

YU ISSN 0350-3208

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА



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

ГОДИНА XLV • ФЕБРУАР 2016. • БРОЈ 1

КОМОРА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ - БЕОГРАД

ГОДИНА XLV

Број 1

ЈАНУАР 2016. 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-y (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

Светлана Стојков, Драгана Рајковић

1. КРЕИРАЊЕ ЕФИКАСНИХ КАНАЛА КОМУНИКАЦИЈЕ ПРЕМА СТАВОВИМА
ФАРМАЦЕУТА И ТРЕНДОВИМА У АПОТЕКАРСКОМ СЕКТОРУ СРБИЈЕ 1

Винка Репац, Снежана Елек

2. ВИДНА ОШТРИНА И КВАЛИТЕТ ЖИВОТА СТАРИХ ОСОБА 8

Ивица Здравковић

3. FATE УЛТРАЗВУК СРЦА Протокол фокусиране ехокардиографије за лекаре опште/
породичне медицине, анестезиологе и лекаре ургентне медицине 14

Хајналка Пожар

4. ЗДРАВСТВЕНА ЕДУКАЦИЈА У КОНТРОЛИ И ПРЕВЕНЦИЈИ ШЕЋЕРНЕ
БОЛЕСТИ 24

*Татјана Матејевић, Драган Вељковић, Звонко Динић, Светлана Динић, Ивана Вељковић,
Душан Шокорац, Милутин Тодоров*

5. РИБАРСКА БАЊА – САВРЕМЕНИ БАЛНЕО-ФИЗИКАЛНИ ТРЕТМАН БОЛЕСТИ И
ПОВРЕДА 35

Рајко Косановић, Христо Анђелски

6. ФИНАНСИРАЊЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РЕПУБЛИЦИ
СРБИЈИ (2009–2015) 42

- Упутство ауторима** 69

КРЕИРАЊЕ ЕФИКАСНИХ КАНАЛА КОМУНИКАЦИЈЕ ПРЕМА СТАВОВИМА ФАРМАЦЕУТА И ТRENДОВИМА У АПОТЕКАРСКОМ СЕКТОРУ СРБИЈЕ

Светлана Стојков¹, Драгана Рајковић²

CREATING EFFICIENT CHANNELS OF COMMUNICATION TOWARDS PHARMACISTS' ATTITUDES AND TRENDS IN PHARMACIES IN SERBIA

Svetlana Stojkov, Dragana Rajković

Сажетак

Препознајући потребу фармацеута за актуелним информацијама на пољу науке, законских регулатива и активностима које спроводи, Фармацеутска комора Србије (ФКС) је покренула часопис Апотекарска пракса (АП) и званичну интернет страницу.

Истраживање је спроведено како би се утврдиле промене у преферирањима и ставовима фармацеута ка различитим каналима информисања, висина информисаности о одређеним садржајима часописа и веб-странице ФКС и одређене демографске промене у периоду 2008–2014. година. Подаци су прикупљени путем добровољне и анонимне онлај анкете, спроведене у две временске тачке, 2008. и 2014. године.

Анкету је попунило око 12% чланова ФКС. Демографска структура испитаника у посматраном периоду се променила од доминантно средње (41–55 година старости), ка млађој популацији (25–40 година старости). Развој и ширење информационих технологија (ИТ), доприноје повећању доступности интернета на радном месту (са 8% на 54%) и кућним условима (са 73% на 91%), а број корисника интернета је повећан за 27%. Преферирали канали информисања у 2014. години су дигитални медији (преко 50%), док АП је остала на истом нивоу (преко 30%), као и праћење одређених садржаја са сајта ФКС. Фокус интересовања се мењао, али је остала висока заинтересованост за правну област и континуирану едукацију.

Summary

Recognising the need of pharmacists for current information in the field of science, legislation and conducted activities, The Pharmaceutical Chamber of the Republic of Serbia (FKS) has launched a magazine Pharmacy Practice (AP) and an official web page.

The research was conducted in order to determine the change in preferences and attitudes of pharmacists towards various channels of information, the level of awareness on certain contents of FKS's magazine and web page and specific demographic changes in the period 2008. – 2014. The data was collected through a voluntary and anonymous online survey on two occasions – in 2008. and 2014.

About 12% of the members of FKS participated in the survey. Demographic structure of the participants within the monitored period has shifted from predominantly middle aged (41-55) to younger population (25-40). Development and propagation of information technologies (IT) has led to the increase in accessibility of the Internet at workplace (from 8% to 54%) and at home (from 73% to 91%), and the number of Internet users has increased by 27%. Preferred channels of information in 2014. were the digital media (over 50%), while the AP stayed on the same level (over 30%), as did monitoring of certain contents on the FKS website. The focus of interests was changing, but interests in legislation and continuous education remained on a high level.

¹ Мр сц. спец. пх Светлана Стојков, директор, Фармацеутска комора Србије.

² Спец. пх Драгана Рајковић, самостални стручни сарадник, Фармацеутска комора Србије.

Резултати истраживања представљају основ даљих активности ФКС са циљем унапређења информисаности, односно остваривања ефективне комуникације са фармацеутима.

Кључне речи: Фармацеутска комора Србије, фармацеути, канали информисања, информисаност, ставови.

The results of the research represent the base for further FKS activities, with the aim to improve awareness, i.e. to achieve efficient communication with pharmacists.

Key words: The Pharmaceutical Chamber of the Republic of Serbia, pharmacists, channels of information, informed, attitudes.

УВОД

Динамичне и непрестане промене на пољу науке, друштва, здравља и потреба пацијената на међу велике изазове пред представнике здравствене струке. Један од највећих је стручно усавршавање прилагођено потребама становништва, захтевима законодавца и институцијама система,⁽¹⁾ као и добра информисаност која превазилази уску стручна знања. Образовање здравствених кадрова и континуирана едукација у виду целоживотног учења, је у фокусу интересовања највиших стручних ауторитета,⁽²⁻⁴⁾ и у већини земаља је системски уређена и обавезна. У Републици Србији, стручно усавршавање у виду континуиране едукације је законски регулисанио и представља један од услова за добијање лиценце – дозволе за рад здравствених радника.⁽⁵⁾ Према Закону о здравственој заштити и Закону о Коморама,^(6, 7) поверене послове издавања, обнављања и одузимања лиценце обављају коморе здравствених радника, где спада и Фармацеутска комора Србије.

Препознајући потребу чланства за актуелним информацијама на пољу медицинских, а нарочито фармацеутских наука, измена законских регулатива, као и активностима које спроводи, Фармацеутска комора Србије (у наставку ФКС) је децембра 2001. године покренула часопис *Апотекарска пракса* (у наставку АП) и званичну интернет страницу⁽⁸⁾ У периоду од успостављања ових канала комуникације до данас, дошло је до бројних промена у фармацеутском сектору у Србији, а тиме и фокуса интересовања

чланства. У овом раду биће приказане промене у преференцијама ка различitim каналима информисања чланства, висина информисаности о одређеним садржајима АП и веб-странице ФКС, као и одређене демографске промене чланства у периоду 2008–2014. година.

МЕТОДОЛОГИЈА

Подаци су прикупљени путем онлајн анкете са сајта ФКС, у две тачке пресека, 2008. и 2014. године. Анкета је анонимна и добровољна, и осим питања о преферираним каналима информисања и њиховим садржајима, садржи и податке о старости испитаника и припадајућем огранку Коморе. У неким питањима било је могуће дати више од једног одговора. Подаци су изражени у процентима.

РЕЗУЛТАТИ

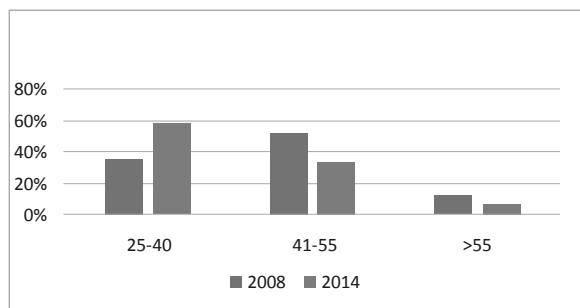
Анкету је 2008. године попунило 320 (12,8% чланства), а 2014. укупно 679 фармацеута (12,1%). Структура испитаника према припадајућим огранцима је уједначена, односно сваки огранак је заступљен преко 20%.

Табела 1. Структура испитаника по огранцима ФКС, у 2008. и 2014. години.

Структура испитаника по огранцима ФКС		
Огранак	2008.	2014.
Београд	30%	24%
Крагујевац	20%	28%
Војводина	25%	23%
Ниш	25%	25%

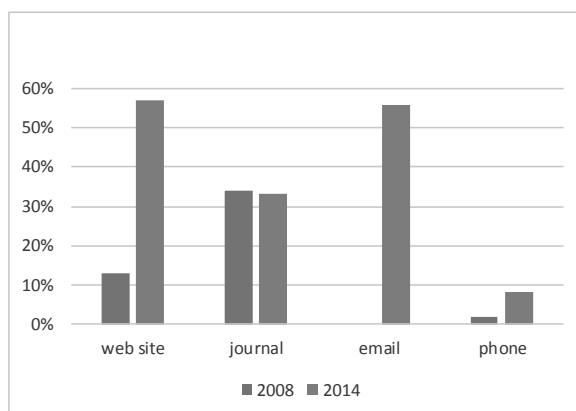
Анализа старосних група указује на промене у заступљености све три групе (прва група: 25–40 година старости, друга група 41–55, трећа група изнад 55 година). У истраживању 2008. године доминирала је друга група фармацеута (41–55) са 52% учешћа, док је у 2014. години највеће учешће имала прва, млађа група (25–40) са 58%. Најмање учешће у обе године имала је најстарија група, преко 55 година, али у 2014. години још ниже (7%) у односу на 2008. годину (12%), као што приказано на Графику 1.

Графикон 1. Приказ старосне структуре испитаника, по групама, у 2008. и 2014. години.



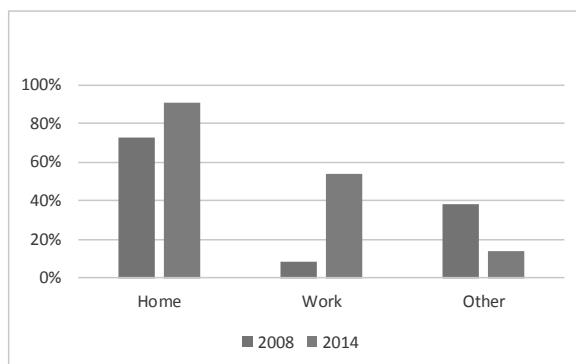
Ради утврђивања одговарајућих канала информисања, требало је да испитаници дају одговор на питање који начин информисања им највише одговара, уз могућност давања више одговора. У 2008. години, само половина испитаника је одговорила на ово питање. Током посматраног периода, ставови су се битно променили: у 2014. години, сајт и мејл преферира преко 50% испитаника (сајт 57%, мејл 56%), док је 2008. године доминирао часопис АП (34%), који се на приближно истом нивоу задржао и у 2014. години. Такође, подаци говоре и да испитаницима у 2014. години више одговара информисање путем телефона, него у ранијем периоду, што се може уочити на Графику 2.

Графикон 2. Приказ одговора о преферираним начинима информисања у 2008. и 2014. години.



На питање о приступачности интернета, испитаници су дали значајно различите одговоре у две временске тачке: од 71%, колико је испитаника користило интернет 2008. године, до 98% у 2014. години. Његова доступност се такође мења, тако да са посла има приступ преко половине испитаника у 2014. години (54%), што је значајан пораст у односу на 8% у 2008. години. Доминантно место приступа интернету у 2008. и 2014. години је кућа (73% и 91%), као што се види на Графику 3.

Графикон 3: Приказ доступности интернету у 2008. и 2014. години.



Анализа праћења садржаја веб-странице Фармацеутске коморе показала је да је тек нешто више од половине испитаника прочитало предлог документа Добра апотекарска пракса, у обе тачке пресека број читалаца се креће око 55%, док је број испитаника који су прочитали Етички кодекс порастао после 2008. године са 68% на 79% у 2014. Нови документ „Национални

оквир за процену и развој компетенција фармацеута у примарној здравственој заштити“ прочитало је 52% испитаника.

Ставови и мишљења испитаника о садржају информација које ФКС пружа, као и о недостајућим информацијама, били су следећи: испитаници су у 2008. години истакли заинтересованост за област континуиране едукације (44%) и правну област (28%), коју истичу и у 2014. години (38%), док је област едукације на 24%. Притом, у обе фазе истраживања, врло мали проценат испитаника (око 5%) сматра да је упознато са важећом законском регулативом, док 51% (2008), односно 39% (2014) испитаника, сматра да је њихова упознатост веома површна.

Табела 2. Ставови испитаника о упознатости са важећом законском регулативом у области здравства у 2008. и 2014. години.

Колико сте упознати са важећом регулативом у области здравства?		
	2008	2014
У потпуности	4%	5%
Довољно	43%	52%
Веома површно	51%	39%
Не знам ништа о томе	2%	3%

Према одговорима и ставовима испитаника, у обе године истраживања часопис „Апотекарска пракса“ је остао на подједнаком нивоу читаности и задовољства садржајем: преко половине анкетираних сматра да АП омогућава да се прате дешавања у струци, 39% сматра да то није оно што им је потребно, док је проценат оних који га не читају незнатно порастао у 2014. години (за 3%).

ДИСКУСИЈА

Фармацеутска комора Србије основана је 1997. године, пре него што је постала обавезна према законској регулативи.^(6, 7) У организационој структури је чине четири огранка: Београд, Крагујевац, Војводина и Ниш. Временом су се старосна структура и број чланова значајно променили, на шта

је битно утицало повећање броја високообразовних установа које генеришу дипломирање фармацеуте – магистре фармације (у наставку фармацеути). Ова чињеница значајно је утицала на пораст броја представника професије фармацеута⁽⁹⁾, као и на промену старосне структуре чланства која се препознаје и у овом истраживању. Доминантан број учесника истраживања у 2014. години били су фармацеути чија је старост до 40 година, док је учешће испитаника између 41 и 55 година старости значајно мање у односу на 2008. годину, чак за 18%. Такође, пао је и број учесника старости преко 55 година, те је у 2014. износио свега 7%.

Нове генерације фармацеута донеле су и нове ставове и навике у начинима и преферираним каналима информисања, што је евидентно у спроведеној анкети: број испитаника који преферирају електронске медије (сајт, мејл) у 2014. је више од половине (57% сајт, односно 56% мејл), док су се вредности за ове канале информисања у 2008. кретали од 0% (мејл) до 13% (сајт). Талас информационих технологија утицао је и на неопходну опрему у апотекама – рачунаре и приступ интернету.

Обезбеђивање актуелних информација на пољу фармације и других дисциплина, брза размена података, као и пословање са већином привредних и других субјеката, односно потреба за ефективном комуникацијом, препознати су у апотекарском сектору, што се рефлектовало и порастом доступности интернета на радном месту са 8% у 2008. години на 54% у 2014. години. Уочава се и већа доступност интернета у кућним условима, где је приступ са 73% у 2008. порастао на 91% у 2014. години. Сходно томе, број испитаника који не користе интернет од 2008. (29%) драстично пада у следећој тачки мерења – у 2014. години, и износи само 2%.

Ипак, и поред низа предности које доносе дигитални медији (брзина, доступност, актуелност информација), часопис АП се одржао на подједнаком нивоу читаности и након шест година. Његов садржај и

структуре су се временом мењали према захтевима читалаца, као и спроведеног истраживања. Ставови испитаника по питању садржаја часописа се нису значајно променили, и у посматраном периоду 39% анкетираних сматра да АП „није још увек оно што им је потребно“, док преко половине анкетираних (59% у 2008, 55% у 2014. години) сматра да часопис омогућава да прате шта се дешава у струци. Број испитаника који не читају часопис незнатно је порастао, са 2% на 5%. Пратећи ставове чланства и приближавајући се њиховим потребама, ФКС је већ током 2014. године обезбедила и електронску форму часописа, чије је прво издање изашло у новембру 2014. године.⁽¹⁰⁾

Комуникација путем телефона је од 2008. до 2014. године код испитаника добила вишеструко већи значај са повећањем са 2% на 8%, што, такође, можемо повезати са напредним технологијама као што су мобилни телефонски апарати, чија доступност и мултимедијалне могућности дају додатну предност у преносу информација. У 2014. години ФКС је установила и слање информација чланству путем СМС-а.

Током посматраног периода (2008–2014. година) пословни амбијент у апотекарском сектору је значајно изменењен, што је пратила и измена дела законске регулативе и подзаконских аката. Анкета је показала да је чланство свесно потребе за информисањем у овој области и да показује растућу заинтересованост за регулативу, са 28% у 2008. на 38% у 2014. години. Наиме, исто истраживање је показало да је висок проценат анкетираних проценио да је веома површно упознат са важећом регулативом из области здравства: 52% у 2008, 39% у 2014. години. Садржај АП и сајт ФКС су ажурано пратили промене законске регулативе и извештавали чланство. И поред спроведених активности, око 3% испитаника 2014. процењује да не зна ништа о тој области.

Учесници анкете су показали велику заинтересованост за област континуиране едукације (у наставку КЕ), која је од 2007. године законски регулисана.^(5–7) Водећи се резултатима анкете, односно потребама за едукативним програмима које су чланови исказали, као и у циљу обезбеђивања квалитетних и разноврсних едукативних садржаја, ФКС је почетком 2010. године омогућила Виртуелну школу образовања (ВШО), доступну и бесплатну за све чланове. Теме, структура и врсте програма мењали су се током посматраног периода.⁽¹¹⁾

Пратећи промене у потребама фармацеута, односно праксе која се спроводи у апотекама, органи Коморе доносе и документа од стратешког значаја за фармацеутску професију и њен развој: Етички кодекс фармацеута,⁽¹²⁾ документ Добре апотекарске праксе,⁽¹³⁾ Национални документ за развој и процену компетенција фармацеута у примарној здравственој заштити.⁽¹⁴⁾ Документи су постављени на сајт ФКС, а упознатост чланства са њиховим садржајем је варирила током периода 2008–2014. година.

Предлог документа Стандарди добре апотекарске праксе, који је утврдила Скупштина ФКС, прочитало је свега око 55% испитаника у обе тачке мерења, док је Етички кодекс, који представља један од најбитнијих докумената здравствених професија, као и Платформу удруживања и деловања фармацеутске професије, прочитало је мање од 80% испитаника у 2014. години. Ови подаци захтевају повећање заинтересованости чланства за круцијалнедокументе струке, односно ФКС треба да обезбеди ефикасније активности у повећању свести о значају добре апотекарске праксе као принципа етичког кодекса фармацеута.

Заинтересованост за Национални оквир компетенција је нешто већа, поготову ако се узме у обзир да је документ постављен на сајт ФКС почетком 2014. године, а већ у другој половини исте године га је прочитало више од половине учесника истраживања

(52%). Усвајањем овог документа ФКС је омогућила да фармацеути у Србији имају први у југоисточној Европи национални оквир за евалуацију и развој компетенција у складу са светским стандардима.^(2-4, 15) Имајући у виду да се оквир компетенција базира и на добрим праксама у апотекама и на поштовању етичких принципа, његовом применом можемо очекивати и пораст интересовања за претходне документе.

