YU ISSN 0350-3208

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

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

ГОДИНА XLIV • ОКТОБАР 2015. • БРОЈ 5

КОМОРА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ - БЕОГРАД

ГОДИНА XLIV

Број 5
ОКТОБАР 2015. ГОДИНЕ

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

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Уређивачки одбор:

Председник:
Проф. др Георгиос Константинидис

Главни и одговорни уредник:
Проф. др Христо Анђелски

Заменик главног и одговорног уредника:
Доц. др Мирослав Чавлин

Секретар:
Маријана Стојановић

Чланови:
Проф. др Марија Јевтић
Драган Морача, дипл. правник
Проф. др Момчило Бабић
Мр др Дејан Станојевић
Проф. др Саша Живић
Др Рајко Косановић
Проф. др Слободан Обрадовић
Прим. др. Периша Симоновић
Проф. др Дончо Донев, Македонија
Проф. др Жива Новак Антолич, Словенија
Проф. др Агима Љаљевић, Црна Гора
Доц. др Данијела Штимац, Хрватска
Проф. др Жолт Молнар, Мађарска
Проф. др Васолиос Фанос, Италија

ВЛАСНИК И ИЗДАВАЧ: Комора здравствених установа Србије – Београд

За издавача: Драган Морача, дипл. правник
Уредништво и администрација: 11000 Београд, Хајдук Вељков венац 4-6.

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

Лектура/Коректура:
Бојана Голубовић

Припрема за штампу:
Дарко Јовановић, Београд

Тираж:
500 примерака

Штампа:
Принтива, Београд

Часопис "Здравствена заштита" евидентиран је под бројем YU ISSN 0350-3208 у Библиографији Србије, серијске публикације, и са овим бројем налази се у светској бази о серијским публикацијама (ISSN база) са седиштем у Паризу.

Чланци из часописа објављени су у Библиографији Србије, под именом чланци и прилози у серијским публикацијама, Серија Б.

Резимеи чланака објављују се у SCindeks-у (Srpski citatni indeks) при Народној библиотеци Србије и у COBISS.SR-ID 3033858.

Часопис "Здравствена заштита" евидентиран је у Министарству науке Републике Србије као национални часопис.

Часопис "Здравствена заштита" депонује се у Дигиталном репозиторијуму Центра за научне информације Народне библиотеке Србије, а чланци из часописа се могу представити у Српском цитатном индексу у виду пуног текста у режиму отвореног приступа.

САДРЖАЈ

Стручни и научни радови

Славица Марис, Андреа Узелац Шкорић, Зорица Видаковић, Биљана Беговић Вуксановић, Ивана Беговић Лазаревић
1. ЕПИДЕМИОЛОШКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ЛЕПТОСПИРОЗА У ПОПУЛАЦИЈИ БЕОГРАДА ЗА ПЕРИОД 2005–2014. ГОДИНА 1

Весна Рашковић
2. УЗРОЦИ АНЕМИЈА КОД ОДРАСЛОГ СТАНОВНИШТВА И УЛОГА ЛЕКАРА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ДИЈАГНОСТИЦИ АНЕМИЈА 12

Рајко Косановић, Христо Анђелски
3. ПРАВА ИЗ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ (1922–2015) . . 18

Сања Пауновић, Споменка Пауновић, Рајко Косановић
4. РАЗВОЈ ЗДРАВСТВЕНОГ ТУРИЗМА КАО ПОТЕНЦИЈАЛНИ ИЗВОР ПРИХОДА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ 41

Марија Трајков, Стеван Јовановић, Драгана Кљајић
5. ИСПИТИВАЊЕ ПОСТУРАЛНЕ СТАБИЛНОСТИ ПОМОЋУ NEUROCOM BALANCE MASTER КИНЕЗИОМЕТРИЈСКЕ ПЛАТФОРМЕ 53

Предраг Јелача, Душанка Хавелка, Христо Анђелски, Бранислав Поповић, Андрија Мереник, Предраг Ђорђевић, Александар Шћепановић
6. СОЦИЈАЛНО ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ БОРАЦА И ВОЈНИХ ИНВАЛИДА СУБНОР-А СРБИЈЕ 60

Упутство ауторима 72

UDK BROJEVI: 616.98:579.834.1(497.11)
"2005/2014"

ЕПИДЕМИОЛОШКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ЛЕПТОСПИРОЗА У ПОПУЛАЦИЈИ БЕОГРАДА ЗА ПЕРИОД 2005–2014. ГОДИНА

Славица Марис[1], Андреа Узелац Шкорић[2], Зорица Видаковић[3], Биљана Беговић Вуксановић[4], Ивана Беговић Лазаревић[5]

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF LEPTOSPIROSIS IN THE BELGRADE FOR THE PERIOD 2005–2014 YEAR

Slavica Maris, Andrea Uzelac Skoric, Zorica Vidakovic, Biljana Begovic Vuksanovic, Ivana Begovic Lazarevic

Сажетак

У раду су приказане епидемиолошке карактеристике оболевања од лептоспироза на подручју Београда за период 2005–2014. године. У истраживању је примењена дескриптивна епидемиолошка студија. У анализи података коришћене су пропорције, опште и узрасно-специфичне стопе инциденције. Према подацима из годишњих извештаја о раду на спречавању, сузбијању и елиминацији заразних болести, у протеклој деценији регистроване су укупно 33 оболеле особе од лептоспироза. Највише просечне узрасно-специфичне стопе инциденције за лептоспирозе регистроване су у узрасној групи 60–69 година (0,5 на 100.000 становника). У посматраном временском периоду мушкарци су знатно чешће оболевали од лептоспироза у односу на жене (5,6:1). Пик јављања лептоспироза био је у августу (24,2% свих оболелих). Просечна стопа инциденције за градске општине на подручју Београда је износила 0,2 на 100.000 становника, а за приградске општине 0,3 на 100.000 становника. Најчешће изолована лептоспира код оболелих је била L. icterohaemorrhagiae (15,8%). Код више од три четвртине оболелих је утврђено присуство једног или више ризика за заражавање лептоспирозама. Процењује се да је стварни број оболелих од лептоспироза на подручју Београда већи и да се пријављују само тежи облици болести. Постоји могу-

Summary

The paper describes epidemiological characteristics of leptospirosis in the Belgrade for the period 2005–2014. Descriptive epidemiological study was applied in the survey. The crude and age-specific incidence rates were used in analyzing the data. According to the annual report regarding the work in the prevention, combating and elimination of infectious diseases, in the past decade a total of 33 persons have been affected by leptospirosis. The highest average age-specific incidence rates for leptospirosis were registered in the age group 60–69 years (0.5 per 100,000 population). Ratio of male to female cases was 5,6:1. Peak occurrence of leptospirosis was in August (24.2% of all cases). The average incidence rate for leptospirosis for urban municipalities of Belgrade was 0.2 per 100,000 inhabitants and for rural municipalities was 0.3 per 100,000 inhabitants. The most commonly isolated leptospira in patients was L. icterohaemorrhagiae (15.8%). In more than three-quarters of the patients have determined the presence of one or more risk for infection of leptospirosis. It is estimated that the actual number of patients suffering from leptospirosis in the Belgrade larger and the report includes only the more severe forms of the disease. There is a possibility of underreporting because the milder forms of the disease are not laboratory research and may remain unrecognized. Prevention of leptospirosis requires a

[1] Мр сц. мед. др Славица Марис, Градски завод за јавно здравље, Београд, Србија (Institute of Public Health Belgrade, Belgrade, Serbia).
[2] Др Андреа Узелац Шкорић, Градски завод за јавно здравље, Београд, Србија (Institute of Public Health Belgrade, Belgrade, Serbia).
[3] Др Зорица Видаковић, Дом здравља „Милутин Ивковић", Београд, Србија (Medical Center „Milutin Ivkovic", Belgrade, Serbia).
[4] Др Биљана Беговић Вуксановић, Градски завод за јавно здравље, Београд, Србија (Institute of Public Health Belgrade, Belgrade, Serbia).
[5] Др Ивана Беговић Лазаревић, Градски завод за јавно здравље, Београд, Србија (Institute of Public Health Belgrade, Belgrade, Serbia).

ћност субрегистрације, јер се блажи облици ове болести лабораторијски не истражују и могу остати непрепознати. Превенција лептоспироза захтева мултидисциплинарни приступ, континуирано ангажовање и сарадњу ветеринарске и здравствене службе.

Кључне речи: *лептоспирозе, инциденција, лептоспире, Београд.*

multidisci plinary approach, continuous engagement and cooperation of veterinary and health services.

Keywords: *leptospirosis, incidence, leptospira, Belgrade.*

УВОД

Лептоспироза је болест која погађа људе и животиње (зооноза), а изазвана је бактеријама из рода *Leptospira*. До сада је познато око 300 серотипова лептоспира које су подељене у 25 серогрупа. Инфекција лептоспирама код људи може да изазове широк спектар симптома као што су: повишена телесна температура, главобоља, дрхтавица, болови у мишићима, повраћање, жута пребојеност коже и беоњача, црвене очи, болови у стомаку, повраћање, осип. Благе форме лептоспироза се некада могу дијагностиковати као неко друго обољење (обољења слична грипу). Инфициране особе не морају имати никакве симптоме болести.

Период инкубације је варијабилан и креће се 2–30 дана (уобичајено 5–14 дана). Болест обично почиње нагло са грозницом и другим симптомима. Клинички ток лептоспироза може проћи у две фазе:

- Након прве фазе болести која протиче са појавом температуре, грознице, главобоље, болова у мишићима, повраћањем или проливом, пацијент се може опоравити и бити добро извесно време, а затим се поново разболети.
- Уколико настане друга, тежа фаза болести, без лечења, код оболеле особе може довести до оштећења бубрега или јетре, до менингитиса као и до респираторног дистрес синдрома, па чак и смрти.

Болест може трајати од неколико дана до 3 недеље или дуже. Без лечења, опоравак може потрајати неколико месеци.[1] Леталитет се креће 5–70%, у зависности од клиничких компликација болести.[2]

Већина сисара су природни домаћини лептоспира. Дивље и домаће животиње, као и кућни љубимци, представљају важне резервоаре инфекције. Ризик за ширење лептоспироза је повезан са контактом са животињама. Лептоспирозе спадају у професионална обољења и чешће проузрокују обољења код фармера, особа запослених у кланицама, продаваца кућних љубимаца, ветеринара, комуналних радника. Инфекција најчешће настаје директним контактом са урином заражених животиња или индиректним контактом са предметима, материјалима контаминираним лептоспирама у спољашњој средини (нпр. вода и земља).

Обољење се најчешће јавља у влажним тропским и субтропским областима, али се јавља и у подручјима са умереним температурама, укључујући и Европу.[3, 4]

Превентивне мере се углавном фокусирају на идентификацију и смањење извора инфекције и спречавање продирања лептоспира у случајног домаћина. Превенција трансмисије може се постићи ношењем заштитне одеће. Профилактичко лечење доксициклином донекле штити. Вакцинација особа у професионалном ризику од инфекције лептоспирозама је доступна у ограниченом броју земаља (Италија, Француска, Шпанија). Побољшање квалитета воде и услова складиштења хране, подизање свести о ризицима од болести и инфекција, као и контрола глодара, може да смањи ризик од преноса инфекције. Ризик инфекција лептоспирозама међу домаћим животиња може се смањити вакцинацијом или лечењем оболелих животиња. Вакцине су доступне за говеда, псе и свиње и обезбеђују краткорочну специфичну заштиту.[4]

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да се анализирају епидемиолошке карактеристике лептоспироза на подручју Београда у периоду 2005–2014. године.

МЕТОД РАДА

Истраживање је рађено по типу дескриптивне епидемиолошке студије.

Извори података коришћени при анализи епидемиолошких карактеристика лептоспироза на подручју Београда били су: годишњи извештаји о раду на спречавању, сузбијању и елиминацији заразних болести Градског завода за јавно здравље по годинама од 2005. до 2014. године и епидемиолошки упитници из Градског завода за јавно здравље.

У циљу сагледавања учесталости лептоспироза на територији Београда у посматраном временском периоду рачунате су опште и узрасно-специфичне стопе инциденције. Бројилац општих стопа инциденције за лептоспирозе представљао је укупан број новооболелих од лептоспироза током једне године на подручју Београда. Као именилац за израчунавање стопа инциденције за лептоспирозе на територији Београда коришћени су подаци пописа становништва за 2002. и 2011. годину.

Приказан је: укупан број оболелих од лептоспироза по годинама, опште стопе инциденције за лептоспирозе, узрасно-специфичне стопе, дистрибуција по полу, хронолошка анализа по месецима и топографска дистрибуција по општинама.

Подаци су приказани табеларно и графички.

РЕЗУЛТАТИ

У Табели 1 приказано је процентуално учешће оболелих од лептоспироза међу оболелима од зооноза на подручју Београда у периоду 2005–2014. године. У посматраном периоду 33 особе су оболеле од лептоспироза, а 377 особа од зооноза. Број оболелих од лептосироза се кретао од 1 у 2009. и 2013. години до 9 у 2014. години. У посматраном десетогодишњем периоду просечно процентуално учешће оболелих од лептоспироза међу оболелима од зооноза на подручју Београда је износило 7,9%. Највеће процентуално учешће је било 20,5% у 2014. години, а најмање у 2013. години и износило је 4,0%.

Табела 1. *Процентуално учешће оболелих од лептоспироза међу оболелима од зооноза у популацији Београда, 2005-2014. године.*

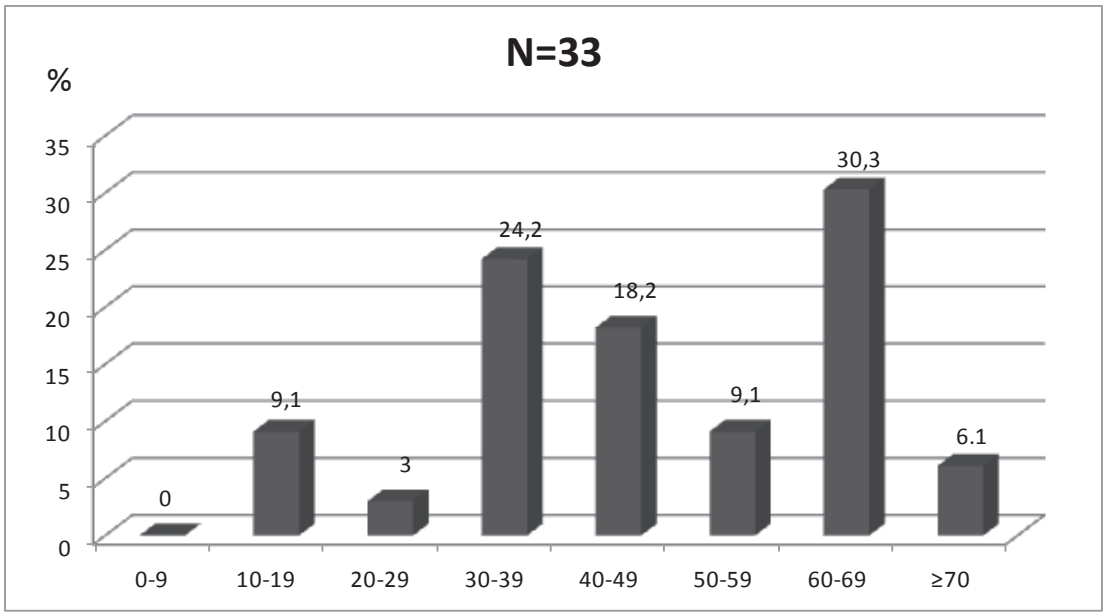
Година	Број новооболелих	Број оболелих од зооноза	% учешћа оболелих од лептоспирозе међу оболелима од зооноза
2005.	2	25	8,0
2006.	3	66	4,6
2007.	5	43	11,6
2008.	2	39	5,1
2009.	1	15	6,7
2010.	3	57	5,3
2011.	3	39	7,7
2012.	4	24	16,7
2013.	1	25	4,0
2014.	9	44	20,5
2005-2014.	3	38	7,9

У Графикону 1 приказане су опште стопе инциденције за лептоспирозе у популацији Београда у периоду 2005–2014. године. Просечна општа стопа инциденције за лептоспирозе износила је 0,2 на 100.000 становника, највиша општа стопа инциденције је регистрована у 2014. години и износила је 0,5 на 100.000 становника, а најнижа у 2005, 2008, 2009. и 2013. години, када је износила 0,1 на 100.000 становника.

Графикон 1. *Опште стопе инциденције (на 100.000) за лептоспирозе на подручју Београда, 2005–2014. године.*

У периоду 2005–2014. године у популацији Београда највеће процентуално учешће оболелих од лептоспироза је било регистровано у узрасној групи 60–69 година и износило је 30,3%, а најмање у најмлађој узрасној групи (0–9 година), у којој није забележен ниједан оболели од лептоспироза (Графикон 2).

***Графикон 2**. Процентуално учешће оболелих од лептоспироза по узрасним групама на подручју Београда, 2005–2014. године.*



Узрасно-специфичне стопе инциденције (на 100.000) за лептоспирозе у популацији Београда, у периоду 2005–2014. године, приказане су у Табели 2. Највише просечне узрасно-специфичне стопе инциденције за посматрани десетогодишњи период биле су регистроване у узрасној групи 60–69 година и износиле су 0,5 на 100.000 становништва.

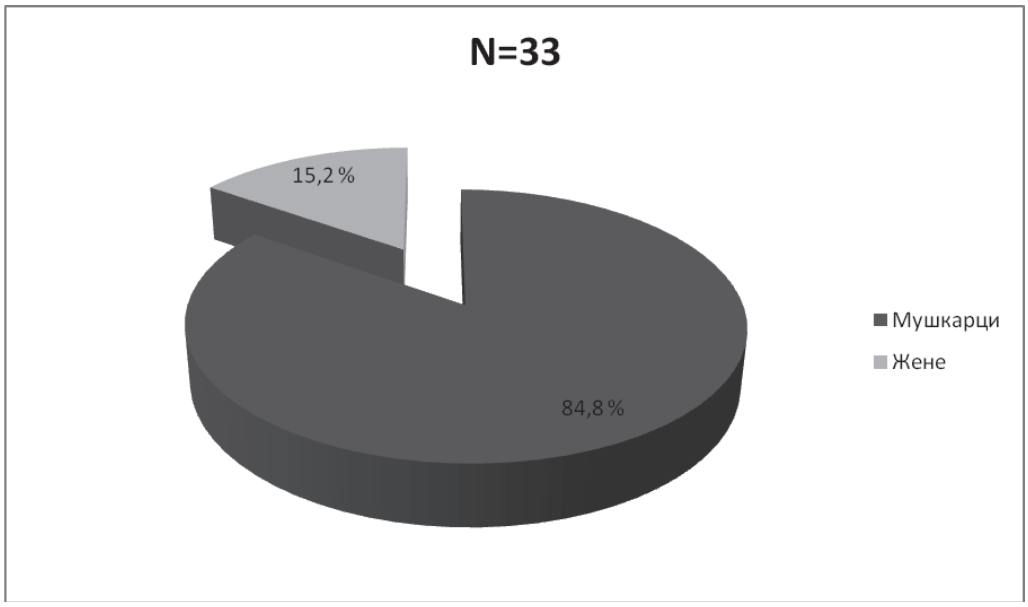
***Табела 2.** Узрасно-специфичне стопе инциденције (на 100.000) за лептоспирозе на подручју Београда, 2005–2014. године.*

Година	Узрасне групе							
	0–9	**10–19**	**20–29**	**30–39**	**40–49**	**50–59**	**60–69**	**≥70**
2005.	0	0,5	0	0	0,4	0	0	0
2006.	0	0	0	0,5	0	0	1,0	0
2007.	0	0	0	1,0	0	0,4	1,0	0
2008.	0	0	0	0	0,4	0,4	0	0
2009.	0	0	0	0	0,4	0	0	0
2010.	0	0	0	0,5	0,4	0,4	0	0
2011.	0	0,6	0	0,4	0,5	0	0	0
2012.	0	0	0	0,4	0	0	1,0	0,5
2013.	0	0	0	0	0	0	0,5	0
2014.	0	0,6	0,5	0,8	0,5	0	1,5	0,5
2005–2014.	0	0	0	0,4	0,4	0	0,5	0

Дистрибуција оболелих у односу на пол указује да је оболело 28 особа мушког пола, што чини 84,8% и 5 особа женског пола или 15,2% свих оболелих (Графикон 3).

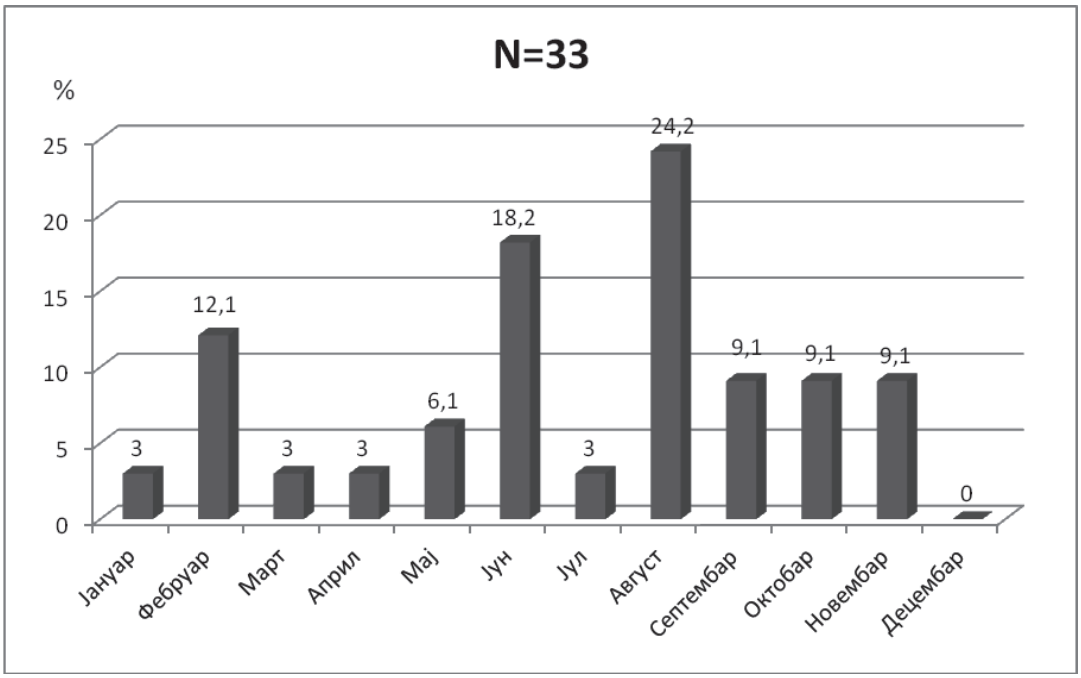
У посматраном временском периоду мушкарци су знатно чешће оболевали од лептоспироза у односу на жене и тај однос је био 5,6:1.

Графикон 3. *Дистрибуција оболелих од лептоспироза по полу у популацији Београда, 2005–2014. године.*



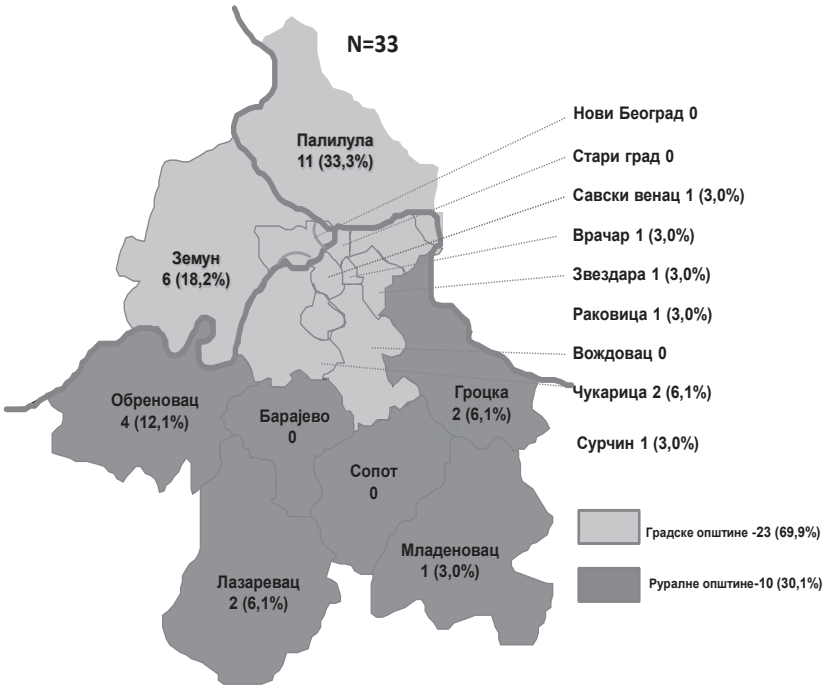
Дистрибуција оболевања од лептоспироза по месецима у популацији Београда показује да се болест региструје током целе године са највећом учесталошћу у августу, када је оболело 8 лица, што чини 24,2% свих оболелих (Графикон 4).

Графикон 4. *Сезонска дистрибуција оболевања од лептоспироза у популацији Београда, 2005–2014. године.*



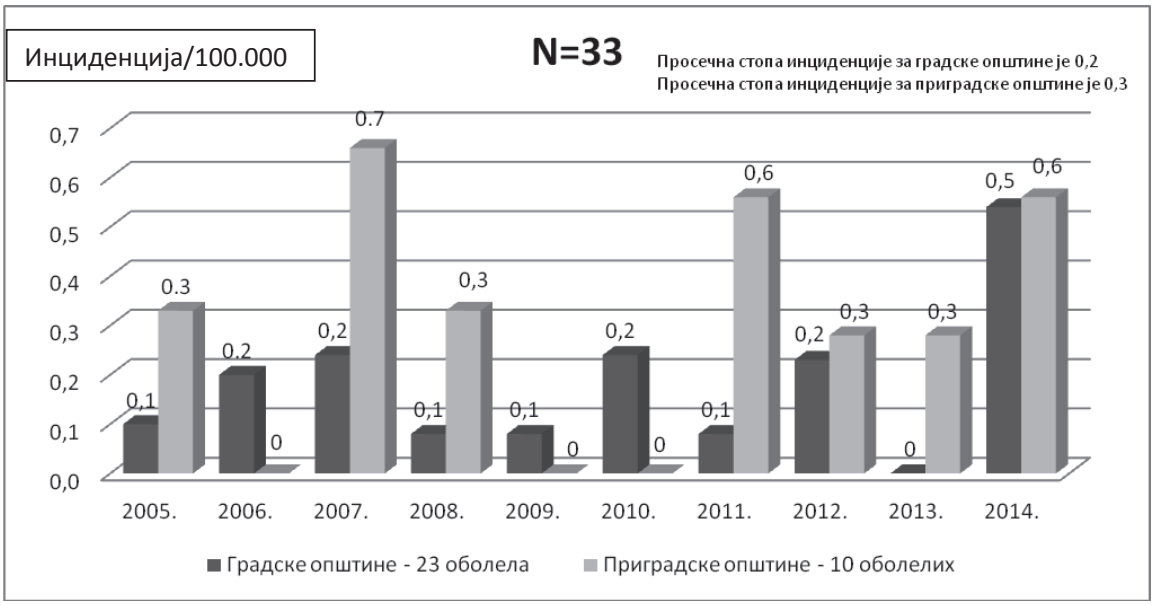
У Графикону 5 приказана је дистрибуција оболелих од лептоспироза по општинама у популацији Београда у периоду 2005–2014. године. У посматраном периоду највећи број оболелих је регистрован на територији општине Палилула, где је пријављено 11 (33,3%), оболелих од лептоспироза. Са територије градских општина Београда у десетогодишњем периоду регистровано је 29 оболелих (69,9%).

Графикон 5. *Дистрибуција оболелих од лептоспироза по општинама у популацији Београда, 2005–2014. године.*



У Графикону 6 приказане су стопе инциденције (на 100.000) за лептоспирозе за градске и приградске општине Београда у периоду 2005–2014. године. Просечна стопа инциденције за лептоспирозе за градске општине је износила 0,2 на 100.000 становника, а за приградске општине просечна стопа инциденције је била 0,3 на 100.000 становника. Највиша стопа инциденције је забележена у 2014. години у општини Савски венац и износила је 2,6 на 100.000 становника. Највиша просечна стопа инциденције је регистрована у општини Палилула и износила је 0,6 на 100.000 становника.

