast i mnogo razvijenijim zemčama, a mo`da najve}i zna~aj ove zdravstvene ustanove je to { to }e medicinsko osobčqe zbrivavati i le~iti obolele od vaskularnih malignih obocqewa koja su i kod nas i u svetu prouzrokovana - istakao je dr Milosavčevi}.

On je najavio da bi slede}e godine trebalo da bude pokrenuta akcija „Srbija protiv raka“, u okviru koje }e zdravstveni radnici kroz prevenciju, edukaciju i brzo dijagnostikovawe raditi na suzbijawu ove opake bolesti.

Grad Beograd opremio je polikliniku modernim i funkcionalnim name{ tajem.

- @elimo da zdravstvo bude dostojno srpske prestonice, a ostvarawe ovog objekta je zna~ajan korak na tom putu - kazao je Alimpi}.

Zvanice i osobčqe KBC „Be` anijska kosa“ pozdravio je i princ Aleksandar Kara|or|evi}, koji je sa suprugom princezom Katarinom vi{ e puta donacijama pomogao srpske bolnice.

- Pacijentima moramo pru`iti ose}aj sigurnosti i ~udskog dostojanstva tokom le~ewa i ja se nadam da }e dugo godina slu`iti onima zbog kojih je ova poliklinika i napravčena - izjavio je princ Aleksandar.

Jelena Beokovi}

I z: „Politika“, 1. decembar 2007.

Koliko za participaciju¹

Stacionarno le-e-we - po bolni -kom danu	50 di nara
Rehabilitacija u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi - po bolni -kom danu	50 di nara
Pregled i le-e-we od strane izabranog lekara i lekara specijaliste	20 di nara
Sve laboratorijske usluge - po uputu (ukqu-uju) i mikrobiologiju, parazitologiju, histopatologiju i citologiju)	20 di nara
Rendenski pregled i snimawe - po uputu	20 di nara
Pregled na ultrazvu-nom aparatu - po uputu	100 di nara
Pregled po uputu:	
– na skeneru i osteodenzitomeru	300 di nara
– na magnetnoj rezonanci	600 di nara
Pregled i terapija u nuklearnoj medicini - po uputu	150 di nara
Ostale dijagnostičke usluge - po uputu (holter, endoskopija, EKG, spirometrija i dr)	50 di nara
Rehabilitacija u ambulantnim uslovima (jednodnevne terapijske usluge)	20 di nara
Pregled i le-e-we u dnevnoj bolnici - po danu	50 di nara
Hirurški zahvati van operacione sale	50 di nara
Ku}no le-e-we - po danu	20 di nara
Sanitetski prevoz koji nije hitan:	
– na podru-ju opštine i grada	50 di nara
– van opštine na podru-ju filijale	100 di nara
– van podru-ja filijale do zdravstvene ustanove u koju je osigurani kupu}en	150 di nara
Hirurške estetske korekcije uro}enih anomalija koje prouzrokuju funkcionalne smetawe i estetske korekcije nakon te}kih povreda, odnosno bolesti koje su neophodne za uspostavljanje bitnih funkcija organa i delova tela	5% utvr}ene cene hirurške intervencije a najvi}e 30.000 di n.
Implantati za najslabije i najskuplje zdravstvene usluge u kardiologiji, kardiolo}kim, vaskularnoj hirur}iji i ortopediji	5% utvr}ene cene implantata a najvi}e 30.000 di n.
Drugi implantati	20% utvr}ene cene implantata a najvi}e 30.000 di n.
<i>Medicinsko-tehni -ka pomagala</i>	
Proteti -ka sredstva (proteze)	10% utvr}ene cene pomagala
Ortoti -ka sredstva (ortoze)	10% utvr}ene cene pomagala
Posebne vrste pomagala i sanitarne sprave (osim za koncentrator kiseonika)	10% utvr}ene cene pomagala
Pomagala za omogu}avanje glasa i govora	10% utvr}ene cene pomagala
Ortopedska obuja	20% utvr}ene cene pomagala
O-na i slu}na pomagala za odrasle	35% utvr}ene cene pomagala
Akri latna totalna i subtotalna proteza kod lica starijih od 65 godina `ivota	35% utvr}ene cene pomagala
Stomatolo}ki pregledi i le-e-we u vezi sa povredom zuba i kostiju lica	20% utvr}ene cene pomagala
Stomatolo}ki pregledi i le-e-we zuba pre operacije srca i transplantacije bubrega	20% utvr}ene cene pomagala
Le-e-we komplikacija karijesa i valjeve zuba kao posledice karijesa kod dece do navr}enih 18 godina `ivota - po zavr}enom le-ewu	20% utvr}ene cene pomagala

¹ Tatjana Kr{ i }

Iz: „Glas osigurani ka“, 22. novembar 2007.

Predstavqamo

I n s t i t u t z a j a v n o z d r a v q e S r b i j e ***„Dr Milan Jovanovi } Batut“***

Dir e k t o r: P r i m. d r s c. m e d. T a w a K n e ` e v i }



Misija

Unapre|ewe zdravqa stanovnika Srbije razvijawem interdisciplinarnih i multi-sektorskih aktivnosti u javnozdravstvenom sistemu.

Vizija

Da postane vode}a nacionalna i regionalna institucija posve}ena praksi i promociji javnog zdravqa.

I s t o r i j a t

13. maja 1919. godine osnovana *Stalna epidemijska komisija* Ministarstva za zdravqe ~ime je ustanovqen i organizovan nadzor nad higijenskim prilikama i zaraznim bolestima u Kraqevini Srba, Hrvata

i Slovenaca. Prvi predsednik je bio dr Milan Jovanovi } Batut.

1922-1923. godine osnovane su: *Bakteriolo{ka stani}a u Beogradu, Laboratorije za tropske bolesti i Institut za socijalnu medicinu* koji predstavqaju jezgro budu}eg Centralnog higijenskog zavoda.

1924. godine osnovan je *Centralni higijenski zavod*.