ЗАКЉУЧАК

Фармацеутска комора Србије је најброжније професионално и регулаторно тело фармацеута у Републици Србији. Њена мисија је унапређивање апотекарског сектора Србије и заштите права и интереса

фармацеута и пацијената. Да би се то остварило потребна је добра информисаност и компетентност фармацеута. Истраживање које је спроведено, указује на промену старосног профила чланова, што је утицало на модификацију префериралих канала комуникације и садржаја, али не и значајно повећање читаности, односно исказане потребе за бољом информисаношћу и упознатошћу са кључним документима које је утврдила фармацеутска струка. У циљу позитивних промена, ФКС је спровела бројне активности, којима треба додати интензивну афирмацију и промоцију постојећих канала информисања, као и подизање свести фармацеута о важности информисаности и унапређења компетентности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Maitreemit P, Pongcharoensuk P, Kapol N, Armstrong E. Pharmacist perceptions of new competency standards. *Pharm Pract.* 2008; 6(3): 113–120.
2. Anderson C, Bates I, Beck D, et al. The WHO UNESCO FIP Pharmacy Education Taskforce. *Hum Resour Health.* June 5, 2009; 7: 45.
3. Anderson C, Bates I, Beck D, et al. FIP Pharmacy Education Taskforce – enabling concerted and collective global action. *Am J Pharm Educ.* 2008; H72(6): Article 127.
4. Naser Z, Alsharif, PharmD, Globalization of Pharmacy Education: What is Needed? MS, PhD Am J Pharm Educ. June 18, 2012; 76(5): 77.
5. Правилник о ближим условима за издавање, обнављање и одузимање лиценце члановима комора здравствених радника. Сл. гласник РС, бр.119/2007, 23/2009 и 40/2010.
6. Закон о здравственој застити Републике Србије. Сл. гласник РС, бр.

107/2005, 72/2009 – др. закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 – др. закон и 93/2014.

7. Закон о коморама здравствених радника Србије коморама. Сл. гласник РС, бр.107/2005 и 99/2010.

8. Фармацеутска комора Србије. Доступно на: <http://www.farmkom.rs> (приступ: септембар, 2015)

9. Stojkov S. Organization of the pharmacy business in Serbia. Conference on the organization of pharmacy business in the CEE region. Lekarniška zbornica Slovenije, Ljubljana, Slovenija. 2015.

10. Фармацеутска комора Србије. Доступно на: http://www.farmkom.rs/images/stories/dokumenta/izdvajamo/apotekarska_praksa_online/apotekarska_praksa_001.pdf (приступ: септембар, 2015).

11. Рајковић Д., Стојков С., Раичић Ј., Матијашевић А., Окичић А., Нишавић С., Радовановић Р., Стојкановић Ф., Петровић П. Анализа програма континуиране едукације у периоду

- 2009–13. VI конгрес фармацеута са међународним учешћем. Зборник сажетака, Београд, октобар 2014.
12. Етика и право у фармацији. Фармацеутска комора Србије. Београд, 2008.
13. Савез фармацеутских удружења. Добра апотекарска пракса. Доступно на: <http://www.farmacija.org/.../predlog-dap-20120302> [1], (приступ: октобар, 2015).

14. Фармацеутска комора Србије. Национални документ за процену компетенција фармацеута. Доступно на: www.farmkom.rs/index.php? (приступ: октобар, 2015).
15. Stojkov Rudinski S, Crnjanski T, Tadic I, Bates I, Mestrovic A. Evaluation of pharmacists competence in Serbia. 71st International Congress of FIP, Amsterdam, Netherlands, World Congress of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences 2012.

Контакт: Mr сц. спец. пх Светлана Стојков, Фармацеутска комора Србије, директор, Београд, Мутапова 25, тел 0655544373, e-mail: svetlanastojkov22@gmail.com, direktor@farmkom.rs

ВИДНА ОШТРИНА И КВАЛИТЕТ ЖИВОТА СТАРИХ ОСОБАВинка Репац¹, Снежана Елек²**VISUAL ACUITY AND QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PERSONS**

Vinka Repac, Snežana Elek

Сажетак

Очекивано трајање живота значајно је повећано у протеклом веку. Обраћање пажње на квалитет живота произашло је из жеље људи за активнијим животом и у дубокој старости. Катаракта, глауком и дијабетична ретинопатија најчешћи су узрок слепила код нас и у свету.

Циљ рада је био сагледати однос видне оштрине и квалитета живота старих људи на основу пола, старости, образовања, друштвене и физичке активности, као и кориговане видне оштрине.

Урађена је ретроспективна анализа видне оштрине 60 пацијената старости 65 година и више, као и анализа упитника о субјективној процени квалитета живота самих испитаника. Преглед је подразумевао одређивање видне оштрине по Snellen-у, пре и након оперативног захвата катаракте, преглед предњег сегмента на бинокуларном микроскопу, мерење интраокуларног притиска апланационим тонометром по Goldmann-у и очног дна. Урађена је дескриптивна статистичка обрада добијених резултата пре и након оперативног лечења.

Сви пацијенти су преоперативно имали видну оштрину на једном оку 0,5 и мање, а на оба ока 48 (80%). Након оперативног захвата видна оштрина мања од 0,5 на оперисаном оку је била код 2 (3,3%) пацијената. Највећи проценат има видну оштрину 0,8 на оба ока 23/18, а 1,0 мање од 10% пацијената. Постоперативном видном оштрином је задовољно 23,3% пацијената, а нездовољно 3,4%, делимично задовољних је највише 44 (73,3%) и то у групи од 71 до 75 година. Самостално обављање послова

Summary

Life expectancy has increased significantly in the past century. Paying attention to the quality of life arising from the desire of people for a more active life and in very old age. Cataracts, glaucoma and diabetic retinopathy are the most common cause of blindness in our country and in the world.

The aim of the study was: to watch the relationship of visual acuity and quality of life of elderly people on the basis of gender, age, education, social and physical activities, and corrected visual acuity.

It was prepared retrospective analysis of visual acuity in 60 patients aged 65 years and above, as well as analysis of questionnaires on subjective assessment of the quality of life of the respondents. The examination included determination of visual acuity by Snellen, before and after cataract surgery, examination of the anterior segment of the binocular microscope, measuring intraocular pressure by Goldmann applanation tonometer and fundoscopy. We performed a descriptive statistical analysis of the results before and after the operation.

All patients had preoperative visual acuity in one eye 0.5 or less, and 48 in both eyes (80%). After surgery, visual acuity less than 0.5 on the operated eye was in 2 (3.3%) patients. The largest percentage of a visual acuity of 0.8 in both eyes 23/18, and 1.0 less than 10% of patients. With post-operative visual acuity was satisfied 23.3% of patients and unsatisfied 3.4%, partially satisfied the most 44 (73.3%) and in the group of 71-75 years. Independent work at home: for an affirmative answer decided 21 patients before surgery and 35 after the surgery. The most common were the respondents with secondary education.

¹ Винка Репац, Дом здравља Житиште.² Снежана Елек, ЗЦ Косовска Митровица.

у кући: за потврдан одговор одлучио се 21 пациент пре операције и 35 након извршене операције. Најзаступљенији су били испитаници са средњом стручном спремом.

Смањење или губитак вида узроковано катарактом доводи до проблема у свакодневним активностима, умањује квалитет живота и доводи до осећаја незадовољства. Корекција слабог вида може знатно поправити функционални статус старих особа. Операција катаракте је једини начин лечења који даје добре резултате.

Кључне речи: видна оштрана, старост, операција катаракте.

Decrease or loss of vision caused by cataracts leads to problems in everyday activities detract from the quality of life and leads to a feeling of dissatisfaction. Correcting poor vision can significantly improve the functional status of the elderly. Cataract surgery is the only treatment that gives good results.

Key words: visual acuity, age, cataract surgery.

УВОД

Очекивано трајање живота значајно је повећано у протеклом веку. Обраћање пажње на квалитет живота произашло је из жеље људи за активнијим животом и у дубокој старости. Као што су оболења срца и крвних судова најчешћа оболења код старих особа, уједно и најчешћи узрок смрти, тако су катаракта, глауком и дијабетична ретинопатија најчешћи узрок слепила код нас и у свету. Према дефиницији Светске здравствене организације, здравље се схвата као људско благостање, психичко и физичко, а не само одсуство болести и оронулости. Старење проузрокује бројне физиолошке промене које могу довести како до смањења видне оштрине тако и до мање квалитетног живота. Катаракта је структурна, биохемијска и оптичка промена у очном сочиву, која мења рефракцију светлосних зрака и нарушава видну оштрину. Јавља се код старијих од 65 година живота. Собзиром на то даје сенилна катаракта хронична, дегенеративна болест очног сочива, која се манифестије у позним годинама, узроци њене појаве су бројни и треба их тражити у ранијим периодима живота, пре саме појаве и клиничке

манифестације.⁽¹⁾ Више различитих фактора учествује у етиопатогенези катаракте: наслеђе, ембриопатија, старост, повреде и друге опште и очне болести. Патофизиологија настанка катаракте је комплексна и недовољно разјашњена. Као фактори ризика за настанак катаракте се наводе, осим старости пацијента: миопија, ултравиолетно зрачење, дијабетес, поједини лекови, пушење, алкохол.^(2, 3, 4)

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да се сагледа однос видне оштрине и квалитета живота старих људи, на основу пола, старости, образовања, друштвене и физичке активности, као и кориговане видне оштрине.

МЕТОД РАДА

Урађена је ретроспективна анализа видне оштирне 60 пацијената старости 65 година и више, као и анализа упитника о субјективној процени квалитета живота самих испитаника. Преглед је подразумевао одређивање видне оштрине по Snellen-у, пре и након оперативног захвата, преглед

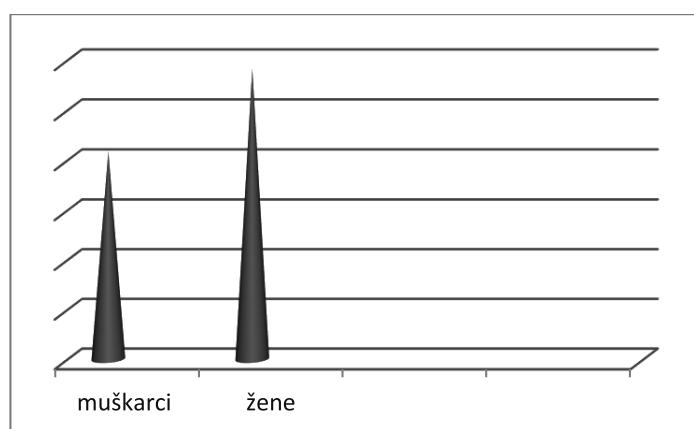
предњег сегмента на бинокуларном микроскопу, мерење интраокуларног притиска апланационим тонометром по Goldmann-у и очног дна. Урађена је дескриптивна статистичка обрада добијених резултата пре и након оперативног лечења, као и анализа попуњеног упитника.

У истраживању је коришћен следећи упитник:

УПИТНИК (заокружи 1 понуђени одговор)	
1) Како оцењујете Ваш друштвени живот?	
<i>Пре операције катаракте:</i>	
добро	
релативно добро	
просечно	
лоше	
<i>После операције катаракте:</i>	
добро	
релативно добро	
просечно	
лоше	
2) Да ли сте задовољни видом?	
<i>Пре операције катаракте:</i>	
Да	Не
Делимично	
<i>После операције катаракте:</i>	
Да	Не
Делимично	
3) Да ли самостално обављате послове у кући?	
<i>Пре операције катаракте:</i>	
Да	Не
Делимично	
<i>После операције катаракте:</i>	
Да	Не
Делимично	
4) Да ли можете да чitate?	
<i>Пре операције катаракте:</i>	
Да	Не
Делимично	
Никада нисам читao	
Понекад	
<i>После операције катаракте:</i>	
Да	Не
Делимично	
Никада нисам читao	
Понекад	

О односу на пол констатовано је да од 60 пацијената, 25 (41,7%) су мушкарци, а 35 (58,3%) жене.

Графикон 1. Дистрибуција пацијената према полу.



РЕЗУЛТАТИ РАДА

Промене вида су честе у старијем добу и резултирају различитим смањењем функционалне способности (отежано читање, немогућност вожње аутомобила или гледања телевизије). Многе старе особе се и не јављају лекару, јер сматрају да је то нужна последица старости.

Видна оштрина мерена је пре и после операције, резултати су приказани у Табели 1.

Табела 1. Нативна видна оштрина пре и после операције.

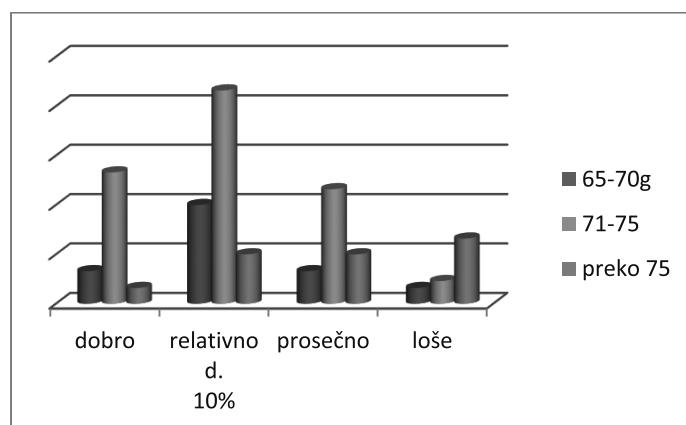
Видна оштрина	Пре операције		После операције	
	OD	OS	OD	OS
1,0	/	/	5 (8,3%)	9 (15%)
0,9	/	/	12 (20%)	7 (11,7%)
0,8	/	/	23 (38,3%)	18 (30%)
0,7	/	/	10 (16,7%)	21 (35%)
0,6	/	12 (20%)	8 (13,3%)	5 (8,3%)
0,5	3 (5%)	6 (10%)	1 (1,7%)	/
0,4	10 (16,7%)	1 (1,7%)	/	/
0,3	18 (30%)	6 (10%)	/	/
0,2	21 (35%)	14 (23,3%)	1 (1,7%)	/
0,1	6 (10%)	15 (25%)	/	/
Л+П+	2 (3,3%)	6 (10%)	/	/

Сви пациенти су преоперативно имали видну оштрину на једном оку 0,5 и мање, а на оба ока 48 (80%). Након оперативног захвата видна оштрина мања од 0,5 на оперираном оку је била код два (3,3%) пацијента. Највећи проценат има видну оштрину 0,8 на оба ока 23/18, а 1,0 мање од 10% пацијената.

Табела 2. Процена друштвене активности пре и после операције.

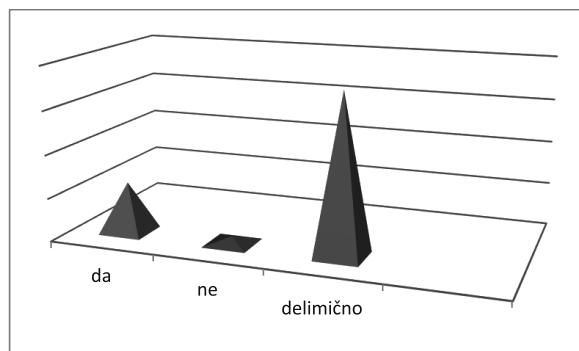
Оцена друштвеног живота	65–70 година		71–75 година		Преко 75 година	
	Пре операције	После операције	Пре операције	После операције	Пре операције	После операције
добро	2	8	8	15	1	/
релативно добро	6	2	13	9	3	5
просечно	2	1	7	4	3	5
лоше	1	/	2	2	4	1

Графикон 2. Процена друштвене активности % пре операције.



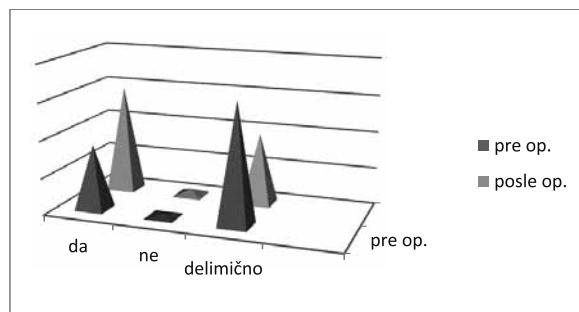
Одговори на питање бр. 2 – да ли сте задовољни видом, указују да је видном оштрином задовољно 23,3% пацијената, а нездовољно 3,4%, док је делимично задовољних највише 44 (73,3%), и то у групи од 71 до 75 година.

Графикон 3. Задовољство видном оштрином.



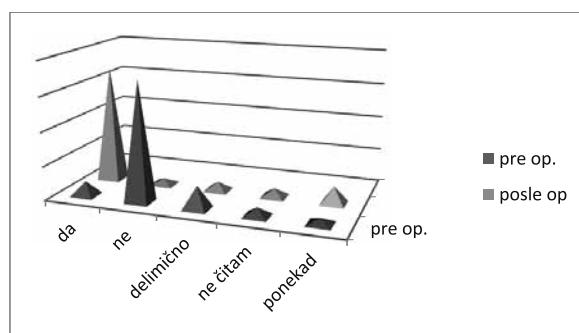
На питање бр. 3 – да ли самостално обављате послове у кући, за потврдан одговор пре операције одлучио се 21 пациент и 35 након извршене операције (Графикон 4).

Графикон 4. Могућност обављања послова у кући пре и након операције катаракте.



Одговори на питање бр. 4 – да ли можете да читате, приказани су на Графикону 5.

Графикон 5. Могућност читања пре и након операције катаракте.



Из е-картона смо добили податке о образовном профилу пацијената. Њих 27 (45%) је са основном школом, 31 (51,6%) са средњом, а само 2 (3,4%) пацијента су имала високу стручну спрему. На основу ових података смо тумачили добијене одговоре на постављено питање.

ДИСКУСИЈА

Најчешћи узроци слепила, према Светској здравственој организацији (СЗО – 2002 године), су: катаракта, глауком, макуларна дегенерација, замућење рожњаче, дијабетичка ретинопатија и друге ретинопатије (артеријске и венске оклузије, амблиопије, тумори). Катаракта је замућење очног сочива. Доводи до безболног, делимичног или потпуног губитка вида и представља једну од најчешћих патологија у савременој офтальмолоској практици.^(1,2) Операција катаракте са развојем технологије и хируршке технике постала је једна од „најбезбеднијих“ операција у медицини. Хирургија катаракте од давнина представља једну од најчешће извођених интервенција, а у модерно време убедљиво најчешћу операцију и у офтальмологији и у хирургији уопште.^(5, 6) Наш проблем је више техничке природе. Ова болест постоји широм света. Јавља се код оба пола и свих социо-економских категорија становништва. У популацији развијених земаља сенилна катаракта је најчешћи узрок излечивог слепила.⁽³⁾ У Америци је просек видне оштрине при одласку на операцију 0,7 (70%), а код нас 0,5 (50%), што значи да се оперишу када је видна оштрина смањена на половину нормалне вредности. Сви наши пациенти су имали видну оштрину 0,5 и мање преоперативно, а проценат оних који су имали само осећај светла био је од 3,3%–10%. Старачка катаракта, позната као сива мрена, у току прогресије даје миопну рефракцију, утиче на замаглење вида, појаву промена у домену перцепције боја и светlosti. Промене вида су честе у старијем добу и резултирају различитим смањењем функционалне способности (отежано

читање, немогућност вожње аутомобила или гледања телевизије). Многе старе особе се и не јављају лекару, јер сматрају да је то нужна последица старости. Ово је нарочито изражено у руралним срединама где није лако доступан преглед офтальмолога. Корекција вида и операција катаракте значајно побољшавају квалитет живота. Потреба за превентивним прегледима је посебно важна код старих дијабетичара.^(2, 3) Дијагноза се поставља на основу офтальмоловског прегледа. Једини начин лечења катаракте је хируршки, при чему се уклања замућено сочиво и на његово место поставља вештачко. У односу на животне активности и то колико катаракта омета пацијента у извршавању свекодневних задатака процењује се када треба оперисати.^(4, 7) Према Конвенцији УН у особе са инвалидитетом спадају и особе са дуготрајним оштећењем чула.⁽⁸⁾ Без обзира на степен образовања сви оперисани пацијенти су исказали веће задовољство и

могућност за обављање основних активности. Овде треба узети у обзир да су то пацијенти који имају више хроничних болести, коморбидитета, од којих у крајњој фази зависи постоперативна видна оштрана. Најбољи успех је постигнут код пацијената у групи 71–75 година.