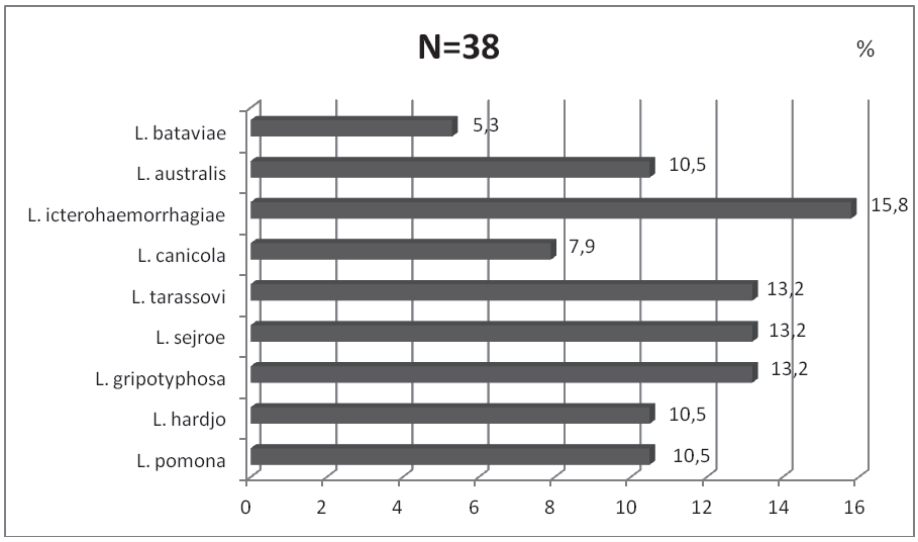
Графикон 6. *Стопе инциденције (на 100.000) за лептоспирозе за градске и приградске општине у популацији Београда, 2005–2014. године.*



Из крви 16 (48,5%) оболелих од лептоспирозе серолошки је потврђено присуство 9 различитих серотипова лептоспире. Код 43,8% оболелих изолован је само један серотип лептоспире, код 25,0% оболелих по 4 различита серотипа лептоспира, 12,5% оболелих изолована су 2, односно 3 различита серотипа лептоспира и код 6,3% оболелих доказано је истовремено присуство 5 различитих серотипова лептоспира.

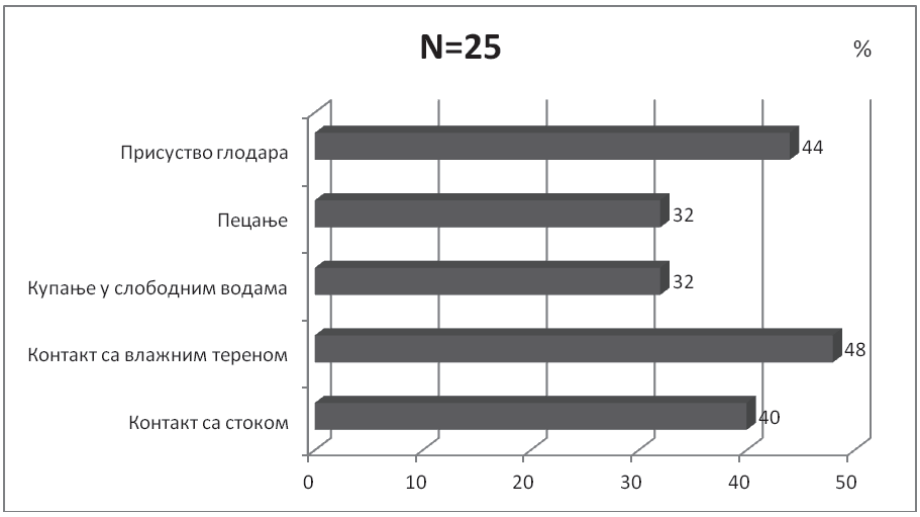
У Графикону 7 приказано је процентуално учешће серотипова лептоспира изолованих из крви оболелих од лептоспироза у популацији Београда у периоду 2005–2014. године. У анализираном периоду најчешће изолована лептоспира код оболелих је била *L. icterohaemorrhagiae* са учешћем 15,8%, а затим *L. tarassovi, L. sejroe* и *L. gripotyphosa* са учешћем од по 13,2%.

Графикон 7. Процентуално учешће серотипова лептоспира изолованих из крви оболелих од лептоспироза у популацији Београда, 2005–2014. године.



У 75,8% оболелих од лептоспирозе утврђено је присуство једног или више ризика за заражавање лептоспирама. У 48% оболелих од лептоспирозе инфекција лептоспирама је могла настати услед контакта са влажним тереном (муљ, блато), а код 44% оболелих до заражавања је могло доћи услед контакта са секретима и екскретима глодара (Графикон 8).

Графикон 8. *Процентуално учешће ризика за инфекцију лептоспирама у популацији Београда, 2005–2014. године.*



Током анализираног временског периода регистрован је један смртни исход од лептоспироза.

ДИСКУСИЈА

Лептоспирозе су важне, широм света распрострањене, али запостављене зоонозе. Оне представљају значајан глобални јавно здравствени проблем. Глобално оптерећење лептоспирозама је непознато, али се процењује да се инциденција лептоспироза креће у распону од око 0,1–1 на 100.000 становника у умереним климатским областима, до 10 – 100 на 100.000 становника у влажним и тропским пределима. У епидемијском јављању лептоспироза међу ризичним групама инциденција може бити и виша од 100 на 100.000 становника.[5]

Глобалну преваленцију лептоспироза је тешко проценити, али се сматра да широм света годишње од лептоспироза оболи око 873.000 људи, што узрокује 48.600 смртних исхода. Најугроженије области су: Океанија, Кариби и југоисточна Азија.[6, 7]

Према нашим резултатима, просечно процентуално учешће оболелих од лептоспироза међу оболелима од зооноза за период 2005–2014. године у Београду износило је 7,9% и мало је веће него процентуално учешће лептоспироза међу оболелима од зооноза у Србији за период 2009–2013. године (7,0%).[8]

Инциденција лептоспироза у Хрватској у 2014. години у односу на 2013. годину показала је петоструки пораст и износила је 2,5 на 100.000 становника (105 пријављених оболелих), а у 2013. години износила је 0,5 на 100.000 становника (20 пријављених оболелих).[9] У Словенији се у периоду 2008–2012. године годишње региструје неколико оболелих од лептоспироза, а инциденција се кретала од 0,2 на 100.000 становника у 2008. години до 0,05 на 100.000 становника у 2012. години.[10–14] У Србији је у периоду 2009–2013. године уочен пад тренда оболевања од лептоспироза, 2009. године инциденција је износила 0,3 на 100.000 становника, а у 2013. години 0,2 на 100.000 становника.[8] Просечна годишња инциденција лептоспироза у Војводини у периоду 2005–2014. године износила је 0,6 на 100.000 становника, а према резултатима наше студије 0,2 на 100.000 становника.[15] У Словачкој је у периоду 1954–2006. године уочен тренд пада просечне инциденције лептоспироза и кретао се од 2,1 на 100.000 становника до 0,6 на 100.000 становника.[16]

У нашој студији највиша просечна узрасно-специфична стопа инциденције за лептоспирозе забележена је у узрасној групи 60–69 година и износила је 0,5 на 100.000 становника. За разлику од наше студије, истраживање спроведено на Хавајима (САД), које је обухватило временски период 1999–2008. године, показало је да је највиша узрасно-специфична стопа регистрована у узрасној групи 20–29 година. [17] Према резултатима студије спроведене на Тајланду која је обухватила период 2003–2012. године, највиша узрасно-специфична стопа инциденције за лептоспирозе забележена је у узрасној групи 55–64 године. Резулати исте студије показали су да је однос мушког и женског пола међу оболелима од лептоспироза био 3,5:1, а највише су оболевали фармери (60,6%), физички радници (15,5%) и студенти (8,7%).[18] Према нашим подацима, удео мушког пола у односу на женски је већи и износио је 5,6:1. Мушкарци знатно чешће оболевају од жена јер је лептоспироза професионално обољење, чешће се среће код фармера, радника у кланицама, комуналних радника. Такође, ово обољење је повезано са рекреативним активностима (пецање), које су најчешће повезане са мушким полом.

Сезонска варијација лептоспироза је изражена. Према нашим резултатима, око две трећине свих оболелих од лептоспироза се региструје у летњим месецима у периоду јун–октобар, са пиком јављања у августу. Слично нашим резултатима и друге студије су показале постојање сезонског карактера

лептоспироза, који се може објаснити већом изложеношћу лептоспирама у летњим и кишним месецима.[17, 19]

У периоду 2005–2014. године са подручја градских општина Београда регистровано је 69,9% свих оболелих од лептоспироза. За разлику од резултата добијених у нашој студији, у десетогодишњој студији спроведеној у периоду 2003–2012. године на Тајланду, учешће оболелих из руралних области је знатно веће у односу на оболеле од лептоспироза из урбаних области и износило је 85,8%.[17]

Према резултатима наше студије, најчешћи серотип лептоспира је *L. icterohaemorrhagiae* са учешћем од 15,8%, затим следе *L. tarassovi, L. serjoe* и *L. gripotyphosa* са учешћем од по 13,2%. Слично нашим резултатима и резултати студије спроведене у Холандији у временском периоду 1925–2008. године показали су да су најчешћи серотипови: *L. icterohaemorrhagiae* (71,2%), *L. gripotyphosa* (7,8%), *L. serjoe* (5,2%) и *L. canicola* (3,9%).[20]

ЗАКЉУЧАК

Лептоспирозе се на подручју Београда јављају спорадично. Процењује се да је стварни број оболелих од лептоспироза већи и да се пријављују само тежи облици болести. Постоји могућност субрегистрације, јер се блажи облици ове болести лабораторијски не истражују и могу остати непрепознати. Превенција лептоспироза захтева мултидисциплинарни приступ, континуирано ангажовање и сарадњу ветеринарске и здравствене службе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Leptospirosis. 2014. Available from: http://www.cdc.gov/leptospirosis/

2. Mikulski M, Boisier P, Lacassin F, Soupé–Gilbert ME, Mauron C, Bruyere–Ostells L, Bonte D, Barguil Y, Gourinat AC, Matsui M, Vernel–Pauillac F and Goarant C. Severity markers in severe leptospirosis: a cohort study. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2015; 34: 687–695.

3. Hartskeerl RA, Collares–Pereira M and Ellis WA. Emergence, control and re-emerging leptospirosis: dynamics of infection in the changing world. Clinical Microbiology and Infection 2011; 17: 494–501.

4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Leptospirosis. 2015. Available from: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/leptospirosis/Pages/Factsheet.aspx

5. World Health Organization (WHO) and International Leptospirosis Society (ILS). Human Leptospirosis: Guidance for Diagnosis, Surveillance and Control. 2002.

6. Abela-Ridder B, Bertherat E and Durski K. Global burden of Human Leptospirosis and cross-sectoral interventions for its prevention and control. Leptospirosis Epidemiology Reference Group (LERG) & The Global Leptospirosis Environmental Action Network (GLEAN), World Health Organization. 2013.

7. Craig SB, Wynwood SJ, Collet TA, Weier SL and McKay DB. Charper 34: Leptospirosis and Leptospires-The Silent Assassins. Craig SB et al. Zoonoses-Infections Affecting Humans and Animals, Ed. Andreas Sing: Springer. 2015.

8. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Izveštaj o zaraznim bolestima u Republici Srbiji za 2013. godinu. 2014; 29.

9. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis sa 2014. godinu. 2015; 9: 186.

10. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Zdravstveni statistički letopis 2008. 2009; 128.

11. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Zdravstveni statistički letopis 2009. 2010; 128.

12. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Zdravstveni statistički letopis 2010. 2011; 128.

13. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Zdravstveni statistički letopis 2011. 2012; 129.

14. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Zdravstveni statistički letopis 2012. 2013; 124.

15. Pustahija T, Ristić M, Medić S i Rajčević S. Epidemiološke karakteristike leptospiroze u Vojvodini u periodu 2005. do 2014. godine. XVII Simpozijum epizootiologa i epidemiologa (XVII Epizootiološki dani), Zbornik kratkih sadržaja, 23–24. april 2015. god., Niš.

16. Bakoss P, Macháčová E and Jareková J. Long-term trends in the epidemiology of human leptospirosis (Slovak Republic, 1954–2006). Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2012; 31(9): 2167–2176.

17. Katz AR, Buchholz AE, Hinson K, Park SY and Effler PV. Leptospirosis in Hawaii, USA, 1999–2008. Emerg Infect Dis 2011; 17(2): 221–226.

18. Hinjoy S. Epidemiology of Leptospirosis from Thai National Disease Surveillance System, 2003–2012. Outbreak, Surveillance and Investigation Reports (OSIR) 2014; 7(2): 1–5.

19. Desvars A, Jégo S, Chiroleu F, Bourthy P, Cardinale E and Michault A. Seasonality of Human Leptospirosis in Reunion Island (Indian Ocean) and Its Association with Meteorological Data. PLoS ONE 2011; 6(5): e20377.

20. Goris MGA, Boer KR, Duarte TATE, Kliffen SJ and Hartskeerl RA. Human Leptospirosis Trend, the Nedherlands, 1925–2008. Emerg Infect Dis 2013; 19(3): 371–378.

Контакт: Мр сц. мед. др Славица Марис, Градски завод за јавно здравље, Београд, тел: 0112078673, e-mail: slavica.maris@zdravlje.org.rs

UDK BROJEVI: 616.155.3

УЗРОЦИ АНЕМИЈА КОД ОДРАСЛОГ СТАНОВНИШТВА И УЛОГА ЛЕКАРА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ДИЈАГНОСТИЦИ АНЕМИЈА

Весна Рашковић[1]

CAUSES OF ANEMIA IN THE POPULATION AND THE ROLE OF PRIMARY HEALTH CARE PHYSICIANS IN THE DIAGNOSIS OF ANEMIA

Vesna Rašković

Сажетак

Увод. Многобројни су узроци анемија. Најчешће су анемије због дефицита гвожђа и јављају се практично у свим животним добима. Значајна је учесталост појаве анемија код жена у односу на мушкарце. Најчешћи узроци су улкусне болести, неоплазме, анемије код хроничних болести (хронична бубрежна инсуфицијенција, реуматоидни артритис, дијабетес, болести штитасте жлезде). Рана детекција анемије на примарном нивоу има велике предности јер омогућава прецизно дефинисање основног обољења. Рано откривање болести и адекватно лечење доприносе спречавању појаве коморбидитета.

Циљ рада. Утврдити учесталост и најчешће узроке анемије код одраслог становништва и потврдити корелацију између анемија и других болести.

Метод. У раду су коришћени подаци из здравствених картона службе за здравствену заштиту одраслог становништва Дома здравља Крагујевац и Дома здравља Лапово. Приказано је 60 пацијената са анемијом чије су вредности еритроцита и хемоглобина биле испод референтних вредности. Сви испитаници су били са установљеном дијагнозом и започетом терапијом.

Резултат. Од 1.900 испитаника које смо анализирали анемија је нађена код 60 пацијената (3,15%). Анализа према полу показује да 80% испитаника су особе женског пола. Анализа коморбидитета показује да

Summary

Background. There are many causes of anemia. The most common couse of anemia is iron deficiency and occurs in practically all ages. There is a significant incidence of anemia among women compared to men. The most common causes of anemia are also ulcer disease, cancer, anemia of chronic disease (chronic renal failure, rheumatoid arthritis, diabetes, thyroid disease). Early detection of anemia at the primary level has a great advantage because it allows a precise definition of the underlying disease. The advantage of early detection and adequate treatment helps to prevent the occurrence of comorbidity.

Aims. To determine the prevalence and the most common causes of anemia in adult population and to confirm the correlation between anemia and other diseases.

Method. The paper used data from medical records service for health care of the adult population Health Centre Kragujevac and Health Centre Lapovo. The paper displays 60 patients with anemia whose values of red blood cells and hemoglobin were below the reference value. All subjects were diagnosed and started therapy.

Results. Of the 1900 patients we analyzed anemia was found in 60 patients (3.15%). Analysis by gender shows that 80% of respondents were females. Analysis of comorbidity shows that the majority number of patients diagnosed withgastritis/ulcer disease (18.3%) and malignant tumors (16.7%). As the most common comorbidity for men are malignant

[1] Др Весна Рашковић, Дом здравља Лапово (Health Center Lapovo).

највећи број пацијената као пратећу дијагнозу има гастритис/улкусну болест (18,3%) и малигне туморе (16,7%). Мушкарци као најчешћи коморбидитет показују малигне туморе (33,3%) и хроничну реналну инсуфицијенцију (16,7%), док је код жена најчешћи коморбидитет гастритис/улкусна болест (22,9%) и менорагија (12,5%).

Закључак. Дијагностика малокрвности је један од показатеља многобројних обољења. Лекари у примарној здравственој заштити морају да препознају пацијенте са анемијом да би се на време открио узрок и започела одговарајућа терапија.

Кључне речи: *анемија, еритроцити, хемоглобин, коморбидитет, дефицит гвожђа.*

tumors (33.3%) and chronic renal insufficiency (16.7%). For women the most common comorbidity are gastritis/ulcer disease (22.9%) and menorrhagia (12.5%).

Conclusion. Diagnosis of anemia is one of the indicators of many diseases. Doctors in primary care must recognize patients with anemia and find the cause of disease in time and start appropriate therapy.

Key words: *anemia, erythrocytes, hemoglobin, comorbidity, iron deficiency.*

УВОД

Хематопоеза, стварање ћелија крви, одиграва се после рођења у активној црвеној коштној сржи, тимусу и лимфоцитном ткиву лимфних чворова и слезине. Све ћелије које циркулишу у крви воде порекло од плурипотентне матичне ћелије хематопоезе.

Еритропоезну активност костне сржи регулише хормон еритропоетин. Нормално 90% еритропоетина ствара се у бубрезима, а 10% у јетри и у другим местима.[1]

Анемије су најчешће промене или болести код људи. Термин анемија означава комплекс симптома и знакова који одражавају кардиопулмоналне компензаторне одговоре на тежину и трајање ткивне хипоксије.[2]

Анемија се дефинише као апсолутно смањење укупне масе еритроцита. Настаје секундарно услед хеморагија, хемолиза или смањења производње црвених крвних зрнаца. У пракси, анемијом се сматра смањење концентрације хемоглобина у крви (концентрација је количина или маса у јединици волумена).[2]

По критеријумима Светске здравствене организације (СЗО) анемија се дефинише као концентрација хемоглобина (Hb) у крви нижа од 130g/l или хематокрит (Hct) нижи од 39% код одраслих мушкараца, односно Hb нижи од 120g/l или Hct нижи од 37% код одраслих жена.[2, 5]

Анемија услед недостатка гвожђа је веома важан јавно-здравствени проблем и има велики утицај на здравље становништва. Светска здравствена организација процењује да више од 30% становништва има анемију, од којих се 50% може приписати анемијама услед недостатка гвожђа.[3, 6]

Мада је анемија препозната као јавно-здравствени проблем пре много година, било је мало напретка у решавању тог проблема. Процењено је да две милијарде људи у свету има анемију, углавном у сиромашним земљама трећег света, Југоисточној Азији и Африци. Инциденца анемија у свету је 1,5%. Сматра се да су ови подаци СЗО најпрецизнији и да су одраз глобалне анемије. Земље без обављених истраживања треба охрабрити да прикупљају податке. Базе података пружају озбиљан метод за праћење напретка ка елиминацији анемије и ефикасности тренутне стратегије за контролу анемије.[3, 7]

Најчешће анемије су анемије због дефицита гвожђа и јављају се практично у свим животним добима. Дефицит гвожђа у ор-

ганизму може да настане услед повећаног губитка гвожђа из организма, лоше апсорпције гвожђа у цревима, повећаних потреба организма за гвожђем и недовољног уношења гвожђа. Повећан губитак гвожђа из организма је најчешћи узрок анемије због дефицита гвожђа. Најчешће је изазван хроничним малим крварењима. Познато је да један милилитар крви садржи 0,5 mg гвожђа, а један милилитар еритроцита 1,0 mg гвожђа. Нормалне вредности гвожђа за мушкарце су од 14,3 μmol/l до 25,1 μmol/l, а за жене од 11,5 μmol/l до 22 μmol/l.[1, 2] Најчешћа су крварења из дигестивног тракта, која су узрок настајања анемије код мушкараца и код жена у менопаузи. Улкусна болест, хијатусна хернија, дивертикулоза, неоплазме дигестивног тракта доводе до анемије услед дефицита гвожђа.[7] На другом месту су менорагије код жена у генеративном периоду, као и метрорагије услед бенигних или малигних тумора утеруса. Веома је важно знати да је анемија један од честих симптома, како малигних, тако и бенигних тумора.[2]

Велики проблем су анемије у хроничним болестима и на њих се, најчешће, недовољно обраћа пажња. Хроничне болести које доводе до анемије су болести система за кретање и везивног ткива, бубрежне болести, ендокрине болести и болести хепатобилијарног система.[1, 2]

Анемија код хроничне реналне инсуфицијенције јавља се када је бубрежна функција смањена за 30% до 60% од нормалних вредности. Уремијски токсин изазива хемолизу еритроцита, смањује стварање еритропоетина што доводи до смањења еритроцитопоезе. Анемија је фактор ризика за прогресију бубрежне инсуфицијенције и кардиоваскуларног система. Код поремећаја кардиоваскуларног система најзначајнија је хипертрофија леве коморе која током времена прелази у дилатацију.[1, 4]

Код особа са реуматоидним артритисом битно је препознати и лечити анемију која је готово стални налаз код ових пацијената. Анемија код еволутивног реуматоидног артритиса је резултат хроничног запаљења.[1]

Благовремено откривање анемије код оболелих од шећерне болести побољшава квалитет живота и спречава коморбидитет. Иако је анемија најчешћа код болесника са дијабетесом који истовремено имају и дијабетесно узроковану бубрежну слабост, она може настати и раније ,у фази нормалне бубрежне функције и микроалбуминурије.[4]

Код болести штитасте жлезде, хипотиреоза је обично праћена анемијом различитог степена, обично је хипосидеремијска, а пернициозна је чешћа ако је хипотиреоидизам последица аутоимуног тиреоидитиса. [1]

Клиничка слика и симптоми варирају у зависности од следећег: доби болесника, брзине настанка анемије, степена анемије и узрока анемије.

У раним стадијумима обољења клиничка слика може бити асимптоматска.

Умерена анемија је обично повезана се губитком снаге, издржљивости, брзим замарањем, вртоглавицом, главобољом, палпитацијама и зујањем у ушима. Код одређеног броја пацијената јавља се пика (жеља за узимањем необичних супстанција које могу али не морају имати гвожђе).[2]

Физикалним прегледом се уочавају бледило (нарочито палпебралне коњуктиве), тахикардија и тахипнеја. Систолни ејекциони шум, хладни екстремитети, ослабљен периферни пулс, ортостатска хипотензија, пуцање рубова усана, крти нокти и слабост срца се налазе код тежих облика анемије.

При прегледу треба обратити пажњу на иктерус, петехије по кожи, изглед усне шупљине, повећање лимфних чворова и увећање јетре или слезине.

Дигиторектални преглед треба бити обавезан део физикалног прегледа.[2]

Од лабораторијских претрага треба урадити: комплетну крвну слику и еритроцитни индекс. Лечење се спроводи према актуелним водичима клиничке праксе, зависно од узрока анемије и степена болести.[1, 2]

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је био да се утврде учесталост и најчешћи узроци анемија код одраслог становништва у Дому здравља Крагујевац и Дому здравља Лапово и да се потврди корелација између анемија и других болести.

МЕТОД

У раду су коришћени подаци испитаника из здравствених картона у служби за здравствену заштиту одраслог становништва Дома здравља Крагујевац и Дома здравља Лапово.

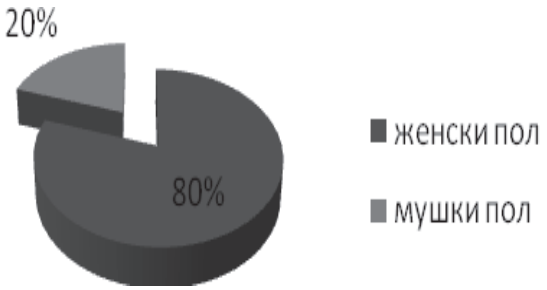
Приказано је 60 пацијената са анемијом чије су вредности еритроцита и хемоглобина биле испод референтних вредности. Сви испитаници су већ били са установљеном дијагнозом и започетом терапијом. Од укупног броја испитаника жена је било 48, а мушкараца 12. Далеко већи број анемија је код женског пола (80%), него код мушког пола (20%).

РЕЗУЛТАТИ

Од 1.900 испитаника које смо анализирали, анемија је нађена код 60 пацијената (3,15% узорка).

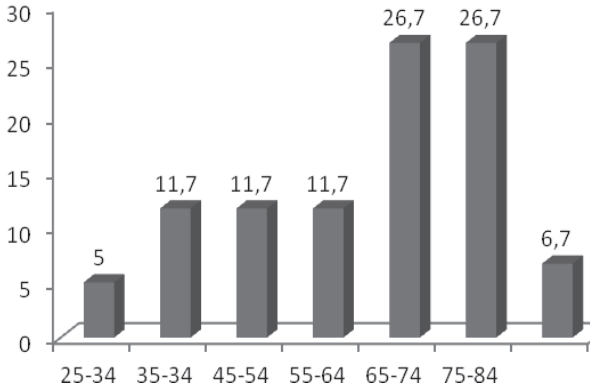
Анализа према полу показује да 80% испитаника са анемијом чине особе женског пола (Графикон 1).

Графикон 1. *Учесталост анемија према полу.*



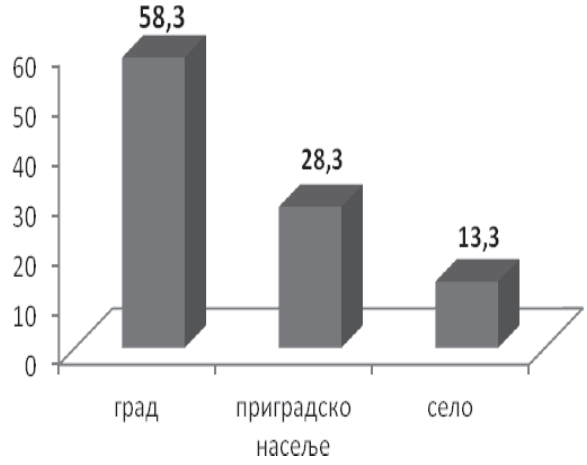
Просечна старост испитаника је 64,3 године, најмлађи испитаник има 25 година, а најстарији 88 година. Највећи број испитаника се налази у старосној групи 65–74 године и 75–84 године (26,7%), а најмањи број испитаника је у старосној групи 25–34 године (5%) (Графикон 2).

Графикон 2. *Учесталост анемија према старосним групама.*



Анализа према месту становања показује да највећи број испитаника потиче из градске средине (58,3%) (Графикон 3).

Графикон 3. *Учесталост анемија према месту становања.*



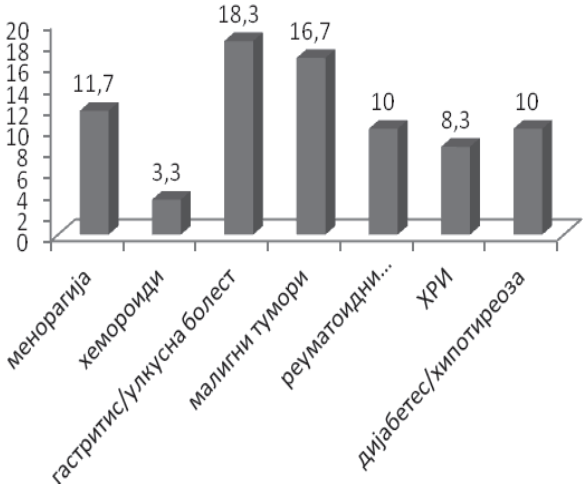
Просечне вредности биохемијских параметара испитаника (хемоглобина, еритроцита и гвожђа), њихове минималне, максималне вредности и стандардна девијација дате су у Табели 1. Просечна вредност Hb у крви испитаника износи 102,8 g/l. Најнижа регистрована вредност износи 65 g/l. Просечна вредност Fe у крви износила је 10,8 μmol/l, а најниже измерена вредност износила је 2,25 μmol/l. Просечан број Er износи $5,3x10^{12}$, а најнижи забележен број Er је $2,6x10^{1}$ (Табела 1).