1945. godine, po zavr{etku Drugog svetskog rata, u zgradi Centralnog higijenskog zavoda formirani su: *Savezni epidemiolo{ki institut, Savezni higijenski institut i Bakteriolo{ko-epidemiolo{ki zavod Srbije*.

1951. godine osnovan je *Higijenski institut NR Srbije*.

1961. godine Higijenski institut Srbije postao je *Zavod za zdravstvenu za{titu i*

poverena mu je i funkcija Republičkog zdravstvenog centra.

1979. godine Zavod za zdravstvenu zaštitu postao je *Zavod za zaštitu zdravstva Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“*.

1977. godine postao je *Institut za zaštitu u zdravstvu Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“*.

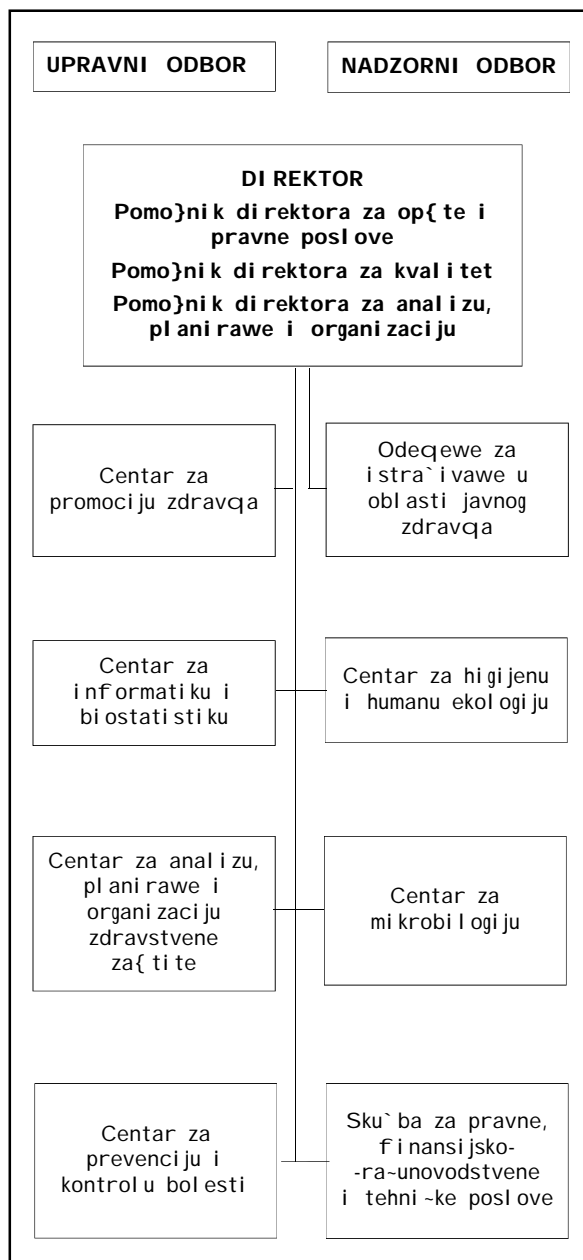
2006. godine postao je *Institut za javno zdravstvo Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“*.

Glavni zadaci

- Zdravstvena analiza i planiranje koje uključuje praćenje zdravstva i izveštavanje o zdravstvu, planiranje zdravstvenih usluga, analizu zdravstvenih rizika u zajednici i podršku unapređewu kvaliteta zdravstvene zaštite.
- Prikupljanje podataka o zdravstvu i korišćenju zdravstvene zaštite iz nadležnosti nacionalne statistike, održavanje zdravstvene zaštite, obezbeđivanje podataka iz populacionih istraživanja i obezbeđivanje zdravstvenih informacija za delotvorno izveštavanje o zdravstvu namerno dr`avnim organima i javnosti.
- Promocija zdravstva u zajednici, vaspitavanje za zdravstvo i brigu o zdravstvu osetljivih populacionih grupa i grupa sa posebnim potrebama.
- Kontrola i prevencija zaraznih i nezaraznih bolesti i održavanje i unapređewu spremnosti u vanrednim situacijama.
- Praćenje uticaja rizika životne sredine za zdravstvo, kontrolu zdravstvene ispravnosti životnih namirnica, kontrolu zdravstvene ispravnosti vode, sanitarni nadzor i kontrolu higijenskih standarda.
- Mikrobiologija javnog zdravstva i klinička mikrobiologija.

„Glasnik“ – *Institut za javno zdravstvo Srbije periodično publikuje nacionalni časopis „Glasnik“ koji je osnovan 1926. godine*

Organizaciona {ema



Projekti

- Istražewu zdravstva stanovnika Srbije (SZO, UNI CEF 2000 i Svetska banka, 2006)
- Skrining za rano otkrivanje raka grlija materice (SZO, 2003–2006)

- Stalno unapre|ewe kvaliteta u zdravstvenim ustanovama (Svetska banka, od 2004.)
- Rani razvoj dece (UNI CEF, 2002–2005)
- Vakcinacija marginalizovanih populaci-
onih grupa (UNI CEF, 2002–2004)
- Kontrola tuberkuloze u Srbiji kroz
sprovo|ewe DOTS strategije i pru`awe
terenskih usluga ugro`enom stanovni-
{tvu (Globalni fond za borbu protiv si-
de, tuberkuloze i malarije, od 2005.)
- Podr{ka razvoju javnog zdravqa u Srbi-
ji (EAP, 2003–2005)
- Osnovne zdravstvene usluge Pilot proje-
kat (Me|unarodni komitet Crvenog kr-
sta 2001–2004)
- Inicijativa za HI V prevenciju me|u
vulnerabilnim populacijama, Bri tansko
odeqewe za iternacionalni razvoj
(DFID, od 2004.)
- Globalno istra`ivawe o upotrebi duva-
na kod mladih (SZO, CDC, SRNA, od
1999.)
- Program prevencije deficita joda sta-
novni{tva Srbije (UNI CEF, od 2003.)
- I shrna u jugoisto~noj Evropi – DAFNE
projekat (od 2004.)