ЗАКЉУЧАК

Дужина живота је све већа, смртност све мања, а наталитет све нижи. Основне последице процеса старења су успоравање и опадање свих виталних функција. Смањење или губитак вида узроковано катарактом доводи до проблема у свакодневним активностима, умањује квалитет живота и доводи до осећаја незадовољства оболелих. Корекција слабог вида може знатно поправити функционални статус старих особа. Операција катаракте је једини начин лечења који даје добре резултате.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кисић Б., Мирић Д., Жорић Л., Драгојевић И., Столић А. Улога липидне пероксидације у патогенези сенилне катаракте. Војносанит Прегл, 2009; 66(5): 371–375.
2. Видовић М. Милошевић ПД. Медицинска геронтологија. Београд, 2007.
3. Давидовић М., Милошевић ПД., Деспотовић Н. Промене чула у старости. У: Медицинска геронтологија, Београд, 2007; 36–38.
4. Јовановић В., Рисовић Д., Николић Љ. Око у сенијуму. У: Медицинска геронтологија, Београд, 2007.
5. Стефановић Б., Митровић М. Офтальмологија. Београд, Завод за уџбенике и наставна средства, 1990.
6. Драганић В., Вукосављевић М., Миливојевић М., Ресан М., Петровић Н.. Развој хирургије катаракте: мањи рез – мање компликација. Војносанит Прегл, 2012; 69(5): 385–388.
7. Ђуровић Б. Катаракта и радна способност. У: Николић Љубиша, ед. Хирургија катаракте. Београд, Завод за уџбенике, 2009; 25–29.
8. Конвенција УН о правима особа са инвалидитетом. Усвојена на заседању Генералне Скупштине УН 2006.

Контакт: Винка Репац, ДЗ Житиште ИЛР 16, 23210 Житиште, тел: 023 82101,
e-mail: oko@dzzitiste.rs

FATE УЛТРАЗВУК СРЦА

Протокол фокусиране ехокардиографије за лекаре опште/породичне медицине, анестезиологе и лекаре ургентне медицине

Ивица Здравковић¹

FATE ECHOCARDIOGRAPHY

Ivica Zdravković

Сажетак

Увођење некардиолошке фокусиране ултразвучне дијагностике срца на нивоу примарне здравствене заштите, као и у јединицама интензивне неге, преко протокола као што је FATE (Focused Assessed Transthoracic Echocardiography), показало је веома добре резултате у правовременом дијагностиковању битних кардиолошких проблема. Међународне студије су у овом тексту подржане кратком анализом употребљивости FATE протокола на нивоу примарне здравствене заштите.

Кључне речи: ултразвук, срце, ехокардиографија, FATE.

Summary

Introduction of non-cardiologist focused ultrasound examintion of heart in primary healthcare, as well as in units of intensive hospital care, by using protocols such as FATE (Focused Assessed Transthoracic Echocardiography), has shown good results in early diagnosis of major cardiological diseases. International studies are supported in this article by a short analysis of author's own experience of FATE usability in primary healthcare.

Keywords: ultrasound, heart, echocardiography, FATE.

¹ Прим. др мед. Ивица Здравковић, специјалиста опште медицине, Поликлиника „Tectum“, Пожаревац.

УВОД

Ултразвучни преглед срца није уобичајена активност лекара опште медицине, као ни лекара других специјалности у Србији, изузев кардиолога и кардиохирурга. Иако је European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI) у свом журналу септембра 2014. године снажно подржала идеју да се и лекари других специјалности укључе у кардиолошку ултразвучну дијагностику, ова пракса још увек није заживела у нашој земљи. Постоји отпор да се организовано спроводи тренинг лекара у овој клиничкој вештини. Овај отпор са једне стране пореклом је од кардиолога који неприкосновено владају ехокардиографијом од њеног увођења у модерну медицину, а са друге стране долази и од лекара других специјалности, који или верују да је савладавање ове клиничке вештине претешко, или да им је непотребно.

Битно је напоменути да кардиолошки ултразвучни преглед и FATE (акроним: Focused Assessed Transthoracic Echocardiography) нису исти: први је по свему обимнији, експертски, има другачије индикације и захтевнији је у техничком и тренажном погледу; са друге стране, FATE је усмерен на такозвану „крупну патологију“ и може се извести и од стране лекара других специјалности, који су прошли адекватну обуку и сертификацију. FATE је „груба процена“, и може да буде пресудан у правовременом лечењу или упућивању пацијента код уже специјализованих лекара.

У студији која је 2013. године објављена у Скандинавском журналу за трауматологију, интензивну медицину и анестезиологију, показано је да су лекари опште и интензивне медицине, као и анестезиолози са FATE обуком, у обављених 612 прегледа тачно идентификовали патолошка стања у 95,6% случајева (при чему су исти пацијенти претходно прегледани ултразвучно од стране кардиолога). Притом, болести и стања на којима су тестиране дијагностичке вештине испитиваних лекара била су следећа:

1. перикардни излив,
2. дилатација леве коморе,
3. дилатација десне преткоморе,
4. хипертрофија миокардијума,
5. смањена ЕФ, одн. смањена систолна контрактилност ЛК,
6. аортна стеноза.

FATE протокол осмислио је за „не-кардиологе“ 1989. године професор др Ерик Слот, кардиолог из Данске. Од тада до данас овај протокол користе лиценцирани лекари у бројним здравственим установама у земљама Скандинавије, као и у САД, Великој Британији, Аустрији, Португалу, Јужноафричкој Републици, Индији, а од скора и код нас (аутор је први лиценцирани лекар из Србије).

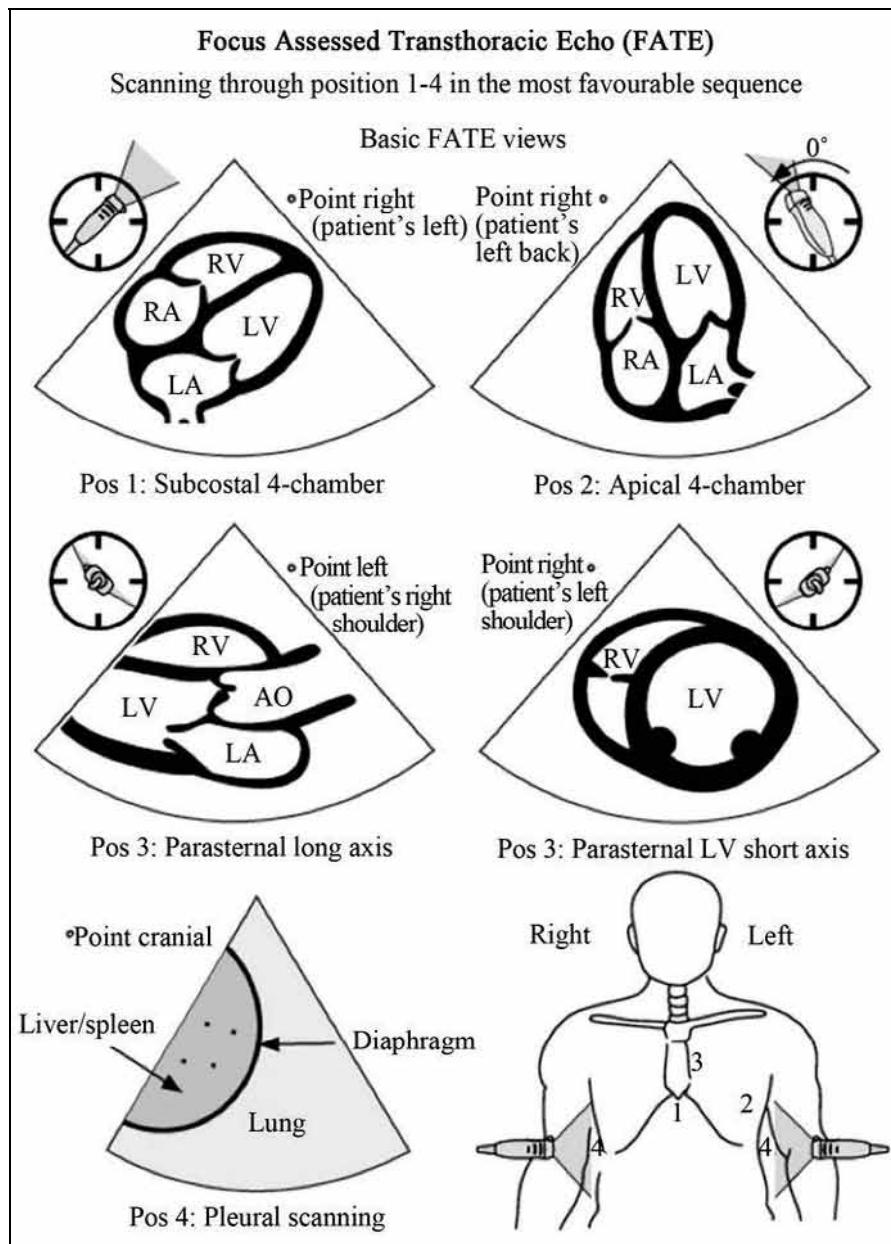
FATE је подељен у два нивоа: базични FATE протокол, који не захтева доплер технологију и није усмерен на хемодинамска испитивања срчаних залистака, и напредни FATE протокол, који укључује доплер испитивања. Обука се изводи модулима који се лекарима достављају електронском поштом, лекари тренирају у својим здравственим установама, решавају приступне и завршне тестове, а затим се на веома интензивном курсу под вођством лиценцираних инструктора практично обучавају и полажу завршни испит.

Садржај базичног FATE протокола приказан је у наставку текста. FATE се ослања на брзи усмерени редослед посматрања срца у уобичајеним позицијама („прозорима“), који су поређани по посебном редоследу:

1. Субкостални приступ (приказ 4 срчане шупљине);
2. Апикални приступ (приказ 4 срчане шупљине из другог угла);
3. Парастернални приступ (уздужна и попречна осовина срца);
4. Посматрање плеуре у медиаксиларним просторима десно и лево.

За почетнике и напредне кориснике FATE протокола др Слот је креирао посебне карте, које служе као брзи подсетник на основне позиције за скенирање, основне параметре и најчешће патолошке налазе. Прве три

карте приказане су на следећим странама. (Четврта карта, односно слика, приказује проширене FATE позиције, тј. допунске положаје за ехосонографију срца, што превазилази циљ и намену овог текста.)



Focus Assessed Transthoracic Echo (FATE)

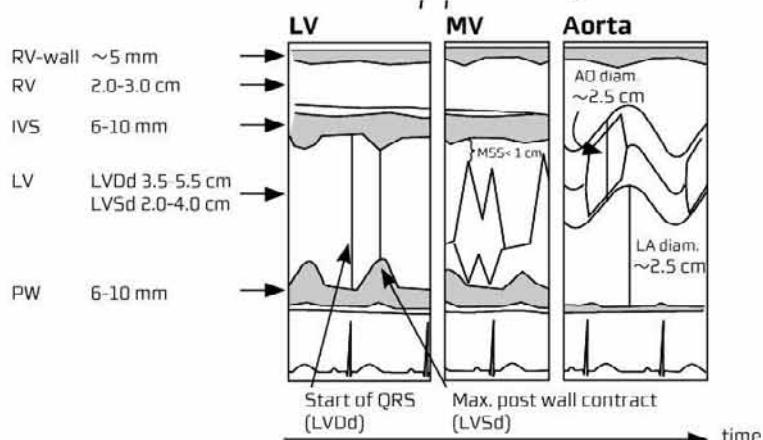
(European Journal of Anaesthesiology 2004; 21: 700-707)

1. Look for obvious pathology
2. Assess wall thickness + chamber dimensions
3. Assess bi - ventricular function
4. Image pleura on both sides
5. Relate the information to the clinical context
6. Apply additional ultrasound

Dimensions and contractility:

$$FS = \frac{(LVDd - LVSd)}{LVDd}$$

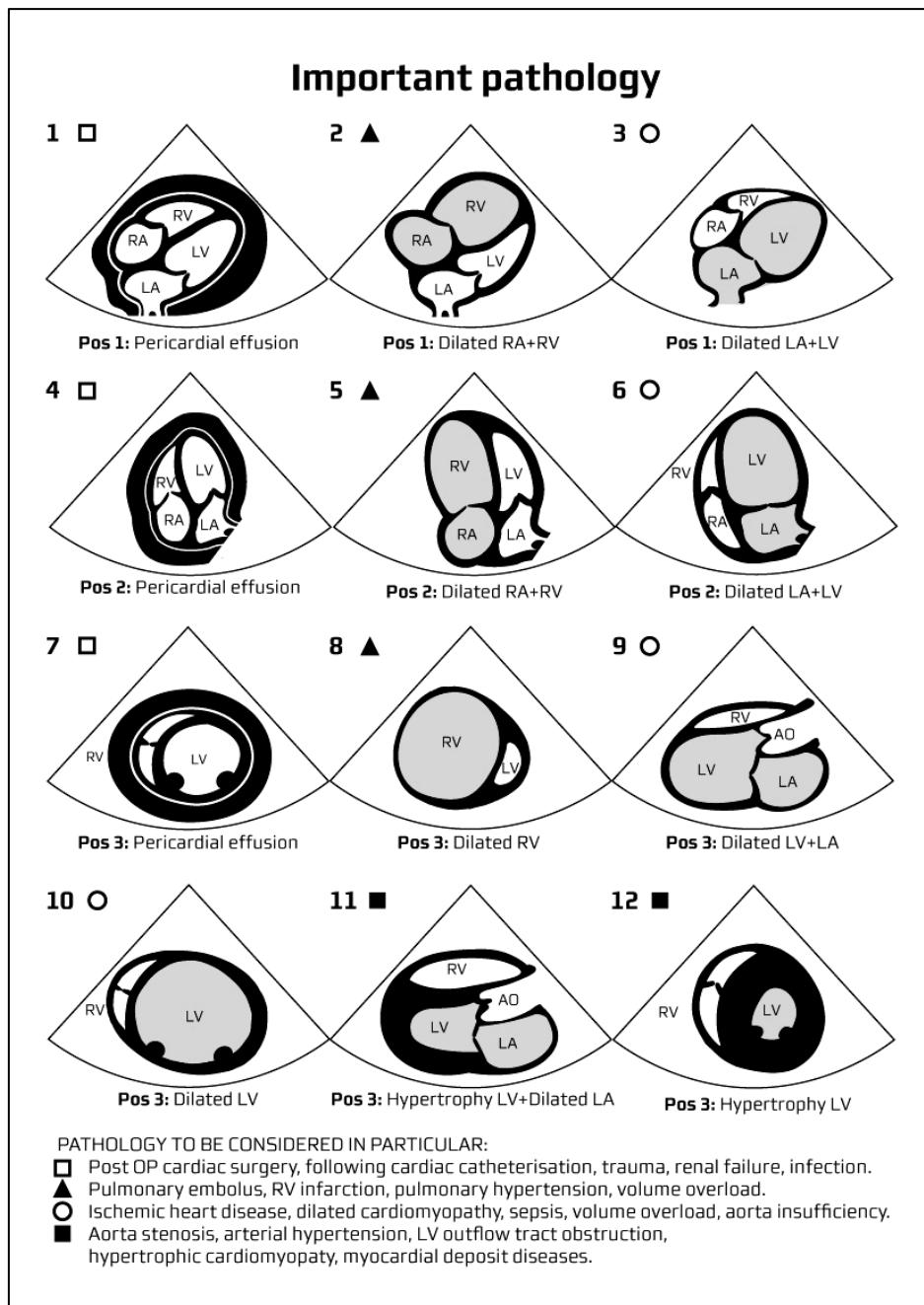
$EF \sim 2 \times FS$



The global function of the heart is determined by the interaction between:

Right ventricle		Left Ventricle	
Systole:	Diastole:	Systole:	Diastole:
Preload	Compliance	Preload	Compliance
Afterload	Relaxation	Afterload	Relaxation
Contractility	Heart rate	Contractility	Heart rate
Heart rate		Heart rate	

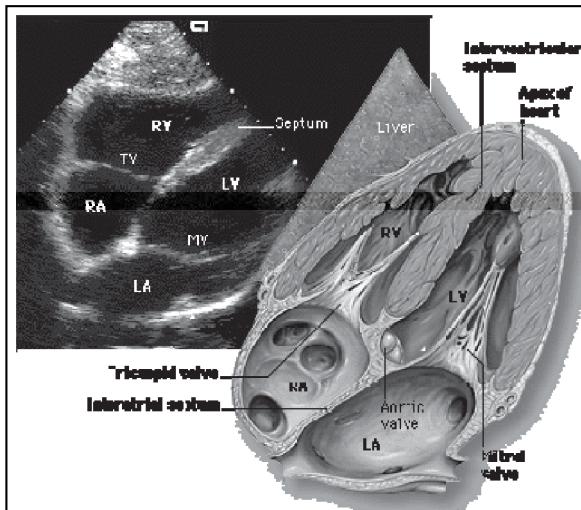
Hemodynamic instability, perform a systematic evaluation of these determinants plus concomitant pathology:
(e.g. pericardial effusion, pulmonary embolus, pleural effusion, pneumothorax, valvulopathy, dissection, defects)



Преглед по FATE протоколу обавља се уобичајеном секторском сондом. Оријентација сонде се обавља на основу маркера („тачке“) која је налази на сонди, тако да се маркер у различитим позицијама усмерава према различитим странама. Грубо поједностављено, оријентација сонде је таква да се код велине сканова сонда поставља као и приликом прегледа абдомена – тако да се кретањем сонде у лево појављују структуре које се налазе на левој страни тела пацијента, а кретањем у десно структуре са десне стране. Једини изузетак је посматрање срца у уздужној парастерналној оси (PLAX, Parasternal Long AXis), где је сонда окренута „наопако“, односно маркирна тачка је усмерена према десном рамену пацијента.

1. ПРВИ ПОЛОЖАЈ (ПОЗИЦИЈА), СУБКОСТАЛНИ ПОЛОЖАЈ

Акустички прозор за посматрање срца је субксифоидни простор у који сонда природно долази померањем у лево после иницијалног прегледа јетре:



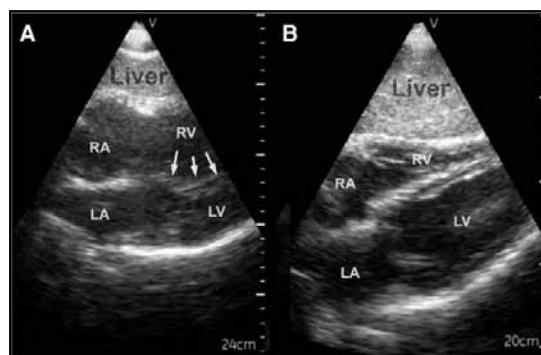
Прва позиција је добра за грубу процену величине срчаних шупљина, као и за грубу процену мотилитета митралне и трикуспидалне валвуле. Посматра се однос величина леве коморе и десне коморе, као и однос величина комора у односу на припадајуће преткоморе. Нарочито је важно посматрање појаве евентуалног пе-

рикардног излива (погледати трећу карту), или чак тампонаде срца.