Табела 1. *Вредности биохемијских параметара испитаника са анемијом.*

	Просечна вредност	Стандардна девијација	Минимум	Максимум
Хемоглобин	102,8	13,47	65,0	121,0
Гвожђе	10,8	2,25	6,6	14,6
Еритроцити	5,3	7,13	2,6	4,20

Анализа коморбидитета показује да највећи број пацијената као пратећу дијагнозу има гастритис/улкусну болест (18,3%) и малигне туморе (16,7%) (Графикон 4). Анализа према полу показује статистички значајну разлику у учесталости коморбидитета код мушкараца и жена (χ^2=15,144, df= 8 p= 0,005). Мушкарци као најчешћи коморбидитет показују малигне туморе (33,3%) и хроничну реналну инсуфицијенцију (16,7%), док је код жена најчешћи коморбидитет гастритис/улкусна болест (22,9%) и менорагија (12,5%) (Графикон 4).

Графикон 4. *Учесталост коморбидитета код испитаника са анемијама.*



ДИСКУСИЈА

Анемија се дефинише као смањење хемоглобина у јединици запремине крви. Више од 30% светске популације има анемију, многи због недостатка гвожђа. Најчешћи узроци су улкусна болест, неоплазме, хроничне болести, менорагије. У већини случајева узрок анемије је условљен старошћу и полом пацијената.[8] Анализа према полу показује да се анемија јавља код 80% жена, а код мушкараца 20%, што је потврђено и у литератури. Просечна старост испитаника је 64,3 године, најмлађи испитаник има 25 година, а најстарији 88 година. Утврђено је да су најчешће анемије у старосној групи од 65 до 84 године, на другом месту је старосна доб од 35 до 64 године. Ови подаци се поклапају са учесталошћу коморбидитета у овим старосним групама. Просечна вредност Hb у крви испитаника износила је 102,8 g/l. Најнижа регистрована вредност је 65 g/l. Просечна вредност Fe у крви износила је 10,8 mol/l, а најнижа измерена вредност је 2,25 mol/l. Просечан број Er је $5,3x10^{12}$, а најниже забележен број Er је $2,6x10^{12}$. Анализа коморбидитета показује да највећи број пацијената као пратећу дијагнозу има гастритис/улкусну болест (18,3%) и малигне туморе (16,7%). Резултат испитивања је у корелацији, с обзиром на то да су водеће место у испитивању заузеле болести гастроинтестиналног тракта. Малокрвност као последично стање болести других система и органа је доминантно у односу на хематолошка обољења.[8] Анализа према полу показује статистички значајну разлику у учесталости коморбидитета код мушкараца и жена (p=0,005). Мушкарци као најчешћи коморбидитет имају малигне туморе (33,3%) и хроничну реналну инсуфицијенцију (16,7%), док је код жена најчешћи коморбидитет гастритис/улкусна болест (22,9%) и менорагија (12,5%). У литератури постоје подаци да је анемија значајно удружена са наведеним коморбидитетима. Анализа према месту

становања показује да највећи број испитаника који имају анемију потиче из градске средине (58,3%). Резултати испитивања се поклапају са савременим литературним подацима других аутора из ове области.

Рана детекција анемије на примарном нивоу има велике предности јер омогућава прецизно дефинисање основног обољења. Код болесника са сумњом на анемију, први дијагностички корак је потврдити анемију и установити степен тежине анемије, а други корак испитати њену патогенезу. Предност раног откривања болести и адекватно лечење доприноси спречавању појаве коморбидитета. Физиолошки приступ дијагнози анемије омогућава најуспешнији пут у дијагностици и лечењу.

ЗАКЉУЧАК

Превенција и рано откривање анемија на нивоу примарне здравствене заштите има велики значај у области очувања здравља, али и у смањењу трошкова лечења. Дијагностика малокрвности је један од могућих показатеља за бројна обољења.

Рана детекција анемија на примарном нивоу има велике предности јер омогућава прецизно дефинисање основног обољења и лечење ових пацијената. Рано откривање узрока и лечење доприносе спречавању појаве коморбидитета. Лекари у примарној здравственој заштити морају водити рачуна о благовременом препознавању пацијената са анемијом да би се на време открио узрок и започела одговарајућа терапија. Обавезно је обраћење интернисти (гастроентерологу, хематологу) на консултативни преглед ради допунског испитивања и диференцирања анемије када примена терапије не даје очекиване резултате, код анемија хроничних болести и код пацијената са акутно насталим анемијама ради трансфузије.

ЛИТЕРАТУРА

1. Манојловић Д. Интерна медицина. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1998; 935−980.
2. Лазаревић СХ, Јањић Б., Рачић М., Шатара СС. Анемије код одраслих. Клинички водич за примарну здравствену заштиту Републике Српске, 2011.
3. Ђукић Б. Сидеропенијска анемија у генеративном периоду жена. Биомедицинска истраживања 2014; 5(2); 25−29.
4. Милошевић С., Менковић Ј. Улога лекара опште праксе у превенцији и дијагностици бубрежних болести и анемија код болесника са дијабетес мелитусом. Општа медицина 2008; 14(1−2); 18−23.
5. Killip Sh, Bennett JM, Chambres MD. Iron Deficiency Anemia. Am Fam, Phys 2007.
6. United Nations, Department of Economic and Social Affairs: Population Division: World Population Prospects. New York: United nations, 2007.
7. Yates JM, Logan EC, Stewart RM. Iron deficiency anaemia in general practice clinical outcomes over three years and factors influencing diagnostic investingations. Postgrad Med J 2004; 80: 405−10.
8. Сретеновић С., Нецин-Јовановић Ж., Станојевић В., Јовановић Д. Анемије услед дефицита гвожђа – наше искуство. Оригинални рад, Тимочки медицински гласник, Здравствени центар Зајечар, 2014; 1: 20−24.

Контакт: Др Весна Рашковић, Дом здравља Лапово, Ратинчева 7, 34 000 Крагујевац, моб: 06388846789, e-mail: vesnar06@gmail.com

UDK BROJEVI: 340.134:364.32(497.11)
"1922/2014"

ПРАВА ИЗ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ (1922–2015)

Рајко Косановић[1], Христо Анђелски[2]

RIGHTS FROM HEALTH INSURANCE IN THE REPUBLIC OF SERBIA (1922–2015)

Rajko Kosanović, Hristo Anđelski

Сажетак

У правном систему савремених држава значајно место припада здравственом законодавству, односно законодавству које регулише област здравствене заштите и здравственог осигурања.

Циљ рада је израда приказа садржаја права из области здравственог осигурања у Републици Србији у периоду од 1922. године (од доношења Закона о осигурању радника) до данас.

Анализирани су: Закон о осигурању радника из 1922. године, Закон о спровођењу социјалног осигурања на подручју Демократске Федеративне Југославије из 1945. године, Закон о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника из 1946. године, Закон о социјалном осигурању радника и службеника и њихових породица из 1950. године, Закон о здравственом осигурању радника и службеника из 1954. године, Уредба о фондовима за узајамно помагање из 1956. године, Закон о установљењу здравственог осигурања пољопривредних произвођача из 1959. године, Закон о здравственом осигурању из 1962. године, Општи закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва из 1969. године, Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва из 1970. године, Закон о здравственој заштити из 1979. године, Закон о здравственој заштити из 1990. године, Закон о здравственом осигурању из 1992. године, Закон о здравственом осигурању из 2005. године.

Summary

In the jurisdiction of modern States a significant role belongs to health legislation or the legislation that regulates the field of health care and health insurance.

The aim of this work is to making the display content of patient rights in the field of health insurance in the Republic of Serbia in the period from 1922 (the Act on the insurance of workers) till today.

We analyzed: the law on insurance of employees from 1922, law on the implementation of social insurance in the area of Democratic Federal Yugoslavia from 1945, the law on social insurance of workers, public employees and officials from 1946, the law on social insurance of workers and employees and their families from 1950, the law on health insurance of workers and employees from 1954, the regulation on the funds for mutual aid from 1956, the law on establishing the health insurance of farmers from 1959, Health Insurance Act from 1962, General Law on Health Insurance and obligatory forms of health care for the population from 1969, Law on Health Insurance and obligatory forms of health care for the population from 1970, Law on health care from 1979, the law on health care from 1990, the law on health insurance from 1992, the law on health insurance from 2005.

Reform of the health care system is a continuous and in advance well-designed process, supported by health legislation.

[1] Др сц. Рајко Косановић, Београд

[2] Проф. др Христо Анђелски, Висока медицинска школа струковних студија ,,Милутин Миланковић", Црнотравска 27, Београд.

Реформа система здравствене заштите је континуиран и унапред добро осмишљен процес, подржан здравственим законодавством.

Кључне речи: *здравствено законодавство, здравствено осигурање, историјски развој, Србија.*

Key words: *health legislation, health insurance, historical development, Serbia.*

УВОД

У правном систему савремених држава значајно место припада здравственом законодавству, односно законодавству које регулише област здравствене заштите и здравственог осигурања.

Развој здравственог законодавства у Републици Србији можемо пратити од средине деветнаестог века до данас. Међу законима којима су успостављени темељи система здравствене заштите, једно од централних места припада *Закону о установљењу народног санитетског фонда*, усвојеном у Краљевини Србије пре скоро 136 година, односно 28. децембра 1879. године, а који је ступио на снагу 1. јануара 1881. године.

Од доношења *Закона о установљењу народног санитетског фонда*, па све до данас здравствено осигурање у Србији каракӧ терише динамичан развој, како у погледу организације и система финансирања, тако и у погледу садржаја и обима права.[(1)]

Здравствено осигурање је грана *социјалног осигурања*, којим се *осигураним лицима* (осигураницима и члановима породице осигураника) обезбеђује *право на здравствену заштиту* и остала права из области здравственог осигурања (*накаднде осигураницима*).

Обавезно здравствено осигурање заснива се на већем броју начела, односно принципа, од којих су основни: обавезности, узајамности и солидарности, јавности, заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса, сталног унапређења квалитета, економичности и ефикасности и други принципи.

У овом раду дајемо приказ садржаја права из области здравственог осигурања у Републици Србији у периоду од 1922. године (од доношења *Закона о осигурању радника*) до данас.

1. ЗАКОН О ОСИГУРАЊУ РАДНИКА ИЗ 1922. ГОДИНЕ

Законом о осигурању радника, који је потписан 14. маја 1922. године, а објављен 30. маја исте године, уведене су *четири врсте обавезног осигурања и то за случајеве*: а) *болести*, б) *изнемоглости*, *старости* и *смрти*, ц) *несреће на послу*, и д) *незапослености.*[(2)]

Осигурање за случај *болести* (здравствено) на територији целе државе извршено је 1922. године, као и осигурање за случај *несреће на послу* (инвалидско); осигурање за случај *изнемоглости, старости* и *смрти* (пензијско), иако је било прописано да ће се спроводити од 1. јула 1925. године, његово спровођење почело је тек 1. септембра 1937. године, али и тада у ограниченом обиму, а када је реч о осигурању за случај *незапослености,* оно је требало да буде уређено посебним прописима, међутим то није учињено нити је уведено, осим што је постојало само за рударе и топионичаре код главних братинских благајни.

Осигурање за случај *болести* обухватало је *право осигураника* на:

а) бесплатну лекарску помоћ док траје болест узастопце за 26 недеља, која се могла продужити најдуже до 52 недеље;

б) лекове, купања, лековите воде, потребне завоје и помоћне справе за лечење (наочаре, штаке, потпасе, вештачке ноге), такође бесплатно за 26 недеља;

в) хранарину, ако је болесник неспособан за рад, а болест траје дуже од три дана, припадала је од дана настанка обољења, у висини 2/3 обезбеђене наднице дневно.

Осигурање за случај болести имале су и породиље и чланови породице осигураника.

У случају *порођаја*, осигуране жене имале су право на:

а) потребну примаљску (бабичку) помоћ и лечење, назначено у тач. 1;

б) потпору за породиље за време од 2 месеца пре и 2 месеца иза порођаја са 3/4 (три четвртине) обезбеђене наднице дневно;

в) потпору за опрему детета и то у четрнаестоструком износу обезбеђене наднице, али само у случају да је рођено живо дете;

г) потпору за дојење оним осигураним женама, које дете своје доје, за двадесет недеља по престанку потпоре за породиље с 1/2 (половином) обезбеђене наднице, али највише до износа од 3 динара дневно.

Оне осигуране жене које према лекарској потврди нису биле у могућности да доје добијале су уместо припадајуће потпоре за дојење (тач. г) дечију храну, чија вредност није смела прелазити вредност припадајуће потпоре за дојење.

Чланови породице, у случају да нису били запослени, имали су права:

а) у случају болести: на бесплатно лечење, лекове, потребне помоћне справе за лечење кроз 26 недеља, али само док има и осигурани члан право на потпору;

б) у случају порођаја: на потребну примаљску помоћ и лечење и на потпору за породиље за време од четири недеље пре и четири иза порођаја у износу од 1,50 динара дневно, као и на потпору за опрему детета.

Под члановима породице подразумевали су се: венчани или невенчани брачни друг, брачна, ванбрачна или усвојена деца, родитељи, дед, баба, унуци, браћа и сестре осигураника.

У случају *смрти осигураног члана* законом било је утврђено право на погребнину и то у тридесетоструком износу обезбеђене наднице.

Претходно наведене потпоре пружали су осигураним члановима месни органи средишног уреда за осигурање радника у износу и на начин прописан статутом средишног уреда.

Допринос за случај болести, изнемоглости, старости и смрти храниоца плаћали су радници и послодавци, сваки са једном половином, а допринос за случај несреће на послу само послодавци.

Спровођење осигурања било је поверено *Средишњем уреду за осигурање радника*, са седиштем у Загребу и *окружним уредима* за осигурање радника. Поред ових органа постојали су: пензиони заводи за осигурање намештеника, братинске благајне за осигурање рудара и топионичара, трговачко болесничко осигурање и остала друштва.

2. ЗАКОН О СПРОВОЂЕЊУ СОЦИЈАЛНОГ ОСИГУРАЊА НА ПОДРУЧЈУ ДЕМОКРАТСКЕ ФЕДЕРАТИВНЕ ЈУГОСЛАВИЈЕ ИЗ 1945. ГОДИНЕ

Након ослобођења Југославије, Председништво Антифашистичког већа народног ослобођења Југославије донело је 2. маја 1945. године *Закон о спровођењу социјалног осигурања на подручју Демократске Федеративне Југославије*.[3]

Једини носилац за спровођење ***осигурања***, на подручју целе државе, *за случајеве*: а) *болести*, б) *изнемоглости, старости, смрти* (*пензионог осигурања*), в) *несреће* и

г) *неупослености*, био је *Средишњи завод за социјално осигурање* са седиштем у Загребу, који је спроводио осигурање преко *земаљских завода за социјално осигурање*, оснивaних у седиштима федералних јединица.

Средишњи завод за социјално осигурање спроводио је осигурање за случај изнемоглости, старости и смрти (пензионо осигурање), несреће и неупослености.

Земаљски заводи за социјално осигурање, преко својих *филијала*, спроводили су *осигурање за случај болести*, а све остале врсте осигурања спроводили су као *органи* Средишњег завода.

3. ЗАКОН О СОЦИЈАЛНОМ ОСИГУРАЊУ РАДНИКА, НАМЕШТЕНИКА И СЛУЖБЕНИКА ИЗ 1946. ГОДИНЕ

Закон о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника Народна скупштина ФНРЈ донела је 26. јула 1946. године, а исти се примењивао од 1. јануара 1947. године.[4] Овај закон имао је велики значај за развој социјалног осигурања, њиме су регулисане све гране социјалног осигурања, обухваћене су све категорије запослених лица, и знатно проширен обим права.

Радници, намештеници и службеници, по овом закону имали су *право на државно социјално осигурање,* за случај *болести*, *трудноће* и *порођаја*, *несреће на послу*, *изнемоглости*, *старости* и *смрти*.

Социјално осигурање спроводила је држава преко *Државног завода за социјално осигурање* и његових органа организованих на територијалној и професионалној основи, по начелу да се социјално осигурање што више приближи самим осигураницима. Ради остварења овог начела, предложено је да се служба социјалног осигурања, где год је то могуће, организује при самим предузећима.

Спорове између осигураника и Државног завода за социјално осигурање решавали су судови социјалног осигурања, организовани при окружним судовима.

У случају *болести* осигураник имао је *право* на:

а) бесплатну лекарску помоћ, бесплатне лекове, лековита купања, лековите воде, потребне завоје и помоћне справе за лечење, као и на бесплатну поправку зуба, и то за све време док ради, као и за време, док услед неспособности за рад прима новчану накнаду;

б) новчану накнаду за изгубљену зараду (болесничка хранарина) у висини од 50% до 100% од основа за новчана давања, ако је услед болести неспособан за рад и ако та неспособност траје дуже од 3 дана;

в) бесплатно болничко, санаторијско, бањско или климатско лечење, уместо давања из тач. а) и б) ако је услед болести неспособан за рад и ако му је такво лечење према лекарском налазу потребно, и то почевши од наступања неспособности за рад па за све време трајања права на хранарину; затим на накнаду доказаног стварног трошка путовања односно отпреме болесника од места његовог редовног боравка или седишта посла до места лечења и натраг;

г) на *новчану потпору* за издржавање породице у висини од 50% до 100% од *хранарине* или на новчану потпору за дневне ситне трошкове до висине једне петине хранарине ако не издржава породицу, и то за све време док се налази на болничком, санаторијском, бањском или климатском лечењу.

Члановима породице осигураника пружана су у случају њихове болести следећа давања:

а) бесплатна лекарска помоћ, бесплатни лекови, потребни завоји и потребне справе за лечење за време док болест траје, али највише за време од године дана за свако појединo обољење;

б) бесплатно болничко лечење у трајању од најдуже 6 месеци за појединo обољење.

У случају смрти осигураника припадала је **погребнина** брачном другу а, ако овог није било, другим члановима породице или трећим лицима која су се побринула за погреб осигураника, а у случају смрти брачног друга, родитеља или деце осигураника припадала је погребнина осигуранику.

Право на давања у случају **трудноће** и **порођаја** имала је осигураница која је у последњој години пред порођајем била осигурана најмање 6 месеци или у последње 2 године најмање 12 месеци. *Осигураница* имала је права на:

а) бесплатну лекарску или бабичку (примаљску) помоћ или на 14-дневну болничку или родилишну негу;

б) новчану накнаду за изгубљену зараду (породиљска хранарина) за време од 6 недеља пре порођаја и 6 недеља после порођаја;

в) новчану помоћ за опрему детета;

г) новчану помоћ за храну детета за време од три месеца по престанку породиљске хранарине.

Породиљска хранарина износила је најмање 75% а највише 100% од основа за новчана давања. Висина породиљске хранарине зависна је од броја дана стварно проведених на раду у последњих 5 година пре почетка права на ту помоћ.

Осигураник, када му се роди дете, имао је право, ако је у последњој години пре рођења детета био осигуран најмање 6 месеци или у последње две године најмање 12 месеци, на следећа давања:

а) на бесплатну лекарску или бабичку (примаљску помоћ) или 14-дневну болничку или родилишну негу за жену;

б) на новчану помоћ за опрему детета;

в) на новчану помоћ за храну детета за време од два месеца после порођаја.

Давања за случај порођаја пружала су се жени осигураника и у случају када је порођај уследио у року од 10 месеци после смрти осигураника, ако је осигураник за живота већ испунио услове за то право.

Државни завод за социјално осигурање преузео је од 1. јануара 1947. године целокупну имовину и целокупно пословање Средишњег завода за социјално осигурање и његових органа без посебне ликвидације.

4. ЗАКОН О СОЦИЈАЛНОМ ОСИГУРАЊУ РАДНИКА И СЛУЖБЕНИКА И ЊИХОВИХ ПОРОДИЦА ИЗ 1950. ГОДИНЕ

Законом о социјалном осигурању радника и службеника и њихових породица, донетим 21. јануара 1950. године,[5] процес формирања *државног социјалног осигурања*, започет доношењем Закона о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника, 1946. године, доведен је до краја.

Држава социјалним осигурањем обезбеђује радницима и службеницима и њиховим породицама одређена права за случај *болести*, *губитка способности за рад*, *старости*, *смрти* и *друга права* утврђена овим законом.

Овим законом обезбеђивана су следећа *права*:

- право на здравствену заштиту;
- право на материјално обезбеђење за време привремене неспособности за рад услед болести;
- право на материјално обезбеђење за време одсуства због трудноће и порођаја;
- право на материјалну потпору за децу;
- право на материјално обезбеђење у случају смањења способности за рад (инвалиднина);
- право на други посао и право на оспособљавање за посао друге струке (преквалификација) у случају смањења способности за рад;
- право на инвалидску, старосну и породичну пензију;
- право на погребнину.

Стицање и обим појединих права зависило је, по правилу, од трајања радног односа и висине плате.

Осигуранику се обезбеђивало *право на здравствену заштиту* у случају болести, односно у случају одсуства ради лечења или опоравка (боловање).

Здравствена заштита обухватала је: медицинску помоћ и лечење у здравственим установама или у стану болесниковом; лекове и друга лековита средства; справе за лечење и санитетски материјал; лечење у болницама и природним лечилиштима (бањама и климатским местима); опоравак у опоравилиштима после болести; породиљску негу; зубну негу и зубно-техничку помоћ; ортопедске и друге помоћне справе.

Осигураник који је услед болести, односно боловања привремено неспособан за рад имао је за време болести, односно боловања *право на новчану накнаду уместо редовне плате*.

Осигуранику који је непосредно пре почетка неспособности за рад био у радном односу непрекидно најмање шест месеци или с прекидима укупно осамнаест месеци за последње две године, припадала је за време лечења, односно боловања накнада једнака његовој редовној плати. Осигуранику који није имао одговарајући радни стаж припадала је за време лечења, односно боловања смањена накнада у висини од 50% редовне плате ако му радни стаж износио до три месеца, а у висини од 75 ако му радни стаж износио више од три месеца а мање од шест месеци.

Право на *материјално обезбеђење* припадало је без обзира на дужину радног стажа: осигуранику који је постао привремено неспособан за рад услед последица несреће на послу и осигуранику – ученику у привреди.

Осигураник – жена имала је *право на материјално обезбеђење за све време одсуства због трудноће и порођаја*. Трајање овог одсуства износило је три месеца.

Осигураницима су се за њихову децу обезбеђивала следећа права (*материјална потпора за децу*): потпора за опрему новорођеног детета, потпора ради појачања исхране мајке и новорођеног детета, потпора породицама са више деце и стални новчани додатак на децу.

5. ЗАКОН О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ РАДНИКА И СЛУЖБЕНИКА ИЗ 1954. ГОДИНЕ

Доношењем *Закона о здравственом осигурању радника и службеника,*[6] 1954. године, *Закона о пензијском осигурању,*[7] 1957. године и *Закона о инвалидском осигурању,*[8] 1958. године, социјално осигурање организује се *по гранама*.

Према *Закону о здравственом осигурању радника и службеника*, права из здравственог осигурања су:

а) право на здравствену заштиту;

б) право на накнаду уместо плате за време привремене неспособности за рад услед болести и у другим случајевима одређеним овим законом;

в) право на накнаду уместо плате за време одсуства због трудноће и порођаја и право на помоћ за опрему новорођеног детета;

г) право на накнаду путних трошкова у вези са коришћењем здравствене заштите;

д) право на накнаду погребних трошкова и на посмртну помоћ.

Право на здравствену заштиту обухватало је:

- лекарске прегледе и лечење у здравственим установама и у стану болесника;
- давања лекова и других лековитих средстава и санитетског материјала потребног за лечење;
- лекарску и другу стручну негу и помоћ пре, за време и после порођаја у здравственим установама и у стану породиље;
- негу зуба (вађење, лечење и пломбирање зуба);

• лечење са потпуном опскрбом у оним објектима природних лечилишта који су организовани као здравствене установе, кад је такво лечење неопходно.

Под посебним условима одређеним законом обезбеђивале су се и следеће врсте здравствене заштите:

• зуботехничка помоћ и зубна протетичка средства;

• протезе и друге ортопедске помоћне и санитарне справе;

• лечење у природним лечилиштима без опскрбе, кад је такво лечење корисно, али није неопходно.

Накнада уместо плате износила је:

• 80% од основа за накнаду за првих седам дана, а 90% од основа за накнаду после седам дана – за осигуранике који су осигурани најмање шест месеци непрекидно или дванаест месеци са прекидима за последње две године непосредно пре почетка права на накнаду;

• 60% од основа за накнаду за првих седам дана, а 70% од основа за накнаду после седам дана – за осигуранике који пре почетка права на накнаду нису осигурани шест месеци непрекидно или дванаест месеци са прекидима за последње две године.

Права у случају трудноће и порођаја била су накнада уместо плате и помоћ за опрему новорођеног детета.

Накнада уместо плате за време одсуства због трудноће и порођаја износила је:

• за осигуранике – жене које су осигуране најмање шест месеци непрекидно или дванаест месеци са прекидима за последње две године непосредно пре порођаја – 100% од основа за накнаду;

• за осигуранике – жене које су осигуране мање од шест месеци непрекидно или мање од дванаест месеци са прекидима у последње две године непосредно пре порођаја – 80% од основа за накнаду.

Када је реч о помоћи за опрему новорођеног детета, скупштина среског (градског) завода за социјално осигурање, као и скупштина републичког (покрајинског, обласног) завода за социјално осигурање, могла је да одлучи да се помоћ за опрему новорођеног детета, уместо у новцу, даје било у опреми потребној за правилну негу детета, било делимично у новцу а делимично у опреми, с тим да укупна вредност ове помоћи требало је да одговара износу помоћи коју је одредило Савезно извршно веће.

Накнада путних трошкова обухватала је:

• накнаду за трошкове превоза и

• накнаду за трошкове опскрбе и смештаја за време путовања и боравка у другом месту.

У случају смрти осигураника, као и у случају смрти члана породице осигураникове, који има право на здравствено осигурање породици, односно осигуранику припадала је *накнада на име трошкова сахране*.

Здравствено осигурање, према Закону о здравственом осигурању радника и службеника, спроводили су **заводи за социјално осигурање** организовани за подручје среза (града) или за подручје више срезова, односно за подручје среза и града.

Финансијска средства за здравствено осигурање обезбеђивана су у *фондовима здравственог осигурања*, којима су управљали *заводи за социјално осигурање*.

Фондови здравственог осигурања образовани си из *доприноса* који су плаћале привредне и друге организације, установе и послодавци за сва код њих запослена лица, као и други обвезници доприноса по посебним прописима.

6. УРЕДБА О ФОНДОВИМА ЗА УЗАЈАМНО ПОМАГАЊЕ ИЗ 1956. ГОДИНЕ

Доношењем *Уредбе о фондовима за узајамно помагање,*[9] 1956. године, у систем здравственог осигурања уводи се *добровољно* осигурање, независно од обавезног осигурања.

7. ЗАКОН О УСТАНОВЉЕЊУ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА ПОЉОПРИВРЕДНИХ ПРОИЗВОЂАЧА ИЗ 1959. ГОДИНЕ

Здравствено осигурање постаје потпуније доношењем *Закона о установљењу здравственог осигурања пољопривредних произвођача,*[10] 1959. године.

Здравствено осигурање пољопривредних произвођача могло је бити *основно* и *проширено*. Основним здравственим осигурањем обезбеђивао се законом одређени обим здравствене заштите, а проширеним здравствена заштита у ширем обиму, као и коришћење под повољнијим условима оне здравствене заштите која се обезбеђивала основним здравственим осигурањем.

Основним здравственим осигурањем обезбеђивало се:

- лечење у свим здравственим установама у случају обољења од колере, куге, жуте грознице, великих богиња, пегавца и других болести утврђених законом;
- лечење у одговарајућим здравственим установама у случају обољења од душевних болести, када је оболело лице опасно по живот других лица;
- вакцинисање, кад је оно обавезно по посебним прописима;
- дезинфекција, дезинсекција и дератизација у стану, кад су медицински индицирани због појаве заразне болести.