Me|unarodna saradwa

- Svetska zdravstvena organizacija (SZO)
- UNI CEF
- Svetska banka (SB)
- Evropska agencija za rekonstrukciju
(EAR)
- Me|unarodni komitet Crvenog krsta
(MKCK)
- Kanadska me|unarodna agencija za razvoj
- Globalni fond
- Program Ujedi weni h nacija za razvoj
- Udru`eni program Ujedi weni h nacija za
HI V/AI DS
- Nacionalni institut za zdravqe I talije

^lanst vo

- Me|unarodno udru`ewe nacionalnih in-
stituta za javno zdravqe
- Evropsko udru`ewe za zdravstveni me-
naxment

Mre`a instituta i zavoda za javno zdravqe

I nstituti i zavodi za javno zdravqe ima-
ju vode}u ulogu u sistemu javnog zdravqa u
Republici Srbiji, kao i u sprovo|ewu jav-
nozdravstvenih funkcija i usluga.

I nstitut za javno zdravqe Srbije organi-
zovan je za nivo republike i predstavqa
ekspertsku i nstituciju za javno zdravqe ko-
ja daje stru~nu podr{ku, smernice i savete
Vladi Republike Srbije i institutima i za-
vodima za javno zdravqe i sprovodi nezavi-
sna istra`ivawa iz oblasti javnog zdravqa
u Srbiji

Mre`a instituta i zavoda u Republici Srbiji



Iz istorije zdravstva Srbije

Sto { ezdeset godina od ro|ewa prof. dr Milana Jovanovi}a Batuta

R. ^olovi}¹

Dvadeset drugog oktobra 2007. godine navr{ava se 160 godina od ro|ewa dr Milana Jovanovi} Batuta, prvog profesora higijene i prvog dekana Medicinskog fakulteta, zna~ajnog nau~nika i lekara koji je ceo `ivot posvetio izu~avawu i borbi za o~uvawe i unapre|ewe zdravqa naroda i zdravstvenom prosvetivawu. Bio je veoma ugledan i aktivan ~lan i predsednik Srpskog lekarskog dru{tva, urednik ~asopisa „Srpski arhiv za celokupno lekarstvo“, „Narodno zdravqe“, „Zdravqe“ i jedan od osniva~a i prvi predsednik Jugoslovenskog lekarskog dru{tva i niza drugih dru{tava.

Batut je ro|en 22. oktobra 1874. godine u Sremskoj Mitrovici kao deseto od jedanaestoro dece u porodici skromnog trgovca koja se 1806. godine doselila iz [apca, nakon {to je Milanov deda poginuo u boju na Mi{aru. Osnovnu {kolu u vreme Bahovog re`ima u~io je na nema~kom jeziku, a gimnaziju u Pan~evu, Sremskim Karlovcima i Osijeku. Na Medicinski fakultet u Be~u upisao se 1968. godine. Zbog oskudice, studije je morao prekinuti rade}i kao profesor realne gimnazije u Novom Sadu, zatim ih nastavio i diplomirao 1878. godine. Dve godine je radio kao lekar u Somboru, gde je



pokrenuo ~asopis „Zdravqe – list za lekarsku pouku narodu“. Po pozivu sa Cetiwa, dve godine je radio kao upravnik Cetiwske bolnice, na~elnik Sanitetskog odecqewa Ministarstva unutra{wih dela i dvorski lekar, izdaju}i ~asopis „Zdravqe“ i izu~avaju}i zdravstvene prilike, navike i obi~aje naroda Crne Gore.

Na poziv dr Vladana \or|evi}a, na~elnika Sanitetskog odecqewa Ministarstva unutra{wih dela Srbije, u~estvovao je na konkursu za pisawe priloga iz oblasti ~uwa

wa i unapre|ewa zdravqa, koji su 1884. godine objavljeni u jedinstvenoj kwizi „Pouka o ~uvawu zdravqa“, koja je {tampana u nekoliko hiqada primeraka i podeqena svim {kolama, zadrugama i udru`ewima. S osvojenom nagradom Batut je naredne dve godine proveo u Minhenu kod Maksa Petenkofera, osniva~a higijene, u Berlinu kod Roberta Koha, na Biolo{kom institutu u Londonu i kod Luja Pastera u Parizu, gde je ne samo u~io, ve}i u~estvovao u nau~nim istra`ivawima. Dve godine posle toga radio je kao prakti~ni lekar u Novom Sadu. Godine 1878. ponu|eno mu je da osnuje katedru higijene na Medicinskom fakultetu u Pragu. Umesto toga, on je prihvatio da vodi Katedru higij-

*Iz: „Srpski arhiv za celokupno lekarstvo“, 9–10, 2007. godine.

¹ Prof. dr Radoje ^olovi}.

jene i sudske medicine na Velikoj {koli u Beogradu, u kojoj je 1892. godine izabran za rektora.

Kao ~lan komisije zadu`ene za pripremu predloga zakona o podizawu Velike {kole na nivo univerziteta, Batut je najzaslu`nji za to {to je ona usvojila stav da se na budu}em univerzitetu predvidi osnivanje medicinskog fakulteta. Da bi to postigao, on je 1899. godine izdao i studiju na 124 strane pod nazivom „Medicinski fakultet srpskog univerziteta“, u kojoj je dokazivao da je ovaj fakultet Srbiji neophodan, da za njegovo osnivanje postoje uslovi i da on u Srbiji ne}e stvoriti tzv. lekarski proletarijat. Kako je Zakonom o Univerzitetu donetom 5. marta 1905. godine bilo predvi`eno osnivanje i medicinskog fakulteta, Batut je 1905. i 1906. godine bio predsednik jedne od dve komisije Odbora zadu`ene za prakti~ku realizaciju zakonske odredbe o osnawu Medicinskog fakulteta.