Како је у субкосталном положају испод леве преткоморе видљив и део торакалне аорте, она је дијагностички битна за различавање плеуралног од перикарданог излива. Перикардни излив се појављује испред аорте, као што се види на следећој слици:



Иако је парастернални прозор бољи за евалуацију плућне емболије, и у субкосталном прозору могуће је уочити дилатацију десне коморе и последичну диспропорцију између десне коморе и леве коморе:



А: проширење десне коморе и преткомора, плућна емболија.

Б: нормалан налаз.

Осим код плућне емболије, сличан налаз проширење десне коморе постоји и код плућне хипертензије, инфаркта десне коморе, волуменског оптерећења (погледати трећу FATE карту).

Проширење леве коморе, које се може уочити у субкосталној позицији, карактеристично је за дилатативну кардио-

миопатију, исхемичку болест срца, аортну инсуфицијенцију... Даља ехосонографија и одређивање ејекционе фракције (ЕФ) и стања аортне валвуле даће потребне податке за прецизнију дијагнозу. Промер леве коморе прецизно се одређује у паастерналној дугој осовини (PLAX), у којој се процењује и стање аортне валвуле (укључујући и допунске прегледе „2 chamber“ и „5 chamber“ пресецима).

У другим случајевима, могуће је у субкосталној позицији уочити задебљање септума, када се допунским PLAX и PSAX скенирањем (паастернални „Long Axis“ и „Short Axis“ сканови) верификује хипертрофична кардиомиопатија.

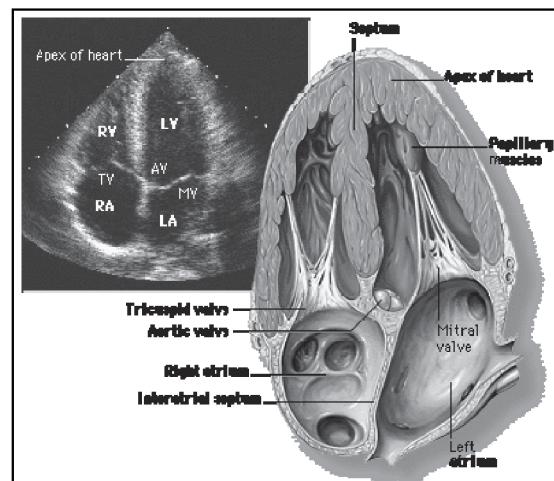
Поред стања срчаних шупљина и дебљине септума, ехосонографија у субкосталној позицији даје основне информације и о стању интератријалног и интервентрикуларног септума, који може да има у себи дефекте (АСД, ВСД) или да има постинфарктне анеуризме. Такође, посматрање ехогености интервентрикуларног септума може да буде од значаја, јер се код постинфарктних стања запажа хиперехогена фиброзна слика.

2. ДРУГИ ПОЛОЖАЈ (ПОЗИЦИЈА), АПИКАЛНИ ПОЛОЖАЈ

Апикални положај, или поглед на четири шупљине („4 chamber view“), добија се померањем сонде према иктусу срца. Пацијент је у левом декубитусу. Апикални приказ срца сличан је субкосталном положају, али се у њему боље уочава однос величине преткомора и комора, и обезбеђују се услови за одређивање покретљивости комора. Сонда се држи као при класичној ехосонографији абдомена, попут оловке, а оријентација маркера је иста као код претходне позиције. Покретљивост комора (асимитим контрактилност срчане пумпе) се индиректно одређује према померању митралног анулуса и трикуспидалног анулуса током систоле (MAPSE: mitral annular plane systolic excursion, TAPSE: tricuspid

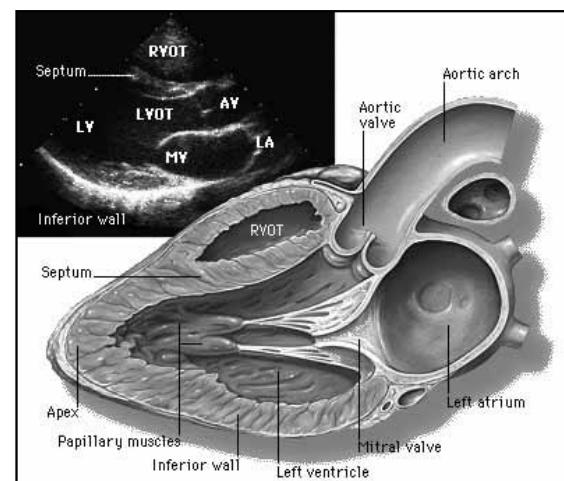
annular plane systolic excursion). Мерење се обавља у комбинованом М и Б-моду, при чему се очекује да се митрални анулус помера најмање око 11mm горе-доле, а трикуспидални анулус око 16–20mm (грубо: MAPSE минимално 1cm, TAPSE око 2cm).

Апикални положај



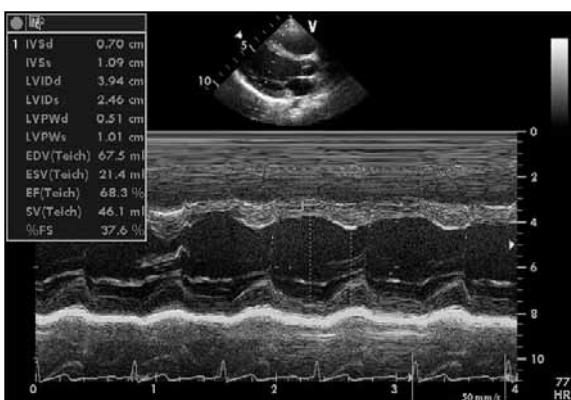
3. ТРЕЋИ ПОЛОЖАЈ, ПАРАСТЕРНАЛНЕ ПРОЈЕКЦИЈЕ

Пацијент је у левом декубитусу, сонда се окреће супротно претходној оријентацији, тако да маркер буде усмерен према пациентовом десном рамену. Проналачењем одговарајућег прозора („searching windows“) добија се паастернални поглед на срце у његовој дугачкој осовини (PLAX, „Parasternal Long AXis“ view).

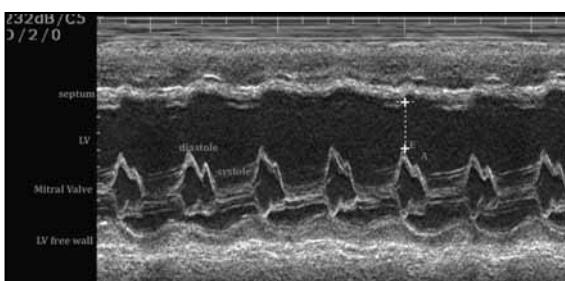


PLAX даје могућност за одређивање основних ехосонографских мерења, укљу чујући дебљину септума и задњег зида леве коморе (максимално до 13mm, оптимално до око 10mm), промер корена аорте (до око 35mm), енд-дијастолни и енд-систолни дијаметар леве коморе (ЕДД, ЕСД, оптимално око 35–55/20–40mm), као и индиректно одређивање фракционог скраћења (ФС), односно ејекционе фракције (ЕФ) леве коморе.

Поред тога, PLAX омогућава процену функције митралног залиска, укључујући и MCC (митрална септална сепарација, или ЕПСС, септална сепарација E-тачке (E-point), што је индикатор јачине контрактилности леве коморе и показатељ покретљивости предњег листа митралне валвуле (MCC, односно ЕПСС мора да буде око 10mm и мања, идеално мања од 6mm).

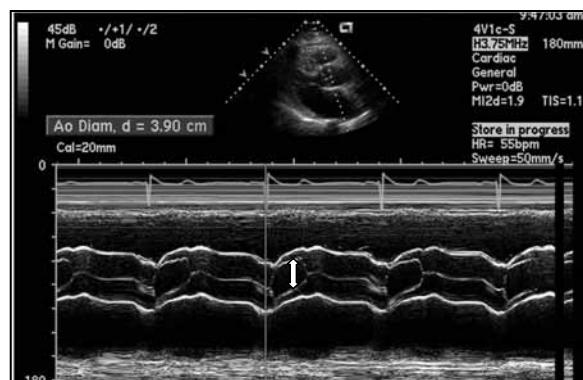


PLAX – измерени септум, задњи зид, ЕДД, ЕСД, одређена ЕФ.



Фракционо скраћење се одређује преко формуле која је дата на другој FATE карти: од ЕДД се одузме ЕСД, а добијена вредност се подели са ЕДД, потом се разломак помножи са 2 и добија се приближна ЕФ.

Пример: ЕДД=40mm, ЕСД = 25mm, $40-25=15$; $15/40=0,375$; $0,375 \times 2 = 0,75$ ЕФ~75%



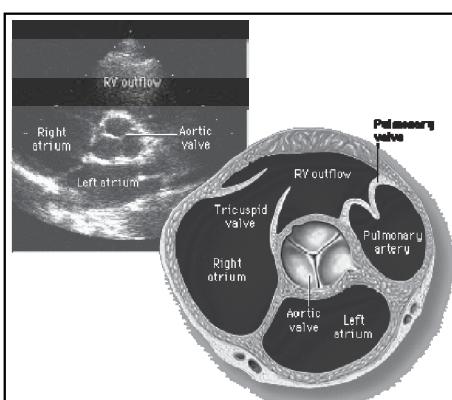
PLAX – измерен корен аорте (стрелицом обележена сепарација велума).

У PLAX пројекцији се, такође, мере и десна комора и лева преткомора, као што је приказано на FATE карти број 2.

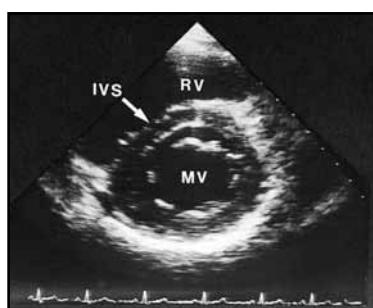
Од стране многих клиничара PLAX се сматра најкориснијим ехокардиографским сканом, који генерално код већине пацијената даје највише података. Стога није необично да многи ехосонографисти преглед почињу управо овом позицијом. Ипак, са становишта FATE протокола, требало би испоштовати редослед позиција и преглед почети најпре субкосталним сканом док је пациент у положају супинације, а потом наставити апикалним и парастерналним скановима на пациенту који је окренут у леви декубитус.

Једноставним ротирањем сонде за око 90 степени у смеру казаљки из PLAX позиције добија се PSAX – парастернални поглед на срце у краткој осовини (Parasternal Short AXis view). FATE протокол овај поглед разматра у оквиру исте „позиције“, као што је приказано на првој FATE карти.

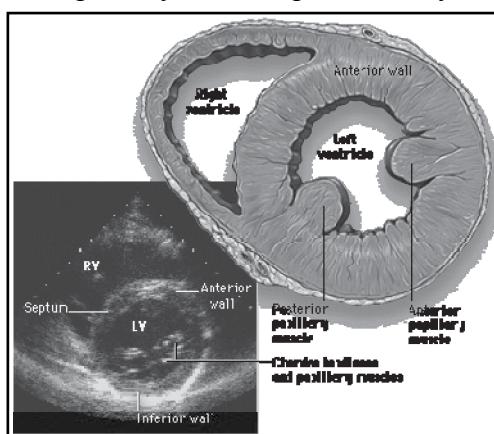
У зависности од нагиба сонде у односу на површину грудног коша, PLAX приказује аортну валвулу (тзв. „знак мерцедеса“), митрални залистак (тзв. „слика уста“, или преапикални део леве коморе са папиларним мишићима (тзв. „печурка“). Пресеци на којима се виде ове формације приказани су на следећим сликама:



Знак мерцедеса – три аортна залиска.



Отворена „уста“ митралне валвуле.



Пресек ЛК у нивоу постремедијалног и антеролатералног папиларног мишића, слика коморе у облику печурке.

4. ЧЕТВРТИ ПОЛОЖАЈ, ПРЕГЛЕД СУБДИЈАФРАГМАЛНИХ ПРОСТОРА

У овом положају се у медиаксиларној линији проверава стање хепатичне иlienалне контуре, односно плеуралних простора који се ту налазе. Уколико постоји плеурални излив, он се види као хипоехогеним слојем

замакнут субдијафрагмални простор (јетра, слезина) и супрадијафрагмални простор (плућа).

* * *

Аутор текста је, као први FATE сертификован лекар у Србији, спровео кратку анализу својих прегледа по FATE протоколу и позитивних клиничких налаза. Прегледано је око 220 пацијената у периоду од јануара до новембра 2015. године. Прегледи су рађени на основу индикација: ранија историја присуства срчаних оболења, клинички знаци и симптоми срчаних оболења (бол у грудима, гушчење, замарање при ходу, палпитације, хипертензија, едеми, итд.). Следећа кратка анализа показује значај FATE протокола у општој медицини:

- Од 220 пацијената прегледаних по FATE протоколу, 34 пацијента је имало упадљиву патологију (око 15% прегледаних).
- Патолошки налази уочени прегледом по FATE протоколу били су:
 1. Увећање срчаних шупљина (код 22 пацијена, са премашивањем ЕДД дијаметра ЛК преко 55mm).
 2. Смањење ејекционе фракције (код 12 пацијената).
 3. Склерозирани велуми аорте са или без смањене сепарације (код 8 пацијената).
 4. Поремећаји аортне и/или митралне валвуле, са допплер видљивом инкомпетенцијом залистака (код 6 пацијената).
 5. Хипокинезија/дискинезија и/или склероза појединих делова зидова ЛК (код 11 пацијената).
 6. АСД са допплер упадљивим десно-левим шантом (код једног пацијента).
 7. Перикардни излив (код једног пацијента).
 8. Анеуризма асцендентне аорте (код једног пацијента).

Сви наведени патолошки налази индиковали су допунску кардиолошку дијагностику, укључујући и кардиолошки УЗ срца. У осталим случајевима (85% прегледаних пацијената) FATE протокол је искључио потребу за даљом кардиолошком дијагностиком. Овај однос од 85:15 постоји пацијената који су, захваљујући FATE протоколу, већ на нивоу примарне здравствене заштите егзактно тријажирани за даљу кардиолошку дијагностику, говори јасно у прилог следећем:

Уколико постоје клиничке индикације за напредну кардиолошку дијагностику, лекар

који није кардиолог, али је упознат са FATE протоколом, може на основу само FATE ултразвучног прегледа срца да елиминише скоро 85% пацијента суспектних на озбиљне кардиолошке проблеме, те да их у наставку третира као пацијенте без индикација за кардиолошки преглед. Уколико се ово потврди новим студијама и прихвати као правило, јасно је да би увођењем FATE дијагностике на нивоу примарне здравствене заштите број упута за ултразвук срца био сведен на мање од 1/6 данашњих прегледа.

ЛИТЕРАТУРA

1. J. Am. Soc.Echocardiogr. 2014 Jul; 27(7): 683.e1–683.e33. doi: 10.1016/j.echo.2014.05.001.
2. Eur Heart J Cardiovasc Imaging. 2014 Sep; 15(9): 956–60. doi: 10.1093/ehjci/jeu081. Epub 2014 May 27. „Focus cardiac ultrasound: the European Association of Cardiovascular Imaging viewpoint“. Neskovic AN¹, Edvardsen T², Galderisi M³, Garbi M⁴, Gullace G⁵, Jurcut R⁶,

Dalen H⁷, Hagendorff A⁸, Lancellotti P⁹; European Association of Cardiovascular Imaging Document Reviewers:, Popescu BA¹⁰, Sicari R¹⁰, Stefanidis A¹⁰.

3. Christian Alcaraz Frederiksen, Erik Sloth, et Al. Assessment of cardiac pathology by point-of-care ultrasonography performed by a novice examiner is comparable to the gold standard. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2013, 21: 87 doi:10.1186/1757-7241-21-87.

Контакт: Прим. др мед. Ивица Здравковић, специјалиста опште медицине, Поликлиника „Tectum“, Пожаревац.

ЗДРАВСТВЕНА ЕДУКАЦИЈА У КОНТРОЛИ И ПРЕВЕНЦИЈИ ШЕЋЕРНЕ БОЛЕСТИ

Хајналка Пожар¹

HEALTH EDUCATION IN THE PREVENTION OF DIABETES MELLITUS

Hajnalka Požar

Сажетак

Дијабетес и друге масовно незаразне болести и њихове компликације представљају велики јавно-здравствени проблем. Шећерна болест је значајан узрок радне неспособности, инвалидитета, великих трошкова здравствене заштите и превремене смртности. Тип 2 дијабетеса може се превенирати здравим стилом живота, здравом телесном масом и физичком активношћу. Највећи потенцијал за побољшање здравља лежи у свеобухватној стратегији која истовремено промовише промоцију здравља на нивоу становништва и програме за превенцију болести, који је активно фокусиран на групе и појединце са високим ризиком да би се обезбедила максимална покривеност ефикасног лечења и неге.

У овом раду су анализиране могућности превенције дијабетеса типа 2.

Дати су савети за успешно спровођење здравствено-васпитног рада са пациентима, што је један од основних задатака медицинских сестара, а уколико се врши на одговарајући начин може утицати на смањење једног од најзначајнијих јавно-здравствених проблема савременог друштва.

Кључне речи: дијабетес, превенција, здравствена едукација, правилна исхрана.

Summary

Diabetes and other chronic non-infectious diseases and their complications are a large public health problem. Diabetes is a significant cause of disability, large health care costs and premature death. Type 2 diabetes can be prevented with a healthy lifestyle, a healthy body weight and physical activity. The greatest potential for improving health lies in a comprehensive strategy that simultaneously promotes health education in the population and programs for the prevention of disease, which has been focused on groups and individuals at high risk, and ensures maximum coverage of effective treatment and care.

This paper analyzes the possibilities for the prevention of type 2 diabetes.

It gives tips for a successful implementation of health education work with patients, which is one of the basic tasks at nursing, and if performed correctly, can decrease one of the most important public health problems of modern society.

Key words: diabetes, prevention, health education, proper nutrition.

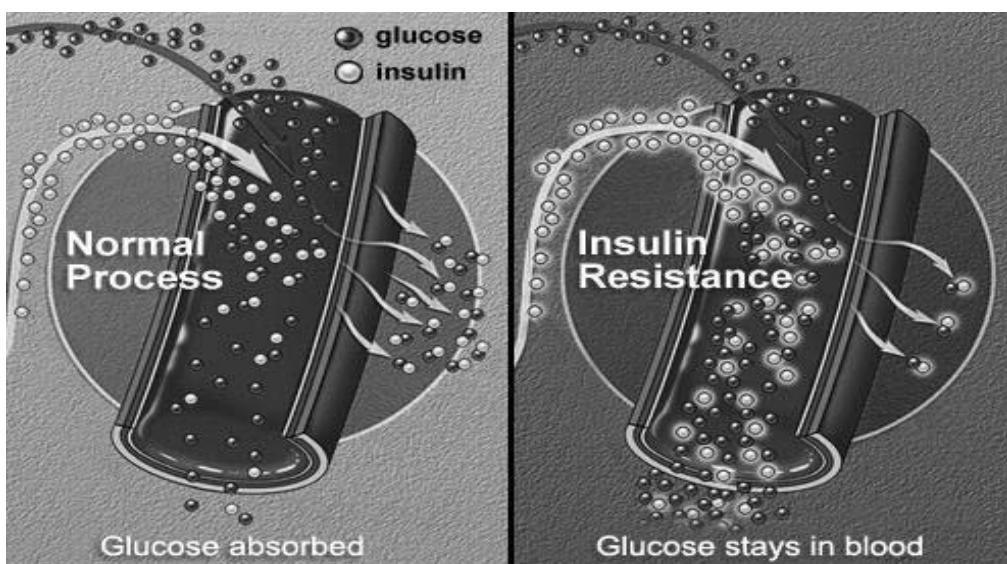
¹ Хајналка Пожар, професор здравствене неге, Медицинска школа „7. април“, Нови Сад.