За спровођење здравственог осигурања пољопривредних произвођача образовани су *фондови здравственог осигурања пољопривредних произвођача* у оквиру *срески завода за социјално осигурање*.

8. ЗАКОН О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ ИЗ 1962. ГОДИНЕ

Закон о здравственом осигурању[11] објављен је у „Службеном листу ФНРЈ“, од 30. маја 1962. године, а ступио је на снагу осмог дана по објављивању. Допуне овог закона вршене су у децембру исте године.

Доношењем *Закона о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању,*[12] априла 1965. године, назив закона мења се и гласи *Основни закон о здравственом осигурању*. Измене и допуне овог закона вршене су наредне 1966. (два пута) и 1967. године.

Здравственим осигурањем, у случајевима и под условима одређеним овим законом, обезбеђивана су следећа *права*:

1) осигураницима

а) здравствена заштита,

б) накнада личног дохотка односно плате (у даљем тексту: накнада личног дохотка),

в) накнада путних трошкова у вези са коришћењем здравствене заштите,

2) члановима породица осигураника

а) здравствена заштита,

б) накнада путних трошкова у вези са коришћењем здравствене заштите.

У оквиру здравственог осигурања осигураним лицима обезбеђивана су, под одређеним условима, и новчана примања за случај рођења детета и за случај смрти осигураног лица.

Здравствена заштита која се овим законом обезбеђивала, обухватала је:

1) лекарске прегледе и друге врсте медицинске помоћи у циљу праћења и проверавања здравственог стања и утврђивања здравствене способности за рад на одређеном радном месту или за војну службу,

2) предузимање стручних медицинских мера за унапређивање здравственог стања односно спречавање обољења (вакцинације и друге имунизације, хемио-профилакса, санирање клицоноша, дезинфекција и друге заштитне мере у стану, кад су медицински индициране услед појаве заразне болести, и др.),

3) лекарске прегледе, лечење болесника, друге врсте медицинске помоћи и медицинску рехабилитацију (у здравственим и другим специјализованим установама, стану болесника, и сл.),

4) превенцију, негу и лечење болести зуба и уста,

5) лекарску и другу стручну негу и помоћ пре, за време и после порођаја, у здравственим установама и у стану породиље,

6) давање лекова, помоћног материјала који служи за употребу лека и санитетског материјала потребног за лечење,

7) зубнотехничку помоћ и зубнопротетичка средства,

8) протезе, ортопедска и друга помагала, помоћне и санитарне справе.

Накнада личног дохотка износила је:

1) 80% од основа за накнаду за првих седам дана, 90% од основа од осмог до шездесетог дана и 100% од основа од шездесет и првог дана изостанка са посла – осигуранику који је пре наступања случаја који даје право на накнаду личног дохотка испуњавао услов претходног осигурања,

2) 60% од основа за накнаду за првих седам дана, 70% од основа од осмог до шездесетог дана и 100% од основа од шездесет и првог дана изостанка са посла – осигуранику који није испуњавао услов претходног осигурања.

Накнада личног дохотка у висини 100% од основа за накнаду припада од првог дана изостанка са посла:

1) осигураницима чија је привремена неспособност за рад проузрокована несрећом на послу или професионалним обољењем,

2) ученицима у привреди и ученицима стручних школа са практичном обуком,

3) осигураницима одређеним за пратиоце болесника.

Осигураницима који су били осигурани по овом закону припада ***помоћ за опрему за свако новорођено дете***, и то:

1) осигуранику – жени,

2) осигуранику – мушкарцу, за случај порођаја његовог брачног друга који је осигуран као члан његове породице,

3) осигуранику, за случај порођаја ма ког другог женског лица које је осигурано као члан његове породице, ако осигураник непосредно пре рођења детета испуњава услов претходног осигурања.

Помоћ за опрему новорођеног детета припадала је и у случају порођаја женског члана породице коме се обезбеђује здравствена заштита док се лице по ком има право на ту заштиту налази на одслужењу војног рока.

Помоћ за опрему новорођеног детета припадала је и:

1) за дете рођено у року од 10 месеци од дана смрти осигураника, односно после развода брака са осигураником коме припада ова помоћ,

2) за ванбрачно дете осигураника, ако је очинство утврђено на основу признања или судског установљења,

3) за усвојено дете до 6 месеци живота ако за то дете помоћ већ није исплаћена.

Средства за обезбеђење права из здравственог осигурања остваривана су доприносима од којих су образовани *фондови* здравственог осигурања код *комуналних завода* за социјално осигурање, сагласно одредбама Закона о организацији и финансирању социјалног осигурања.

При коришћењу одређених видова здравствене заштите, осигурана лица учествовала су у сношењу дела трошкова здравствене заштите.

9. ОПШТИ ЗАКОН О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ И ОБАВЕЗНИМ ВИДОВИМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ СТАНОВНИШТВА ИЗ 1969. ГОДИНЕ

Општи закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва,[13] усвојила је Савезна скупштина, на седници Савезног већа, 24. априла 1969. године и на седници Социјално-здравственог већа, 25. априла 1969. године и исти је објављен 8. маја 1969. године.

Општи закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва је *последњи закон из области здравствене заштите и здравственог осигурања који је донет на савезном нивоу*.

Права из здравственог осигурања предвиђена Општим законом о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва, која осигураници за себе и чланове својих породица у заједницама здравственог осигурања обезбеђују су:

- здравствена заштита коју самостално утврђују у оквиру заједнице здравственог осигурања;
- здравствена заштита која се на основу закона обавезно обезбеђује и спроводи путем здравственог осигурања;
- новчане накнаде и помоћи које осигураним лицима припадају на основу овог закона односно које заједница здравственог осигурања установи;
- друга права из здравственог осигурања која самостално утврђују заједнице здравственог осигурања.

Обавезни видови здравствене заштите који су се обезбеђивали свима били су:

а) откривање, спречавање, сузбијање и лечење туберкулозе, венеричних и других заразних болести које подлежу обавезном пријављивању;

б) нега и лечење оних душевних болесника који, због природе и стања болести, могу да угрозе свој живот и живот других људи или оштете материјална добра околине;

в) здравствена заштита жена у вези са трудноћом, порођајем, материнством и контрацепцијом;

г) потпуна здравствена заштита новорођенчади, одојчади и предшколске деце;

д) здравствена заштита школске деце, школске омладине и редовних студената до одређеног узраста, и то путем: систематских прегледа, заштите и лечења зуба; спречавања, сузбијања и лечења реуматичне грознице; протетичких и рехабилитационих мера код општећења и аномалија вида и слуха и код ортопедских аномалија и деформитета;

ђ) активности на раном откривању малигних обољења и шећерне болести и њихово лечење;

е) активност на здравственом васпитању становништва.

За случај несреће на послу и обољења од професионалних болести осигураницима – радницима обавезно су се обезбеђивала права на:

а) коришћење здравствене заштите и спровођење мера у циљу откривања и спречавања обољења од професионалних болести и несрећа на послу;

б) коришћење свих врста медицинске помоћи и ортопедских средстава у циљу лечења и рехабилитације од последица несреће на послу и обољења од професионалних болести ради успостављања радне способности;

в) накнаду личног дохотка за све време трајања привремене спречености за рад проузроковане несрећом на послу, односно обољењем од професионалне болести и путне трошкове у вези са коришћењем здравствене заштите и рехабилитације.

Права из осигурања за случај несреће на послу и обољења од професионалних болести обезбеђивала су се осигураницима независно од дужине претходног трајања здравственог осигурања.

Основ за *накнаду личног дохотка за време привремене спречености за рад* чини просек личног дохотка који је радник остварио у претходној години пре године у којој је наступио случај по коме се стиче право на накнаду.

Висину накнаде личног дохотка која се исплаћивала на терет средстава заједнице здравственог осигурања, односно на терет средстава приватног послодавца, утврђивала је заједница здравственог осигурања, а висину накнаде коју је исплаћивала радна организација утврђивала је сама радна организација.

Накнада личног дохотка одређивана је најмање у висини од 60% од основа за накнаду, с тим да није могла бити нижа од износа минималног личног дохотка утврђеног важећим прописима.

Висина накнаде износила је 100% од основа за накнаду:

- за време привремене спречености, за рад проузроковане несрећом на послу или обољењем од професионалне болести, ако се ради о накнади коју утврђује заједница здравственог осигурања;
- за време одсуства због трудноће и порођаја.

Здравствено осигурање обезбеђивали су осигураници по начелима узајамности и солидарности, у оквиру ***самоуправних заједница здравственог осигурања***. Највиши орган управљања заједнице здравственог осигурања била је *скупштина*.

Заједнице су се образовале као заједнице здравственог осигурања *радник*а, заједнице здравственог осигурања *земљорадника* и заједнице здравственог осигурања *лица која врше самосталне професионалне делатности*. Заједнице истих категорија, односно различитих категорија могле су се спојити или раздвојити, по поступку и на начин одређен законом.

Средства за остваривање здравствене заштите и других права из здравственог осигурања обезбеђивна су *доприносом* осигураника и законом утврђених других обвезника плаћања доприноса, учешћем друштвено-политичких заједница и другим приходима.

10. ЗАКОН О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ И ОБАВЕЗНИМ ВИДОВИМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ СТАНОВНИШТВА ИЗ 1970. ГОДИНЕ

Републички *Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва*[14] Скупштина Социјалистичке Републике Србије донела је 10. јула 1970. године, исти је објављен 18. јула 1970. године. Закон је ступио на снагу од наредног дана од дана објављивања у Службеном гласику Социјалистичке Републике Србије, а примењивао се од 1. јануара 1971. године.

Права из здравственог осигурања, предвиђена овим законом су:

а) здравствена заштита коју осигураници самостално утврђују у оквиру заједнице;

б) здравствена заштита која се на основу закона обавезно обезбеђује и спроводи путем здравственог осигурања;

в) новчане накнаде и помоћи које осигураним лицима припадају на основу закона, односно које заједница установи;

г) друга права из здравственог осигурања која самостално утврђују заједнице.

Обавезни видови здравствене заштите који се осигуравају и обезбеђују осигураним лицима и лицима која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем били су:

а) Откривање, спречавање, сузбијање и лечење туберкулозе, венеричних и других заразних болести које обухвата:

• систематске прегледе становништва у циљу откривања болести: пријављивање, имунизацију, хемио и дератизацију, епидемиолошки надзор над одређеним особама, активно епидемиолошко испитивање и потраживање посете;

• изолацију, превоз, преглед и лечење у свим здравственим организацијама или у стану болесника и давање лекова.

б) Нега, лечење и превоз душевних болесника који због природе и стања болести могу да угрозе свој живот и живот других људи или да оштете материјална добра околине, које обухвата:

• пријављивање, патронажне посете, преглед и лечење у свим здравственим организацијама или у стану и давање специфичних лекова (психофармака).

в) Здравствена заштита жена у вези са трудноћом, порођајем, материнством и контрацепцијом која обухвата:

• стручну контролу у току трудноће, амбулантно и болничко лечење и давање специфичних лекова код патолошких трудноћа;

• стручну помоћ код порођаја у здравственој организацији или стану;

• контролу здравственог стања жене после порођаја, амбулантно и болничко лечење и давање лекова код последица трудноће и порођаја до 6 месеци после порођаја;

• саветовање о примени и давање контрацептивних средстава;

• заштиту и лечење зуба у току трудноће и 6 месеци после порођаја (без протетике).

г) Потпуна здравствена заштита деце до навршене 15. године живота која обухвата:

• стручну контролу психичког и физичког развоја, патронажне посете, здравствени надзор над установама за децу;

• преглед, лечење и рехабилитацију у свим здравственим организацијама или у стану и давање лекова, смештај и опскрбу у свим здравственим организацијама мајке дојиље болесног детета до једне године живота, заштиту и лечење зуба.

д) Потпуна здравствена заштита школске омладине и студената виших и високих школа, факултета и уметничких академија до краја прописаног редовног школовања, али најдоцније до навршене 26. године живота која обухвата:

• систематске прегледе, здравствени надзор над школама, школским објектима и објектима за колективно становање;

• преглед, лечење и рехабилитацију у свим здравственим организацијама или у стану, давање лекова и свих врста ортопедских и протетичких помагала;

• заштиту и лечење зуба.

ђ) Здравствена заштита омладине до навршене 26. године живота која обухвата: спречавање, сузбијање и лечење реуматске грознице (и компликација) у свим здравственим организацијама или у стану и употребу одговарајућих лекова.

е) Мере за рано откривање и лечење малигних обољења које обухватају:

• пријављивање, систематске прегледе и патронажне посете;

• преглед и лечење у свим здравственим организацијама или у стану и давање лекова.

ж) Мере на превенцији, раном откривању и лечењу шећерне болести које обухватају:

• пријављивање, систематске прегледе, обезбеђење прибора и средстава за самоконтролу;

• преглед и лечење у свим здравственим организацијама или у стану и давање лекова.

з) Мере за рано откривање, спречавање, сузбијање и лечење ендемског нефритиса које обухватају:

• пријављивање, систематске прегледе становништва и патронажне посете;

• преглед и лечење у свим здравственим организацијама и давање лекова.

и) Здравствена заштита оболелих од прогресивних мишићних дистрофија која обухвата преглед и лечење оболелих у свим здравственим организацијама или у стану, давање специфичних лекова и патронажне посете.

ј) Здравствено васпитање које обухвата систематски рад са болесним и здравим становништвом, животне демонстрације, патронаже посете, примену очигледних здравствено-васпитних средстава и уређење здравствено-васпитног амбијента, све у оквиру организованог програмског рада.

Обим мера обавезних видова здравствене заштите утврђивао се програмом за спровођење обавезних видова здравствене заштите, који је доносила Републичка односно покрајинска скупштина.

За случај *повреде на раду и обољења од професионалних болести* осигураницима – радницима и осигураним лицима обавезно се обезбеђивало право на:

а) коришћење здравствене заштите и спровођење мера у циљу откривања и спречавања обољења од професионалних болести и повреда на раду;

б) коришћење свих врста медицинске помоћи и ортопедских средстава у циљу лечења и рехабилитације од последица повреда на раду, односно обољења од професионалне болести ради успостављања радне способности;

в) путне трошкове у вези са коришћењем здравствене заштите и рехабилитације.

Осигураницима – радницима обезбеђивало се и право на накнаду личног дохотка за све време трајања привремене спречености за рад проузроковане повредом на раду односно обољењем од професионалних болести, независно од дужине трајања здравственог осигурања.

Коришћење обавезних видова здравствене заштите и здравствене заштите за случај повреде на раду и обољења од професионалних болести обезбеђивало се у целини на терет средстава заједнице.

Осигураници – радници имали су право на *накнаду личног дохотка за време привремене спречености за рад*, ако су:

- услед болести или повреде привремено неспособни за рад, односно ради лечења или медицинских испитивања смештени у здравственим организацијама (привремено неспособни за рад);
- спречени да раде услед одређеног лечења или медицинских испитивања, која се не могу вршити ван осигураниковог редовног радног времена;
- изоловани као клицоноше или због појаве заразе у њиховој околини;
- одређени да негују оболелог члана уже породице или брачног друга – породиљу;
- одређени за пратиоца болесника упућеног на лечење или лекарски преглед у друго место.

Накнада личног дохотка припадала је од првог дана спречености за рад и за све време трајања те спречености.

Накнаду личног дохотка *за првих 30 дана* спречености за рад исплаћивала је радницима организација, грађанско правно лице, односно приватни послодавац на терет својих средстава.

Заједница здравственог осигурања на терет својих средстава обавезно обезбеђивала је:

1. осигуранику – раднициа накнаду личног дохотка за време одсуства због трудноће и порођаја у трајању које је као најмање утврђено законом и то од првог дана тог одсуства;

2. осигуранику – раднициа односно раднику накнаду личног дохотка за време спречености за рад због неге болесног детета млађег од три године и то од првог дана те спречености;

3. осигуранику – раднициа која по истеку породајног одсуства ради са скраћеним радним временом у смислу прописа о радним односима, због храњења детета за време проведено ван рада, припада део накнаде

личног дохотка у износу који одговара сразмери времена проведеног ван рада према пуном радном времену.

Накнада личног дохотка за време спречености за рад због неге оболелог члана уже породице припадала је најдуже до 15 дана ако је оболели члан породице млађи од 15 година, а до седам дана ако је старији од 15 година, као и у случају неге брачног друга – породиље.

Висину накнаде личног дохотка која се исплаћивала на терет средстава заједнице здравственог осигурања, односно на терет средстава грађанско-правног лица, односно приватног послодавца, утврђивала је заједница, а висину накнаде која се исплаћивла на терет средстава организације утврђивала је организација.

Накнада личног дохотка одређивала се најмање у висини од 60% од основа за накнаду, с тим да није могла бити нижа од износа минималног личног дохотка утврђеног важећим прописима.

Висина накнаде износила 100% од основа за накнаду:

- за време привремене спречености за рад проузроковане повредом на раду или обољењем од професионалних болести;
- за време одсуства због трудноће и порођаја.

Радници, земљорадници и лица која су вршила самосталне професионалне делатности (осигураници), обавезно су осигуравали себе и чланове својих породица на здравствену заштиту и друга права из здравственог осигурања, у оквиру *самоуправних заједница здравственог осигурања*. Самоуправне заједнице здравственог осигурања истих категорија осигураника удруживале су се у *заједницу здравственог осигурања и реосигурања*. Највиши орган управљања самоуправних заједница здравственог осигурања и заједницу здравственог осигурања и реосигурања била је с*купштина*.

11. ЗАКОН О ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ ИЗ 1979. ГОДИНЕ

Закон о здравственој заштити[15] донет је 13. јула 1979. године. Закон је објављен у „Службеном гласнику СРС“ од 21. јула 1979. године, а ступио је на снагу осмог дана од дана објављивања. Доношењем овог закона материје из области здравствене заштите и здравственог осигурања обједињене су.

У систему здравственог осигурања централно место имале су *самоуправне интересне заједнице здравствене заштите* и то:

а) за територију више општина, односно за територију града Београда (међуопштинске заједнице) и

б) за територију Републике (Републичка заједница).

Основна здравствена заштита која се корисницима обезбеђивала овим законом обухватала је:

- обавезне видове здравствене заштите и мере активне здравствене заштите утврђене овим законом;
- лекарске прегледе и друге врсте медицинске помоћи у циљу утврђивања, праћења и проверавања здравственог стања;
- предузимање стручних медицинских мера и поступака за унапређивање здравственог стања односно спречавање, сузбијање и рано откривање болести и других поремећаја здравља;
- превенцију и лечење болести уста и зуба;
- лечење болесника, друге врсте медицинске помоћи и медицинску рехабилитацију у здравственим организацијама и у стану;
- лекове, помоћни материјал који служи за примену лекова и санитетски материјал потребан за лечење;

• протезе, ортопедска и друга помагала, помоћне и санитарне справе, зубнотехничку помоћ и зубнотехничка средства.

Накнада личног дохотка за време привремене спречености за рад одређивала се најмање у висини од 70% од основа за накнаду, и није могла бити мања од износа 60% од просечног месечног чистог личног дохотка по раднику у привреди општине, односно града Београда обрачунатог у претходном периодичном обрачуну.

Накнада личног дохотка за време привремене спречености за рад проузроковане повредом на раду, професионалном болешћу, као и давањем ткива и органа, обезбеђивала се у висини од 100% од основа за накнаду личног дохотка.

Основ за утврђивање накнаде личног дохотка за време привремене спречености за рад одређивао се најмање у износу просечног месечног личног дохотка који је радник остварио у календарском полугодишту које претходи времену у којем наступа случај по коме се стицало право на накнаду.

Накнаду личног дохотка *за првих 30 дана спречености за рад* исплаћивала је организација, односно послодавац из својих средстава.

Самоуправне интересне заједнице, у правном систему земље постојале су до 1990. године. Круг осигураника и обим права на здравствену заштиту, за време њиховог постојања, проширен је. Основе новог система социјалног осигурања дате су у Уставу Републике Србије из 1990. године, тако да су и прописи из области здравствене заштите и здравственог осигурања почели са њиме да се уклађују.

12. ЗАКОН О ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ ИЗ 1990. ГОДИНЕ

Закон о здравственој заштити,[16] који је слично Закону о здравственој заштити из 1979. године уређивао материју из области здравствене заштите и здравственог осигурања, донет је 25. јануара 1990. године.

У Србији од 1. априла 1990. године више не постоје СИЗ-ови здравствене заштите, уместо њих формирани су *фондови.*

Фондови су образовани за шире подручје од општинског, са једноставном организацијом и мањом стручном службом, што је омогућило ефикасније одлучивање.

На територији Србије било је *18 општинских фондова* здравствене заштите и здравственог осигурања (сваки је покривао територију више општина) и *један градски фонд* здравствене заштите и здравственог осигурања (за територију града Београда).

Основна права из здравственог осигурања била су:

1) здравствена заштита;

2) накнада личног дохотка за време привремене спречености за рад;

3) накнада путних трошкова у вези са коришћењем здравствене заштите (даље: накнада путних трошкова);

4) накнада погребних трошкова.

Здравствена заштита обухватала је:

• лекарске прегледе и друге врсте медицинске помоћи у циљу утврђивања, праћења и проверавања здравственог стања;

• предузимање стручних медицинских мера и поступака за унапређивање здравственог стања, односно спречавање, сузбијање и рано откривање болести и других поремећаја здравља;

• превенцију и лечење болести уста и зуба;

• лечење оболелих и повређених и друге врсте медицинске помоћи;

• медицинску рехабилитацију у амбулантно-поликлиничким условима, болници и у кући, а у здравственим установама које спроводе специјализовану рехабилитацију деце, омладине, у случају професионалних болести и повреда на раду, после акутних обољења и повреда, као и медицинску рехабилитацију

других обољења и стања утврђених актом Републичког фонда;

- лекове, помоћни материјал који служи за примену лекова и санитетски материјал потребан за лечење;
- протезе, ортопедска и друга помагала, помоћне и санитарне справе, стомато-протетску помоћ и стоматолошке материјале.

Обим и садржај здравствене заштите, као и начин њеног спровођења утврђивао је Републички фонд.

Накнада личног дохотка за време привремене спречености за рад одређивала се најмање у висини од 70% од основа за накнаду, и није могла бити мања од зајемченог личног дохотка утврђеног по прописима о радним односима.

Накнада личног дохотка за време спречености за рад проузроковане повредом на раду, професионалном болешћу, као и због одржавања трудноће и давања ткива и органа, обезбеђивала се у висини од 100% од основа за накнаду.

Основ за утврђивање накнаде личног дохотка за време привремене спречености за рад чинио је лични доходак у месецу који претходи месецу у коме је наступио случај по коме се стиче право на накнаду.

Накнаду личног дохотка *за првих 30 дана* спречености за рад исплаћује организација, односно послодавац из својих средстава.

Накнада путних трошкова и накнада погребних трошкова обезбеђивала се осигуранику и члану његове породице, односно домаћинства, у случају потребе, у складу са општим актом Републичког фонда.

Средства за здравствену заштиту и друга права из здравственог осигурања обезбеђивала су се доприносом за здравствено осигурање из личних доходака радника, односно из одговарајућих прихода дргих радних људи и грађана и из дохотка предузећа и других организација и заједница које утврђују и распоређују доходак, као и из буџета друштвено-политичке заједнице.

13. ЗАКОН О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ ИЗ 1992. ГОДИНЕ

Од 1992. године материја из области здравственог осигурања поново се регулише посебним законом.

Закон о здравственом осигурању[17] донет је 2. априла 1992. године, објављен је 4. априла и ступио је на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије“.

За разлику од потпуне *децентрализације*, која је постојала у области здравственог осигурања у периоду „слободне размене рада“, овим законом уведена је *централизација*.

Здравствено осигурање на територији читаве Републике спроводило се посредством једне организације – Републичког завода за здравствено осигурање и 30 његових филијала (са испоставама) које нису имале својство правног лица ни органе. Изменама Закона о здравственом осигурању из децембра 1998. године („Службени гласник РС“, број 46/98), укинута је *скупштина* Републичког завода за здравствено осигурање, тако да су његови органи били управни одбор, надзорни одбор и директор.

Права из здравственог осигурања била су:

1) здравствена заштита;

2) накнада зараде за време привремене спречености за рад;

3) накнада путних трошкова у вези са коришћењем здравствене заштите и

4) накнада погребних трошкова.

Обавезним здравственим осигурањем обезбеђивана је *здравствена заштита* која је обухватала:

- медицинске мере и поступке за унапређивање здравственог стања, односно спречавање, сузбијање и рано откривање болести и других поремећаја здравља;
- лекарске прегледе и друге врсте медицинске помоћи у циљу утврђивања,

праћења и проверавања здравственог стања;

- лечење оболелих и повређених и друге врсте медицинске помоћи;
- превенцију и лечење болести уста и зуба;
- медицинску рехабилитацију у амбулантно-поликлиничким и стационарним условима;
- лекове, помоћни материјал који служи за примену лекова и санитетски материјал потребан за лечење;
- протезе, ортопедска и друга помагала; помоћне и санитарне справе, стомато-протетску помоћ и стоматолошке материјале.

Осигураном лицу *до 15 године живота* изузетно могло се одобрити лечење у иностранству, под условима утврђеним општим актом Завода, ако је у питању оболење и стање које се није могло лечити у Југославији, а у земљи у коју се осигураник упућивао постојале су могућности за успешно лечење тог оболења. Ограничење у погледу година живота за упућивање на лечење и иностранство укинуто је доношењем важећег Закона о здравственом осигурању 2005. години.

Накнада зараде за време привремене спречености за рад која се обезбеђивала из средстава Завода износила је 65% од основа за накнаду и није могла бити нижа од минималне зараде утврђене у складу са законом.

Накнада зараде која се обезбеђивла из средстава Завода износила је 100% од основа за накнаду и није могла бити нижа од минималне зараде утврђене у складу са законом, у случајевима када је узрок спречености за рад био: повреда на раду и професионална болест; добровољно давање ткива и органа, и одржавање трудноће.

Висина накнаде зараде коју је обезбеђивао послодавац из својих средстава утврђивала се у складу са прописима о раду и Законом о здравственом осигурању и такође износила је 100% за случајеве повреда на раду и професионална болест, добровољно давање ткива и органа, и одржавање трудноће.

Основ за утврђивање накнаде зараде чинила је зарада утврђена у складу са законом, општим актом или уговором о раду, коју би осигураник остварио у месецу за који се исплаћује накнада зараде да није наступила привремена спреченост за рад, као и накнада зараде због рада са скраћеним радним временом, односно накнада зараде због рада на другом одговарајућем послу у складу са прописима о пензијском и инвалидском осигурању.

Накнаду зараде за случајеве привремене спречености за рад *за првих 30 дана спречености за рад* обезбеђује послодавац из својих средстава, а после тога дана Завод. До доношења Закона о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању, априла 2002. године („Службени гласник РС“, број 18/02), накнаду зараде **за првих 60 дана** спречености за рад обезбеђивао је послодавац, а после тога Завод.

Накнада зараде на терет Завода обезбеђивала се од првог дана спречености за рад осигуранику спреченом за рад због добровољног давања ткива и органа и осигуранику мајци, односно оцу, усвојиоцу или другом лицу које се стара о детету, за време привремене спречености за рад због неге болесног детета млађег од три године.

Накнада трошкова превоза припадала је у случају да осигурано лице остварује здравствену заштиту у другом месту које је удаљено најмање 30 км од његовог места становања.

У случају смрти осигураника и чланова њихових породица, лицу које изврши сахрану припадала је *накнада погребних трошкова*.

Накнада погребних трошкова припадала је у висини од 50% од просечне месечне зараде по запосленом на територији Републике, у претпоследњем месецу у односу на дан сахране, утврђене према податку републичког органа надлежног за посло-

ве статистике. Доношењем важећег Закона о здравственом осигурању, 2005. године, накнада погребних трошкова, као право из здравственог осигурања, укинуто је.

14. ЗАКОН О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ ИЗ 2005. ГОДИНЕ

Важећи *Закон о здравственој заштити,*[18] којим долази до децентрализације у систему здравствене заштите, и *Закон о здравственом осигурању*, који задржава централизацију здравственог осигурања, донети су 2005. године, са каснијим изменама и допунама.