Kako, zbog raznih razloga, do osnawu fakulteta nije do{lo, Batut je nastavio da o tome pi{e (na primer, 1910. godine u ~lanku „Dajte narodu vi{e lekara“, u ~asopisu „Zdravqe“) i govori (na Sednicima SLD 5. i 12. marta 1911. godine) i da po~etkom 1914. godine radi u komisiji za pravqewe nacrtu organizacije Medicinskog fakulteta i komisiji koja je obi{la 17 medicinskih fakulteta po Evropi i sa~inila izve{taj na osnovu kojeg je maja 1914. godine ministar prosvete Kraqevine Srbije doneo re{ewe o osnawu Medicinskog fakulteta. Budu}i da je Zakonom o Univerzitetu Katedra higijene i sudske medicine ukinuta, Batut je 1905. godine penzionisan, ali je ostao u zvwu honorarnog profesora sudske medicine na Pravnom i profesora gra|evinske higijene na Tehni~kom fakultetu u Beogradu. Po{to je usledio Prvi svetski rat, do osnawu Medicinskog fakulteta ni onda nije moglo do}i. Dr Batut je 1919. godine imenovan u tzv. Odbor za Medicinski fakultet, postavljen za prvog redovnog profesora higijene i izabran za prvog dekan Medicinskog fakulteta. Godine 1926. dodecen

je drugi po redu po~asni doktorat Medicinskog fakulteta u Beogradu (prvi je dodecen dr Vladanu \or|evi}u).

I ako u dubokoj starosti, Batut je bio neumoran i veoma dru{tveno aktivan skoro do kraja `ivota, i to ne samo u oblastima kojima se celoga `ivota bavio, ve} i u pripremi sanitetskog zakonodavstva Kraqevine Jugoslavije i u brojnim drugim aktivnostima. ^lan SLD je postao 1880. godine i bio jedan od najvrednijih i najuglednijih lekara. Uredio je ~asopis Dru{tva „Srpski arhiv za celokupno lekarstvo“ za 1895. i 1896. godinu na potpuno moderan na~in i neuporedivo boqe nego ranije, te tako napravio standarde daqeg ure|ivawa ~asopisa. List „Narodno zdravqe“, koji je {tampan u dodatku „Srpskog arhiva za celokupno lekarstvo“, uredio je 1896. godine. ^asopis „Zdravqe“ Dru{tva za ~uvawe narodnog zdravqa ure|ivao je od 1906. do ~etvrtog broja 1911. godine. Za predsednika SLD biran je za 1926/27. godinu. Bio je jedan od osniva~a i prvi predsednik Jugoslovenskog dru{tva 1919/20. godine i niza drugih dru{tva.

Umro je 11. septembra 1940. godine u 93. godini.



Najve}i deo svoje profesionalne aktivnosti Batut je posvetio izu~awu, ~uvawu i unapre|ewu zdravqa i zdravstvenom prosvetivawu naroda. Prilikom dodele po~asnog doktora Medicinskog fakulteta u Beogradu rekao je da „zbog misticizma, fatalizma i religioznog fanatizma Sredwegveka, jedna od dve grane medicine, ona zadu`ena za ~uvawe i unapre|ewe zdravqa, bila se skoro potpuno izgubila“. Osim u slu~ajevima epidemija, kuge, kolere i velikih bogiwa, do druge polovine 19. veka bolesti su bile briga bolesnika, wihovih porodica i lekara, uz skoro potpunu ravnodu{nost dru{tva i dr`ave. Zahvaquju}i mnogobrojnim epohalnim otkri}ima u bakteriologiji i higijeni, to stawe se po~elo mewati, pa su te dve grane preventivne me-

dicine dobile nevi|eni zamah, a dr`ave i razna udru`ewa po~ela su preduzimati razne mere i ulagati velika sredstva u spre~avawu bolesti, kao mnogo boqi, efikasni-ji i jef tiniji na~in borbe protiv wih nego wihovo le~ewe. Osnivana su i posebna dru{tva za profilaksu i borbu protiv pojedinih bolesti, a zahvaquju}i donacijama bogatih pojedinaca, ulo`ena su znatna sredstva kojima su bili poduprti napori dr`ave i dru{tva.

Potreba za takvim naporima u Srbiji bila je velika. U zemqi u kojoj je 95% stanovni{tva `ivelo na selu, ve}im delom u siroma{tvu, bez ure|enog snabdevawa vodom i s r|avom ili nikakvom sanitacijom i niskom zdravstvenom prosee}eno{ }u, bolesti su bile rasprostrawene, a umiralo je skoro svako ~etvrto dete. O tome Batut, izme|u ostalog, ka`e: „Na{ narod je u pitawima svoga tela i wegovih potreba tako neuk; tako raznim zabludama i nesavesnim varalicama odan; da nije ~udo {to u zdravstvenom pogledu lo{e stoji i da mu je to i u kulturnom i u ekonomskom napredowawu velika smetwa.“ Dr Batut je bio prvi veliki borac da se takvo stawe promeni, a oko wega se vremenom stvarala sve ve}a grupa „odu{evqenih trudbenika da na tom poqu radi i to u samom narodu i sa wime u zajednici“, koja se „apostolski borila da prodre u sam narod; da ste~e wegovo poverewe i wegovu odanost. Uticala je na wega i re~ju i perom; i savetom i primerom; i slikom i predstavom. Osnivala je dru{tva i pododbore za ~uvawe narodnog zdravqa, {kole za seqa~ke doma}ice, letwikovce i primorske stanice za slabuwavu decu,... prire|ivala je izlo`be sa nagradama za dobro odnegovanu odoj~ad, izdavalala ugledne planove za seqa~ke ku}e, gradilala ugledne krevete za seqa~ke posteqe, prakti~ne sobne i hlebne pe}i; izlagala svoje zbirke lo{eg i dobrog bra{na i hleba na ugled, borila se protiv tuberkuloze, venerije, pijanstva, nadrilekartva itd“, primewuju}i „metodi~ki sva sredstva moderne I gijene, Preventive i Socijalne Medicine na prilike u samom narodu“.