УВОД

Дијабетес мелитус (шећерна болест) је метаболичка болест у којој је глукоза у крви ненормално висока због тога што организам није у стању да је користи као храну. Глукоза је прост шећер који је неопходан као храна за мозак и мишиће. Добија се из одређене врсте хране: шећера и слаткиша, скробне хране као што је хлеб или кромпир, који се у систему органа за варење разлажу у глукозу. Такође, може се излучивати из јетре, у

којој се складиши глукоза која није одмах потребна. Да би се глукоза користила као храна неопходан је хормон инсулин. Када глукоза у циркулацији расте, углавном после оброка, инсулин се излучује из панкреаса омогућавајући глукози да уђе у ћелије и употреби се као енергија. Инсулин, дакле, игра одлучујућу улогу у коришћењу глукозе у организму. Када постоји недостатак инсулина или постојећи инсулин не делује адекватно, накупиће се глукоза у циркулацији и појавиће се дијабетес (Слика 1).⁽¹⁾

Слика 1. Приказ инсулинске резистенције



Тип 2 шећерне болести јавља се када панкреас још увек излучује инсулин, али у недовољној количини да задовољи повишене потребе организма. Смањена способност инсулина да стимулише преузимање глукозе у мишиће, јетру и остала ткива позната је као инсулинска резистенција, највероватније због оштећења ефекта инсулина после везивања за рецептор на ћелијској мембрани. Постоји и генетска предиспозиција, која

настаје у старијој животној доби, а повезана је са дуготрајном неуравнотеженом исхраном и претераним уносом калорија, те повећаном телесном масом.

Други назив за ово оболење је „инсулин-независни тип“, јер настаје због аномалности на нивоу периферних ткива и чини око 90% свих случајева дијабетеса (Слика 2).

Слика 2. а) Проток глукозе у организму; б) Проток глукозе код дијабетеса типа 2.

Пацијенти су обично старији од 40 година и највећи број њих је гојазан. Почетак болести је постепен и често се открива случајно. У већини случајева ниво глукозе у крви може се смањити ближе нормалним вредностима правилном исхраном или дијетом уз узимање таблета, и тако се знатно може побољшати квалитета живота те продолжити очекивано трајање живота. Дијабетес је повезан са разним компликацијама. Изразити оксидативни стрес доводи до оштећења базалне мембрани крвних судова, а тиме и до измене функције, услед чега долази до развоја убрзане атеросклерозе узрокујући поремећај вида (ретинопатију), оштећење бубрега (нефропатију) и периферних нерава (неуропатију). У тежим случајевима када се оштећују велике артерије на срцу, мозгу, може настати исхемијска болест срца, можданудар и гангrena доњих екстремитета.⁽²⁾

Данас, као једна од болести са највећом инциденцијом, дијабетес показује и пародакс. Наиме, истовремено се побољшавају методе и резултати крајњих исхода лечења, а у свакодневном животу инциденција дијабетеса све је већа.

ЕПИДЕМИОЛОШКИ СТАТУС

Дијабетес је једно од најчешћих хроничних незаразних оболења и представља велики јавно-здравствени проблем. Светска здравствена организација (World Health Organization – WHO) и Међународна федерација за дијабетес (International Diabetes Federation – IDF) проценили су 2010. године да у свету од дијабетеса болује 285 милиона људи, а да ће се број оболелих до 2030. године повећати на 438 милиона. Иако се највише стопе инциденције региструју у развијеним земљама, највећи пораст броја оболелих очекује се у земљама у развоју, где спада и наша земља.⁽³⁾ Према истим изворима, у Републици Србији од дијабетеса болује приближно 600.000 особа или 8,2% популације са тенденцијом даљег пораста, превасходно због високе учесталости фактора ризика. Број особа са типом 2 дијабетеса је многоструко већи (90%) у односу на особе са типом 1 дијабетеса.

Притом, према проценама домаћих експерата и на основу резултата међународних студија, најмање половина особа са типом 2 дијабетеса нема постављену диагнозу и не зна за своју болест. Дијабетес је у Србији пети водећи узрок смртности, а на

годишњем нивоу од ове болести умре приближно 2.500 особа. Стваран број умрлих је далеко већи, имајући у виду да оболели од дијабетеса најчешће умиру од инфаркта, шлога и хроничне бубрежне инсуфицијенције.

ПРЕВЕНЦИЈА ДИЈАБЕТЕСА

Почевши од раних педесетих година прошлог века, индустријски развијене земље суочиле су се са правом експлозијом у погледу раста учсталости овог оболења. Оно је већ тих година сматрано најважнијим здравственим проблемом у тим земљама. Здравствене службе су реаговале углавном мерама које су биле усмерене на лечење. То је довело до великог раста средстава која су се трошила у ове сврхе, али није било очекиваних учинака на смањење оболевања. Истраживања вршена током последњих неколико деценија довела су до нових сазнања о факторима ризика који су повезани са порастом учсталости ових оболења, и показала су да је могуће утицати на њихову инциденцију, тј. да се могу спречити! То је довело до значајне прекретнице и оријентације на превенцију, и до све већег изражаваја здравственог васпитања.

Шећерна болест је значајан узрок радне неспособности, инвалидитета, великих трошкова здравствене заштите и превремене смртности. Тип 2 дијабетеса може се превенирати здравим стилом живота, здравом телесном масом и физичком активношћу. Због тога је важно да се стално шаље порука да се добром едукацијом о дијабетесу и мерама превенције штеди дугорочно новац, али и побољшава квалитет живота особа са дијабетесом и особа у ризiku за настанак дијабетеса.

Превенција типа 2 дијабетеса треба да се спроводи коришћењем следећих приступа:

1) Популациони приступ првенствено је усмерен на спречавање настанка и развоја гојазности у општој популацији. Основни циљеви су да се спречи појава повећане

телесне тежине, а код гојазних да се спречи прогресија и подржи стабилизација после редукције телесне тежине.

Активности усмерене на друштво у циљу превенције дијабетеса:

- едуковати здравствене професионалце, првенствено на примарном нивоу здравствене заштите, о превентивној примени физичке активности и одговарајуће исхране;
- едуковати просветне раднике и професионалце у области исхране;
- повећати доступност оптималног начина исхране;
- едуковати децу иadolесценте у превентивној примени физичке активности и одговарајуће исхране;
- повећати доступност спортских објекта који служе општој популацији;
- повећати доступност хране са ниским садржајем масти и соли;
- побољшати доступност и садржај здравствених прегледа у општој популацији;
- координисати промоцију здравља на националном и општинском нивоу, коришћењем различитих медија;
- подстицати апотеке да допринесу превенцији типа 2 дијабетеса кроз сопствене програме.⁽⁴⁾

2) Приступ особама са повишеним ризиком обухвата промену начина живота применом адекватног начина исхране, индивидуално прилагођеном дијетом и повећаном физичком активношћу.

Индивидуално прилагођена дијета се дефинише на основу антропометријских и метаболичких параметара, начина исхране и навика пацијента према посебном протоколу.

Дијета се примењује кроз индивидуално и групно саветовање у превентивним центрима, тј. саветовалиштима за дијабетес на примарном нивоу здравствене заштите.

Едукација за примену индивидуално прилагођене дијете треба да садржи савете о:

- енергетској вредности намирница, дневним енергетским потребама;
- састављању оптималног оброка, кулинарској обради намирница;
- намирницама које се могу узимати без ограничења;
- намирницама које имају највећу енергетску вредност;
- намирницама које имају највећи садржај простих шећера;
- утицају сопственог избора хране на енергетски унос;
- утицају физичке активности на енергетску потрошњу.

Едукација за примену индивидуално прилагођеног програма физичке активности треба да садржи савете о корисности промене навика у дневном распореду физичке активности. Препоручује се најмање 30 минута физичке активности дневно, брзе шетње, пливања, вожње бицикла или плеса. На пример, редовна шетња од 30 минута на дан смањује ризик од настанка дијабетеса за 30–40%. Болесницима можемо саветовати да:

- користе степенице umесто лифта;
- иду пешице или бициклом до посла;
- ако користе аутобус, изађу једну станицу раније и преостали део пута иду пешице;
- ако користе кола, паркирају их даље од дестинације и преостали део пута иду пешице;
- иду пешице до продавнице и других објеката у околини;
- прате децу у њиховим физичким активностима;
- чисте снег или сређују башту.^(5, 6)

Активности примарне превенције подразумевају:

1. Идентификацију ризичне популације

Скрининг дијабетеса типа 2 подразумева одређивање гликемије наште у особа старијих од 45 година у периодима од 3 године. Такође, препоручује се да се особе које су у ризику од типа 2 дијабетеса идентификују једноставним упитником у коме се узимају подаци о животној доби, обиму струка, оболовању од дијабетеса у породици, кардиоваскуларним болестима и дијабетесу у труданоћи.

2. Едукацију о самој болести кроз бројне групне методе здравственог васпитања

У примарној превенцији важна је улога едукатора, да особама са повишеном ризиком разјасни факторе ризика, могућности модификације истих и да поставе реалне циљеве за побољшање здравља.

3. Редовну контролу гликемије

Обуку дијабетичара за самоконтролу болести обавља ендокринолог или његови сарадници – медицинске сестре. Програм самоконтроле обухвата следеће:

- посебан режим исхране, контролу телесне тежине и физичку активност;
- давање инсулина или узимање таблетираних лекова;
- редовно мерење висине шећера у крви;
- преглед мокраће или крви путем трачица за одређивање висине кетона (ацетона);
- евиденцију резултата добијених контролним прегледима;
- коришћење одговарајућих минерала, витамина и антиоксиданаса.

Самостално мерење нивоа глукозе у крви је неопходна мера за успешну терапију, те је неопходно пациенте едуковати за то. Особе са дијабетесом контролишу сопствени ниво гликемије било директно помоћу једноставних апаратова из капи крви (Слика 3), или индиректно контролишући садржај шећера у мокраћи. У здравственим установама контролише се регулација одређивањем гликолизираног хемоглобина – HbA1C, тест који одражава ниво регулације дијабетеса у последњих 6–8 недеља.⁽⁷⁾

Слика 3. Самостално мерење глукозе помоћу апарата.



4. Информисање о начину лечења

Дијета, смањење телесне тежине и повећана физичка активност су прве потребне мере у контролисању нивоа глукозе у крви. Код болесника са дијабетесом типа 2, ако промена начина живота не даје одговарајуће смањење шећера, примењује се терапија оралним хипогликемицима, ако је потребно и терапија инсулином.

Улога медицинске сестре у саветовањишту за дијабетес је следећа:

1. Узимање података – сестринска анамнеза (главне тегобе, садашња болест, ранија оболења, лична анамнеза, радна анамнеза, породична анамнеза);
2. Антропометријска мерења (телесна маса, телесна висина, крвни притисак) и евидентација у здравствени картон, вођење документације;

3. Пријава дијабетичара, вођење дијабетичне књижице, заказивање контролних прегледа;

4. Здравствено васпитни рад (Слика 4):
 - едукација о значају правилне исхране, редукционе дијете код гојазних;
 - едукација о значају редовне контроле и демонстрација поступака самоконтроле;
 - демонстрација и едукација за самодаљавање инсулина (врсте и начин давања);
 - упознавање пацијената са знацима и начином превенција хипо и хипергликемије;
 - објашњавање значаја правилне неге тела, ногу, избора одеће, начина подсецања ноктију у циљу избегавања гангрене и ампутација;
 - објашњавање значаја физичке активности, избегавања стресних ситуација;
 - истицање штетности алкохола и лоших навика у исхрани.

Слика 4. Степенице успешне контроле дијабетеса.



Едукација о правилној исхрани:

Терапијски циљ код свих типова дијабетеса је одржавање нивоа гликемије што је могуће ближе нормалним вредностима. Овим се очекује смањење телесног тежине код гојазних, елиминација симптома и смањење ризика од развоја кардиоваскуларних оболења која су посебно честа код особа са дијабетесом. Дијета представља основу у лечењу дијабетеса. Код гојазних дијабетичара, губитак тежине је један од основних циљева, као и нормализовање гликемије, липида и крвног притиска и спречавање акутних и одлагање хроничних компликација.

Пре свега се ограничава унос угљених хидрата (55–60% од укупне количине хране), правилно се одмерава унос масти (25–30%), холестерола (< 300 mg дневно или > 25 g / 1.000 kcal) и нарочито се води рачуна о довољном уносу беланчевина (до 20%, тј. 0,8 g/kg телесне масе), које служе као градивни материјал.⁽⁶⁾

Медицинска сестра мора сваког болесника са дијабетесом подучити о важности одржавања дијеталне исхране. Ако се обука болесника спроведе на јасан и стручан начин, и притом се јасно поставе циљеви, смањиће се потреба за лечењем и здравственом негом.

Сви оболели морају знати препознати масти, угљене хидрате и беланчевине у намирницама. Највећи негативни фактор код пацијената са дијабетесом је потреба мењања прехрамбених навика и осећај да се ради о ускраћивању, строгим забранама.

У главним цртама ова дијета подразумева избегавање хране богате шећерима и мастима.

Унос угљених хидрата треба смањити, а не избацити из исхране, као што већина пацијената мисли. Ако организам дијабетичара нема дosta шећера, почиње сам трошити сопствене масне резерве, те тако доводи организам у стање кетоацидозе. Пре свега је забрањено јести концентроване угљене хидрате (колаче, чоколаде, шећер).

Постоје вештачки заслађивачи (Натрен, Сахарин, Стевија) који дијабетичару омогућују несметано конзумирање слатких пића. Повишен унос дијетних влакана успорава ресорпцију шећера из хране и спречава велике скокове гликемије после оброка, и поспешује здраво функционисање црева.

Потребно је смањити и унос масти и избацити храну богату холестеролом. Ограничавање уноса масти снижава калоријски унос и поспешује жељени губитак телесне тежине. Осим тога, смањује се ризик од развоја кардиоваскуларних оболења.

Како је повишен унос соли повезан са повишеним крвним притиском, препоручује се рестриктивно коришћење соли. Унос беланчевина задовољава највећи део потребе организма. Препоручује се узимање млечних производа и немасног меса.

Алкохолна пића треба избегавати, јер посебно су опасна у комбинацији са пероралним антидијабетицима. Болесник сме конзумирати све зачине (сенф, црвену паприку, вегету, сирће, лимун, цимет). Од пића допуштени су: кафа, минерална вода, незаслађени сокови, чај и лимунада без шећера.⁽⁸⁾

Не постоји јединствени дијетални план нити једнаки јеловник за све оболеле. Постоје само начела, препоруке и добри примери, који служе бољем сналажењу (Слика 5). Док се не навикну на количину хране коју ће конзумирати, најбоље је храну вагати у посуди која се обично употребљава при припремању хране. Здравствени радници морају стално упозоравати оболелог на компликације и погоршање болести ако се не придржава препоручене дијеталне исхране, те му помоћи да своје стање схвати озбиљно.

Слика 5. Дијабетична пирамида исхране.

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ОСОБА СА ДИЈАБЕТЕСОМ

Дугорочна здравствена заштита особа са дијабетесом организована је на различите начине у разним регионима света. Традиционалан начин подразумева болничко лечење у установама специјализованим за лечење дијабетеса. Међутим, све се више уводи концепт подељене заштите у којем је брига о дијабетичарима подељена између установе за болничко лечење и установа примарне здравствене заштите. Задатак тима примарне здравствене заштите је задовољавање здравствених потреба дијабетичара у координацији са лекарима опште медицине и специјалистима консултантима, као и спровођење програма едукације. Тим примарне здравствене заштите дијабетичара чине: дијабетолог, специјално обучена медицинска сестра за област дијабетологије, дијететичар, педикир, лекар опште медицине, а као консултанти укључују се: офтальмолог, нефролог, неуролог, васкуларни хирург, ортопед, гинеколог и по потреби стручњаци других специјалности.⁽⁹⁾

Едукација особа са дијабетесом важан је део њихове здравствене заштите. Свака

особа која има дијабетес одговорна је за контролу овог стања и због тога мора разумети основне принципе патофизиологије и лечења да би оно било што ефикасније.

„Дијабетичар мора бити сам свој доктор, дијететичар и лаборант. Стога је едукација најважнији аспект лечења“ (RD Lawrence).

Када се дијабетес открије и уведе терапија, важно је дати информације оболелом о самој болести и принципима лечења, дати савете о промени начина живота и наговестити последице неадекватног лечења. У даљем лечењу важна је континуирана едукација, једноставан приступ сваком члану тима и редовна годишња евалуација контроле дијабетеса и потрага за евентуалним компликацијама. Едукација се спроводи било индивидуално, било групно. Сваки контакт дијабетичара са чланом дијабетолошког тима мора се схватити као могућност едукације.

Планови за превенцију, рано откривање и лечење дијабетеса, посебно компликација (слепила, бubreжне инсуфицијенције, гангrena и ампутација, чешћег оболевања од коронарне болести и шлога), треба да се формирају на локалном, националном и

европском нивоу. Улагање сада довешће до значајне дуготрајне користи тиме што ће смањити људску патњу, али и значајних финансијских уштеда.⁽¹⁰⁾

Европски програм заштите од дијабетеса и истраживања дијабетеса, тзв. „St. Vincent declaration“, формиран је у циљу борбе против шећернеболести. Представници свих министарстава здравља европских земаља састали су се са експертима за дијабетес под покровitelјством Регионалне канцеларије Светске здравствене организације и Интернационалне дијабетесне федерације у Сент Винсенту и једногласно су прихватили препоруке које треба хитно примењивати у циљу смањења учсталости дијабетеса. Смањење учсталости дијабетеса може се постићи организованом акцијом медицинске службе (у планирању, спровођењу квалитетне здравствене заштите, применом научних достигнућа) и активним учешћем дијабетичара, њихових породица и организација у лечењу и едукацији.⁽⁶⁾

Здравствена заштита становништва у РС регулисана је Националним програмом за борбу против шећерне болести и Уредбом о здравственој заштити становништва од шећерне болести, који су у складу са одлукама Декларације из Сент Винсента. Уредба подразумева три нивоа здравствене заштите:

1. ниво – у оквиру Домова здравља и Здравственог центра;
2. ниво – у оквиру Центара за дијабетолошку заштиту;
3. ниво – у оквиру Института за дијабетес и болести метаболизма.

ЦЕНА ЛЕЧЕЊА ДИЈАБЕТЕСА

Сама природа дијабетеса, са свим оним што је потребно за добру контролу, заједно са могућим компликацијама јасно указује на значајне трошкове које имају како сам појединачно тако и друштво у целини. Светска здравствена организација процењује да 2,5–15% годишњег здравственог буџета иде

на лечење дијабетеса. Особа са дијабетесом троши 2–5 пута више средстава од особе која нема дијабетес. Ови трошкови могу се поделити у три групе:

1. Директни трошкови

У ову групу трошкова спадају трошкови превенције, откривања и лечења дијабетеса. То су трошкови болничког и ванболничког лечења, трошкови набавке инсулина, таблета, шприцева, као и трошкови лабораторијских услуга. У ову групу спадају и велики трошкови лечења дијабетесних компликација: превенција и лечење ретинопатије, лечење терминалне бубрежне инсуфицијенције (дијализа и трансплантација), лечење и праћење срчаних оболења, можданог удара и периферних васкуларних оболења везаних за дијабетес, као и трошкови ампутација.