Права из обавезног здравственог осигурања запослених и других грађана, обухваћених обавезним здравственим осигурањем, организација и финансирање обавезног здравственог осигурања, добровољно здравствено осигурање и друга питања од значаја за систем здравственог осигурања, у Републици Србији уређују се *Законом о здравственом осигурању,*[19] који се примењује од 10. децембра 2005. године.

У Републици Србији, у складу са овим законом, здравствено осигурање је:

1) *обавезно* здравствено осигурање (здравствено осигурање којим се запосленима и другим грађанима обухваћеним обавезним здравственим осигурањем, на начелима солидарности и узајамности, као и другим начелима утврђеним законом, обезбеђују право на здравствену заштиту и право на новчане накнаде) и

2) *добровољно* здравствено осигурање (осигурање од настанка ризика плаћања учешћа у трошковима здравствене заштите, осигурање грађана који нису обавезно осигурани, односно који се нису укључили у обавезно здравствено осигурање, као и осигурање на већи обим и стандард и друге врсте права из здравственог осигурања).

Врсте добровољног здравственог осигурања су: 1) паралелно здравствено осигурање, 2) додатно здравствено осигурање, 3) приватно здравствено осигурање.

Обавезно здравствено осигурање обезбеђује се и спроводи у *Републичком фонду за здравствено осигурање*. Законом о изз менама и допунама Закона о здравственом осигурању, из августа 2011. године („Службени гласник РС“, број 57/ 11) Републички ***завод*** за здравствено осигурање променио је назив у Републички ***фонд*** за здравствено осигурање.

Одређени послови обавезног здравственог осигурања спроводе се и у *филијалама* Републичког фонда и њиховим *испоставама* и у *Покрајинском фонду за здравствено осигурање*, који *немају својство правног лица*.

Добровољно здравствено осигурање могу да спроводе правна лица која обављају делатност осигурања у складу са законом, као и Републички фонд за здравствено осигурање.

Средства за остваривање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се уплатом доприноса за обавезно здравствено осигурање, као и из других извора, у складу са законом.

Обавезно здравствено осигурање **обухвата**:

1) осигурање за случај болести и повреде ван рада;

2) осигурање за случај повреде на раду или професионалне болести.

Права из обавезног здравственог осигурања, у складу са законом, обезбеђују се:

а) осигураним лицима (осигураницима и чланови породице осигураника);

б) лицима која се укључују у обавезно здравствено осигурање;

ц) лицима којима се у одређеним случајевима обезбеђују права из обавезног здравственог осигурања и

д) држављанима, односно осигураницима земаља са којима је закључен међународни уговор о социјалном осигурању.

Осигураници су физичка лица која су обавезно осигурана у складу са законом, и то:

1) лица у радном односу, односно запослена у привредном друштву, другом правном лицу, државном органу, органу јединице локалне самоуправе и аутономне покрајине, као и код физичких лица (у даљем тексту: запослени);

2) цивилна лица на служби у Војсци и војним јединицама и војним установама;

3) изабрана, именована или постављена лица, ако за обављање функције остварују зараду, односно плату или накнаду зараде;

4) лица која, у складу са законом којим се уређује рад, обављају послове ван просторија послодавца;

5) лица која, у складу са законом којим се уређује рад, обављају послове кућног помоћног особља;

6) држављани Републике који су на територији Републике запослени код страних или међународних организација и установа, страних конзуларних или дипломатских представништава или су запослени код страних правних или физичких лица, ако међународним уговором није друкчије одређено;

7) лица у радном односу, односно запослени упућени на рад у иностранство, односно запослени у привредном друштву или другом правном лицу које обавља делатност или услуге у иностранству, ако нису обавезно осигурани по прописима те земље, или ако међународним уговором није друкчије одређено;

8) запослени родитељ, усвојитељ, хранитељ, односно старатељ који одсуствује са рада док дете не наврши три године живота, док му мирују права и обавезе по основу рада, у складу са прописима о раду;

9) држављани Републике запослени у иностранству код страног послодавца који немају здравствено осигурање страног носиоца здравственог осигурања или који нису обавезно осигурани према прописима стране државе, односно ако права из здравственог осигурања по прописима те државе, за себе или чланове своје породице, не могу остваривати или користити ван територије те државе;

10) страни држављани и лица без држављанства који су, на територији Републике, запослени код страних правних или физичких лица, ако међународним уговором није друкчије одређено, као и код међународних организација и установа и страних дипломатских и конзуларних представништава, ако је такво осигурање предвиђено међународним уговором;

11) држављани Републике запослени у домаћинствима држављана Републике у радном односу у иностранству код организације чије је седиште на територији Републике;

12) лица која имају право на новчану накнаду по основу незапослености, према прописима о запошљавању;

13) лица која обављају привремене и повремене послове у складу са законом којим се уређује рад (лица која нису у радном односу, запослени који раде непуно радно време – до пуног радног времена и корисници старосне пензије);

14) лица која у складу са законом обављају привремене и повремене послове преко омладинске, односно студентске задруге а имају навршених 26 година живота, односно без обзира на године живота ако нису на школовању;

15) лица која по престанку радног односа остварују право на накнаду зараде због повреде на раду или професионалне болести, у складу са овим законом;

16) лица која обављају послове по основу уговора о делу, по основу ауторског уговора, по основу уговора о породичном смештају према прописима о социјалној заштити, као и по основу других уговора код којих се за извршен посао остварује накнада (у даљем тексту: уговорена накнада);

17) лица која су оснивачи, чланови, односно акционари привредних друштава (ортачка друштва, командитна друштва, друштва са ограниченом одговорношћу, акционарска друштва и друге правне форме привредних друштава, односно предузећа), који у њима нису засновали радни однос

али обављају одређене послове (у даљем тексту: оснивачи привредних друштава);

18) предузетници који су регистровани за обављање законом дозвољене делатности у виду занимања ради самосталног обављања делатности, обављања делатности слободне професије, као и самостални уметници, у складу са законом (у даљем тексту: предузетници);

19) спортисти, који у складу са законом којим се уређује спорт обављају спортску делатност као самосталну делатност;

20) свештеници и верски службеници који те послове обављају као самосталну делатност;

21) пољопривредници старији од 18 година живота, који обављају пољопривредну делатност као једино или основно занимање, у складу са законом, ако нису: осигураници запослени, осигураници самосталних делатности, осигураници из тачке 17) овог става, корисници пензија, лица на школовању;

22) корисници пензије и права на новчане накнаде који су ова права остварили према прописима о пензијском и инвалидском осигурању;

23) држављани Републике који примају пензију или инвалиднину искључиво од иностраног носиоца осигурања док бораве или имају пребивалиште на територији Републике, односно који примају пензију од државе са којом не постоји билатерални споразум о социјалном осигурању или ако права из здравственог осигурања по прописима државе исплатиоца пензије, за себе или чланове своје породице, не могу користити или остваривати ван територије те државе;

24) страни држављани који на територији Републике раде код домаћих организација, односно приватних послодаваца на основу посебних уговора о размени стручњака или споразума о међународној техничкој сарадњи;

25) страни држављани за време школовања или стручног усавршавања на територији Републике.

Својство осигураника може се стећи само по једном основу осигурања.

Осигураницима, *у складу са чланом 22. Закона*, сматрају се и лица која припадају групацији становништва која је изложена повећаном ризику оболевања; лица чија је здравствена заштита потребна у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лечењем болести од већег социјално-медицинског значаја; као и лица која су у категорији социјално угроженог становништва, ако не испуњавају услове за стицање својства осигураника или ако права из обавезног здравственог осигурања не остварују као чланови породице осигураника, и то:

1) деца до навршених 18 година живота, школска деца и студенти до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година, у складу са законом; Законом о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању, из 2011. године („Службени гласник РС“, број 57/ 11), горња граница за здравствено осигурање деце, на терет средстава буџета РС подигнута је са 15 на 18 година.

2) жене у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;

3) лица старија од 65 година живота;

4) особе са инвалидитетом, по прописима о пензијском и инвалидском осигурању, као и ментално недовољно развијена лица;

5) лица у вези са лечењем од ХИВ инфекције или других заразних болести које су утврђене посебним законом којим се уређује област заштите становништва од заразних болести, малигних болести, хемофилије, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултипле склерозе, лица у терминалној фази хроничне бубрежне инсуфицијенције, цистичне фиброзе, системске аутоимуне болести, реуматске грознице, болести зависности, оболели од ретких болести; као и лица обухваћена здравственом заштитом у вези са давањем и примањем ткива и органа;

6) монаси и монахиње;

7) материјално необезбеђена лица која примају новчану социјалну помоћ, односно која су корисници породичне инвалиднине, по прописима о социјалној заштити, односно по прописима о заштити бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата;

8) корисници сталних новчаних помоћи, као и помоћи за смештај у установе социјалне заштите или у друге породице, по прописима о социјалној заштити;

9) незапослена лица и друге категорије социјално угрожених лица чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са овим законом;

10) корисници помоћи – чланови породице чији је хранилац на одслужењу војног рока;

11) лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште, односно боравиште у Републици;

12) жртве насиља у породици;

13) жртве трговине људима.

У складу са *чланом 12. Закона о здравственој заштити*, средства за остваривање здравствене заштите лица из *члана 22. Закона о здравственом осигурању*, у случају да нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, обезбеђују се у *буџету Републике* и преносе се организацији за обавезно здравствено осигурање.

Права из обавезног здравственог осигурања јесу:

1) *право на здравствену заштиту*;

2) *право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад осигураника*;

3) *право на накнаду трошкова превоза* у вези са коришћењем здравствене заштите.

У односу на Закон о здравственом осигурању из 1992. године изостављено је право на *накнаду погребних трошкова*.

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

Право на здравствену заштиту које се обезбеђује обавезним здравственим осигурањем **обухвата**:

1) мере превенције и раног откривања болести;

2) прегледе и лечење жена у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;

3) прегледе и лечење у случају болести и повреде;

4) прегледе и лечење болести уста и зуба;

5) медицинску рехабилитацију у случају болести и повреде;

6) лекове и медицинска средства;

7) протезе, ортозе и друга помагала за кретање, стајање и седење, помагала за вид, слух, говор, стоматолошке надокнаде, као и друга помагала (у даљем тексту: медицинско-техничка помагала).

Републички фонд може прописати претходну сагласност првостепене лекарске комисије за коришћење здравствене заштите, а посебно за одређене врсте дијагностичких и терапијских поступака, стационарно лечење или кућну негу.

У остваривању права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, Законом је прописан проценат од цене здравствене услуге који пада на терет средстава здравственог осигурања (100%, најмање 95%, најмање 80% и најмање 65%**).**

Републички фонд за сваку календарску годину доноси општи акт којим уређује садржај, обим и стандард права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања за поједине врсте здравствених услуга и поједине врсте болести, проценат плаћања из средстава обавезног здравственог осигурања до пуног износа цене здравствене услуге, као и проценат плаћања осигураног лица.[20]

Основ за обрачун *накнаде зараде за време привремене спречености за рад осигураника*, као једног од права из области здравственог осигурања, коју исплаћује послодавац из својих средстава, утврђује се у складу

са прописима о раду, а за обрачун накнаде зараде која се исплаћује из средстава обавезног здравственог осигурања основ чини *просечна зарада коју је осигураник остварио у претходна три месеца пре месеца у којем је наступила привремена спреченост за рад*.

Зараду која се исплаћује из средстава обавезног здравственог осигурања чини зарада за обављени рад и време проведено на раду, утврђена у складу са прописима о раду, и то: основна зарада запосленог и увећана зарада по основу времена проведеног на раду за сваку пуну годину рада остварену у радном односу.

Висина накнаде зараде коју обезбеђује послодавац **за првих 30 дана** спречености за рад осигураника из својих средстава утврђују се у складу са прописима о раду и законом.

Висина накнада зараде која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, као и из средстава послодаваца износи **65%** од *основа за накнаду зараде*.

Висина накнаде зараде која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, као и из средстава послодавца, у случајевима професионалне болести или повреде на раду, као и добровољног давања органа и ткива, изузев добровољног давања крви, износи **100% од основа за накнаду зараде**.

Висина накнаде зараде која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања *не може бити нижа од минималне зараде* утврђене у складу са прописима о раду за месец за који се врши обрачун накнаде зараде, *нити виша од 65%, односно 100%* највишег основа за накнаду зараде утврђеног у складу са овим законом.

Накнада трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите обезбеђује се осигураним лицима, као и пратиоцу осигураног лица, у случају упућивања у здравствену установу ван подручја матичне филијале, ако је здравствена установа удаљена *најмање 50 километара* од места његовог становања.

Односи између матичне филијале, односно Републичког фонда и даваоца здравствених услуга, поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту, уређују се *уговором*.

Доношењем *Закона о изменама Закона о здравственом осигурању* („Службени гласник РС“, бр. 123/14), број чланова управног одбора Републичког фонда смањен је са 21 на 7 чланова (од којих се четири именују на предлог министра надлежног за послове здравља), а број чланова надзорног одбора смањен је са 7 на 5 чланова (од којих се три именују на предлог министра надлежног за послове здравља), чиме министарство надлежно за послове здравља преузима функцију управљања Републичким фондом.

ЗАКЉУЧАК

Реформа система здравствене заштите је континуиран и унапред добро осмишљен, процес.

При реформисању система здравствене заштите, поред искустава других земаља, у првом реду земаља са сличним системом, значајна су и властита искуства, а у чему Србија не оскудева.

Историја развоја здравственог осигурања у Србији дуга је више од 130 година. У овом раду, као и у претходном,[1] аутори су указали само на основне правце у развоју организације, финансирања и садржаја и обима права из области здравственог осигурања. Међутим, и тај увид указује нам неопходност и корисност детаљнијег изучавања развоја система здравственог осигурања у Србији у претходном периоду, а све у циљу што бољег осмишљавања његовог даљег развоја.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рајко Косановић, Христо Анђелски: Оановни правци развоја здравственог осигурања у Републици Србији (1922–2014.), Здравствена заштита, Београд, 2015; 3: .

2. Законом о осигурању радника, „Службене новине" број 117/22.

3. Закон о спровођењу социјалног осигурања на подручју Демократске Федеративне Југославије, „Службени лист ДФЈ", број 29/45.

4. Закон о социјалном осигурању радника намештеника и службеника, „Службени лист ФНРЈ", број 65/46.

5. Закон о социјалном осигурању радника и службеника и њихових породица, „Службени лист ФНРЈ", бр. 10/50, 13/50, 4/51, 11/51 и 46/51.

6. Закон о здравственом осигурању радника и службеника, „Службени лист ФНРЈ", број 51/54.

7. Закон о пензијском осигурању, „Службени лист ФНРЈ", број 51/57.

8. Закон о инвалидском осигурању, „Службени лист ФНРЈ", број 49/58.

9. Уредба о фондовима за узајамно помагање, „Службени лист ФНРЈ", број 51/56.

10. Закон о установљењу здравственог осигурања пољопривредних произвођача, „Службени лист ФНРЈ", број 27/59.

11. Закон о здравственом осигурању, „Службени лист ФНРЈ", број 22 /62 и 53 /62.

12. Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању, „Службени лист СФРЈ", бр. 15/65, 29/66, 52/66 и 23/67.

13. Општи закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва, „Службени лист СФРЈ", број 20/69.

14. Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва, „Службени гласник СРС". број 27/70.

15. Закон о здравственој заштити, „Службени гласник СРС", бр. 30/79, 59/82, 18/83, 22/84, 50/84, 51/85, 49/86, 22/87, 35/87 – исправка, 42/87 – пречишћен текст, 46/87 – исправка, 8/88 и 20/89.

16. Закон о здравственој заштити, „Службени гласник СРС", број 4/90.

17. Закон о здравственом осигурању, „Службени гласник РС" бр. 18/92, 26/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96, 46/98, 54/99, 29/2001 и 18/2002).

18. Закон о здравственој заштити, „Службени гласник РС", бр. 107/05, 72/09 – др. закон, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 – др. закон и 93/14.

19. Закон о здравственом осигурању, „Службени гласник РС", бр. 107/05, 109/09 – исправка, 57/11, 110/12 – УС, 119/12, 99/14 и 123/14.

20. Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2015. годину, „Службени гласник РС", број 1/15.

Контакт: Рајко Косановић, e-mail: drrajko.kosanovic@gmail.com

UDK BROJEVI: 338.48-6:615.8(497.11)
005.412:614.2

РАЗВОЈ ЗДРАВСТВЕНОГ ТУРИЗМА КАО ПОТЕНЦИЈАЛНИ ИЗВОР ПРИХОДА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ

Сања Пауновић[1], Споменка Пауновић[2], Рајко Косановић[3]

HEALTH TOURISM DEVELOPMENT AS A POTENTIAL SOURCE OF INCOME IN SERBIAN HEALTH INSTITUTIONS

Sanja Paunović, Spomenka Paunović, Rajko Kosanović

Сажетак

Србија има дугу традицију и велике потенцијале у здравственом туризму. У свету и Европи су веома популарни пакет аранжмани који обједињују медицинске и туристичке услуге и при томе доносе значајне приходе – што је приказано и потврђено на већем броју примера у раду.

Имајући у виду досадашњи тренд смањивања средстава здравственим установама за остваривање права из здравственог осигурања, аутори су анализирали могућност да здравствене установе сопствене изворе средстава увећају путем медицинског туризма, што је данас веома раширена пракса у многим земљама, не само развијеним него и у земљама у развоју.

Кључне речи: *здравствена заштита, здравствено осигурање, медицински туризам.*

Summary

Serbia has a long tradition and great potential in health tourism. In the world and in Europe are very popular packages that combine medical and tourist services and thereby make a substantial revenues – what is shown and confirmed on a number of examples in the paper.

Having in mind the current trend of reducing funds health care institutions, to exercise the right to health insurance, the authors analyzed the possibility that health institution's, increase their own sources of funding through medical tourism, which is now very widespread practice in many countries, not only developed, but also in developing countries.

Keywords: *health care, health insurence, medical tourism.*

[1] Др Сања Пауновић, Савез самосталних синдиката Србије, Београд (Confederation of Autonomous Trade Union of Serbia, Belgrade). PhD is a Senior Adviser in the Confederation of Autonomous Trade Unions of Serbia. Previously, she was employed in a series of government departments for Serbia and the federal government of Serbia and Montenegro. She has authored several books and has written over 50 articles.
[2] Др Споменка Пауновић, Правно-биротехничка школа, Земун, (Legal-Administration School, Zemun).
[3] Др Рајко Косановић, Београд, (Belgrade). PhD is Counsellor to the President of the Confederation of Autonomous Trade Unions of Serbia. Previously, he was employed at the Health Secretariat of the City Assembly of Belgrade as Assistant Secretary for Economic Affairs. He has published several books and has written over 190 articles.

УВОД

Здравствене установе из Плана мреже здравствених установа у Републици Србији, у складу са чланом 159 Закона о здравственој заштити („Сл. гласник РС“, бр. 107/05, 72/09 – др. закон, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 – др. закон и 93/14), пружајући јавне услуге, као корисник јавних средстава, остварују средства за рад из јавних прихода и то: 1) доприноса за обавезно социјално осигурање закључивањем уговора са организацијом за обавезно здравствено осигурање; 2) буџета Републике, односно оснивача и 3) прихода насталих употребом јавних средстава за услуге које нису обухваћене уговором са организацијом за обавезно здравствено осигурање (издавање у закуп слободног капацитета, односно на коришћење непокретности и покретних ствари у државној својини, односно у својини аутономне покрајине и јединице локалне самоуправе, приходи настали продајом услуга корисника јавних средстава чије је пружање уговорено са физичким и правним лицима на основу њихове слободне воље, обављање научноистраживачке и образовне делатности, и др.).

Највећи проценат средстава за рад здравствене установе остварују закључивањем уговора са организацијом за обавезно здравствено осигурање, односно са Републичким фондом за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички фонд). У 2014. години, на пример, приходи остварени закључивањем уговора са Републичким фондом у укупним приходима и примањима здравствених установа учествовали су са 85,88%.

Имајући у виду спровођење мера фискалне консолидације и реално смањивање средстава за остваривање права из здравственог осигурања, намеће се нужност да здравствене установе изналазе додатне изворе средстава, односно да увећају учешће сопствених извора средстава у укупним средствима.

У овом раду аутори анализирају могућност да здравствене установе, које су у могућности, сопствене изворе средстава увећају путем медицинског туризма, што је данас веома раширена пракса у многим земљама, не само у развијеним већ и у такозваним земљама у развоју.

ПОЈАМ И ОБЛИЦИ ЗДРАВСТВЕНОГ ТУРИЗМА

Здравствени туризам обухвата три облика туризма: *медицински* (који је у суштини везан за клинике и болнице), *лечилишни* (који се ослања на коришћење предности бањских, климатских и других лечилишта) и *wellness* (који се предузима и организује у лечилиштима и хотелима). Сва истраживања и подаци указују на натпросечан раст здравственог туризма од око 7% годишње (како се процењује до 2017. године), подстакнут високом укупном потрошњом у износу од око 115 милијарди евра и снажним утицајем на европску привреду од око 328 милијарди евра.[1] Томе доприноси профил гостију у здравственом туризму, који су образовани, добростојећи, средњих година, спремни да потроше и до 130% више од просечног госта по путовању.[3]

Медицински туризам подразумева путовања на друге дестинације ради остваривања здравствене заштите, у којима су доступне различите *медицинске услуге*, од одређених припремних процедура, дијагностификовања (лекарских прегледа), лечења, преко парцијалних хируршких захвата, разних стоматолошких, козметичких и других третмана, до услуга медицинске неге и опоравка. Медицински туризам обухвата готово сваки тип здравствене заштите, укључујући и психијатрију, алтернативне третмане, те бригу око даљег опоравка. Популарност појединих услуга медицинског туризма је следећа: 34% естетска хирургија; 30% стоматологија; 7% ортопедска хирургија; 7% третмани претилости; 6% IVF третмани; 3% офталмолошка хирургија.[14]

Здравствено-превентивни туризам проистиче из мотивације да се здравље побољша привременом променом сталног места боравка појединца, одређеним повољним климатским или купалишним (бањским, приморским) местом. Циљ здравствено-превентивног туризма је спречавање болести и очување здравља, те се тако заснива на медицинским и другим програмима. У оквиру овог вида туризма, популарни су програми активног боравка и wellness програми. *Програме активног боравка* одликује дијагностификовање стања здравља и примена посебних програма – вежби за повећање функционалних и моторичких способности.

Лечилишни туризам је посебан сегмент здравственог туризма који се стручно, контролисано и на разне начине служи природним лековитим факторима и поступцима физикалне терапије у циљу очувања и унапређења здравља, те побољшања квалитета живота. Овај вид туризма се развија у правцу ревитализације психофизичких способности корисника услуга климатских, бањских и морских дестинација, односно лечилишта, путем посебних програма за опоравак.

Wellness је концепт који одликује висок ниво свести о људским потребама (постизању телесне и духовне равнотеже), те обухвата кретање, вежбање, здраву исхрану, опуштање и савладавање/превазилажење стреса. Најпопуларнији међу wellness програмима су третмани тела, спорт и fitness, затим сауне, јога, медитација, те нутриционизам и детоксикације, програми „тело, ум, дух“, учења о здравој исхрани, личном напретку и слично, као и физички изазови. При томе, треба разликовати *медицински wellness,* који подразумева организовано, уз мултидисциплинарни тим (лекара, нутриционисте, психолога, физиотерапеута и других), провођење здравствених и превентивних програма ради превенције болести и очувања и унапређења здравља, од *„холистичког“ wellnessa,* који је оријентисан на изградњу здравог стила живота или навика код људи у циљу оптималног (телесног, умног, духовног и емотивног) здравља, уз бављење нпр. јогом, медитацијом, затим одласком на третмане лепоте, масаже и слично.

ЕКСПАНЗИЈА МЕДИЦИНСКОГ ТУРИЗМА И КЉУЧНИ ФАКТОРИ УСПЕХА

Разлози због којих је здравствени туризам у жижи интересовања пре свега леже у знатно олакшаном организовању комплетног пакет аранжмана (превоз + смештај + медицински третман + опоравак) – развојем саобраћаја (посебно авио), напретком технологије, интересовањем људи за ценовно приступачну здравствену негу, као и растом расположивих прихода становништва који омогућава додатну потрошњу на здравствену заштиту. Паралелно са развојем и применом савремене технологије и високих стандарда здравствене неге, расту и очекивања од здравствене заштите.[5]

Појава иновативних приступа дијагностификовању, лечењу и опоравку, алтернативних метода, као и доступност информација путем интернета мењају слику савремене здравствене заштите.

С друге стране, систем здравствене заштите (јавни систем) је чак и у неким развијеним земљама у кризи. Дешава се да због неких процедуралних разлога (нпр. опорезивања), протекне доста времена од дијагностификовања проблема до саме медицинске интервенције, чак и када се ради о хитним случајевима, па уколико проблем може да се реши у некој другој земљи, бројни су покушаји и начини да се то и оствари. Поред тога, здравствено осигурање не покрива све видове хирургије (ортопедску, естетску, итд.) или намеће ограничења по питању избора објекта, хирурга или протетике која ће се користити, или је однос плаћеног и добијеног у јавним здравственим системима неповољан.

Листе чекања на одређене операције су често дуге, понекад и вишегодишње. Нпр. за уградњу кука у неким земљама постоје вишегодишње листе чекања, док на пример на Новом Зеланду, у Костарики, Сингапуру, Хонг Конгу, Тајланду, Куби, Колумбији, Филипинима и Индији пацијент може бити оперисан већ дан након доласка на клинику.

Тенденција старења становништва такође је у узрочно-последичној вези са експанзијом здравственог туризма. Често је здравствена заштита која се пружа у оквиру једне државе ограничена, или лошија у неким сегментима, а дешава се и да нема могућности за пружање и коришћење здравствене заштите на локалном нивоу.

У највећем броју ситуација, разлози због којих се људи одлучују на медицински туризам су: 1) ниски трошкови (високи трошкови код куће); 2) нема чекања (дуге листе чекања код куће); 3) доступност (услуге нису доступне код куће).

Успех здравственог туризма зависи од четири основна фактора, и то: 1) услуга, 2) институција које пружају услуге, 3) дестинација и 3) промоције/продаје.

1) Основна претпоставка за одабир дестинације медицинског туризма је постојање адекватне услуге, коју такође одређује низ фактора, као што су:

- могућност консултација и комуникација на страним језицима како би све неопходне информације, још пре доласка и пре одређених медицинских захвата, биле доступне и детаљно објашњене;
- информације о садржају услуга које се пружају морају бити транспарентне и јасне, као и процедуре у случају неких компликација;
- квалитетно, стручно и искусно особље – доктори, те друго медицинско и помоћно особље;
- избалансиран/повољан однос цене и квалитета медицинских услуга;
- задовољство госта и пратиоца услугама које се пружају током боравка на некој дестинацији.

2) Институције су кључан фактор успеха, а неколико уобичајних питања која се постављају су: углед установе, опремљеност здравствених објеката, осигурање у случају нежељених исхода, акредитација/сертификација, примена хигијенских процедура и атрактивност амбијента.

Здравствене установе (болнице, клинике) могу се определити да своје болничке капацитете попуне пријемом пацијената из иностранства и да на тај начин значајно допуне своје приходе. Успех медицинског туризма треба тражити у уској специјализацији према потребама корисника услуге/пацијента и идентификовању специфичних ниша, јер су тако шансе за остварење постављеног циља, а то је повећање сопствених прихода, далеко боље.

Најчешћа грешка је да се, ради остварења што већих прихода, улази у преамбициозне пројекте улагања у капацитете (објекте и опрему), чиме се првобитни циљ допуне сопствених прихода претвара у стварање великих инвестиционих губитака.

3) Битна одлика дестинације медицинског туризма требало би да буде лака доступност (без виза, брзе процедуре и слично) и уређеност, расположивост адекватног неболничког смештаја уз прихватљиве цене, доступност разних садржаја (спортско-рекреативних, културних, угоститељских...) и друго.