Zaslugom dr Batuta i wegovih sledbenika prvi put „izvedena je emancipacija Saniteta od policijskih vlasti (do 1918. godine sanitetski poslovi su bili u delokrugu Ministarstva unutra{wih dela – prim. R. ^.) i ustanovqeno Ministarstvo Narodnog Zdravqa sa dva nova odecqewa: Odecqewem za I gijenu i odecqewem za zdravstveno prou~avawe i podu~avawe naroda – sa odsekom za medicinsku statistiku i stalnom epidemijskom komisijom“, dok su na Medicinskom fakultetu u Beogradu osnovane „zasebne katedre za I gijenu, Socijalnu Medicinu, Bakteriologiju i Epidemiologiju“. Batut i wegovi sledbenici su, pored toga, „`ivo radili sa stranim misijama na zdravstvenim poslovima u narodu“ i stvorili „tesnu vezu sa svetskim centrima i institucijama kao {to su I gijensko odecqewe Lige Naroda, Pariska centrala za suzbijawe tuberkuloze, Savez Crvenog Krsta, Odbor Rokfelerove Fondacije itd“.

Batut je uistinu bio pristalica Eugeni-ke Fransisa Galtona, ali ne i wenihih zloupotreba. Pre bi se moglo re}i da je on bio pobornik genetike, jer je znao i verovao „da u `ivotu budemo zdravi, moramo se – pre svega – zdravi roditi“, pa je o pravilnom izboru supru`nika pisao ve} u svojoj kwizi „Mu`i`ena“ 1869. godine, godinu dana po zavr{etku studija medicine, i u svojim kasnijim kwigama i radovima.

U zdravoj porodici video je osnovu dru{tvenog napretka. U govoru pri dodeli po~asnog doktorata Medicinskog fakulteta u Zagrebu rekao je da ga je „celoga `ivota vodila misao o telesnom, umnom i moralnom napredowawu porodice, kao osnovne dru{tvene }elije“, da je ona „temeq opstanka i napretka svake qudske zajednice i celog qudskog roda,... prvenstveno izvor i dobra i zla u qudskom dru{tvu“ ({to su i sada nesporne ~iwenice), pa je „mladim lekarskim generacijama ostavio u amanet da porodicu, kao prvu socijalnu jedinicu, kao `ivu }eliju dru{tvenog tela, ~uvaju i brane od svake nokse i infekcije“, jer se „u woj zasniwa i razvija snaga i duh, napredak i nazadak na-

roda“, tako da je porodica „vrst ili tro-
an stub dr`ave“.

On je sa pa`wom posmatrao i negativne dru{tvene pojave kod nas, a naro~ito „na-
u strasnu bezobzirn u partijsku iskqu-
i-
vost“, koja je bila ovladala i delom unive-
zitetne omladine i u voj „izazvala { tet-
no ube|ewe da za ocenu vrednosti jednog
javnog ili privatnog radnika u na{oj zemci
postoji samo jedno merilo - wegova partij-
ska boja i delatnost“, pa ve}u „pa`wu
obra}a svojoj delatnosti u kojoj politi~koj
partiji, nego u unapre|ewu svojih li~nih
sposobnosti; li~ne ispravnosti i stru~ne

spreme“. Na{a kasnija istorija je pokazala da iz Batutovog upozorewa nismo mnogo nau~ili.

Bibliografiju dr Milana Jovanovi}a Batuta ~ini oko 170 ~lanaka, kwiga i uxbenika koji su pisani jasnim i svakom razumqivim jezikom. Svoje tekstove objavqivao je posle du`ih prou~avawa i vi{estrukih dorada, pa su, izgleda, neki wegovi veliki radovi ostali neobjavqeni. Nema sumwe da je dr Milan Jovanovi} Batut bio jedan od najsvetlijih li~nosti srpske medicine, Medicinskog fakulteta u Beogradu i Srpskog lekarskog dru{tva.

I z i s t o r i j e z d r a v s t v a S r b i j e

Doktor Jelisaveta-Saveta Vasilijevi} (1898-1950)

- Prvi pedijatar u ^a~ku - *

(Spre~iti da zaborav prekrije ono { to pripada na{ o j i s t o r i j i)

*D. Nikoli}*¹

Od davnina va`i pravilo da treba poznavati priznata dostignu}a prethodnih generacija da bismo imali boqe utemeqewe za nove ideje, osavremewavawe uspe{ no izvo|enih projekata i oboga}ivawe wihovih sadr`aja, kako je davno raspravio o lekari-ma Hipokrat i postavio: „Dobar lekar mora znati { ta su lekari pre wega otkrili, iskusili i zamislili“.

Dr Jelisaveta-Saveta Vasilijevi} poti~e iz ~a~anske trgova~ke porodice. Ro|ena je 8. novembra 1898. U rodnom gradu zavr{ila je osnovnu { kolu, a { kolske 1913/14. godine peti razred gimnazije. [kolovawe je nastavila u Beogradu, gde je, po zavr{etku Prvog svetskog rata, polo`ila veliku gimnazijsku maturu.

@elela je da studira medicinu i taj joj se san ostvario. Otac Vasilije, sa sestri}em, ~uvenim Kostom Novakovi}em, odveo ju je na studije medicine u Bordou (Francuska). Studije je okon~ala 8. marta 1926. Poseban afinitet imala je prema bolestima dece. Zbog toga je oti{la u Pariz, gde je kod profesora Marfana i Nobekura usavr{avala ovu oblast i dobila sertifikat specijaliste za de~je bolesti. Pored toga, specijalizirala se i za le~ewe unutra{wih bolesti.

Sta`irala je u rodnom gradu. Po potre-

bi slu`be, 5. maja 1926. preme{tena je u U`ice, a u ~a~ansku bolnicu vratila se nakon dve godine. Na I n t e r n o m o d e q e w u r a d i l a j e d o 24. aprila 1940. godine. Usled sukoba sa {efom odcqewa i upravnikom bolnice dr Radomir Teodosijevi}em, sa velikom gor~inom napustila je ustanovu i zapo~ela privatnu lekarsku praksu.