2. Индиректни трошкови

Односе се на смањену радну продуктивност због боловања, раног пензионисања или преране смрти.

3. Немерљиви или психолошки трошкови

Укључују стрепњу, страх, бол, патњу као и ефекте дијабетеса и компликација на квалитет живота.⁽¹¹⁾

Јасно је колики је значај превентивних мера. Улагање у релативно једноставне и јефтине поступке доводи до значајног позитивног ефекта на здравље људи и самим тим смањује трошкове њиховог лечења.

Тешка оштећења и губитак вида због ретинопатије могу се избеги раним откривањем и лечењем. Ово се може постићи програмом систематског скрининга.

Раним откривањем и лечењем може се успорити ток дијабетесне нефропатије и очувати бубрежна функција. Због тога се мора увести скрининг на микроалбуминурију.

Трошкови ампутација због дијабетичног стопала у Великој Британији били су око 15 милиона фунти. Формирањем клиника за

дијабетично стопало број ампутација смањен је за 50%, једноставним поступком да се при сваком прегледу болеснику прегледају и стопала.⁽¹²⁾ У програмима едукације, који доводе до значајне укупне уштеде у лечењу дијабетеса, централна улога припада медицинским сестрама посебно обученим за дијабетес. Различите студије које су испитивале значај едукационих програма налазе значајно смањење хоспитализација због дијабетесних кетоацидоза, као и других проблема повезаних са лошом регулацијом гликемије.

ЗАКЉУЧАК

Дијабетес и друге масовно незаразне болести и њихове компликације су водећи узрок смрти, тако он као проблем заузима место број један у систему здравствене заштите. Међутим, његова појава и учсталост одговарајућим мерама едукације и превенције, здравим животним стилом (правилном исхраном и редовном физичком активношћу) може се значајно смањити. Највећи потенцијал за побољшање здравља лежи у свеобухватној стратегији која истовремено подразумева промоцију здравља на нивоу становништва и програм за превенцију болести, који је активно фокусиран на групе и појединце са високим ризиком.

Програми превенције имају највећи утицај ако започну што пре, још пре уласка у

средње и старије животно доба, када особе наведене старости постају мање подложне здравствено-васпитном раду. Истраживања су показала да мере превенције (здрав начин живота – адекватна исхрана, избегавање пушења, редовна физичка активност) имају већи ефекат него дуготрајна медикација, што има и огромну економску и материјалну важност.

У примарној превенцији, важна је улога едукатора о дијабетесу да особама са ризиком разјасни ризике и заједно поставе реалне циљеве за побољшање здравља. Будући да су медицинске сестре најбројнији здравствени кадар на свим нивоима здравствене заштите, неопходно је ојачати њихову улогу у превенцији шећерне болести. Неопходно је да на високом нивоу владају вештином комуникације и начином преноса информација. Оне треба да буду одговорне за изградњу позитивног односа корисника према здравственој заштити, од чега непосредно зависи успешност у раду. Високообразоване медицинке сестре, које су стекле потребна знања и вештине за планирање активности програма превенције, дијагностику и лечења шећерне болести, у стању су да различитим едукативним акцијама преузму једну од значајних улога у смањењу једног од најзначајнијих јавно-здравствених проблема савременог друштва.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дијабетес Зајечар. Друштво за борбу против шећерне болести „Зајечар“ [Homepage on internet]. [cited 2014 Avg 15]. Доступно на: <http://www.diabetes.rs/diabetes09.htm>
2. Mayfield J. Diagnosis and classification of diabetes mellitus: new criteria. Am Fam Physician 1998; 58(6): 1355–63.
3. Sicree R, Shaw JE, Zimmet PZ. The Global Burden of diabetes. In: Gan D, ed. Diabetes Atlas. 4th ed. Brussels: International Diabetes Federation.
4. Gwen H. Structured education in diabetes. Journal of Practice Nurse 2008; 36(5); 35.
5. American Diabetes Association. Prevention or Delay of Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2004; 27: S47–54.

6. Превенција типа 2 дијабетеса. Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити. Министарство здравља Републике Србије. Српско лекарско друштво – СЛД, Београд; 2005. [cited 2014 Sept 12]. Доступно на: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2008/Sa%20Zdravlja/dokumenta/Vodici/prevencija%20dijabetesa%20tip%202.pdf>
7. Национални водич добре клиничке праксе. Дијабетес мелитус. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича добре клиничке праксе. Министарство здравља Републике Србије, 2012. [cited 2015 Sept 1]. Доступно на: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2012/Novembar/VodicZaDijagnostikovanjeLecenjeDiabetesMellitusa.pdf>
8. Иванишевић К., Вуковић З., Манчинковић Д. Сестринска едукација о правилној прехрани особа оболелих од шећерне болести. Сестрински Гласник 2014; 19: 109–15 [cited 2015 Avg 15]. Доступно на: <http://hrcak.srce.hr/124516> DOI: 10.11608/sgnj.2014.19.024

9. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and glucose tolerance as risk factors for cardiovascular disease: the Framingham Study. *Diabetes Care* 1979; 2: 120–6.
10. Даничић Л., Томић С., Милутиновић Д. Фактори ризика у настанку коронарне болести – место и улога организатора здравствене неге. *Медицина данас* 2009; 8(10–12): 381–5. [cited 2013 Sept 10]. Доступно на: http://www.medicinadanas.info/images/clanci/medicina_danas_2009/10-12/381-385_nega_2.pdf
11. Машић И., Торомановић С., Смајкић А. Социјална медицина с основама здравствене његе у заједници и поливалентној патронажи. Сарајево; 2009.
12. Skyler J. Effects of Glycemic Control on Diabetes Complications and on the Prevention of Diabetes. *Clinical Diabetes* 2004; 22(4): 162-6. [cited 2015 Mart 10]. Доступно на: <http://clinical.diabetesjournals.org/content/22/4/162.full>, DOI: 10.2337/diaclin.22.4.162.

Контакт: Хајналка Пожар, професор здравствене неге, Медицинска школа „7. април“, Војводе Книћанина 1, 21000 Нови Сад. Адреса: Грабовачка 26, 24000 Суботица, Србија. Тел.: +381(0)695571980; e-mail: pozarh@gmail.com

РИБАРСКА БАЊА – САВРЕМЕНИ БАЛНЕО-ФИЗИКАЛНИ ТРЕТМАН БОЛЕСТИ И ПОВРЕДА

Татјана Матејевић¹, Драган Вељковић², Звонко Динић³, Светлана Динић⁴, Ивана Вељковић⁵,
Душан Шокорац⁶, Милутин Тодоров⁷

RIBARSKA BANJA – CONTEMPORARY BALNEO-PHYSICAL TREATMENT OF DISEASES AND INJURIES

Tatjana Matejević, Dragan Veljković, Zvonko Dinić, Svetlana Dinić, Ivana Veljković, Dušan Šokorac,
Milutin Todorov

„Здравље није све,
али без њега све је ништа.“

Сажетак

Корисно дејство природног фактора (термалне, алкално-салиничне, сумпоровите воде и климатски фактори) Рибарске Бање у лечењу коштано-зглобних, респираторних, генито-уринарних и кожних оболења, примећено је почетком XIX века (Хердер, Линденмајер), мада постоје писани документи да је још палеобалкански становништво на рибарско-бањским термама са истукством из верске медицине обављало ритуално лечење. Године 1834. урађена је прва хемијска анализа ових вода на Медицинском факултету у Бечу, а од 1847. године Рибарска Бања има лекара.

У Специјалној болници за рехабилитацију Рибарска Бања са успехом се лече посттрауматска стања, сви облици реуматизма, системске болести, неуролошке и кожне болести. Рибарска Бања због свог климатског фактора и природних сумпоровитих вода и пелоидом је врло погодна за лечење гинеколошких и хроничних плућних стања код деце.

У Рибарској Бањи од 2009. године лече се хронична оболења, као и највећи број урођених и стечених аномалија и постоперативних стања природним пелоидом обогаћеним зеолитом и водом Рибарске Бање, чиме је знатно побољшана понуда природних лековитих фактора.

Summary

Beneficial effects of natural factors (thermal, alkaline-saline, sulphurous water and climatic factors) of Ribarska Spa in the treatment of osteo-articular, respiratory, genito-urinary and skin diseases, was noted at the beginning of the nineteenth century (Herder, Lindenmajer). There are written documents in which writes that paleobalkan population used Ribarska Spa, and performed ritual treatment with experience in religious medicine. The first chemical analysis of the Ribarska Spa water was performed at the Faculty of Medicine in Vienna 1834. Ribarska Spa has a doctor from 1847.

The development of physical medicine and rehabilitation, use its methods and techniques, the indisputable presence of natural factors, achieved excellent results in the outcome. Approximately 50% of patients were trained for work, and about 30% is equipped for everyday activities, as given to pathology and age structure is a remarkable result.

Key words: Ribarska Spa, natural factors, mineral water, clime.

¹ Др мед. Татјана Матејевић, спец. физикалне медицине, Специјална болница за рехабилитацију Рибарска Бања.

² Др мед. Драган Вељковић, спец. физикалне медицине, Специјална болница за рехабилитацију Рибарска Бања.

³ Др мед. Звонко Динић, спец. интерне медицине, Специјална болница за рехабилитацију Рибарска Бања.

⁴ Др мед. Светлана Динић, спец. физикалне медицине, Крушевац.

⁵ Др мед. Ивана Вељковић, на спец. физикалне медицине, Специјална болница за рехабилитацију Рибарска Бања.

⁶ Др мед. Душан Шокорац, спец. ОРД, Специјална болница за рехабилитацију Рибарска Бања.

⁷ Милутин Тодоров, референт информатике, Специјална болница за рехабилитацију Рибарска Бања.

Развојем физикалне медицине и рехабилитације и коришћењем њених метода и техника, уз неспорно деловање присутног природног фактора, постигнуты су изванредни резултати у лечењу. Око 50% овде леченых пацијената је оспособљено за рад, а око 30% пацијената је оспособљено за вршење свакодневних животних активности, што, с обзиром на патологију и старосну структуру пацијената, представља изванредан резултат.

Рибарска Бања данас има европски изглед и стога запажен углед у Србији и свету.

Кључне речи: Рибарска Бања, природни фактори, лековита вода, клима.

УВОД

Корисно дејство природних фактора (термалне, алкално-салиничне, сумпоровите воде и климатски фактори) Рибарске Бање у лечењу коштанско-зглобних, респираторних, генито-уринарних и кожних оболења, примећено је почетком XIX века (Хердер, Линденмајер), мада постоје писани документи да је још палеобалканско становништво на рибарско-бањским термама са искуством из верске медицине обављало ритуално лечење.

Рибарска Бања има шест извора топле минералне сумпоровите и слабо алкалне салиничне воде (чија се температура креће од 32 C° до 56 C°), један извор хладне воде (16 C°) – који је једина акратопега на Балкану, и један млаке сумпоровите воде (28,1 C°).

Термоминерални извори Рибарске Бање вероватно су коришћени за терапијске и друге потребе још у IV веку кад је ту постојало насеље и утврђење старих Римљана.

Једна легенда настанак купатила везује за доба царице Милице (XIV век), а темељи старог турског купатила, на којима је 1853. године изграђено новије купатило (по наредби књаза Александра Карађорђевића),

указују на то да су их користили Турци за време своје владавине на овим просторима.

Прва анализа воде извршена је у Бечу 1834. године, али тек од 1852. године, кад је Рибарску Бању посетио књаз Александар Карађорђевић, овом природном лечилишту придаје се већи значај. (Од 1847. године Рибарска Бања има сезонског лекара у јуну и јулу – први је био др Љубомир Радивојевић, чијом заслугом је и реновирано купатило, озидане каде и цео простор хигијенски уређен.)

Прекретница у развоју Рибарске Бање сигурно је 1900. година, када у Рибарску Бању долази професор Велике школе др Војислав Ђорђевић да испита каква је будућност Рибарске Бање у погледу количине минералне воде, лековитости воде и шта би требало изградити од зграда за смештај и лечење. На основу овог истраживања Врачарска штедионица је узела у концесију Рибарску Бању од државе и до 1912. године подигла више зграда за смештај које су тада изгледале као пренесене из центра Београда. Године 1907. потпуно је реновирано купатило које је у таквом облику радило све до седамдесетих година двадесетог века.

Архитектонску целовитост Рибарска Бања је добила између 1904. и 1911. године.

Године 1947. основано је српско предузеће – Бањско и климатско лечилиште Рибарска Бања, од 1961. године је то Специјално лечилиште за долечење и рехабилитацију плућних болести; 1968. године је отворено и Одељење за физикалну медицину и рехабилитацију, које од 1977. године функционише као Специјални завод за ортопедска, коштано-зглобна и дегенеративна оболења, а од 1992. године као Специјална болница за ортопедска, коштано-зглобна и дегенеративна оболења (када је затворено и последње одељење за лечење плућних болесника). Од 2007. године је то Специјална болница за рехабилитацију Рибарска Бања са савременим објектима и медицинском опремом, стручним медицинским кадром и капацитетом више од 500 постельја. Овај број се удвоји у сезони коришћењем туристичких постельја у приватном смештају.

Ипак, све до Другог светског рата Рибарска Бања је имала сезонски карактер. Више од две деценије после завршетка Другог светског рата, коришћена је само за одмаралиште и рехабилитацију плућних болесника. Тек 1967. године отворено је Одељење за физикалну медицину и рехабилитацију које прераста у модеран Завод за лечење и рехабилитацију оболелих од ортопедских, коштано-зглобних и дегенеративних оболења „Рибарска Бања“.

Седамдесетих година прошлог века подигнут је модерни хидротерапијски блок који се стално обогађује новим садржајима и има модерне уређаје за кинези, електро, медикаментозну, термо, пелоидо, магнето, сонотерапију.

О болесницима брине тим лекара специјалиста, физиотерапеута, медицинских сестара и помоћног особља.

Захваљујући огромном искуству и стручности особља, Рибарска Бања је 2009. године постала наставно-научна база Медицинског Факултета Универзитета у Београду.

Рибарска Бања је остала типично бањско лечилиште, које је одолело еуфорији стварања тесних нефункционалних градова од

разбокорених бањских насеља. Налази се на шумовитим огранцима планине Јастребац у узаној долини, заштићена од ветрова, на надморској висини 540–620 м. Климатски услови су врло повољни (клима субпланинска, обиље озона са густим шумама храстова и букве, средња годишња температура $8,5^{\circ}\text{C}$, лети $17,6^{\circ}\text{C}$, зими $-1,5^{\circ}\text{C}$, годишње падавине 650 mm). Приликом хидрографских испитивања од 1969. до 1989. године начињено је осам бушотина. Утврђено је да је вода хипертермална (температуре 44°C , а очекивана температура на 2000 m је 110°C), олигоминерална, сумпоровита, садржи мале количине гасова H_2S и H_2 , слабо алкална и салинична, $\text{pH} = 8,4 – 9$ (класификацијом по Quentin-y). По формулама А. Л. Којзлова апсолутна старост воде је 1.872.500 година и потиче из родопске хидрографско-тектонске јединице која, створена још у палеозоику, представља геолошки ембрион Балканског полуострва.

Приликом вредновања 45 бања Србије са становишта природних вредности (С. Николић „Бањска и климатска места Југославије“, 1995. године) Рибарска Бања се нашла на четвртом месту. Данас је међу водећим бањама Србије.

МЕТОД РАДА

У овом раду коришћена је стручна и научна литература Института и Клинике за рехабилитацију у Београду и Нишу и наша истраживања у Рибарској бањи, као и стручна литература наших наставника у области балнеоклиматологије.

ИНДИКАЦИЈЕ ЗА ПРИМЕНУ МИНЕРАЛНИХ ВОДА И ПЕЛОИДА У БАЊАМА СРБИЈЕ СА ПОСЕБНИМ ОСВРТОМ НА РИБАРСКУ БАЊУ

У Специјалној болници Рибарска Бања са успехом се лече пострауматска стања, сви облици реуматизма, системске болести,

неуролошке и кожне болести. Рибарска Бања због свог климатског фактора и природних сумпоровитих вода и пелоида је врло погодна за лечење гинеколошких и хроничних плућних оболења (по чему је раније била позната), као и највећег броја урођених и стечених аномалија и постоперативних стања код деце.

Рибарска бања од 2009. године користи природни пелоид обогаћен зеолитом и водом Рибарске бање, чиме је знатно побољшала своју понуду природних лековитих фактора.

Према Тасићу, Јањићу, Нешићу и сарадницима, за одређене болести постоје индикације у бањама Србије.

Индикације по болестима органа (по В. Тасићу) су: болести желуца, болести црева, болести јетре и жучних путева, болести исхране, болести срца и крвних судова, болести бубрега и мокраћних путева, хронични реуматизам, болести костију, зглобова и мишића, болести органа за дисање, хронична гинеколошка оболења, нервна оболења, кожне болести, дечија оболења.

Наводе се групе болести код којих је индиковано и коришћење вода Рибарске Бање.

За болести црева индиковане су алкалне воде (Врњачка Бања), сумпорне воде (Рибарска Бања), радиоактивне топле воде (Нишка, Брестовачка и Сокобања).

За хронични реуматизам, болести костију, зглобова и мишића индиковане су сумпорне воде (Бања Ковиљача, Рибарска Бања, Куршумлијска Бања...), хипертермалне воде (Врањска, Гамзиградска, Куршумлијска, Новопазарска, Сијаринска Бања), радиоактивне термалне воде (Нишка Бања, Прибојска Бања и Сокобања), слане воде (Стари Сланкамен), лековита блата (Бања Ковиљача, Бања Кањижа, Бања Русанда – Меленци, Рибарска Бања).

За болести органа за дисање индиковане су сумпорне воде (Бања Ковиљача, Рибарска Бања, Матарушка Бања), алкалне и миријатичне воде (Врњачка Бања, Младеновачка „Селтер“ Бања, Сијаринска Бања).

За хронична гинеколошка оболења индиковане су сумпорне воде (Бања Ковиљача, Рибарска Бања, Матарушка Бања), топле и радиоактивне воде (Врањска, Јошаничка, Нишка, Сокобања, Брестовачка, Новопазарска Бања) и слане воде (Стари Сланкамен).

За нервна оболења су индиковане гвожђевите воде (Брестовачка, Врањска Бања и Бања Ковиљача), угљенокиселе купке (Богутовачка, Врњачка, Сијаринска Бања), диуретичке воде (Бања у Бањској, Брестовачка, Врњачка, Новосадска јодна Бања, Прибојска Бања), радиоактивне и термалне воде (Брестовачка, Врањска, Нишка, Прибојска, Сокобања), сумпорне воде (Бања Ковиљача, Рибарска, Куршумлијска, Матарушка бања) и алкалне воде (Буковичка, Врњачка, Сијаринска и Рајчиновића Бања).

За кожне болести индиковане су сумпорне воде (Бања Ковиљача, Рибарска, Куршумлијска, Матарушка Бања), радиоактивне воде (Брестовачка, Прибојска Бања) и алкалне воде (Буковичка, Врњачка, Сијаринска Бања).