Најбржи начин да се изгуби посао од конкурентских дестинација (свуда у свету) је: увођење медицинског система виза који ограничава улазак медицинских туриста у земљу; пуњење болница медицинским туристима заједно са избеглицама и рањеницима из ратом захваћених подручја; одређивање двоструко већих цена за медицинске туристе у односу на локално становништво; нуђење ниских цена које се утростручe кад дође до наплате; заустављање оглашавања и маркетинг активности; веровање да ће конференција о медицинском туризму донети велике послове.

4) Систем промоције/продаје требало би да је добро организован од стране специјализованих организатора и туристичких агенција (али и ту здравствене установе треба да буду опрезне пошто се у тржишној економији дешава појављивање и гашење посредника/агенција које слабо разумеју заједничко функционисање медицине и туризма). Оно што је неопходно јесте доступност ажурираних информација, ефикасна промоција, једноставан начин плаћања, могућност организовања и здравственог и туристичког дела боравка.

ПРИХОДИ И ПРИМАЊА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

Укупни *приходи* и *примања* здравствених установа у Републици Србији које се налазе у Плану мреже у 2014. години износили су 227.448.290 хиљада динара, од чега су приходи остварени од Републичког фонда износили 195.331.422 хиљаде динара или 85,88%.

Према подацима добијеним од здравствених установа, учешће прихода из *сопствених извора* у укупним приходима здравствених установа износи 11,33% и по типовима здравствених установа приказано је у следећој табели:

Табела 1. *Сопствени приходи здравствених установа у 2014. години (у 000 дин.)*

Тип установе	Укупни приходи и примања	Приходи из сопствених извора	Индекс
1	2	3	4=3/2
Апотеке	35.870.209	11.456.737	31,94
Домови здравља	48.200.195	3.459.099	7,18
Институт/заводи за трансфузију	1.130.939	157.453	13,92
Опште и специјалне болнице	36.730.034	851.486	2,32
КБЦ	9.872.738	202.838	2,05
Здравствени центри	19.469.370	327.766	1,68
Клинички центри	36.726.790	1.905.428	5,19
Институти	17.588.927	1.286.278	7,31
РХ центри	7.244.625	2.843.233	39,25
Заводи за јавно здравље	5.297.037	2.440.128	46,07
Клинике	4.673.165	397.771	8,51
Заводи	4.644.261	439.789	9,47
Укупно:	227.448.290	25.768.006	11,33

Највеће учешће прихода из сопствених извора у укупним приходима имају заводи за јавно здравље (46,07%), центри за рехабилитацију (39,25%) и апотеке (31,94%). Здравствене установе у оквиру наведених група здравствених установа, поред прихода остварених по основу лечења осигураних лица, остварују и тржишне приходе, што утиче на висок проценат учешћа сопствених прихода у укупним приходима. Уочавамо ниже учешће прихода из сопствених извора код здравствених установа са терцијарног нивоа здравствене заштите.

Наплаћена *партиципација* не представља сопствени приход здравствених установа, јер су средства од партиципације обухваћена уговором који, у складу са Законом о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/2005, 109/2005 – испр., 57/2011, 110/2012 – одлука УС, 119/2012, 99/2014, 123/2014 и 126/2014 – одлука УС), закључују Републички фонд и здравствена установа.

На основу података исказаних у Извештајима о извршењу буџета Републичког фонда и здравствених установа извршена је

консолидација за период 1. 1 – 31. 12. 2014. године, и то (Табела 2):

1) *укупни консолидовани приходи и примања* Републичког фонда и здравствених установа у периоду јануар–децембар 2014. године износили су 255.533,00 милиона динара. Приходи и примања остварени су од: Организација обавезног социјалног осигурања (ООСО) 213.474,50 милиона динара или 83,54%, из осталих извора (сопствених прихода здравствених установа) 25.778,37 милиона динара или 10,09%, од општине – града 1.741,13 милиона динара или 0,68%, од Републике 13.238,14 милиона динара или 5,20%, од буџета Аутономне покрајине 947,45 милиона динара или 0,37%, а из донација 308,41 милиона динара или 0,12%.

2) *укупни консолидовани расходи и издаци* у износу од 251.792,71 милиона динара, финансирани су из: ООСО у висини од 210.980,29 милиона динара или 83,79%, из осталих извора 25.340,00 милиона динара или 10,07%, од буџета Републике 12.723,67 милиона динара или 5,05%, од општине – града 1.668,71 милиона динара или 0,66%, од аутономне покрајине 738,73 милиона динара или 0,29%, и из донација 341,31 милиона динара или 0,14%.

Табела 2. *Резултат консолидованих прихода и расхода Републичког фонда и здравствених установа у 2014. години (у милионима динара)*

Ред. бр.	Опис	Текући приходи	Остварр. примања	Укупно	Текући расходи	Извр. издаци	Укупно	Разлика
0	1	2	3	4=2+3	5	6	7=5+6	8=4-7
1	Укупно	255.285,46	247,54	255.533,00	251.547,41	245,30	251.792,71	3.740,29
2	ООСО	213.474,09	0,41	213.474,50	210.978,95	1,34	210.980,29	2.494,21
3	Од Репуб.	13.283,14		13.283,14	12.723,67		12.723,67	559,47
4	А.Покр.	947,45		947,45	738,73		738,73	208,72
5	Оп-град	1.736,49	4,64	1.741,13	1.666,86	1,85	1.668,71	72,42
6	Донације	304,42	3,99	308,41	337,15	4,16	341,31	-32,90
7	Ост.извори	25.539,87	238,50	25.778,37	25.102,05	237,95	25.340,00	438,37

У консолидованом извештају за период јануар–децембар 2014. године у изворним расходима (расходи за плате, превоз, енергенте, лекове, санитетски и остали потрошни материјал и др.) нису исказани расходи војних установа у Плану мреже (ВМА, Војномедицински центар Нови Сад и Војна болница Ниш) с обзиром на то да су као такви исказани у обрасцима које ове установе достављају Министарству одбране као свом ресорном министарству.

У Табели 3 дајемо приказ структуре консолидованих прихода и примања Републичког фонда и здравствених установа у периоду од 2008. до 2014. године. Као што нам табела показује учешће прихода и примања од ООСО, односно Републичког фонда у укупним консолидованим приходима Републичког фонда и здравствених установа кретало се од 80,13% у 2008. години, до 86,35% у 2013. години.

Табела 3. *Структура консолидованих прихода и примања Републичког фонда за здравствено осигурање и здравствених установа, 2008−2014.*

Ред. Бр.	Приходи и примања	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.
0	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Републички фонд	80,13	81,12	82,58	82,63	84,95	86,35	83,54
2.	Буџет Републике	3,67	2,64	1,65	1,60	2,31	1,53	5,20
3.	Буџет Аутономне покрајине	1,07	0,85	0,18	0,21	0,19	0,34	0,37
4.	Буџет града и општине	1,78	1,52	1,57	1,61	1,62	1,58	0,68
5.	Донације	0,13	0,13	0,18	0,13	0,15	0,15	0,12
6.	**Остали извори – сопств. прих.**	**13,22**	**13,74**	**13,84**	**13,82**	**10,78**	**10,05**	**10,09**
	УКУПНО	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,0	100,00

Приходи и *примања* Републичког фонда *по осигураном лицу*, у периоду од 2010. до 2014. године, кретали су се од 258,77 евра у 2010. години, до 282,20 евра у 2013. години.

Консолидовани приходи и примања Републичког фонда и здравствених установа по осигураном лицу, у периоду од 2010. до 2014. године кретали су се од 311,35 евра у 2010. години, до 334,40 евра у 2011. години.

Трошкови здравствене заштите per capita у земљама Европске уније (ЕУ) знатно су виши него у Србији. Земље ЕУ у 2011. години, на пример, просечно су за здравствену заштиту по становнику издвојиле 3.268 евра. Посматрано по земљама, ови трошкови износили су: 1.389 евра у Пољској, 1.601 евро у Мађарској, 1.884 евра у Чешкој, 2.428 евра у Словенији, 3.433 евра у Великој Британији, 4.338 евра у Немачкој, 5.388 евра у Норвешкој, итд.[3]

Табела 4. *Расходи за здравствену заштиту у европским земљама и САД у 2000, 2012, 2013.*[3, 13]

	Укупни расходи за здравствену заштиту, по становнику (у УСА доларима)			**Јавни расходи за здравствену заштиту, по становнику (у УСА доларима)**		
	2013	**2012**	**2000**	**2013**	**2012**	**2000**
Аустрија	5.427	5.206	2.406	4.111	3.951	1.820
Белгија	5.093	4.742	1.845	3.860	3.567	1.377
Босна и Херцеговина	449	446	103	314	318	59
Бугарска	555	520	97	329	292	59
Чешка	1.367	1.411	361	1.139	1.186	326
Естонија	1.072	994	214	835	783	165
Финска	4.449	4.158	1.700	3.349	3.119	1.212
Француска	4.864	4.644	2.209	3.771	3.592	1.754
Немачка	5.006	4.717	2.387	3.846	3.618	1.898
Грчка	2.146	2.070	918	1.492	1.390	551
Мађарска	1.056	999	326	671	625	230
Италија	3.155	3.114	1.527	2.462	2.408	1.134
Црна Гора	461	472	118	264	291	84
Холандија	6.145	5.836	1.932	4.907	4.646	1.219
Норвешка	9.715	9.312	3.165	8.303	7.919	2.611
Пољска	895	859	247	623	594	173
Португалија	2.037	2.000	1.064	1.317	1.280	708
Румунија	504	468	73	402	375	59
Русија	957	913	96	460	467	57
Србија	475	556	64	287	340	43
Словачка	1.454	1.377	208	1.018	960	186
Словенија	2.085	2.069	831	1.493	1.479	615
Шпанија	2.581	2.626	1.045	1.818	1.883	749
Швајцарска	9.276	9.071	3.541	6.122	5.970	1.963
БЈР Македонија	312	314	153	215	205	88
Турска	608	569	197	470	437	124
Украјина	313	290	36	170	161	18
Велика Британија	3.598	3.595	1.761	3.006	3.019	1.394
Сједињене Америчке Државе	9.146	8.845	4.818	4.307	4.153	2.074

АКРЕДИТАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

Медицински туризам је идентификован у преко педесет земаља света, али акредитовање, квалитет и друге мере значајно варирају од земље до земље.

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије је институција која се бави континуираним унапређењем квалитета и стандарда квалитета и безбедности у здравственом систему Србије, те у том смислу сарађује са бројним институцијама из система здравствене заштите: Републичким фондом, комората здравствених радника, комората здравствених установа, Институтом за јавно здравље – БАТУТ, са мрежом института и завода за јавно здравље, Српским лекарским друштвом, Медицинским факултетом Универзитета у Београду и медицинским, стоматолошким и фармацеутским факултетима у Србији, као и институцијама које се баве унапређењем квалитета здравствене заштите у Југоисточној Европи: Здравственом мрежом југоисточне Европе (SEE HN) и Европском мрежом акредитационих тела (EAN).[4]

Према члану 213 Закона о здравственој заштити[10] акредитација је поступак оцењивања квалитета рада здравствене установе, на основу примене оптималног нивоа утврђених стандарда рада здравствене установе у одређеној области здравствене заштите, односно грани медицине. Агенција врши проверу испуњавања стандарда и пружа стручну помоћ здравственим установама у испуњавању стандарда квалитета здравствене заштите у здравственим установама. Начин, поступак и услови за акредитацију здравствених установа у Србији прописани су Правилником о акредитацији здравствених установа („Сл. гласник РС“, бр. 112/2009).

Циљ акредитације је пре свега унапређење квалитета здравствених установа, безбедност пацијента, делотворно и исплативо пружање медицинских услуга, успостављање поверења корисника услуга и унапређење менаџмента у здравству.

Питањима акредитације у Сједињеним Америчким Државама се бави заједничка међународна комисија (*Joint Commission International – JCI*). Многе међународне болнице данас виде добијање акредитације JCI као начин за привлачење америчких пацијената, док неке болнице траже и двојне међународне акредитације, нпр. JCI како би покрили потенцијалне клијенте из САД и посебне акредитације препознатљиве потенцијалним корисницима услуга из Велике Британије и Европе.

Међутим, истраживањем смо открили да се развила цела једна нова индустрија или „бизнис“ у здравственом туризму, око издавања „импресивних“ сертификата здравственим установама, којим се потврђује „успех у медицинском туризму“. Овај систем функционише по принципу достављања обавештења о добитку „звучне“ награде, позиву на свечану доделу сертификата, с тим што се свечана додела сертификата плаћа (што покрива све поменуте трошкове), након чега следи додела сертификата и проглашење најбољим провајдером здравствених услуга. Иза оваквих сертификата не стоје међународни стандарди квалитета, стварање „најбоље праксе“, унапређење рада и знања о процесима и поступцима у установи. Неке приватне фирме и појединци из Босне и Херцеговине и Србије су годинама добијали овакве награде, што је веома озбиљан проблем ако се имају у виду ризици, етичка питања, неки пут и хазардни приступ.

ФИНАНСИЈСКИ ЕФЕКТИ МЕДИЦИНСКОГ ТУРИЗМА

У првих десет медицинских туристичких дестинација света, бар половина свој успех не заснива на такмичењу у ниским ценама, него промовишу квалитет, стварну бригу о кориснику услуга, специјализована знања и отвореност њихове културе. Неке од њих су

почеле да промовишу луксузни медицински туризам (слично као код хотела са 6 и 7 звездица, који не нуде 70% ниже цене). Код већине водећих медицинских туристичких дестинација света успех у остварeним приходима је резултат и јаке подршке владе.

Неке од најпривлачнијих светских дестинација медицинског туризма су: Тајланд, Индија, Сингапур, Малезија, Јужна Африка, Бразил, Мексико, Уједињени Арапски Емирати, Саудијска Арабија; а од европских Мађарска и Турска, у новије време, Чешка, Пољска и Шпанија (иако су у Шпанији знатно више цене услуга), а све присутније су Белгија и Словачка. Са друге стране, у Мађарској су цене знатно повољније код већег броја медицинских захвата, тако да је Мађарска у Европи ипак водећа дестинација медицинског туризма. Од привлачнијих светских дестинација треба поменути Малезију која је омиљена дестинација за алтернативне медицинске захвате, као и Дубаи чији „*Healthcare City*“ има бројне приватне болнице и клинике, те истраживачке и wellness центре. Трошкови медицинских третмана у Индији, Тајланду и у Сингапуру износе тек десетину суме новца коју би пацијент платио у Сједињеним Америчким Државама, тако да су то углавном популарне дестинације за америчке туристе.

Куба је већ пола века популарно одредиште медицинског туризма, које годишње посети на хиљаде пацијената из Латинске Америке и Европе. Разлог овако добре посећености је углед кубанских лекара, ниске цене услуга и близина морске плаже, на којој је могуће боравити до опоравка. Куба је нпр. 2006. године имала готово 20.000 туриста који су боравили на Куби из здравствених разлога. Медицински третмани на Куби укључују пре свега лечење рака, потом операцију ока, козметичку хирургију и рехабилитацију, а трошкови ових медицинских услуга су за око 60% до 80% мањи него у САД. Раст интереса „странаца” за кубански здравствени туризам драстично је повећан након приказивања документарног филма „Sick“ продуцента Мајкла Мура из 2007. године, који је сам повео групу америчких неосигураних болесника на Кубу како би добили неопходно лечење, које финансијски нису могли да остваре у оквиру здравственог систем своје земље, али су успели на Куби. Иначе, још један битан фактор убрзаног развоја медицинског туризма Кубе била је подршка владе, што је за резултат имало генерисање додатних прихода од туризма, а као предуслов за то значајно је повећан број аеродрома, хотелских соба и посетилаца, па је туризам тако постао својеврсна локомотива економском развоју земље.

Међу конкурентским дестинацијама медицинског туризма за Србију су битне: Мађарска, Аустрија, Словенија, Хрватска, које имају значајна улагања у објекте и опрему, те друге услове за удобан боравак. Турска доживљава нагли успон у медицинском туризму захваљујући и највећој концентрацији JCI сертификованих установа (око 50) у Европи. Пољска и Чешка имају запажено промовисање, а ове две земље су интересантне посебно медицинским туристима из Велике Британије. Бугарска и Румунија покушавају да се укључе на ово међународно тржиште, захваљујући великом броју минералних извора и лечилишних дестинација.

Компаративне листе цена медицинских услуга доступне су на интернету и олакшавају упоређивање цена медицинских третмана различитих здравствених установа широм света. Интернет сајт који смо користили као извор за овај рад (Табела 5) је Treatment Abroad,[8] који садржи могућност поређења цена по земљама, третманима и трошковима путовања (трошковима авио-превоза, смештаја и сл.).

Табела 5. *Компаративни приказ цена појединих медицинских третмана у туризму*

ЗЕМЉЕ/ТРЕТМАН	ЦЕНЕ (у еврима)
1. Круница (порцеланска)	
Турска	148
Пољска	189
Хрватска	248
Грчка	271
Шпанија	443
2. Facelifting	
Чешка	1.204
Тајланд	2.673
Мађарска	3.929
Мексико	5.953
Велика Британија	5.806
Швајцарска	11.134
3. Увећање задњице (уградњом импланта)	
Турска	1.593
Мађарска	3.528
Тајланд	6.679
4. Замена кука (потпуна)	
Пољска	3.367
Мађарска	3.670
Шпанија	11.294
Италија	17.261
5. Операција ока – Катаракте	
Литванија	339
Мађарска	1.125
Турска	2.655
6. Операција ока – Глаукома	
Кипар	994
Шпанија	2.100
7. Увећање груди	
Чешка	1.935
Турска	2.065
Велика Британија	5.528
Уједињени Арапски Емирати	6.449
Швајцарска	9.544

Пораст конзумеристичког приступа здравственој заштити заснива се на идеји да пацијент треба да има већу контролу над одлукама које утичу на његово здравље.

Осим лечења у иностранству, пацијенти су све више склони и тражењу алтернативне медицинске помоћи – на пример за овај тип лечења заинтересовано је чак 38 одсто Американаца. Три четвртине пацијената је спремно да контактира доктора и путем веб-страница и имејла, као и да оствари приступ својој медицинској документацији и резултатима медицинских испитивања путем интернета.

Међутим, перцепције медицинског туризма нису увек позитивне. Тако, на пример, земље које имају високе стандарде квалитета у здравству медицински туризам сматрају ризичним.

ЗАКЉУЧАК

Србија је земља која у здравственом туризму има традицију дужу од 160 година. Стабилне и јаке основе за развој здравственог туризма Србија има у природним потенцијалима (око 300 природних извора чији квалитет термалних вода је несумњив),

здравствено-лечилишним установама (преко 50), рехабилитационим центарима (25 РХ центара), а располаже и са око 2.000 медицинских услуга, квалитетним стручним медицинским кадром, савременом опремом за дијагностику и лечење, те другим природним предиспозицијама: реке, планине, бање, језера. Неке болнице, попут Војномедицинске академије, Клиничког центра Србије, Клиничко-болничког центра „Бежанијска коса", Очне клинике КБЦ „Звездара" су одлично уређене и спремне да странцима понуде своје услуге.

Долазак „low cost" авио компанија, квалитетне услуге и ниске цене лечења допринели су да у Београд све више долазе пацијенати из Енглеске, Италије, Швајцарске, Аустрије и Немачке, али и из Русије у РХ центре.

Будући потенцијал за развој српског медицинског туризма треба тражити и у региону (бившим југословенским републикама), у неким циљаним земљама и дијаспори, јер је неспорно да наши држављани на раду у иностранству током одмора у Србији користе услуге здравственог туризма.

Развој здравственог туризма Србије претпоставља да постоји доступност информација и водича за здравствено/медицински туризам, који пружају целовите неопходне информације о медицинским и туристичким дестинацијама у Србији, туристичко-медицинским програмима и актуелностима.

Светски трендови наговештавају даљи раст медицинског туризма, углавном услед демографског старења, промена у начину живота (све мање слободног времена, све више стреса и сл.) и других у раду поменутих фактора.

Здравствени туризам могао би да постане и значајан додатни извор прихода здравствених установа у Републици, посебно имајући у виду реално стање прихода из јавних извора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Deloitte Center for Health Solutions. Medical Tourism, Consumers in Search of Value, p. 2, 2008.
2. Други национални извештај о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији. Преглед и стање социјалне искључености и сиромаштва за период 2011–2014. године са приоритетима за наредни период. Влада Републике Србије. Страна 339. Октобар 2014.
3. Global Health Expenditure Datebase. URL: http://apps.who.int/gho/data/node.main.78?lang=en
4. Годишњи програм рада за 2015. годину. Агенција за акредитацију здравствених установа Србије.
5. Goering Laurie. For big surgery, Delhi is dealing. The Chicago Tribune, March 28, 2008.
6. Khrushchev Sergei, Henthorne L.Tony, Latour S. Michael. Cuba at the Crossroads, The Role of the U.S. Hospitality Industry in Cuban Tourism Initiatives. Cornell University, Volume 48, Issue 4, p. 402−415, 2007.
7. Правилник о акредитацији здравствених установа. Службени гласник РС 112/2009.
8. Treatment Abroad. URL: www.treatmentabroad.com (access June 2015)
9. Закон о здравственом осигурању. Службени гласник РС 107/2005, 109/2005 – испр., 57/2011, 110/2012 – одлука УС, 119/2012, 99/2014, 123/2014 и 126/2014 – одлука УС.

10. Закон о здравственој заштити. Службени гласник РС 07/2005, 72/2009 – др. закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 – др. закон и 93/2014.

11. Закон о туризму. Службени гасник РС 36/2009, 88/2010, 99/2011 – др.закон и 93/2012.

12. Закон о бањама. Службени гласник РС 80/92 и 67/93 – др. Закон.

13. World Health Organization. World health statistics 2015. p. 125–135.

14. Акцијски план развоја здравственог туризма. Анализа стања и SWOT. Институт за туризам. Загреб. 8. 12. 2014.

Контакт: Др Сања Пауновић, Савез самосталних синдиката Србије, Београд.

UDK BROJEVI:572.087

ИСПИТИВАЊЕ ПОСТУРАЛНЕ СТАБИЛНОСТИ ПОМОЋУ NEUROCOM BALANCE MASTER КИНЕЗИОМЕТРИЈСКЕ ПЛАТФОРМЕ

Марија Трајков[1], Стеван Јовановић[2], Драгана Кљајић[3]

EXAMINATION POSTURAL STABILITY WITH NEUROCO BALANCE MASTER PLATFORM

Marija Trajkov, Stevan Jovanović, Dragana Kljajić

Сажетак

Постурална стабилност представља способност тела да одржи тежиште изнад површине ослонца у различитим антигравитационим условима. Одговарајућа постурална контрола је од суштинског значаја за свакодневне активности и захтева интеграцију визуелних, проприоцептивних и вестибуларних информација. Примена компјутеризоване постурографије за испитивање постуралне стабилности добро је прихваћена у клиничким истраживањима, нарочито код стручњака који се баве проблемима одржавања и поремећајима баланса. Компјутеризована техника, у виду кинезиометријских платформи, пружа објективну процену баланса као и могућност праћења промена током времена.

Циљ рада је да се увидом у доступну литературу изврши ревијални преглед истраживања у којима је Neurocom Balance Master кинезиометријска платформа коришћена као инструмент истраживања, те да се утврди могућност њене клиничке употребе.

Резултати показују да се Neurocom Balance Master кинезиометријска платформа користи у различитим областима клиничког испитивања, нарочито у медицинској рехабилитацији и спорту, за процену стања постуралне стабилности, за праћење и евалуацију третмана, за предвиђање повреда доњих екстремитета и ризика од пада , као

Summary

Postural stability represents the ability of the body to maintain the centre of gravity above the surface of the support in various anti-gravitational conditions. Appropriate postural control is essential for everyday activities and requires integration of visual, proprioceptive and vestibular information. Application of computerized posturography for examination of postural stability is well adopted in clinical trials, especially by the experts working on the issues of maintaining and disorders of balance. Computerized technique, namely kinesiometric platforms, enables objective balance assessment and the ability to monitor changes over time.

The aim of this paper is to conduct a review of the research based on the insight in the available literature, where NeuroCom Balance Master kinesiometric platform was used as the research instrument, and to determine the possibility of its clinical application.

The results show that NeuroCom Balancer Master platform is used in various areas of clinical trials, especially for medical rehabilitation in sports, to estimate the state of the postural stability, to monitor and evaluate treatments, to forecast lower limb injuries and risks of falling-down, as well as for comparison with standard balance assessment tests in all age populations.

[1] Мр Марија Трајков, магистар дефектолошких наука, Висока здравствена школа струковних студија у Београду, Цара Душана 254, Београд.
[2] Мр Стеван Јовановић, магистар наука мултидисциплинарних научних области – неуронауке, Висока здравствена школа струковних студија у Београду, Цара Душана 254, Београд.
[3] Др Драгана Кљајић, доктор наука мултидисциплинарних научних области – неуронауке, Висока здравствена школа струковних студија у Београду, Цара Душана 254, Београд.

за компарацију са стандардним тестовима процене баланса у свим узрасним популацијама.

Кључне речи: *постурална стабилност, компјутеризована постурографија, Neurocom Balance Master кинезиометријска платформа.*

Keywords*: postural stability, computerized posturography, NeuroCom Balancer Master platform.*

УВОД

Постура представља начин одржавања усправног положаја, однос сегмената тела међу собом и у односу на простор. Контрола усправљене постуре је динамичан процес усклађивања реакције тела на сензорне информације које стижу из различитих рецептора са периферије ка централном нервном систему (ЦНС). Контролу осцилирања пројекције центра гравитације над површином ослонца у усправној постури обезбеђују балансне реакције кроз фину дистрибуцију постуралног тонуса. Сензорни инпути из многих система (соматосензорни, визуелни и вестибуларни) су од пресудног значаја за постурални тонус.[1]

Баланс или постурална стабилност је способност тела да се одржи тежиште изнад површине ослонца у различитим антигравитационим условима. Она подразумева способност сензорне детекције покрета тела, интеграције сензорних одашиљања у ЦНС, њиховог програмирања и извршавање одговарајућих неуромишићних одговора.[2, 3] Статичка постурална стабилност (статички баланс) представља способност да се одржи заузети положај[4], а динамичка постурална стабилност (динамички баланс) подразумева способност одржавања равнотеже приликом преласка из динамичког у статичко стање.[5]

Статичка и динамичка постурална стабилност зависи од стања очуваности и зрелости ЦНС-а, мобилности зглобова екстремитета и кичменог стуба, снаге мишића, визуелних способности, присуства бола, површине ослонца, висине и тежине особе, емоционалног стања.

Процењивање постуралне стабилности је од великог значаја за разумевање различитих промена и поремећаја у клиничким испитивањима.[6] У пракси постоје бројни тестови за процену који испитују различите модалитете постуралне стабилности. То су, пре свега, тестови стајања на једној нози, као што је *Stork Balance Stand Test*.[7] Затим, тестови за процену стабилности тела у покрету, као што су *Balance Board Test*[8] и *Multiple Single-Leg Hope Stabilization test*.[4]

У рехабилитацији се најчешће примењује *Ромбергов тест*, функционални тест „досезања“, процена стајања на једној нози и тандем ход-ход по правој линији.[2]

У свакодневној физиотерапеутској пракси баланс се испитује у оквиру испитивања реакција усправљања и равнотеже, које представљају адаптивно повећање тонуса у антигравитационим мишићима врата, трупа и екстремитета на страни на коју тело пада са циљем да се подупру тело и балансирање на супротној страни.[9]

Међутим, лекарима, физиотерапеутима и клиничарима често су потребне информације о интеграцији визуелне, вестибуларне и проприоцептиве компоненте постуралне стабилности. Ове процене се могу реализовати инструментализованом опремом (постурографија), као што је Neurocom Balance Master кинезиометријска платформа. Уз помоћ платформе се врши испитивање статичке и динамичке постуралне стабилности, а добијени резултати се називају „Индекс постуралне стабилности“. Плат-

форма омогућава не само процену баланса већ и вестибуларног система и пружа увид о нивоу физичке спремности за извођење свакодневних активности.[10] Тестови се изводе у различитим положајима: стајање на чврстој подлози са отвореним и затвореним очима, стајање на нестабилној (сунђерастој) подлози са отвореним и затвореним очима, нагињање тела у задатом правцу, ритмичко померање тежишта, прелазак из седећег положаја у стојећи, ход, ширина корака и брзина замаха при ходу, окретање у ходу по задатом налогу, искорак. У свим тестовима је доступно присуство визуелних повратних информација, преко курсора на монитору. Neurocom Balance Master кинезиометријска платформа поседује и могућност програма тренинга постуралне контроле.[11]

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да се увидом у доступну литературу изврши ревијални преглед истраживања у којима је као инструмент истраживања коришћена Neurocom Balance Master кинезиометријска платформа, те да се утврди могућност њене клиничке употребе.