Sukobi sa dr Teodosijevi}em po~eli su ranije. Slu`ei se autenti~nim dokumentima, naime, autori kwige „Zdravstvo ~a~anskog kraja“, Miroslav Mile Mojsilovi} i Radovan M. Marinkovi}, rasvetlili su da je 1934. godine u ~a~anskoj bolnici otkrivena „Afera pernokton“, u kojoj je glavni akter bio dr Teodosijevi}: on je, upotrebom narkotika „pernokton“, vr{io obqubu nad nevinnim bolesnicama, da bi zadovoljio svoje niske strasti i `udwe. U otkrivanju te afere dr Jelisaveta Vasilijevi} imala je kcu~nu ulogu. Dr Teodosijevi} je, uz pomo} politi~kih istomi{qenika, na su|ewu uspeo da se izvu~e, pa je samo smewen sa du`nosti upravnika i preme{ten u Travnik. Otuda se, kao re`imski ~ovek, vratio u ~a~ansku bolnicu nakon pola godine. Dr Jelisaveta Vasilijevi} i magistar farmacije Milka Miqa Tadi}, koja je radila u bolni~koj apoteci, zapazile su prekomerno tro{ewe

* U ~asopisu broj 6/2007. potkrala se { tamparska gre{ka. Prezime Vasilijevi} od{ tampano je kao Vasiqevi}, a godina ro|ewa 1898. gre{kom je od{ tampana kao 1989. godine.

I z p i j e t e t a p r e m a d r J e l i s a v e t a - S a v e t i V a s i l i j e v i } r e d a k c i j a ~ a s o p i s a o d l u - i l a j e d a n a v e d e n i t e k s t p o n o v o o b j a v i u o v o m b r o j u ~ a s o p i s a .

I z w i w a w o m s e ~ i t a o c i m a ~ a s o p i s a , r o d b i n i p o - i v { e d o k t o r k e i a u t o r u t e k s t a , u v a ` e n o m p r i m . d r D r a g o s l a v u N i k o l i } u .

¹ Prim. dr Dragoslav Nikoli}, pedijatar, osniva~ i upravnik Centra za majku i dete i direktor Medicinskog centra ^a~ak, emeritus.

narkotika „pernokton“, tada su zapo~ele te{ ku borbu protiv zloupotreba, pa su { ikanirane od upravnika Teodosijevi}a. Posebno je bila uporna doktorica Vasilijevi}, koju je, ina~e, do tada upravnik ocewivao najvi{ im ocenama za savestan rad, human odnos prema pacijentima i za odr`avawe higijene u bolni~kim objektima. Uz sve drugo, dr Jelisaveta Vasilijevi} rukovodila je i anti-rabi~nom stanicom, u kojoj je po~ela primena vakcine protiv besnila, do tog vremena su pacijenti koji su ozle|eni ujedom psa upu}ivani u Pasterov zavod u Ni{u.

Bave}i se privatnom lekarskom praksom, dr Jelisaveta Vasilijevi} je brzo osvojila simpatije pacijenata i gradana. Borila se za boqi `ivot radnika i seqaka, posebno sirotiwe, le~e}i ih i poma`u}i da kupe lekove. Po potrebi, pose}ivala ih je, savetovala i hrabrila. U osnovi wenih stru-nih i qudskih opredewawa bili su humanizam i po{tovawe pacijenata.

Privatnu lekarsku praksu shvatala je humanom. I mala je istan~an ose}aj za qudske patwe. Hrabrila je bolesnike i ~lanove wihovih porodica, ulivala nadu u brzo ozdravewewe. Narod je to cenio i po{tovao, verovao u wenu iskrenost i stru-nost. Svi su je voleli i po{tovali.

Do{ao je rat. Okupacija zemqe 1941. godine. Te{ko se `ivelo. Doktorica je nastavila lekarski posao – pru`a pomo} bolesnima, odaziva se na svaki poziv: dawu i no}u, po ki{i i snegu. Ni{ta joj nije bilo te{ko da bi pomogla bolesnicima. Le~ila je rawenike, slala im lekove i zavojni materijal. I mala je isti profesionalni odnos i prema ~eticima i prema partizanima. U tim opakim godinama bila je izlo`ena mnogim opasnostima zbog le~ewa porodica boraca protiv okupatora, ali je po{tovawe kodeksa lekarske etike za wu bilo iznad i izvan svega. Hrabro je odlazila u ku}e, a kada neko bude izle~en, vra}ala se u svoj dom zadovoljna i sre}na. Mnogo je primera takvog pona{awa doktorice Vasilijevi}, a opisani su i u kwizi „Lu~ono{e“ Dimitrija Jawi}a.

Rat se zavr{io. ^a~ak je oslobo|en. Op{tinske vlasti postavqaju je 3. decembra 1944.

godine za upravnika ~a~anske bolnice, koju je zatekla u jadnom stawu. Naime, pred kraj rata civilna bolnica je iseqena u stambene zgrade Vojnotehni~kog zavoda, a bolni~ki objekti prepu{teni su nema~kim i bugarskim okupatorskim jedincima. Kada su se okupatori povukli iz ^a~ka, bolni~ki lekari zatekli su bolnicu u ~emernom stawu – oprema dotrajala ili uni{tena, lekova nema, `ivotnih namirnica tako|e. Dr Jelisaveta Vasilijevi} je sa lekarima i drugim osobqem, uz pomo}i aktivista iz grada – daju}i primer svima – unekoliko sredila bolni~ke objekte, koji su primili pacijente. Republi~ke i op{tinske vlasti isticale su ovaj primer kao izuzetan. Posebno anga`ovawe upravnika.

Sedmog decembra 1944. godine dr Jelisaveta Vasilijevi} izabrana je za odbornika Gradskog narodnooslobodila~kog odbora u ^a~ku. Pri tom se, svakako, imalo na umu weno rodoqubivo dr`awe u godinama okupacije.

Ona je, pak, svu svoju energiju – puna optimizma, odlu~nosti i upornosti – vezala za bolnicu. U bolni~ku sredinu unosila je duh optimizma. Za wu radno vreme nije bilo ograni~eno, a kada se pojavi te`i bolesnik, kod wega je ostajala i no}u. Time je, maksimalno se zalau}i i dokazuju}i stru-no{ }u, celu sebe poklawalaa svom narodu i rodnom gradu. Zra~ila je dobrotom, ali i odlu~no{ }u. U nekim situacijama bila je beskrompromisna. Od osobqa je zahtevala maksimalno anga`ovawe. U kolektivu je stvarala atmosferu prisnosti i poverewa. Verovala je u svoje saradnike, bodrila ih, hrabrila, uveravala da dolaze boqi dani.