За дечија оболења индиковане су гвожђевите воде (Бања Ковиљача, Брестовачка Бања, Врањска Бања), алкалне и слане воде (Буковичка, Младеновачка „Селтерс“ и Бања Стари Сланкамен) и сумпорне воде (Бања Ковиљача, Рибарска Бања, Куршумлијска Бања, Матарушка Бања).

Што се тиче постоперативних стања и повреда, дугогодишња искуства наших бањских места уз савремену физикалну терапију указују да се најбољи резултати постижу у следећим бањама: Рибарска Бања, Бања Ковиљача, Селтерс, Нишка Бања и др.

Контраиндикације су углавном исте за све бање, а то су: малигна оболења, акутна фебрилна стања, активна туберкулоза, дехемпензација срца, склоност ка крварљењу, епилепсија.

ИЗВЕШТАЈИ О РАДУ И ЛЕЧЕЊУ У РИБАРСКОЈ БАЊИ

Анализе лечених у Рибарској Бањи врше се сваке године уз годишње извештаје, који претходе плановима рада. Повремено се раде и средњерочни и дугорочни планови развоја, док се реализација ових планова врши и данас. Поред савремене дијагностике (DXA, соно, електро уз РТГ кабинет и лабораторију) и терапије (где поред основних и традиционалних физикалних третмана, постоје и све апаратурне процедуре савремене физикалне медицине), у Бањи функционише SPA центар са отвореним и затвореним базенима. Рибарска Бања данас има европски изглед и запажен углед у Србији и свету.

Претходни десетогодишњи период обилује радовима наших стручњака на конгресима физијатара и балнео-климатолога.

Овим радом је обухваћен период 1992–1996. и 2006–2014.

Статистичком обрадом материјала добијени су структурни подаци о коришћењу овог вида заштите, морбидитету, полу и страстности болесника, дужини хоспитализације, врстама терапија и резултатима лечења.

У периоду 1992–1997. према радовима наших аутора (Д. Вељковић и сарадници) констатовано је следеће:

- Годишње је у бањи хоспитализовано 4.000–5.000 пацијената. Податке за амбулатно лечене пациенте поуздано немамо, мада је према процени овај број знатно мањи него последњих десет година.
- Највећи број болесника је упућен од стране лекарске комисије Фонда здравственог осигурања (65%); другу групу чине пациенти који сами сносе трошкове лечења (19%); значајан број представљају радници упућени од РО (11%), као и рањеници, избеглице и прогнана лица (5%).
- Број пацијената мушких пола је био знатно већи од броја жена, али се тај однос из године у годину мењао у корист

жена, те је дошло до скоро потпуног изједначавања броја лечених мушкараца и жена.

- Дистрибуција болесника по старосној структури је веома хомогена за анализираних пет година. Значајно је истаћи да су следеће четири групације биле најзаступљеније и то овим редоследом: 41–50 година, 51–60 година, 61–70 година, 31–40 година, и оне чине око 90% укупно лечених у свим пет годинама. Старосна група 21–30 година заступљена је у релативно ниском проценту (7–9%); старосна група 31–60 година, односно узраст зрelog радног доба, заступљена у највећем броју (55–65%). Број лечених из групе старијих из године у годину је у благом порасту (25–33%).

- Структура морбидитета хоспитализованих показује углавном стабилан процентуални однос у анализираних пет година. Најзаступљенија су посттрауматска стања (44%), другу групу чине оболења кичменог стуба (28%), трећу групу чине оболења коштано-зглобног система, изузимајући кичмени стуб (13%), а затим следе оболења централног и периферног нервног система, церебрална парализа и друго.

- Структура болесника према трајању болести до доласка у установу је таква да доминирају оболења са дужим током трајања, односно хроничним током и секвелама оболења и повреда, што је у вези са старосном структуром болесника и морбидитетом.

- Просечна дужина трајања рехабилитације је у 70–80% до једног месеца хоспитализације, а потом у 10–15% један до два месеца хоспитализације. Дужи третман углавном је условљен социјалним разлозима (рањеници, избеглице и др.).

- У погледу врсте терапија доминантне су кинези и радна терапија (95–98% лечених), потом хидротерапија (85–89%), електро, магнето и термотерапија (55–65%), соно и механотерапија

(20–30%). Упоређујући податке о примењеној терапији и исходу лечења, са сигурношћу се може тврдити да је мултитерапијски приступ у лечењу трауматских болесника допринео постизању свих ових позитивних ефеката.

У другом периоду од 2006–2014. године према радовима наших аутора (Т. Матејевић и сарадници) извршена је детаљнија анализа свих параметара са упоређењем из претходног периода. Основни подаци су дати у Табели 1.

Табела 1. Исписани пацијенти (2006 – 2014) у Рибарској Бањи.

Година	Лечени пациенти		Дани лечења		Лечени по полу		% лечених по полу	
	број	индекс	број	индекс	М	Ж	М	Ж
2006.	8012	100	129504	100	3208	4787	40,2	59,8
2007.	9087	113,6	142473	110,0	3583	5504	39,4	60,6
2008.	9141	114,3	145321	112,2	3625	5516	39,6	60,4
2009.	9040	113,0	158563	122,4	3576	5464	39,6	60,4
2010.	9494	118,7	154922	119,6	3633	5841	38,3	61,7
2011.	9611	120,1	150181	116,0	3856	5755	40,1	59,9
2012.	10040	125,5	154996	119,7	4088	5952	40,7	59,3
2013.	9482	118,5	132534	102,3	3770	5285	41,6	58,4
1 – 6 2014.	3664	45,8	52051	40,2	1517	2147	41,4	58,6

Према овим подацима посматрани период карактерише двоструко већи број стационарно лечених (8.000–10.000). Ако се 2006. година узме као базна (индекс = 100), онда се запажа стални тренд раста (индекс 113–125). Подаци за прво полугодиште 2014. године указују да је индекс раста нешто нижи (45,8). Међутим, из досадашњег искуства смо уверени да ће овај индекс бити у тренду досадашњег раста, због највећег прилива пацијената у летњим месецима.

Број дана стационарног лечења се годишње креће од 130.000 до 160.000 са сталним растом. Индекс раста је увећан до 2012. године, а од тада опада што је резултат промене политике слања пацијената преко Фонда здравственог осигурања услед недостатка финансијских средстава. Посебан проблем представља ограничавање слања пацијената на постоперативно лечење и лечење реуматских оболења из других региона, који су се ограничили само на примену физикалне терапије, у недостатку природних балнеолошких фактора.

У укупном броју лечених преовлађује женска популација (око 60%), чиме се потврђује констатација из претходног периода.

Пораст лечења дечијих оболења, за које је Рибарска Бања са својим природним факторима изузетно корисна, заустављен је административном одлуком Републичке здравствене инспекције уз образложение да недостаје дечији физијатар. Ових кадрова нема нигде, изузев у институтима и клиникама већих градова у Србији.

У погледу структуре стационарно лечених према категоријама осигурања, ситуација се знатно променила. Док су на почетку овог периода (2006) пацијенти упућени од стране Фонда здравственог осигурања и оних који сами финансирају своје лечење, чинили подједнак број (44% и 45%), на крају овог периода (2013) Фонд учествује знатно мање (30%), а приватници знатно више (61%). Учешће РО у структури лечених се није битно изменило (10% и 8%), као и учешће војних осигураника (0,8% и 1,2%).

Структура лечених према старости се највише подударала са оном из претходног периода у коме доминирају радно активно и старо становништво.

Структура лечених према болестима се унеколико изменила због природних околности, јер нема више рањеника који су врло успешно лечени у овој институцији, о чему сведоче резултати оспособљавања за свакодневне активности, а често и излечења. Насупрот овоме, бању све више запоседају системска оболења код којих се констатују само побољшања физичких и менталних активности.

У погледу структуре пружених услуга, ситуација се знатно изменила увођењем нових метода (ласер, *trans-wave* и магнетотерапија, хоризонтална и други облици електротерапије, знатно већи број примене електрофорезе одговарајућих лекова...) поред стандардних метода кинези, радне и хидротерапије. Нова варијанта лечења је примена биолошки природног пелоида са ових простора, који је доказано средство у лечењу реуматских и неуролошких болести.

ЛИТЕРАТУРА

1. Динић З., Динић С. Здравствена заштита становништва Крушевачког краја. Крушевац.
2. Јањић М. и сарадници. Лековите воде и бање Србије. Elit Medica, Београд, 2009.
3. Јовановић Т., Јањић М., Поповић Г., Цонић С. Балнеоклиматологија. ЦИБИФ, Београд, 1994.
4. Југовић М. Рибарска Бања. Завод за рехабилитацију Рибарска Бања, 1976.
5. Марковић Т. Рибарска Бања. Државна штампарија, Београд, 1926.
6. Матејевић Т., Голубовић С. и сар. Резултати балнео-физикалног третмана

Резултати лечења, као и у претходном периоду, врло су импозантни, о чему сведоче не само наши извештаји, већ и сви они који су имали прилике да се у овој увере у условима које им савремена физикална медицина и балнеотерапија пружа у Рибарској Бањи. И даље је преко 50% пацијената оспособљено за рад, а око 30% је оспособљено за вршење редовних свакодневних животних активности, што је, обзиром на патологију и старосну структуру, изванредан резултат.

ЗАКЉУЧАК

Рибарска Бања је позната још из римског периода. Она је данас развијено лечилиште, које делатност заснива на природним факторима и примени савремене терапије физикалне медицине и рехабилитације. Индикације за лечење у Рибарској Бањи су широког спектра. Пацијенти су оба пола подједнако и свих животних доба. Годишње се у овој бањи лечи око 8.000 пацијената.

- оперативно лечених прелома у пределу трохантерне регије бутне кости.
7. Нешић Д., Балшић В., Јањић М., Стојиљковић С., Боровић-Димић Ј. Балнеоклиматологија Врњачке Бање. III изменено и допуњено издање, Врњачка Бања, 2009.
8. Протић Д. Минералне и термалне воде Србије. Посебна издања, књига 17, Геоинститут, Београд, 1995.
9. Савићевић М. и сар.: Хигијена, VII издање, Elit Medica, Београд, 1997.
10. Вељковић Д. и сар. Допринос природног фактора Рибарске Бање у лечењу и рехабилитацији трауматских болесника. Међународни конгрес лекара физикалне медицине и рехабилитације, Златибор, 1997.

Контакт: Др мед. Татјана Матејевић, спец. физикалне медицине, Специјална болница за рехабилитацију Рибарска Бања.

ФИНАНСИРАЊЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ (2009–2015)

Рајко Косановић¹, Христо Анђелски²

FINANCING OF THE HEALTH CARE SYSTEM IN SERBIA (2009–2015)

Rajko Kosanović, Hristo Andjelski

Сажетак

Здравствено осигурање је грана социјалног осигурања, којим се осигураним лицима обезбеђује право на здравствену заштиту и остала права из области обавезног здравственог осигурања. У раду је дата анализа финансирања система здравствене заштите у Републици Србији, под којим се подразумева здравствена заштита, како је дефинисана Законом о здравственој заштити, и здравствено осигурање, у периоду од 2009. до 2014. године.

Циљ рада је да се утврде основне тенденције у финансирању система здравствене заштите и укаже на одређене неправилности које би требало отклонити у наредном периоду.

Систем здравствене заштите Републике Србије (дефинисан као модел обавезног здравственог осигурања и националне здравствене службе, тзв., „национално здравствено осигурање”), заједно са Републичким фондом за здравствено осигурање (који је државна агенција за фискалну расподелу средстава прикупљених доприносима за социјално осигурање), нема доволно аутономије у одлучивању и обавља делатност са великим интервенцијама државе у области здравствене заштите становништва”.

Укупни расходи за здравствену заштиту и здравствено осигурање, у Републици Србији, могу се поделити на јавне и приватне. У Републици Србији присутан је мешовити систем финансирања система здравствене заштите, кога карактерише претежно јаван извор финансирања, јер се финансирање највећим делом остварује из средстава доприноса и из буџета Републике.

Summary

Health insurance is a branch of social security, which provides insured persons the right to health protection and other rights from the mandatory health insurance. This paper presents an analysis of financing the health care system in the Republic of Serbia, which means the health care, as defined by the Law on Health Care and Health Insurance, in the period from 2009 to 2014.

The aim is to identify the major tendencies in funding the health care system and to point out certain irregularities that must be corrected in the future.

The health care system of the Republic of Serbia (defined as the model required health insurance and national health services, so-called „National health insurance”), together with the National Health Insurance Fund (which is a state agency for the fiscal allocation of the funds collected social security contributions) there's not enough autonomy in decision-making and performing the activity with large state intervention in the field of health care for the population”. Total expenditures for health care and health insurance in the Republic of Serbia, can be divided into public and private. In Serbia, the pier is a mixed system of financing the health care system, which is characterized by mostly public source of funding, because funding is mainly realized from contributions and from the budget of the Republic. The distribution of funds is done according to the system of financing capacity of health institutions.

¹ Др сц. Рајко Косановић, Београд.

² Проф. др Христо Анђелски, Висока медицинска школа стручних студија „Милутин Миланковић“, Црнотравска 27, Београд.

Дистрибуција средстава се обавља по систему финансирања капацитета здравствених установа. Промене у систему финансирања здравствене заштите предвиђене су и у Стратегији развоја здравственог осигурања у Србији, коју је Управни одбор Републичког фонда за здравствено осигурање усвојио у марту 2013. године. Када је реч о финансирању здравствене заштите, Стратегија, поред осталог, предвиђа финансирање примарне здравствене заштите по методу капитације, а стационарних здравствених установа по методу дијагностичко сродних група.

Све чињенице добијене анализом финансирања система здравствене заштите указују на неопходност наставка реформисања система здравствене заштите у Републици Србији.

Кључне речи: Здравствено осигурање, систем здравствене заштите, финансирање.

Changes in the system of health care financing are also planned in the Strategy of development of health insurance in Serbia, by the Steering Board of the Health Insurance adopted in March 2013. When it comes to health care financing, strategy, among other things, provides for the financing of primary health care by the method of capitation and stationary health institutions by the method of diagnostic related groups.

All the facts obtained by analyzing the financing of the health care system indicate the need to continue reforming the health care system in the Republic of Serbia.

Keywords: Health insurance, health care system, finance.

УВОД

Здравствена заштита, према Закони о здравственој заштити⁽¹⁾, јесте организована и свеобухватна делатност друштва са основним циљем да се оствари највиши могући ниво очувања здравља грађана и породице. Она обухвата спровођење мера за очување и унапређење здравља грађана, спречавање, сузбијање и рано откривање болести, повреда и других поремећаја здравља, и благовремено и ефикасно лечење и рехабилитацију.

Учесници у здравственој заштити су: грађани, породица, послодавци, образовне и друге установе, хуманитарне, верске, спортске и друге организације, удружења, здравствена служба, организација за здравствено осигурање, као и општине, градови, аутономне покрајине и Република.

Здравствена делатност, према Закону о здравственој заштити, је делатност којом

се обезбеђује здравствена заштита грађана, а која обухвата спровођење мера и активности здравствене заштите које се, у складу са здравственом доктрином и уз употребу здравствених технологија, користе за очување и унапређење здравља људи, а коју обавља здравствена служба.

Здравствену службу, према истом закону, у Републици Србији чине здравствене установе и други облици здравствене службе (у даљем тексту: приватна пракса), који се оснивају ради спровођења и обезбеђивања здравствене заштите, као и здравствени радници, односно здравствени сарадници, који обављају здравствену делатност, у складу са овим законом.

Здравствено осигурање грана социјалног осигурања (пред здравственог осигурања, социјално осигурање чине: пензијско и инвалидско осигурање и осигурање за случај незапослености), којим се осигураним лицима (осигураницима и члановима породице

осигураника) обезбеђује право на здравствену заштиту и остала права из области обавезног здравственог осигурања (накнада зараде за време привремене спречености за рад и накнада путних трошка у вези са коришћењем здравствене заштите).

И поред тога што у члану 1 Закона о здравственој заштити стоји да се њиме, поред осталог, уређује *систем здравствене заштите*, у овом закону не даје се ближе одређење овог појма. Такође, појам *здравствене заштите*, како је дефинисан овим законом, не треба изједначавати са *здравственом заштитом* као једним од права из здравственог осигурања (очито би применији назив за ово право из здравственог осигурања био *право на здравствене услуге* – које укључује и право на лекове, ортопедске справе и помагала и др.).

У овом раду аутори анализирају финансирање система здравствене заштите у Републици Србији, под којим подразумевају здравствену заштиту, како је дефинисана Законом о здравственој заштити, и здравствено осигурање, у периоду од 2009. до 2015. године.

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да утврди основне тенденције у финансирању система здравствене заштите и укаже на одређене неправилности које би требало отклонити у наредном периоду.

I СИСТЕМИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

У свету постоји више модела социјалне сигурности који су настали као резултат утицаја различитих историјских, политичких, економских, културних и других чинилаца. Разлике које постоје између модела социјалне сигурности најчешће произистичу из различитог схватања социјалне функције државе, циљева социјалне политике и саме природе социјалних проблема.

Када је реч о здравственој заштити, најпознатију поделу система здравствене заштите предложила је Организација за економску сарадњу и развој (ОЕЦД) 1987. године.²⁾ Према овој подели сви системи здравствене заштите могу се груписати у један од три основна система, односно модела здравственог осигурања: 1) Систем националне здравствене службе – Беверицов модел; 2) Систем социјалног осигурања – Бизмарков модел и 3) Систем приватног осигурања – модел „независних“ или „суверених“ корисника.

Системи здравствене заштите углавном међусобно се разликују према начину прикупљања средстава за здравствену заштиту и остваривању осталих права из здравственог осигурања, односно према изворима финансирања.

Систем националне здравствене службе карактерише: а) потпун обухват становништва здравственом заштитом и здравственим осигурањем; б) финансирање из буџета, односно путем пореза; и в) претежно државно власништво или самоконтрола над зградама и опремом у здравству.

Систем националне здравствене службе прва увела је Велика Британија у јулу 1948. године. По Вилијаму Беверицу, који је у свом извештају из 1942. године образложио основе система који ће осигурати једнакост и равноправност у коришћењу здравствене службе према потребама грађана, а не према њиховим платежним могућностима, овај систем здравствене заштите назива се још и „Беверицов модел“.

Британска национална здравствена служба (National Health Service) годинама је служила као узор многим земљама при формирању њихових властитих система здравствене заштите. Пример Велике Британије шездесетих година следиле су скандинавске земље, а осамдесетих година медитеранске и друге земље. Од земаља које су увеле систем националне здравствене службе, поред Велике Британије и Ирске, као пример могу се навести: Шведска, Нор-

вешка, Финска, Данска, Исланд, Канада, Аустралија, Италија, Шпанија, Португалија и друге земље.

Систем социјалног осигурања карактерише: а) висок проценат становништва обухваћеног обавезним здравственим осигурањем (преко 90%); б) финансирање путем доприноса запослених и њихових послодавца; и в) државно и/или приватно власништво над зградама и опремом у здравству.

Као примере земља са социјалним осигурањем могу се навести: Немачка, Аустрија, Француска, Швајцарска, Белгија, Холандија, Луксембург и друге земље. Такође, земље у транзицији претежно се опредељују за систем социјалног осигурања.

Систем приватног осигурања карактеришу: а) превасходно приватно власништво над зградама и опремом у здравству; б) приватно здравствено осигурање; и в) висок проценат неосигураног становништва.

Типичан представник земља са системом приватног осигурања су САД. У овој земљи, у којој расходи за здравствену заштиту чине око 18% бруто домаћег производа, здравствено је неосигурано око 48 милиона становника или 15,4%.