МЕТОД

Доступна литература прегледана је претрагом електронских база података (EBSCO Medline, EBSCO host, ScienceDirekt, ProQuest) које су доступне преко Конзорцијума библиотека Србије за обједињену набавку (KoBSon).

ПРЕГЛЕД ИСТРАЖИВАЊА

Neurocom Balance Master кинезиометријска платформа се примењује у различитим узрасним популацијама и код пацијената који имају различите сензорне проблеме и обољења. [12, 13]

Позно животно доба је период који карактерише опадање мишићног тонуса, напредовање дегенеративних процеса, опадање виталности ткива и смањена потреба за физичком активношћу, па се променама у квалитету баланса поклања посебна пажња. Скоро 75% старих особа има неки облик дисфункције постуралне стабилности.[14] У истраживању које су спровели *Burke* и сарадници[15] 2012. године испитиван је утицај две различите групе вежби на постуралну контролу. Узорак је чинило 50 жена старих 65 година и више, оболелих од остеопорозе, које су биле сврстане у три групе. Прву групу су чиниле испитанице које су примењивале задате вежбе јачања мишића, друга група је примењивала вежбе истезања мишића, а трећу групу су чиниле испитанице које нису вежбале. Постурална стабилност испитивана је Neurocom Balance Master кинезиометријском платформом, а коришћен је тест сензорне интеракције баланса (*mCTSIB* тест, стајање на нестабилној подлози са затвореним очима), као и тест границе стабилности (*LOS* тест). Мишићна снага је испитивана динамометром, а скраћење задње ложе мерено је гониометром. Резултати истраживања показују статистички значајне разлике између група у односу на постуралну контролу. Прва група, која је примењивала вежбе јачања мишића, показала је боље резултате на оба испитивана теста у односу на трећу групу. Друга група је имала статистички значајну разлику у односу на трећу групу у тесту границе стабилности, док у односу на прву групу није имала боље резултате ни у једном испитиваном параметру постуралне контроле. Аутори у закључку наводе да примена вежби јачања мишића, као и вежби истезања мишића у трајању од осам недеља, доводи до значајног побољшања постуралне стабилности код жена које имају остеопорозу.

Yang и сарадници[16] су испитивали карактеристике хода и динамичку стабилност 18 особа које су се налазиле у раној фази Паркинсонове болести и 17 особа приближних година без обољења. Циљ истраживања био је утврђивање односа између хода

и динамичког баланса. У ту сврху је такође коришћена Neurocom Balance Master кинезиометријска платформа, и то тест границе стабилности (*LOS* тест) у неколико праваца (пут напред, у десну и леву страну). За описивање квалитета баланса анализирана су три параметра: брзина померања тежишта, максимално померање тежишта од центра базе ослонца и контрола померања тежишта. Ход је процењен уз помоћ GAITR система.[17] Ова студија је потврдила да особе у раном стадијуму Паркинсонове болести показују тенденцију споријег хода, крађу дужину корака и мању брзину померања тежишта у односу на здраве испитанике. Резултати истраживања показују да постоји међусобна повезаност елемената динамичке постуралне стабилности са карактеристикама хода. Односно, пролонгирано и смањено померање тежишта према напред као и, лошија контрола померања тежишта пут напред доводе до смањена брзине хода и краћег искорака.

Истраживање из 2010. године[18] приказује ефекте кинезитерапијског третмана код пацијената након мождано удара. Методом случајног узорка формирана је група од 32 испитаника, подељена у две подгрупе. Испитаници су добили задатак да три пута недељно по 30 минута примењују задати кинезитерапијски програм, у трајању од четири недеље. Експериментална група добила је додатни задатак, а то је увежбавање преласка из седећег у стојећи положај. Пре и након третмана је процењена постурална стабилност Neurocom Balance Master кинезиометријском платформом, тестом оптерећења доњих екстремитета (*WBS* тест) и тестом границе стабилности (*LOS* тест). Посматрани параметри су: расподела укупне тежине тела на оба стопала при мирном стајању, контрола померања тежишта и максимално померање тежишта од центра базе ослонца. За процену моторног опоравка коришћена је Брунстромова скала.[6] Након завршеног кинезитерапијског третмана и поновне процене постуралне стабилности, уочена је статистички значајна разлика у контроли померања тежишта у експерименталној групи (p=0.028) у односу на контролну групу. Посматрано унутар експерименталне групе (разлике између здраве и паретичне ноге) статистички значајну разлику аутори су уочили на *WBS* тесту (p=0,007), где је расподела укупне тежине тела након тренинга повећана у корист паретичне ноге (са 44.8% на 49.8%). Такође, у оквиру експерименталне групе запажена је разлика на тесту *LOS,* и то у правцу према здравој и према паретичној страни, где је контрола померања тежишта након четири недеље третмана била знатно боља на оба доња екстремитета (p=0.013 на паретичном екстремитету и p=0.025 на здравом екстремитету).

У студији *Feland* и сарадника[19] испитиване су разлике између мушкараца и жена у односу на померање тежишта приликом промене положаја тела у простору. У истраживању је учествовало 173 испитаника (107 мушкараца и 66 жена), који су били физички активни, подељени у две различите узрасне групе (група испитаника од 50 до 64 године и група испитаника од 65 година и више). Кинезиолошком платформом (Neurocom Balance Master) спроведен је тест промене положаја „седни и устани тест“ (*STS* тест), а посматрано је време преноса тежишта, индекс подизања и њихања тежишта изнад базе ослонца у току трансфера. Статистички значајна разлика уочена је у односу на пол и године. Мушки испитаници старости од 50 до 64 године су имали знатно већи индекс подизања у односу на старије испитанике оба пола. Старији испитаници мушког пола (65 година и више) имали су већи индекс подизања и њихања тежишта у односу на испитанике женског пола истих година (p=0.018), док код испитаника женског пола та разлика није била значајна у односу на године. Разлике нису уочене у осталим испитиваним параметрима *STS* теста. Из добијених резултата закључено је да индекс подизања и њихања тежишта са годинама опада, док време преноса тежишта и њихање тежишта изнад базе ослонца остаје

непромењено без обзира на пол и године у испитиваним групама.

Siriphorn и сарадници[20] 2015. године су испитивали утицај чула вида на промену положаја тела у простору. Главна претпоставка аутора је била да визуелне информације могу имати утицај на промену положаја из седећег у стојећи код младих здравих особа. У истраживању учествовала су 23 испитаника узраста од 18 до 23 године. Тест промене положаја („седни и устани тест" − *STS* тест) реализован је применом Neurocom Balance Master кинезиометријске платформе, и то са отвореним и са затвореним очима. Посматрани су следећи параметри: време преноса тежишта (WTT), индекс подизања (RI) и њихање тежишта изнад базе ослонца у току трансфера (CSV). Значајну разлику аутори су уочили у односу на два параметра (WTT i CSV). Установљено је да без визуелних информација долази до већег постуралног њихања тежишта изнад базе ослонца и пролонгираног времена преноса тежишта приликом обављања трансфера.

Способност спортиста да контролишу положај и померање тежишта предмет је интересовања истраживача, јер се сматра потенцијалним факторима ризика за настанак повреда скочног зглоба. *McGuine* и сарадници[21] су користећи Neurocom Balance Master кинезиометријску платформу испитивали повезаност постуралне контроле са могућом повредом скочног зглоба. У истраживању је учествовало 210 испитаника (119 испитаника мушког пола и 91 испитаник женског пола) средњошколаца који су редовно тренирали кошарку. Процена испитаника вршена је у предсезони. Испитаници у току сезоне нису користили помоћна средства за бандажу скочног зглоба. Код оних испитаника код којих је контрола постуралне стабилности била смањена показана је већа тенденција за повреду скочног зглоба. За испитивање стабилности тежишта коришћен је тест ослонца на једну ногу (*ULS* тест), са отвореним и затвореним очима. Већи постурални скор њихања тежишта био је у корелацији са настанком повреде скочног зглоба (p=0.001). Односно, код испитаника са високим скором њихања учесталост појаве уганућа скочног зглоба била је седам пута већа у односу на испитанике са ниским скором (p=0.002).

У студији коју су спровели *Waterman* и сарадници[22] испитиван је утицај одбојке на поједине компоненте баланса. У истраживању је учествовало 27 испитаника женског пола који се професионално баве одбојком, старости од 15 до 29 година. Циљ истраживања је био да се утврди да ли активно учествовање у утакмици утиче на постурално њихање тежишта и дужину искорака. У ту сврху коришћена су два теста горе поменуте кинезиометријске платформе: тест ослонца на једну ногу у условима затворених очију (*ULS* тест) и тест искорака једном ногом (*FL* тест), а испитаници су тестирани пре и непосредно након утакмице. Анализирајући параметре постуралног њихања и дужину искорака између доминантне и недоминантне ноге, пре и након утакмице, нису се уочиле статистички значајне разлике. Међутим, аутори су утврдили да се постурално њихање на доминантној нози знатно повећава (p=0,005), а да се дужина искорака обе ноге значајно смањује након утакмице (p=0,000). Наведене промене баланса нису биле повезане са временом протеклим од повреде, периодом опоравка као ни са позицијом играча у игри. Објашњење за овакве промене баланса непосредно након утакмице аутори повезују са већим оптерећењем једне ноге и могућим променама у неуромишићној функцији.

Утврђивање разлике у моторичким способностима након ампутације доњег екстремитета проучавали су *Jayakaran* и сарадници[23] и резултате публиковали 2014. године. Узорак истраживања сачињен је од 12 испитаника, подељених у две групе. Прву групу је чинило 6 испитаника са ампутацијом узрокованом васкуларним променама. Другу групу је чинило 6 испитаника са ампутацијом насталом након трауме. У спроведеном истраживању уочена је разлика у моторичким способностима брзог окрета између испитаника прве и друге

групе. Главна хипотеза истраживања је да васкуларне ампутације знатно утичу на моторичке способности брзог окрета у односу на трауматске. За доказивање хипотезе аутори су користили Neurocom Balance Master кинезиометријску платформу, тест корак и брзи окрет (*SQT*) и у оквиру теста су мерили време извршења заокрета (TT) и постурално њихање у заокрету (TS). Статистички значајне разлике јављају се између група у оба испитивана параметра, нарочито приликом окретања на протетисану страну, што указује на потребу модификовања рехабилитационог третмана код особа са ампутацијом доњег екстремитета где је узрок ампутације васкуларне природе.

ЗАКЉУЧАК

Постурална контрола зависи од интеграције импулса визуелног, вестибуларног и периферног нервног система. Мишићна снага, обим покрета, као и време реаговања такође имају утицаја на постуралну стабилност. Компјутеризована техника, у виду кинезиометријских платформи, пружа објективну процену баланса, као и могућност да се прате промене током времена. Због сложености система који учествује у постуралној стабилности, компјутеризована постурографија је оправдано заступљена у различитим научним областима. Широко примењена у медицинској рехабилитацији, у процени оних стања која нарушавају компоненте постуралне стабилности, као и у сагледавању успешности спроведеног третмана, платформа је нашла своје место у неурологији, ортопедији као и мишићно-скелетним дисфункцијама. Једна од врло важних анализа постуралне стабилности је откривање промена у сензомоторном систему које указују на могући ризик од пада. У спорту платформа је врло значајна као метода процене спремности спортиста и могућности појаве ризика од повређивања доњих екстремитета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Јовановић Л., Ковачевић Р., Ереш С., Кљајић Д. Држање тела – постура; Кинезитерапија у циљу превенције и корекције поремећаја држања тела. Београд: Атоспринт; 2014.

2. Павловић М. Одабрана поглавља из опште/основа кинезитерапије. Београд: Еуропринт; 2009.

3. Shumway-Cook A, Woollacott MH. Motor control: Theory and practical applications. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.

4. Riemann BL, Caggiano NA, Lephart SM. Examination of a clinical method of assessing postural control during a functional performance task. J Sport Rehabil 1999; 8: 171−83.

5. Goldie PA, Bach TM, Evans OM. Force platform measures for evaluating postural control: reliability and validity. Arch Phys Med Rehabil 1989; 70(7): 510–7.

6. Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams, JI, Maki B. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. Can J Public Health 1992; 83(2): 7−11.

7. Johnson BL, Nelson JK. Practical measurements for evaluation in physical education. 4th Edit. Minneapolis: Burgess, 1979.

8. Koen A.P. Lemmink, Kemper H, Mathieu H.G. de Greef, Rispens PP, Stevens M. *Reliability of the Groningen Fitness Test for the Elderly.* J Aging Phys Act 2001; 9: 194−212.

9. Јовановић Л., Ковачевић Р., Ереш С., Кљајић Д. Основи кинезитерапије. Београд: Атоспринт; 2013.

10. Lebib SBA, Missauoi B, Miri I, Salah FZB, Dziri C. Role of the Neurocom Balance Master in assessment of gait problems and risk of falling in elderly people. Ann Readapt Med Phys 2006; 49(5): 210−17.

11. NeuroCom International Inc. *Balance Master operator's manual*. Clackamas: NeuroCom International Inc., 2002.

12. Chiari L, Bertani A, Capello A. Classification of visual strategies in human postural control by stochastic parameters. Hum Mov Sci 2000; 19(6): 817–42.

13. Lin D, Seol H, Nussbaum M, Madigan M. Reliability of CoP-based postural sway measures and aged-related differences. Gait & Posture 2008; 28(2): 337–42.

14. Dillon CF, Gu Q, Hoffman HJ, Ko CW. Vision, hearing, balance and sensory impairments in Americans aged 70 years and older: United States, 1999–2006. NCHS Data Brief. 2010; 31: 1−8.

15. Burke TN, Franç, FJR, de Meneses SRF, Pereira RM, Marques AP. Postural control in elderly women with osteoporosis: comparison of balance, strengthening and stretching exercises. A randomized controlled trial. Clin Rehabil 2012; 26(11): 1021–31.

16. Yang YR, Lee YY, Cheng SJ, Lin PY, Wang RA. Relationships between gait and dynamic balance in early Parkinson's disease. Gait & Posture 2008; 27(4): 611–5.

17. Nelson AJ, Zwick D, Brody S, Doran C, Pulver L, Rooz G, et al. The validity of the GaitRite and the Functional Ambulation Performance scoring system in the analysis of Parkinson gait. Neurorehabilitation 2002; 17: 255–62.

18. Tung FY, Yang YR, Lee CC, Wang RY. Balance outcomes after additional sit-to-stand training in subjects with stroke: a randomized controlled trial. Clin Rehabil 2010; 24(6): 533–42.

19. Feland JB, Hager R, Merrill RM. Sit to stand transfer: performance in rising power, transfer time and sway by age and sex in senior athletes. Br J Sports Med 2005; 39(11): 39.

20. Siriphorn A, Chamonchant C, Boonyon S. The effects of vision on sit-to-stand movement. J Phys Ther Sci 2015; 27(1): 83–6.

21. McGuine TA, Greene JJ, Best T, Leverson G. Balance as a predictor of ankle injuries in high school basketball players. Clin J Sport Med 2000; 10(4): 239–44.

22. Waterman N, Sole G, Hale L. The effect of a netball game on parameters of balance. Phys Ther Sport 2004; 5(4): 200–7.

23. Jayakaran P, Johnson GM, Sullivan SJ. Turning performance in persons with a dysvascular transtibial amputation. Prosthet Orthot Int 2014; 38(1): 75–8.

Контакт: Марија Трајков, Висока здравствена школа струковних студија у Београду, Цара Душана 254, Београд, моб телефон: 0652322957; email: marijatstankovic@gmail.com

UDK BROJEVI:364-787.9-058.65(497.11)"2008/2014"
355.1-057.36(497.1)"1941/1945"

СОЦИЈАЛНО ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ БОРАЦА И ВОЈНИХ ИНВАЛИДА СУБНОР-А СРБИЈЕ

Предраг Јелача[1], Душанка Хавелка[2], Христо Анђелски[3], Бранислав Поповић[4], Андрија Мереник[5], Предраг Ђорђевић[6], Александар Шћепановић[7]

SOCIAL AND HEALTH STATUS OF VETERANS AND DISABLED VETERANS OF SERBIAN AAVNLW

Predrag Jelača, Dušanka Havelka, Hristo Anđelski, Branislav Popović, Andrija Merenik, Predrag Đorđević, Aleksandar Šćepanović

Сажетак

Борачко-инвалидска заштита спада у обавезе државе, као што је међународним прописима о правима ветерана из Другог светског рата прописано. Код нас је борачко-инвалидска заштита регулисана у више закона, а брига о остваривању права и стању социјалне сигурности спада у значајно подручје рада организације СУБНОР.

Циљ овог истраживања је унапређење социјално здравственог стања бораца и војних иивалида континуираном активношћу СУБНОР-а.

Подаци о социјално здравственом стању бораца прикупљају се на основу јединственог упитника. Ово је остварено вишегодишњом сарадњом Комисије за борачко-инвалидску заштиту са више од 50 градских и општинских одбора СУБНОР-а. Истраживање је реализовано од 2008. до 2014. године у 52 града и општине на подручју целе Републике Србије.

Анкетирано је 10.988 бораца НОР-а, потомака палих бораца и поштовалаца, а у значајном броју градова и општина, обухваћени су и учесници ратова из деведесетих

Summary

Veteran's protection belongs to responsibility of states, such as international laws on the rights of veterans from World War II prescribed. In our veteran's protection is regulated in several laws, and the rights and state of social security is one of the important area work of the Serbian organization Alliance of the Association of Veterans of National Liberation War (AAVNLW).

The aim of this research is to improve the social and health status of Veterans and Disabled Veterans through continuous activity AAVNLW.

Data on social and health status of Veterans and Disabled Veterans were collected on the basis of a questionnaire. This was accomplished through many years of cooperation between the Commission for Protection of Veterans and Disabled Veterans with more than 50 city and municipal board AAVNLW. The survey was conducted from 2008 to 2014 in 52 cities and municipalities in the whole territory of the Republic of Serbia.

[1] Прим. др Предраг Јелача, Савез удружења бораца Народноослободилачког рата Србије, Републички одбор, Комисија за борачко-инвалидску заштиту, Београд, Савски трг 9.

[2] Мр сц. Душанка Хавелка, Савез удружења бораца Народноослободилачког рата Србије, Републички одбор, Комисија за борачко-инвалидску заштиту, Београд, Савски трг 9.

[3] Проф. др Христо Анђелски, Савез удружења бораца Народноослободилачког рата Србије, Републички одбор, Комисија за борачко-инвалидску заштиту, Београд, Савски трг 9.

[4] Прим. др сц. мед. Бранислав Поповић, Савез удружења бораца Народноослободилачког рата Србије, Републички одбор, Комисија за борачко-инвалидску заштиту, Београд, Савски трг 9.

[5] Андрија Мереник, Савез удружења бораца Народноослободилачког рата Србије, Републички одбор, Комисија за борачко-инвалидску заштиту, Београд, Савски трг 9.

[6] Прим. др Предраг Ђорђевић, Савез удружења бораца Народноослободилачког рата Србије, Републички одбор, Комисија за борачко-инвалидску заштиту, Београд, Савски трг 9.

[7] Прим. др Александар Шћепановић, Клинички центар Подгорица, Црна Гора.

година прошлог века. Од 8.576 обрађених анкета у 23,6% случајева (2.020) су особе женског пола. Особе старости 80 и више година чине 74% испитаника. Своје здравствено стање 56% анкетираних оценило је као лоше и врло лоше. Уочено је да од 730 анкетираних, старих 85 и више година, њих 402 (55,1%) је ограничено покретно, а њих 45 (6,2%) је непокретно. Од 6.839 анкетираних свих старосних група, њих 2.221 (32,5%) су са израженим ограничењима, док скоро свака друга особа, са 85 и више година, има озбиљних тешкоћа у одржавању личне хигијене. Нешто више од две петине анкетираних (42,4%) који су одговорили на питање о породичним приликама, живе у вишечланим домаћинствима. Преко 80% анкетираних бораца и потомака палих бораца своје материјално стање оценило је као добро и задовољавајуће. Регистровано је 2.342 (27.3%) захтева анкетираних за услугама помоћи у кући и 1.295 (15,1%) захтева за смештај у установе за пензионере и стара лица.

Обрадом и анализом добијених података, а посебно оствареном сарадњом са градским и општинским одборима СУБНОР-а, представницима здравствених и социјалних установа, представницима локалне смоуправе, у значајној мери су реализовани циљеви пројекта **„Социјално-економски положај и здравствене потребе бораца и војних инвалида“.** *То је и основа за планирање активности борачких организација на свим нивоима, и за спровођење мера на побољшању социјалне сигурности, ефикасније здравствене заштите, пензијског и инвалидског осигурања и за делотворну сарадњу са надлежним државним институцијама и органима и установама на локалном нивоу у чију надлежност спада социјална и здравствена заштита бораца и војних инвалида.*

Кључне речи: *борци и војни инвалиди, социјална сигурност, Србија.*

The surveying was 10,988 National Liberation War Veterans, descendants of martyrs and admirers, and in a significant number of cities and municipalities are covered by the participants of the wars of the nineties in XX century. In 23.6% of cases (2,020) were females of 8,576 processed questionnaires. Persons aged 80 and over accounted for 74% of respondents. His state of health of 56% of respondents rated it as bad and very bad. It was noted that of 730 respondents aged 85 and over, 402 of them (55.1%) had limited mobility, and 45 of them (6.2%) is immobile. Out of 6,839 respondents of all age groups, 2,221 of them (32.5%) are with severe limitations, while almost every other person with 85 years or more, have difficulties in maintaining personal hygiene. Slightly more than two-fifths of respondents (42.4%) who responded to the question on family circumstances, live in large families. Over 80% of respondents veterans and descendants of martyrs their material condition is rated as good and satisfying. Registered 2,342 (27.3%) require of veterans for support services at home and 1,295 (15.1%) requests for care in institutions for old people and pensioners.

Processing and analyzing the data obtained, particularly with the cooperation with city and municipal committees AAVNLW, representatives of health and social services, representatives of local government, are substantially realized goals of the project "Socio-economic status and health needs of Veterans and Disabled Veterans." It is also the basis for planning the activities of veterans' organizations at all levels, and to implement measures to improve social security, more efficient health care, pension and disability insurance, and for effective cooperation with state institutions and bodies and institutions at the local level responsible for the social and health care of war veterans and invalids.

Keywords: *veterans and disabled veterans, social security, Serbia.*

УВОД

Републички одбор Савеза удружења бораца Народноослободилачког рата Србије 1941–1945. и 1999. (СУБНОР) своју улогу, према социјалној сигурности бораца и војних инвалида, заснива на традицији Народноослободилачке борбе (НОБ), када је спасавање живота рањених бораца био приоритетни задатак. Рањени борци би залечили ране и враћали се у борбу, а после завршетка рата су наставили рад према преосталим способностима као ратни војни инвалиди. Број бораца и војних инвалида се годинама смањује, а њихове године се увећавају. Просечна старост им се креће од 86 до 95 година. У овим годинама дејством ратних последица и старосне доби расте број њихових обољења и имају све више потреба у одржавању здравственог стања и социјалне сигурности.

Борачко-инвалидска заштита спада у обавезе државе, као што је међународним прописима о правима ветерана из Другог светског рата прописано. Код нас је борачко- инвалидска заштита регулисана у више закона а брига о остваривању права и стању социјалне сигурности спада у значајно подручје рада организације СУБНОР-а.

У том циљу од 2008. године, започело је истраживање на тему. "Социјално економски положај бораца и војних инвалида", уз финансијску подршку Министарства рада и социјалне политике, обезбеђену на основу пројекта на ову тему. Трајање истраживања, број бораца и војних инвалида укључених у истраживачки поступак и број места у којима се истраживање спроводи, зависи од средстава које Министарство додели на годишњем нивоу за ово истраживање, и кадровских услова општинских организација СУБНОР-а.

ЦИЉ РАДА

Циљ овог истраживања је унапређење социјално здравственог стања бораца и војних инвалида континуираном активношћу СУБНОР-а.

МЕТОД РАДА

Подаци о социјално-здравственом стању бораца прикупљају се на основу јединственог упитника. Упитником су обухваћене три групе питања: 1. старост, пол, услови становања, борачки статус; 2. здравствено стање, укључујући и податке о физичким способностима и степену зависности од туђе неге и помоћи и 3. породичне и социјалне прилике и материјално стање.

У првој фази истраживачког поступка учествују пројектом предвиђени општински или градски одбори СУБНОР-а. Они из реда својих чланова одређују борце који ће бити испитивачи и борце и војне инвалиде који ће бити испитаници. Поступак снимања социјално здравственог стања бораца и војних инвалида врши се на основу јединственог упитника у стамбеном простору испитаника.

Испитивачи и испитаници током одговора на питања у упитнику разговарају и о другим питањима и проблемима испитаника а испитивач их уписује на полеђини упитника. На такав начин одбор СУБНОР-а стиче више података о стању и проблемима испитиваних бораца и војних инвалида и може да им пружи бржу и адекватнију помоћ.

У даљем истраживачком поступку попуњени упитници се достављају Комисији за борачко-инвалидску заштиту РО СУБНОР-а на обраду и припрему Извештаја о социјално здравственом стању бораца и војних инвалида у општини или граду у којима је извршено испитивање. Комисија доставља Извештај одборима СУБНОР-а, у местима где је извршено испитивање заједно са раније попуњеним упитницима. Сврха Извештаја је да омогући овим одборима да планирају и спроводе мере заштите бораца и војних инвалида у свом граду и да, на основу података у попуњеним упитницима, сачини списак најугроженијих бораца којима је неопходна помоћ, и да се за те борце и војне инвалиде обраћају код надлежних стручних организација и органа локалне управе за помоћ у оквиру њихове надлежности.

Општинским и градским одборима СУБНОР-а се од стране Републичког одбора пружа помоћ и тиме што његова Комисија за борачко-инвалидску заштиту организује стручно методолошке скупове за више општина у којима је спроведено истраживање. На ове скупове позивају се и представници домова здравља, општинских односно градских служби за борачко-инвалидску заштиту, центара за социјални рад, геронтолошких центара и организације Црвеног крста.

Ова пракса се показала корисном због тога што се на тај начин стиче боља информисаност, сазна више података и оцена о стању и проблемима борачко-инвалидске заштите и успоставе непосреднији односи присутних учесника, битни за сарадњу на плану социјалне сигурности бораца и војних инвалида.

Овај елаборат је плод вишегодишње успешне сарадње Комисије за борачко-инвалидску заштиту са више од 50 градских и општинских одбора СУБНОР-а на реализацији овог пројекта.

РЕЗУЛТАТИ

Истраживање је реализовано од 2008. до 2014. године у 52 града и општине на подручју целе Републике Србије. Анкетирано је 10.988 бораца НОР-а, потомака палих бораца и поштовалаца, а у значајном броју градова и општина, обухваћени су и учесници ратова из деведесетих година прошлог века.

1. Пол и старост анкетираних

Већину анкетираних чине учесници НОР-а и потомци палих бораца.

Због непотпуности података у достављеним упитницима, а делом и због грешака начињених приликом уноса и формирања електронске базе података, статистичком обрадом је обухваћено 8.576 (78%) анкетираних, од чега 2.020 (23,6%) особа женског пола (Табела 1).

Табела 1. *Пол и старост анкетираних.*

ПОЛ	Број анкетираних	Године живота					
		испод 80		80-84		85 и више	
		број	%	број	%	број	%
мушки	6556	1769	27.0	1023	15.6	3764	57.4
женски	2020	460	22.8	476	23.6	1084	53.6
Свега:	8576	2229	26.0	1499	17.5	4848	56.5

У старосној структури испитаника, 74% су особе старости 80 и више година, што је била циљна група овог пројекта. С обзиром на то да је ово истраживање реализовано током седам година, старосна структура анкетираних се мењала. Из године у годину је удео најстаријих испитаника (85 и више година) постепено растао па је њихово учешће у појединим срединама достизало до 90 процената.