Onda se krajem 1946. godine dogodilo ne{to neo~ekivano – smewena je, bez obrazlo`ewa, sa upravnika~ke du`nosti i preme{tena u gradsku ambulantu. Ovo je sa ogor~ewem primqeno i u bolnici i u gradu. Qudi su se pitali: „Kotako ponizi lekara humanistu, doktoricu koja je slu`ila mnogima za primer“?

Pro}i }e od tada decenije, a odgovor ne topitawe da}e u ve} pomenutoj kwizi Dimitrije Jawi}, a Radul Plazini } u „^a~anskom glasu“.

Poni`ena i uvre|ena, napustila je bolnicu. Prihvatila je da radi u ambulanti. Posla je imala na pretek. Vrata wenog doma i ordi-

nacija u ambulanti bila su svakom otvorena. Kljientela se {irila, ne samo u ^a~ku, ve} i u okolnim mestima. Ali, to je nekim ~udima zasmatalo. Optu`ili su je da radi i privatno, da le~i bolesnike po wihovim ku}ama. I, jedne zimske ve~eri, odveli su je u - zatvor!

I znena|ena i zbuwena, dostojanstveno je, u milicijskoj pratwi, u{la u zatvorske prostorije. Sme{tena je u jednu hladnu, slabo osvetqenu sobu, sa slamari com na podu. Posle zveketa kqu~a u bravi, ti{inu su remetili samo koraci stra`ara u hodniku. Premorena, zbuwena, iznena|ena, pitala se: „[ta je ovo, {ta se sa mnom doga|a; zar je mogu}e da sam u zatvoru? I to posle neprospavanih no}i pored bolesni~kih posteqa, posle toliko intervencija i doslednog po{tovawa Hipokratove zakletve - da ovo do`ivim?!“

No} duga. Poku{ala je da zaspi. Ti{ina. Setila se studentskih dana u Bordou kada je u svojim mislima bila u ^a~ku. @elela je da {to pre diplomira i krene u Srbiju, da bude sre}na kao lekar me|u pacijentima u rodnom gradu. Kada se vratila, to je i ispuwala, bila je zadovoljna, stekla je priznawa od osobqa, naroda, vlasti. Mu~ila se ~itave no}i, pitaju}i se ko li stoji iza ovoga.

Tako je do~ekala jutro. Onda se pojavquje stra`ar, lagano otvara vrata i vodi je na saslu{awe u susednu zgradu, u kancelariju i slednika OZN-e. Za stolom wen kom{ija, koga je le~ila u te{kim danima okupacije. Pose}ivala ga je, odnosila lekove i nikad nije naplatila vizitu. Le~ila je u godinama okupacije i ~lanove wegove porodice.

Spremqena je i optu`nica za su|ewe. Optu`ena je za le~ewe pacijenata u svojoj privatnoj ordinaciji i u wihovim ku}ama. Optu`inica je pro{irena - da je za vreme rata le~ila i ~etnike. Priznala je: „Le~ila sam svakog ko mi se javi! Nisam delila pacijente na ~etnike i partizane. Nisam le~ila iz koristocubqa. Pomagala sam svakome koliko sam mogla, znala i umela. Sirotiwi nikada nisam naplatila, a mnogi ma sam kupovala lekove!“

U zatvoru wen nemirni duh ne miruje. Predla`e upravni ku zatvora da sa ostalim zatvorenicima okre~i zatvorske prostorije. I, to su

uradili veoma brzo, svesni da zajedno sa Doktorkom popravqaju higijenske usl ove u zatvoru.

Su|ewe je zakazano za 5. februar 1947. godine. Ali, dogodilo se ne{to {to je zbunilo i zaprepastilo vlast. Naime 400 do 500 gra|ana, najvi{e mlaiih `ena, krenulo je, demonstrijaju}i, od centra grada u pravcu suda. Demonstrante su predvodile ~lanice Komunisti~ke partije i Saveza komunisti~ke omladine! U po~etku zbuwena, milicija se ipak organizuje, rasteruje demonstrante, jer oni brane lekarku kojoj se sudi. U zatvor je odvedeno oko 60 demonstranata, od kojih je, na saslu{awu, tra`eno da otkriju organizatore demonstracija. A, demonstracije nikod nije organizovao - narod je spontano krenuo da brani svoju doktorku, koju ceni i voli.

Neke ~lanice KPJ i SKOJ-a iskqu~ene su iz svojih organizacija zato {to su demonstrial e.

Tog 5. februara, po{to su je oglasili krivom, sud je doneo sramnu odluku: doktor-ka Jelisaveta Vasilijevi}, zbog toga {to je, navodno, le~ila bolesnike po privatnim ku}ama, a nije ih upu}ivala u bolnicu - osu|uje se na kaznu li{avawa slobode sa prinudnim radom u trajawu od {est meseci. Do pravosna`nosti presude ostala je u zatvoru, a potom je upu}ena na prinudni rad u rudnik kamenog ugqa Jarando kod Boqevca!

U rudniku je prihvatila rad u ambulanti. Radila je krajwe savesno. Po{tovala je rudare i wihove porodice, a oni su je beskrajno zavoleli. Jer, bila im je ne samo lekar ve} i prijateq. Ambulantu je pretvorila u uzornu zdravstvenu ustanovu. I kada ju je posetio ministar {uma i rudarstva, odu{evqen onim {to je video i ~uo, predlo`io je da se dr Jelisaveta Vasilijevi} odlikuje. Ali, odlikovawe nikad nije stiglo.

Kada je kazna istekla, pozvali su je da se vrati u ^a~ak. Odbila je, ostala verna svojim rudarima i tu je do~ekala penziju.

U rodni grad vratila se ne{to kasnije.

Godine 1950. razbolela se. Dobila je prehladu sa zapaqewem plu}a i to je bilo kobno. Sahrawena je na ^a~anskom grobqu. Bila je to, po broju po{tovalaca, jedna od naj-

mnogocudnijih sahrana u ^a~ku. Rudari u crnim uniformama, sa { lemovima na glavama i fewerima u rukama, nosili su, u kov~egu, svoju mrtvu Doktorku kroz grad – do grobca. Gra|ani su se sa suzama u o~ima oprostili od divnog lekara i dobrog ~oveka. Sli~ne sahrane bile su, pre Drugog svet-skog rata, kada su na ve~ni po~inak ispra}eni slavni vojskovo|a Stepa Stepanovi} i humanista doktor Dragi { a Mi { ovi }. Sahrana zvani~no niko nije organizovao. Sve je bilo spontano – to je u~inio narod, sa svim po~astima kakve je Doktorka i zaslu`ila.

Eto, ~udna je bila sudbina jednog plemeni-tog ~oveka. Lekara, koji je ostavio dubok trag u ^a~ku. Nismo je zaboravili, a wena dela vezana za zdravstvenu slu`bu, posebno u te { kim ratnim i poratnim prilikama, mogu da poslu`e za primer mla|im generacijama o tome kako se voli svoj grad i svoja zemca.

Autor ovog priloga ne mo`e a da ne istakne i jedno svoje se}awe.

U dana{ voj zgradi SUP-a, u kojoj se izdaju li~ne karte u ^a~ku, u ulici Cara Du { ana, broj 6, u~io sam tre}i razred osnovne { kole. Krajem februara dobio sam visoku temperaturu, sa bolovima u grlu. Lekari su konstatovali da imam { arlah. Odredili su ku}no le~ewe, a na ku}u su postavili tablu: „Ovde vlada zaraza, zabraven pristup!“ \aci su iz { kole raspu{teni 21 dan.

Stanovao sam u Pa { i }evoj ulici, broj 14, (dana{ wa ulica Filipa Filipovi}a). Ta zgrada je sru { ena kada se gradio Dom zdravca. Bio je to mali stan, sa dve sobe, pred-sobcem i kuhinjom. I mali smo veliko dvo-ri { te sa pumpom za vodu u sredini.

Bio sam veoma bolestan. Te { ko sam gutao te~nost. Visoka temperatura, malaksalost, ospe po telu. Ovo stawe zabrinulo je moje ro-ditece. U pomo} su pritekli prijateqi i kom { ije – porodice Tadi}: baba Jelka, Butra i Miqa. Baka Jelka je primenila narodnu me-dicinu – ~ajevi i rakijske obloge, a zatim mi je „pr { tila“ krajnike i iz fi { eka od hartije (obi~nih novina) duvala u moje grlo ni { a-dor. Se}am se da sam povra}ao. Nisam mogao da gutam hranu. Magistar farmacije Miqa Ta-

di}, zabrinuta, pozvala je doktorku Jelisavetu. Do { la je i bila iznena|ena stawem u kome sam. Savesno me je pregledala, preporu~ila lekove i predlo`ila da se pozove doktor-ka Levi, otorinolaringolog, koja je stanovala u Ciganmali. Otac je oti { ao kod we, ali je ona zahtevala da se preveze. Sre}om, nai { li su neki cudi sa fijakerima i ~ezama, vra}a-li su se sa svadbe, otac je zamolio jednog od wih da preveze doktorku Levi, { to je prihva}eno. Doktorka je kazala, posle pregleda, da nije potrebna operacija, posavetovala moje ro-ditece { ta da rade i oti { la.

Doktorka Jelisaveta i Miqa Tadi} bri-nule su o meni ~itavono}. Na smenu su ra-dile „frikcije“ – napajale me ~ajevima i da-vale lekove. Bodrile su me, hrabrile da }e biti boce. Bila je to za mene stra { na no}, koja se ne zaboravca. Do { lo je rano jutro. One treba da idu na posao u ~a~ansku bol-nicu. Stigao je neki mladi}, koji ih je ~e-zama vozio do bolnice i vra}ao. Miqa se trudila da umiri moje roditelje, isti~u}i da }e bolest brzo pro}i, ali }e trebati vre-mena za ozdravcewe. Dolazile su kod mene svakog dana posle radnog vremena u bolnici.

Moj oporavak je dugo trajao, jer sam imao takav oblik { arlaha koji mnogo iscrpcuje organizam.

Nikada ni sam zaboravio to svoje le~ewe.

Moje duboko po { tovawe prema doktorki Jelisaveti Vasilijevi} i daqe traje. Jer, cudi kao ona u ~oveka unose nadu i veru, pa se wima ponosimo.

Pri pisawu ovog rada autor je, uz li~na se}awa, koristio i slede}u literaturu

- Dimitrije Jawi}, „Lu~ono { e“, tekst o narodnom lekaru Jelisaveti Vasilijevi}.
- Miroslav Mile Mojsilovi}, Radovan M. Marinkovi}, „Zdravstvo ~a~anskog kra-ja“, ^a~ak, 1979.
- Danica Ota { evi}, „Montirani procesi“, u listu „^a~anski glas“, ^a~ak, 21. fe-bruar 1997.
- Tekst Radula Plazini}a u „^a~anskom glasu“, jul 1989.
- Porodi~na arhiva Adama Vasilijevi}a, advokata iz ^a~ka, brata doktorke Jeli-savete Vasilijevi}.

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}irili{om, **crvenom olovkom podvu}i re-i koje treba {tampati latini{om}**.

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 tabe- li obavezno objasniti u legendi tabele.

Slike (fotografije)

Prilo`iti samo kvalitetno ura|ene fo- tografije 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 po- sebnom listu.

Crte`i (ceme, 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 re- dosledu 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 obja- vio „International committee of medical jour- nal 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 osigurawe,
ekonomiku i menaxment / glavni i
odgovorni urednik Predrag Dovijani }. - God.
1, br. 1 (1972)-. -Beograd (Nu{ i }eva 25) :
Komora zdravstvenih
ustanova Srbije, 1972 - (Beograd :
Obeležja). - 27 cm.

Dvomeseno.

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