Уносом расположивих података из попуњених упитника, по градовима и општинама, у служби Републичког одбора СУБНОР-а формирана је електронска база података која, сем личних података са местом становања, адресом и бројем телефона, садржи податке о статусу у борачкој организацији, породичним и материјалним приликама, здравственом стању, функционалној способности, изабраном лекару, условима и могућностима коришћења услуга здравствених и социјалних служби.

2. Здравствено стање и социјална сигурност

Наведени подаци из анкетних упитника били су основа за опис стања и дефинисање врсте и нивоа здравствено-социјалних потреба, сагледавање породичних и других околности, повезаних са спремношћу борачких организација да на адекватан начин реагују и мобилишу потенцијале локалне заједнице, државних и стручних институција, на решавању актуелних проблема својих најугроженијих чланова.

2.1. Здравствено стање и коришћење здравствених услуга

Већина испитаника (8.486) дали су податке **о свом здрављу**, наводећи обољења и симтоме и дајући сопствену процену здравља. Тако је утврђено да 56 посто анкетираних своје здравствено стање оцењује као лоше и врло лоше. У срединама где су анкетирањем обухваћени претежно учесници НОР-а и потомци палих бораца, више од 75 посто је лошег здравственог стања (Табела 2).

Табела 2. *Здравствено стање у односу на старост.*

СТАРОСТ	Број одговора	Субјективна оцена здравственог стања					
		задовољавајуће		лоше		врло лоше	
		број	%	број	%	број	%
испод 80	2236	1199	53.6	906	40.5	131	5.9
80-84	1509	521	34.5	763	50.6	225	14.9
85 и више	4741	2014	42.5	2148	45.3	579	12.2
Свега:	8486	3734	44.0	3817	45.0	935	11.0

Уз оцену да је здравље лоше, анкетиране особе су наводиле два, три и више обољења, укључујући и оштећења слуха, последице повређивања и хируршких интервенција.

Функционалне способности оцењене су на основу података о могућностима кретања и самосталног одржавања личне хигијене. Ови параметри, као специфичне компоненте здравља, допуњују већ описано лоше стање здравља и указују на директну повезаност са годинама живота. Као илустрација ове тврдње наводе се одговори 730 анкетираних старих 85 и више година, од којих је 402 (55,1%) ограничено покретних, а 45 (6,2%) непокретних (Табела 3).

Табела 3. *Способност кретања.*

СТАРОСТ	Број одговора	Ниво способности					
		очувана		ограничена		неповратна	
		број	%	број	%	број	%
испод 80	1286	1136	88.3	114	8.9	36	2.8
80-84	79	36	45.6	35	44.3	8	10.1
85 и више	730	283	38.8	402	55.1	45	6.2
Свега:	2095	1455	69.4	551	26.3	89	4.3

О способностима **самосталног одржавања личне хигијене** изјаснило се укупно 6.839 анкетираних свих старосних група, од којих је 2.221 (32,5%) са израженим ограничењима, док скоро свака друга особа, са 85 и више година, има озбиљних тешкоћа у одржавању личне хигијене (Табела 4).

Табела 4. *Способност самосталног одржавања личне хигијене.*

СТАРОСТ	Број одговора	Ниво способности			
		потпуна		ограничена	
		број	%	број	%
испод 80	2195	1996	90.9	199	9.1
80-84	1311	852	65.0	459	35.0
85 и више	3333	1770	53.1	1563	46.9
Свега:	6839	4618	67.5	2221	32.5

Значајан је број бораца и војних инвалида који су навели проблеме у **коришћењу здравствене заштите**, као што су: лични трошкови за лекове, дуго чекање приликом посета код изабраног лекара, тешкоће при заказивању дијагностичких претрага и специјалистичких прегледа, одсуство контакта са теренским службама дома здравља (кућне посете, кућно лечење, посете патронажних сестара).

2.2. Социјално-економски положај

Ова област анализирана је на основу података о породичним приликама, материјалном стању и посебним социјалним потребама.

Нешто више од две петине анкетираних (42,4%) који су одговорили на питање о породичним приликама, живе у вишечланим домаћинствима, што је претпоставка за узајамну помоћ и солидарност. У групацији старијих од 80 година, њих 35 и више процената **живе сами**, а приближно исти број у двочланим старачким домаћинствима (Табела 5).

Табела 5. *Породичне прилике и материјално стање.*

Величина домаћинства	Број одговора	%	Материјално стање	Број одговора	%
самац	1551	22.5	добро	2955	38.9
двоје	2417	35.1	подношљиво	3134	41.3
три и више	2918	42.4	лоше	1504	19.8
Свега:	6886	100.0	Свега:	7593	100.0

Преко 80 посто анкетираних бораца и потомака палих бораца своје **материјално стање** оценило је као добро и задовољавајуће, па и у случајевима када су наводили сасвим скромне личне и породичне приходе. Ово је битан разлог одсуства ангажованости центара за социјални рад у ситуацијама када би њихова помоћ била драгоцена. На овај закључак указују и захтеви 2.342 (27.3%) анкетираних за **услугама помоћи у кући**, и 1.295 (15,1%) за смештај у установе за **пензионере и стара лица**.

Поред одсуства довољног ангажовања државних органа (задужених служби локалне самоуправе за борачку и инвалидску заштиту), ни одбори борачких организација нису били довољно активни да траже помоћ социјалних служби (центара за социјални рад, геронтолошких центара), вероватно и због непознавања права бораца и војних инвалида из ове области.

3. Сарадња са градским и општинским одборима

Од почетка реализације пројекта у Београду 2008. године, Комисија за борачко-инвалидску заштиту Републичког одбора СУБНОР-а остварила је непосредну сарадњу са Градским, а потом и општинским одборима СУБНОР-а на подручју Београда. У почетку се ова сарадња односила на помоћ општинским одборима у припремама и спровођењу анкетирања у којем су активно учествовали чланови борачких организација преко месних одбора у Београду, а касније и на сарадњу са одборима СУБНОР-а из Новог Сада, Вршца, Шапца, Крагујевца, Ниша, Смедерева, Чачка, Бечеја, Руме, Врбаса, Вршца, Зрењанина, Крушевца, Александровца, Аранђеловца и др.

Свесни чињенице да се животне потребе грађана, а у конкретном случају бораца НОР-а и војних инвалида, посебно у области заштите и унапређења здравља и обезбеђења социјалне сигурности, на одговарајући начин могу сагледати и, у великој мери, задовољити и проблеми решавати, на локалном нивоу, у контактима са градским и општинским одборима борачких организација инсистирало се на сарадњи са одговарајућим државним и друштвеним субјектима у контексту укупних обавеза локалне заједнице у односу на најстарије суграђане, како је то дефинисано у Националној стратегији о старењу из 2006. године.

Ова иницијатива је прво реализована у две општине на подручју Београда (Чукарица и Нови Београд). Тако је, поводом Међународног дана старих, првог октобра 2008. године, Одбор СУБНОР-а у сарадњи са организацијом Црвеног крста Нови Београд, организовао трибину, уз активно учешће представника општине, Центра за социјални рад, Дома здравља, Војно-медицинског центра, Удружења пензионера. Уз врло активно и аргументовано иступање представника наведених институција и организација, истакнута је спремност да свако, у оквиру својих обавеза и могућности, учини што више на помоћи члановима борачке организације. У пракси се показало да овако организован скуп може, организационо и садржински, бити модел сарадње одговарајућих институција и субјеката локалне заједнице на решавању актуелних питања и проблема најстаријих суграђана, посебно самохраних, ограничено покретних, непокретних и тешко болесних.

У току 2014. и у првој половини 2015. године Комисија за борачко-инвалидску заштиту Републичког одбора СУНБОР-а реализовала је саветовања по наведеном моделу у Крагујевцу, Новом Саду, Крушевцу, Шапцу и Бечеју.

На сваки од ових скупова позивани су представници градских и општинских одбора СУБНОР-а у којима је претходно извршено анкетирање чланова борачких организација, и одбора са њиховог подручја у којима је планирано спровођење анкетирања.

На састанак су позивани и, скоро сви су се одазивали позиву, представници локалне самоуправе, Центра за социјални рад, Дома

здравља, Геронтолошког центра, Црвеног крста.

Позваним учесницима састанка, уз претходно достављене позиве, достављано је и образложење сврхе састанка, уз прилог извештаја сачињеног након статистичке обраде и анализе података из упитника попуњених у току анкетирања.

Један од главних циљева, који је Републички одбор СУБНОР-а дефинисао 2008. године предлажући Министарству за рад, запошљавање и социјална питања, пројекат о потреби унапређења положаја бораца и војних инвалида, односио се на спровођење делотворних мера друштва, а посебно локалне заједнице на решавању актуелних потреба и проблема ове по много основа, врло осетљиве популационе групације. Ово је била подлога да се на овим скуповима расправља о стварним потребама бораца и војних инвалида. Учесници скупова су врло активно учествовали у расправама и високо оценили активности Републичког одбора СУБНОР-а.

На појединим од наведених скупова, посебно у Шапцу и у Бечеју (где су били и представници Врбаса), истакнути су и бројни проблеми учесника ратова на подручју бивше Југославије деведесетих година прошлог века, којима се Комисија за борачко-инвалидску заштиту СУБНОР-а Србије до сада није бавила.

На свим одржаним састанцима са градским и општинским одборима СУБНОР-а, истакнути су и примери акгивности које на плану социјалне сигурности остварују одбори СУБНОР-а као што су :

- У Крагујевцу, обилазак болесних бораца, помоћ рањеним и физички оштећеним борцима из ратова деведесетих година, набавка огрева и намирница самохраним борцима, повремене новчане помоћи, окупљање у простору Градског одбора, одржавање спомен обележја и значајних датума из свих ратова на подручју Крагујевачког округа и др;
- У Крушевцу је установљен списак са датумом рођења бораца којим Градски одбор СУБНОР-а тог дана честитком честита рођендан и једном у месецу позивају у Градски одбор борце чији је рођендан био у протеклих два месеца, организује посета болесним борцима, обезбеђује посете породицама бораца у случајевима смрти и обезбеђује им солидарну помоћ, и успостављена је сарадња са школама са именом бораца и др.;
- У Руми у сарадњи са Домом здравља остварује се програм превентивне заштите најстаријих бораца и сарадња са Геронтолошким центром;
- У Бечеју остварена је врло добра сарадња са Општинском службом за борачка питања и активно учешће начелника те службе са Општинским одбором СУБНОР-а, и помоћ борцима избеглицама.
- У свим одборима СУБНОР-а који су учествовали на одржаним скуповима прихваћени су предлози и договорена сарадња са учесницима из установа здравствене и социјалне заштите и организације Црвеног крста.
- У Аранђеловцу је успостављена врло прегледна евиденција свих чланова борачке организације по следећим обележјима: учесници НОР-а 1941–1945, ратни војни инвалиди, мирнодопски инвалиди, учесници ратова из деведесетих година прошлог века, потомци и симпатизери.

На основу примедаба евидентираних приликом анкетирања, а посебно имајући у виду податке и предлоге учесника одржаних састанака у више градова и општина, **констатовано је**:

1. да многи одбори СУБНОР-а не располажу кадровским и материјалним, а неки ни просторним условима, за веће ангажовање на решавању социјално-здравствених проблема бораца;

2. да службе за борачко-инвалидску заштиту у скупштинама општина и градова у

већини случајева нису спремне да сарађују са одборима СУБНОР-а, чак ни кад се ради о најтежим случајевима здравствене и социјалне заштите;

3. да су многе услуге здравствене заштите борцима и војним инвлидима тешко доступне због ограничене покретљивости, заказивања прегледа на дуги рок, одсуства кућних посета здрвствених радника...;

4. да борци и војни инвалиди који живе сами имају највећу потребу за кућном негом, за услугама помоћи у кући, набавке намирница, припремања оброка, набавке огрева, зимнице;

5. да су због недовољних капацитета у домовима за стара лица и пензионере у појединим местима борци су принуђени да склапају неповољне уговоре о доживотном издржавању;

6. да борце и војне инвалиде који живе сами угрожава самоћа и недостатак помоћи од сродника, комшија, па и од борачке организације;

7. да већина бораца не користи услуге центара за социјални рад и геронтолошких центара зато што не познају садржаје њиховог рада и што сматрају да ове установе нису за њих, већ за најсиромашније грађане.

ЗАКЉУЧЦИ И ПРЕПОРУКЕ

Анкетирањем скоро 11.000 преживелих бораца НОР-а, потомака палих бораца, војних инвалида, учесника ратова из деведесетих година прошлог века и других чланова борачких организација, обрадом и анализом добијених података, а посебно остваренoм сарадњом са градским и општинским одборима СУБНОР-а, представницима здравствених и социјалних установа, представницима локалне самоуправе, у значајној мери су: реализовани циљеви пројекта **„Социјално-економски положај и здравствене потребе бораца и војних инвалида“.**

Остварен је бољи увид у стање и проблеме бораца и војних инвалида и основа за планирање активности борачких организација на свим нивоима, и за спровођење мера на побољшању социјалне сигурности, ефикасније здравствене заштите, пензијског и инвалидског осигурања и за делотворну сарадњу са надлежним државним институцијама и органима и установама на локалном нивоу у чију надлежност спада социјална и здравствена заштита бораца и војних инвалида.

Све што је у оквиру овог пројекта у протеклих седам година урађено није само себи сврха, него подлога и подстицај за даље активности – како би се отклониле слабости и недостаци у функционисању борачких организација и остварили позитивне промене.

На даљу континуирану и координирану активност организација СУБНОР-а на свим нивоима организованости требало би да подстакну следеће **препоруке**:

1. Да Републички одбор СУБНОР-а достави градским и општинским одборима овај извештај ради информисања свог чланства и органа власти на свом подручју ради бржег решавања проблема социјалне сигурности бораца и војних инвалида од стране надлежних органа и служби и обезбеђења средстава за рад градских и општинских одбора;

2. Да градски и општински одбори сачине листу најстаријих и, по више основа, најугроженијих бораца и војних инвалида и, у зависности од њихових потреба, доставе захтеве надлежним службама за давање приоритета решавању тих случајева;

3. Да градски и општински одбори образују комисије за борачко-инвалидску заштиту и да, поред бораца, у ове комисије укључе и представнике општинских служби за борачко-инвалидску заштиту, дома здравља, центра за социјални рад, Црвеног крста, школа које носе име бораца, удружења пензионера и других хуманитарних организација;

4. Да Комисија за борачко-инвалидску заштиту РО СУБНОР-а припреми упутства за комисије при градским и општинским

одборима о садржају и начину организовања појединих активности на унапређењу квалитета живота бораца и војних инвалида;

5. Да Комисија за борачко-инвалидску заштиту Републичког одбора личним ангажовањем и ангажовањем афирмисаних стручњака здравствене струке и из области социјалног рада у листу „Борац“ објављује своје прилоге од значаја за бољу обавештеност чланства борачких организација о условима и могућностима остваривања права бораца и војних инвалида.

6. Да градски и општински одбори СУБНОР-а настоје остварити сарадњу са установама социјалне и здравствене заштите, као и са надлежним установама и службама чија је обавеза да брину о потребама и проблемима бораца и војних инвалида.

У центрима за социјални рад и геронтолошким центрима постоје разноврсни садржаји рада са старим особама. За неке садржаје не треба много материјалних средстава већ добро осмишљене активности како стручних лица тако и старијих особа. Доказано је да се физичко и ментално стање старих побољшава њиховим ангажовањем у активностима хуманитарног карактера.

Уз помоћ и искуство ових установа, одбори Савеза бораца могу својим члановима обезбедити конкретне врсте помоћи. Проблем је што у ове активности нису укључивани борци због тога што већина њих не познаје садржаје рада ових установа и што сматрају да ове установе нису за њих, већ за најсиромашније грађане и што им се из ових разлога нису ни обраћали.

А управо у сарадњи са овим установама и установама здравствене заштите, одбори Савеза бораца могу обезбеђивати потребну помоћ најстаријим и најугроженијим борцима који живе у једночланом домаћинству, као што су: посете болесним особама са којим је успостављен контакт приликом попуне упитника, позив телефоном у случају болести, организовање друштвених игара, сарадња са библиотекама, организовање испоруке оброка из кухиња геронтолошких центара по повољнијим ценама, организовање мерења шећера и притиска у просторијама општинског одбора, прославе значајних датума из историје НОБ-а у школама и установама које носе имена народних хероја (још увек нису у свим местима измењена њихова имена), формирање волонтерских тимова у којима би били ангажовани пензионисани просветни радници, судије, лекари, социјални радници, студенти учитељских и васпитачких факултета и факултета хуманистичких наука и др. За ове активности треба добра воља и осмишљена организација.

7. Да Републички одбор СУБНОР-а, у сталној сарадњи са Министарством за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, у поступку припреме Закона о борачко-инвалидској заштити, обезбеди да се постојећа права бораца НОР-а не умањују.

Ако се проблеми бораца и војних инвалида односе на особе које су се током Другог светског рата бориле за слободу своје земље и које су своја права изборила не само за себе, већ и за све грађане, и да те особе сада имају 85 и више година, њима је потребна неопходна помоћ и разумевање.

Зато поред организације Савеза бораца и све надлежне службе и установе имају обавезу да ове проблеме социјално економског стања бораца и војних инвалида најозбиљније схвате и да дају приоритет њиховом решавању. За све њих је ово не само испит стручности већ и савести и хуманости.

Активности Републичког одбора СУБНОР-а Србије

Републички одбор је и ове 2015. године конкурисао код Министарства за рад, борачка и социјална питања са Пројектом „**Унапређење социјалне сигурности бораца и војних инвалида“**. Реализација Пројекта одвијаће се у општинама: Смедеревска Паланка, Велика Плана, Лозница, Крупањ, Владимирци, Богатић, Сомбор,

Бачка Паланка, Панчево, Врање, Прокупље, Сурдулица и Бујановац. Такође је планирано да се у Смедереву, Шапцу, Новом Саду и Врању одрже регионални састанци са представницима општинских одбора СУБНОР-а и надлежних стручних институција у систему социјалне и здравствене заштите и представницима надлежних служби у органима локалне самоуправе. У Београду, Новом Саду, Крагујевцу и Нишу предвиђено је одржавање састанака у вези са палијативном заштитом бораца и војних инвалида у терминалној фази болести.

Од овог пројекта се очекују позитивне промене у положају бораца и војних инвалида у области социјално-здравствене заштите интегрисаним деловањем социјалног и здравственог сектора како би се обезбедило да особе са смањеном могућности бриге о себи, а које су у исто време и саме, што дуже живе у свом природном амбијенту, што је препорука геронтолошке теорије и праксе.

Ови циљеви подразумевају и повећан оперативни рад општинских одбора СУБНОР-а на остваривању циљева пројекта и успостављање непосредне сарадње са представницима општинских органа управе надлежних за борачко-инвалидску заштиту, домова здравља, центара за социјални рад, удружења инвалида и пензионера, организације Црвеног крста и представника других хуманитарних организација.

Реализовање ових циљева се заснива на вишегодишњој успешној сарадњи Комисије за борачко-инвалидску заштиту РО СУБНОР-а Србије са више од 50 градских и општинских одбора СУБНОР-а на реализацији Пројекта који је спровођен ранијих година.

У 2015. години планиране су следеће активности:

1) Да Комисија за борачко-инвалидску заштиту РО СУБНОР-а припреми упутства за комисије при градским и општинским одборима о садржају и начину организовања појединих активности на унапређењу квалитета живота бораца и војних инвалида;

2) Да Комисија за борачко-инвалидску заштиту Републичког одбора личним ангажовањем и ангажовањем афирмисаних стручњака здравствене струке и из области социјалног рада, у листу „Борац“ објављује своје прилоге од значаја за бољу обавештеност чланства борачких организација о условима и могућностима остваривања права бораца и војних инвалида.

3) Да се у Смедереву, Шапцу, Новом Саду и Врању одрже регионални састанци са представницима општинских одбора СУБНОР-а и надлежних стручних институција у систему социјалне и здравствене заштите и представницима надлежних служби у органима локалне самоуправе.

4) Да се у Београду, Новом Саду, Крагујевцу и Нишу одрже састанци у вези са палијативном заштитом бораца и војних инвалида у терминалној фази болести.

5) Да републички одбор СУБНОР-а достави градским и општинским одборима овај извештај ради информисања свог чланства и органа власти на свом подручју ради бржег решавања проблема социјалне сигурности бораца и војних инвалида од стране надлежних органа и служби и обезбеђења средстава за рад градских и општинских одбора.

6) Да градски и општински одбори сачине листу најстаријих и по више основа, најугроженијих бораца и војних инвалида, и зависно од њихових потреба, доставе захтеве надлежним службама за давање приоритета њиховом решавању.

7) Да градски и општински одбори образују комисије за борачко инвалидску заштиту и да, поред бораца, у ове комисије укључе и представнике општинских служби за борачко- инвалидска питања установа социјалне и здравствене заштите. Посебно је пожељно да се у њима ангажују стручњаци из ових установа који су у пензији и који имају велико стручно искуство и више слободног времена.

8) Републички одбор СУБНОР-а упутиће препоруку организацијама СУБНОР-а да на основу података из анкетних упитника, односно посебног упутства, успоставе евиденцију свог чланства, посебно учесника НОР-а и војних инвалида.

Посебан циљ активности организације СУБНОР-а треба да буде усмерен на ургентне социјално-здравствене потребе првенствено самохраних, непокретних, тешко болесних, функционално онеспособљених бораца и војних инвалида који се налазе у терминалној фази болести, уз поштовање достојанства ових особа и правовремене помоћи **да не буде касно.**

ЛИТЕРАТУРА

1. Поповић Б, Анђелски Х, Јелача П, Ђорђевић П, Мерник А: Здравствене потребе и социјално-економски положај бораца и војних инвалида у Србији. Здравствена заштита, 2014; 2: 6–10.

2. Поповић Б, Јелача П, Анђелски Х, Дурлевић З, Ђорђевић П, Мереник **А:** Социјално-економски положај и здравствене потребе бораца и војних инвалида у Београду. Здравствена заштита, 2013; 2: 39–46.

3. Анђелски Х, Поповић Б, Дурлевић З, Ђорђевић П: Социјално-економски положај и здравствене потребе бораца и војних инвалида. Здравствена заштита, 2012; 1: 11–20.2012–1 11–20

Контакт: Др Предраг Јелача, СУБНОР Србије, Београд, Савски трг 9, 0116643651, e-mail: info@subnor.org.rs

У часопису „Здравствена заштита“ објављују се оригинални научни радови, претходна саопштења, прегледи и стручни радови, из социјалне медицине, јавног здравља, здравственог осигурања, економике и менаџмента у здравству. Уз рад треба доставити изјаву свих аутора да рад није објављиван. Сви приспели радови упућују се на рецензију. Радови се не хоноришу. Рад слати на имејл: kzus@open.telekom.rs.

Општа правила

Рукопис доставити ћирилицом, у фонту Times New Roman, величине 12. Литературни подаци означавају се арапским бројевима у заградама, редоследом којим се појављују у тексту. На посебној страници рада навести пуна имена и презимена аутора, године рођења, њихове стручне титуле и називе установа и места у којима раде. Имена аутора повезати са називима установа индексираним арапским бројевима. Такође откуцати име и презиме аутора за контакт, његову адресу, број телефона и интернет адресу. Текст писати кратко и јасно на српском језику. Скраћенице користити изузетно и то само за веома дугачке називе хемијских супстанција, али и за називе који су познати као скраћенице (нпр. сида, РИА итд).

Обим рукописа

Обим рукописа (не рачунајући кратак садржај и списак литературе) за прегледни рад може износити највише шеснаест страна, за оригиналан рад десет страна, за стручни рад осам страна, претходно саопштење четири стране, за извештај и приказ књиге две стране.

Кратак садржај

Уз оригинални научни рад, саопштење, прегледни и стручни рад дати и кратак садржај до 200 речи на српском и енглеском језику (Сажетак и Summary). У њему се наводе битне чињенице, односно кратак приказ проблема, циљеви и метод рада, главни резултати и основни закључци рада, и 3–4 кључне речи на српском и енглеском.

Табеле

Табеле, графиконе, слике, цртеже, фотографије и друго дати у тексту и означити их арапским бројевима по редоследу навођења у тексту. Наслови се куцају изнад и они треба да прикажу садржај табеле и другог. Коришћење скраћеница у насловима обавезно објаснити у легенди табеле и другог.

Списак литературе

Списак литературе дати с арапским бројевима према редоследу навођења у тексту. Број референци у списку не треба да прелази 20, осим за прегледни рад. Стил навођења референци је по угледу на „Index Medicus“.

CIP-Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

613/614

ЗДРАВСТВЕНА заштита: часопис за социјалну медицину, јавно здравље, здравствено осигурање, економику И менаџмент у здравству / главни И одговорни уредник Христо Анђелски. - Год. 1. бр. 1 (1972) - . - Београд : Комора здравствених усанова Србије. 1972 (Београд : Stilprint SS). - 26 cm

Месечно.
ISSN 0350-3208 = Здравствена заштита
COBISS.SR-ID 3033858

Bogatija ponuda i novi programi u Merkuru

Svi medicinski paketi SB „Merkur“ u 2015.toj imaće uključenu kompletnu balneologiju (kade, klizme, ispijanje, inhalacije) i subspecijalističke usluge prema izabranom paketu. Uz svakodnevno korišćenje Akva centra „Voterfol” i Fitnes centra „Merkur-Džim” uz medicinu gosti dobijaju i vreme za opuštanje i uživanje u blagodetima mineralne vode.

Misleći na zadovoljstvo i bolje zdravstveno stanje gostiju, koji iz godine u godinu, sve više ukazuju poverenje, Merkur je proširio usluge paketa, koji su sada bogatiji i sadržajniji, a sve u cilju boljeg zdravstvenog stanja i odmora naših korisnika. Bez obzira da li su u pitanju dijabetes, oboljenja koštano zglobnog sistema, gastro entero hepatološka, ili ginekološka oboljenja, brza provera zdravstvenog stanja, ili jednostavno odmor i relaksacija, Merkur predstavlja pravo mesto za kompletnu zdravstvenu uslugu.

Od ove godine, ponuda medicinskih paketa je upotpunjena novim programom – Kardio lajf, koji je namenjen svima onima koji žele da provere srce i krvne sudove. Gostima je omogućeno da u najkraćem mogućem roku dobiju kompletan uvid u svoje zdravstveno stanje i adekvatnu terapiju.

Medicinski pansion se nudi u obliku sledećih medicinskih paketa:

* Opšti medicinski paket namenjen je pacijentima koji u Merkur dolaze radi prevencije, lečenja, rehabilitacije, ili unapređenja svog zdravstvenog stanja.

* Živeti sa dijabetesom je paket namenjen obolelima od šećerne bolesti.

* Gastro paket je namenjen obolelima od gastro-entero-hepatoloških oboljenja.

U ponudi su još i Pokret bez bola, Brza dijagnostika, Vikend dijagnostika, Lejdi lajf (Lady life), Linea lajf (Linea life), Hiperbarični paket i Kardio lajf (Cardio life).

Svi gosti posle zdravstvenih tretmana imaju priliku da se opuste i uživaju u **Wellness centru *„Fons Romanus“*** – bazenu sa termomineralnom vodom i podvodnim masažama koji pružaju potpunu harmoniju tela i duha. Za osvežavanje tela wellness sadržajima, u ponudi su sauna park, relaksacione ručne masaže eteričnim uljima, vulkanskim kamenjem, toplom čokoladom, medom, kao i pedikir, manikir i solarijum.

Gostima je na raspolaganju i uživanje u **Aqua centru *„Waterfall“***, čarobnom vodenom svetu sa brojnim bazenskim atrakcijama.

Fitnes centar *„Merkur Gym“* je mesto relaksacije i zadovoljstva gostiju sa najmodernijim fitnes spravama.

Lekovito svojstvo termomineralne vode i mineralnog blata pruža zadovoljstvo i uživanje upotpunjeno sa relaksirajućim efektima kupki, masaža i kozmetičkih tretmana u **Peloid centru *„Limus Romanus“*.**

merkur
VRNJAČKA BANJA

Specijalna bolnica “Merkur”, Bulevar srpskih ratnika 11, 36210 Vrnjačka banja, 036 618 860, 036 618 865
marketing@vrnjcispa.rs , www.vrnjcispa.rs