Као модел здравственог осигурања може се навести и *Семашков модел*, који је сличан Беверицковом моделу, али који искључује приватну праксу. Овај модел био је примењиван у Совјетском Савезу и другим источноевропским земљама, међутим у Европи више не постоји. Семашков модел данас је присутан у Азији (Кина, Северна Кореја, Монголија, Вијетнам) и на Куби.

Систем здравствене заштите Републике Србије, формално посматрано, припада Бизмарковом моделу обавезног социјалног (здравственог) осигурања, али, како се наводи у *Другом националном извештају о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији за период 2011–2014. године* (страна 258), „суштински он је на прелазу између обавезног здравственог осигурања и националне здравствене службе (тзв. „национално здрав-

ствено осигурање”, заједно са Републичким фондом за здравствено осигурање (који представља државну агенцију за фискалну расподелу средстава прикупљених доприносима за социјално осигурање), без дољно аутономије у одлучивању и са великим интервенцијама државе у области здравствене заштите становништва”.³⁾

Најзначајнији датуми на прелазу система здравствене заштите Републике Србије, од система *обавезног здравствено осигурања* ка систему *националне здравствене службе*, односно ка садашњем „националном здравственом осигурању” су: 1) доношење Закона о здравственом осигурању 1992. године⁴⁾ (којим је уведена централизација здравственог осигурања са једним заводом, односно Фондом здравственог осигурања и тридесетак филијала, које немају својство правног лица), 2) доношење Закона о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању 1998. године⁵⁾ (којим је укинута *скупштина*, као орган тадашњег Републичког фонда за здравствено осигурање), 3) доношење важећег Закона о здравственом осигурању донетом 2005. године⁶⁾ (којим је потврђена централизација здравственог осигурања, са једним Заводом, односно Фондом за здравствено осигурање, од 2011. године⁷⁾, и филијалама које немају својство правног лица) и 4) доношење Закона о изменама Закона о здравственом осигурању 2014. године⁸⁾ (којим држава преузима управљање Републичким фондом за здравствено осигурање, пошто од седам чланова Управног одбора државе, односно надлежни министар, предлаже четири члана).

Детаљније о процесима десентралације и централизације у систему здравствене заштите у Републици Србији, може се видети у нашим радовима: Основни правци развоја здравственог осигурања у Републици Србији (1922–2014) / Basic directions or development health insurance in The Republic of Serbia (1922–2014)⁹⁾ и Права из здравственог осигурања у Републици Србији (1922–2014) / Rights from health insurance in The Republic of Serbia (1922–2014).¹⁰⁾

II ЈАВНИ И ПРИВАТНИ ИЗВОРИ ФИНАНСИРАЊА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Укупни расходи за здравствену заштиту и здравствено осигурање у Републици Србији могу се поделити на **јавне и приватне**.

Јавни расходи представљају расходе из **јавних прихода** (обавезно здравствено осигурање, буџет Републике, буџет аутономне покрајине и буџет локалне самоуправе). Такође, јавни расходи су и инвестиције у систем здравствене заштите из државних фондова, попут фонда Националног инвестиционог плана, за изградњу инфраструктуре и финансирање набавке медицинске опреме.

Приватни расходи за здравствену заштиту су из **приватних извора**, као што су: лична плаћања корисника здравствене заштите (лично учешће осигураних лица у трошковима здравствене заштите – партиципација, плаћање пуне цене здравствених услуга које се не могу пружити на терет средстава здравственог осигурања и плаћање пуне цене здравствених услуга даваоцима из приватног сектора) и добровољно здравствено осигурање. Највећи део приватних трошка (95,6%) чине плаћања из „цепа“ за здравствене услуге.

У Републици Србији присутан је **мешиовити систем финансирања** система здравствене заштите, кога карактерише претежно јаван извор финансирања, јер се финансирање највећим делом остварује из средстава доприноса и из буџета Републике.

„Финансирање здравствене заштите у Републици Србији у основи је засновано на *Бизмартковом моделу*, пошто се више

од 90% средстава за остваривање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђује из средстава доприноса за обавезно здравствено осигурање. Међутим, Законом о здравственој заштити предвиђено је и финансирање здравствене заштите из буџета Републике за лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, а која су изложена повећаном ризику од оболевања (неосигурана лица, избеглице и интерно расељена лица са територије Аутономне покрајине Косово и Метохија, примаоци социјалне помоћи и други), што је иначе карактеристика *Беверицевог модела*.¹¹⁾

Учешће укупних расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу (БДП) у Србији у 2009. години износило је 10,3% и то: јавних расхода 6,5% и приватних расхода 3,8%. Јавни расходи за здравствену заштиту износили су 63,1%, а приватни 36,9% укупних расхода за здравствену заштиту.

У 2010. и 2011. години учешће укупних расхода за здравствену заштиту у Србији у БДП износило је 10,4%. Јавни расходи за здравствену заштиту у 2010. години у БДП учествовали су са 6,4%, а у 2011. години са 6,5%. У структури укупних расхода, јавни расходи у 2010. години учествовали су са 61,9%, а у 2011. години са 61,5%.³⁾

У 2012. години укупни расходи за здравствену заштиту чинили су 10,5% БДП Републике Србије. Учешће јавних расхода у укупним расходима било је 61,2%, а приватних 38,8%. Расходи Републичког фонда чинили су **93,4%** јавних расхода за здравствену заштиту.¹²⁾

Табела 1: Расходи за здравствену заштиту у Републици Србији - у %

Р.бр.	Показатељи	2007	2009	2010	2011	2012
1.	Укупни расходи за здрав.заштиту као % БДП	9,6	10,3	10,4	10,4	10,5
	1.1. Јавни расходи	6,1	6,5	6,4	6,5	
	1.2. Приватни расходи	3,5	3,8	4,0	3,9	
2.	Јавни расходи за здрав.заштиту, као % укупних	63,8	63,1	61,9	61,5	61,2
3.	Приватни расходи за здрав.заш. као % укупних	36,2	36,9	38,1	38,5	38,8

Расподела средстава прикупљених по основу доприноса за обавезно здравствено осигурање, односно плаћање надокнаде здравственим установама за пружање здравствене заштите, у надлежности је Републичког фонда за здравствено осигурање. *Дистрибуција средстава се обавља по систему финансирања капацитета здравствених установа*¹¹⁾, што значи да је неопходно да се изврши прелазак са модела финансирања капацитета на модел финансирања здравствених услуга.

Плаћање здравствених услуга утврђује се уговором са даваоцима здравствених услуга, односно откупом плана рада здравствене установе у оквиру средстава планираних предрачуном средстава Републичког фонда за здравствено осигурање.

Капиталне инвестиције у систему здравствене заштите се у највећем обиму финансирају из буџета Републике, буџета аутономне покрајине и буџета локалне самоуправе, као и из средстава донација и кредита.

III ДРУШТВЕНА БРИГА ЗА ЗДРАВЉЕ СТАНОВНИШТВА

Друштвена брига за здравље становништва, према члану 8 Закона о здравственој заштити („Службени гласник РС“, 107/05, 72/09 – др. закон, 88 / 10, 99/ 10, 57/11, 119/12, 45 /13 – др. закон и 93/14) остварује се на нивоу: а) Републике, б) аутономне покрајине, в) општине, односно града, г) послодавца и д) појединца.

Здравствена заштита која се обезбеђује у оквиру друштвене бриге за здравље обухвата:

1) очување и унапређење здравља, откривање и сузбијање фактора ризика за настанак оболења, стицање знања и навика о здравом начину живота;

2) спречавање, сузбијање и рано откривање болести;

3) правовремену дијагностику, благовремено лечење, рехабилитацију оболелих и повређених;

4) информације које су становништву или појединцу потребне за одговорно поступање и за остваривање права на здравље.

1. Финансирање система здравствене заштите из буџета

1.1. Буџет Републике

Из буџета Републике финансира се:

1) *друштвена брига за здравље на нивоу Републике* (члан 10 Закона о здравственој заштити);

2) *друштвена брига за здравље, која се, у складу са чланом 11 Закона о здравственој заштити, под једнаким условима, на територији Републике остварује обезбеђивањем здравствене заштите групација становништва које су изложене повећаном ризику оболевања, здравственом заштитом лица у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лечењем болести од већег социјално-медицинског значаја, као и здравственом заштитом социјално угроженог становништва.*

Средства за остваривање здравствене заштите лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем обезбеђују се у буџету Републике и преносе се Републичком фонду за здравствено осигурање (члан 22 Закона о здравственом осигурању).

3) *обезбеђивање општег интереса у здравственој заштити* (члан 18 Закона о здравственој заштити):

4) *рад Здравственог савета Србије* (Закон о здравственој заштити, члан 155);

5) *рад Етичког одбора Србије* (Закон о здравственој заштити, члан 156);

6) *рад републичких стручних комисија* (Закон о здравственој заштити, члан 158);

7) *здравствена заштита лица која имају статус избеглице* са територија република бивше СФРЈ (Закон о здравственој заштити, члан 238, став 2);

8) *накнада здравственим установама према ценовнику здравствених услуга који је усвојила организација обавезног*

здравственог осигурања за здравствене услуге које су обухваћене обавезним здравственим осигурањем (Закон о здравственој заштити, члан 241);

9) *накнада здравственим установама и приватној пракси за указану хитну медицинску помоћ странцу*, ако здравствена установа или приватна пракса ту накнаду није могла наплатити од странца, због тога што он нема потребна новчана средства (Закон о здравственој заштити, члан 242).

1.2. Буџет аутономне покрајине, општине, односно града

Из буџета *аутономне покрајине, општине, односно града*, финансира се:

1) *друштвена брига за здравље на нивоу аутономне покрајине, општине, односно града*, која у складу са чл. 13 и 13а Закона о здравственој заштити, обухвата мере за обезбеђивање и спровођење здравствене заштите од интереса за грађане на територији аутономне покрајине, општине, односно града.

2. Финансирање здравствене заштите средствима послодавца

Послодавац, у складу са чланом 14 Закона о здравственој заштити, организује и обезбеђује из својих средстава здравствену заштиту запослених ради стварања услова за здравствено одговорно понашање и заштиту здравља на радном месту запосленог, која обухвата најмање:

а) лекарске прегледе ради утврђивања способности за рад по налогу послодавца;

б) спровођење мера за спречавање и рано откривање професионалних болести, болести у вези са радом и спречавање повреда на раду;

в) превентивне прегледе запослених (претходне, периодичне, контролне и циљане прегледе) у зависности од пола, узраста и услова рада, као и појаву професионалних болести, повреда на раду и хроничних болести;

г) прегледе запослених који се обавезно спроводе ради заштите животне и радне средине, ради заштите запослених од заразних болести у складу са прописима којима је уређена област заштите становништва од заразних болести, заштите потрошача, односно корисника и друге обавезне здравствене прегледе, у складу са законом;

д) упознавање запослених са здравственим мерама заштите на раду и њихово образовање у вези са специфичним условима, као и на коришћење личних и колективних заштитних средстава;

ђ) обезбеђивање санитарно-техничких и хигијенских услова (санитарних услова) у објектима под санитарним надзором и другим објектима у којима се обавља делатност од јавног интереса у складу са законом којим се уређује област санитарног надзора, као и обезбеђивање и спровођење општих мера за заштиту становништва од заразних болести у складу са законом којим се уређује област заштите становништва од заразних болести;

е) друге превентивне мере (необавезне вакцинације, необавезни систематски прегледи), у складу са општим актом послодавца;

ж) праћење услова рада и безбедности на раду, као и процене професионалних ризика у циљу унапређивања услова рада и ергономских мера, прилагођавањем рада психофизиолошким способностима запослених;

з) праћење оболевања, повређивања, одсутности са посла и смртности, посебно од професионалних болести, болести у вези са радом, повреда на раду и других здравствених оштећења која утичу на привремену или трајну измену радне способности;

и) учешће у организацији режима рада и одмора запослених, као и у процени нове опреме и нових технологија са здравственог и ергономског становишта;

ј) спровођење мера за унапређивање здравља радника изложених здравственим

ризицима у току процеса рада, укључујући и оцењивање и упућивање радника запослених на посебно тешким и ризичним пословима на здравствено-превентивне активности и одмор;

к) указивање прве помоћи у случају повреде на радном месту и обезбеђивање услова за хитне медицинске интервенције;

л) претходне и периодичне прегледе радника који раде на радним местима са повећаним ризиком, на начин и по поступку утврђеним прописима којима се уређује област безбедности и здравља на раду;

љ) друге мере безбедности и здравља на раду, у складу са прописима којима се уређује област безбедности и здравља на раду;

Друштвена брига за здравље на нивоу послодавца, обухвата и претходне и периодичне прегледе радника који раде на радним местима са повећаним ризиком, на начин и по поступку утврђеним прописима којима се уређује област безбедности и здравља на раду. У обезбеђивању друштвене бриге за здравље на нивоу послодавца, послодавац је дужан да запосленима обезбеди и друге мере безбедности и здравља на раду, у складу са прописима којима се уређује област безбедности и здравља на раду.

IV РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Према члану 209 Закона о здравственом осигурању (“Службени гласник РС”, бр. 107/05, 109/05 – исправка, 57/11, 110/12 – одлука УС, 119/12, 99/14 и 123/14), Републички фонд је правно лице са статусом организације за обавезно здравствено осигурање у коме се остварују права из обавезног здравственог осигурања и обезбеђују средства за обавезно здравствено осигурање.

Законом су уређена права из обавезног здравственог осигурања запослених и других грађана, обухваћених обавезним здравственим осигурањем, организација и финансирање обавезног здравственог осигу-

рања, добровољно здравствено осигурање и друга питања од значаја за систем здравственог осигурања (члан 1).

Члан 78, став 2, тачка 3 Закона о буџетском систему („Службени гласник РС“, бр. 54/09, 73/10, 101/10, 101/11, 93/12, 62/13, 63/13 – испр. и 108/13) прописује да организације за обавезно социјално осигурање до 30. априла доносе одлуке о завршним рачунима организација за обавезно социјално осигурање, усвајају извештаје о извршењу финансијских планова и подносе их Управи за трезор; Фонд контролише, сравњује податке из годишњих извештаја о извршењу финансијског плана корисника средстава који се налазе у његовој надлежности, консолидује податке и саставља консолидовани годишњи извештај о извршењу финансијског плана, који подноси Управи за трезор.

1. Права из обавезног здравственог осигурања

Права из обавезног здравственог осигурања према члану 30 Закона су:

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

Право на здравствену заштиту које се обезбеђује обавезним здравственим осигурањем, према члану 34 Закона о здравственом осигурању, 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).

Неопходно је правити разлику између појма *здравствена заштита*, како је дефинисан у члану 2 Закона о здравственој заштити, и *здравстене заштите* као једног од *права из области здравственог осигурања* (сматрамо да би прикладнији назив био *право на здравствене услуге*).

2. Уговарање здравствене заштите

Односи између матичне филијале, односно Републичког фонда и давалаца здравствених услуга, поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту, према члану 177 Закона о здравственом осигурању, уређују се уговором који се закључује на период за који се доноси буџетски меморандум, односно финансијски план Републичког фонда, а у изузетним случајевима може се закључити и за једну календарску годину.

Уговор се закључује на основу понуде даваоца здравствених услуга обезбеђивање програма и услуга здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања датом у облику *плана рада* даваоца здравствених услуга.

Уговором уређују се односи између матичне филијале, односно Републичког фонда, и давалаца здравствених услуга у пружању здравствене заштите обухваћене обавезним здравственим осигурањем, а нарочито:

- а) врста, обим, односно квантитет здравствених услуга;
- б) мере за обезбеђивање квалитета здравствене заштите која се пружа осигураним лицима;
- в) кадар на основу норматива кадрова и стандарда рада потребних за остваривање здравствене заштите осигураних лица;

- г) накнаде, односно цене коју матична филијала, односно Републички фонд плаћа за пружене здравствене услуге;
- д) начин обрачуна и плаћања,
- ђ) контрола и одговорност за извршавање обавеза из уговора;
- е) рок за спровођење преузетих обавеза;
- ж) начин решавања спорних питања;
- з) раскид уговора, и
- и) друга међусобна права и обавезе уговорних страна.

Републички фонд може да, у име и за рачун даваоца здравствених услуга са којима је закључио уговор, врши плаћање на име роба и услуга које се набављају централизованим јавним набавкама у складу са законом.

Републички фонд доноси општи *акт којим се уређују услови за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга*, критеријуме и мерила за утврђивање накнаде за њихов рад, односно начин плаћања здравствених услуга, као и других трошкова у складу са овим законом, поступак коначног обрачуна са даваоцима здравствених услуга на основу уговора о пружању здравствене заштите по завршеној буџетској години, као и друга питања од значаја за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга.

Основ за закључивање уговора, према члану 180 Закона о здравственом осигурању, чине:

- а) трогодишњи, односно годишњи, план здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања који се доноси у складу са овим законом;
- б) утврђени нормативи кадрова, стандарди рада, као и здравствени капацитети потребни за остваривање права на здравствену заштиту осигураних лица;
- в) општи акт Републичког фонда из члана 179, став 1 овог закона;
- г) акт Републичког фонда из члана 55, став 2 овог закона;

д) финансијски план Републичког фонда.

Уговором, према члану 181 Закона о здравственом осигурању, могу се утврдити следећи начини плаћања здравствених услуга:

- 1) плаћање по једном определјеном осигураним лицу (у даљем тексту: капитација);

- 2) плаћање по случају, односно по епизоди болести или повреде;

- 3) плаћање по ценама појединачних здравствених услуга;

- 4) откупом плана рада давалаца здравствених услуга;

- 5) плаћање по дијагностички сродним групама болести и повреда;

- 6) други начин утврђен уговором.

Ради решавања спорова између филијала, односно Републичког фонда и давалаца здравствених услуга, а у вези са закључивањем, изменом и спровођењем уговора о пружању здравствене заштите, може се образовати *арбитража*.

3. Средства за финансирање права из обавезног здравственог осигурања

Средства за финансирање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се уплатом доприноса за обавезно здравствено осигурање и из других извора, у складу са Законом о здравственом осигурању и законом којим се уређују доприноси за обавезно социјално осигурање.

Средства за уплату доприноса за осигуранике из члана 22 Закона о здравственом осигурању обезбеђују се у буџету Републике.

Допринос за осигуранике који се укључују у обавезно здравствено осигурање обрачунава се и плаћа на основицу и по стопи која је прописана законом којим се уређују доприноси за обавезно социјално осигурање.

Приход Републичког фонда према члану 230 Закона о здравственом осигурању чине средства:

- а) доприноса за обавезно здравствено осигурање;

- б) премије за добровољно здравствено осигурање које организује и спроводи Републички фонд;

- в) од имовине којом располаже Републички фонд;

- г) домаћих и иностраних кредита и зајмова;

- д) друга средства у складу са законом.

Средства Републичког фонда, према члану 231 Закона о здравственом осигурању, могу се користити само за *намене одређене законом*, и то:

- 1) за остваривање права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања;

- 2) за унапређивање система здравственог осигурања;

- 3) за остваривање права осигураних лица из добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи Републички фонд;

- 4) за подмирење трошкова спровођења здравственог осигурања;

- 5) за друге расходе, у складу са законом.

Република, према члану 60 Закона о здравственом осигурању, гарант је за извршење обавеза Републичког фонда за здравствено осигурање у остваривању права из обавезног здравственог осигурања (државна гаранција), за хитну медицинску помоћ и здравствену заштиту која се пружа у стационарним здравственим установама осигураним лицима, а која је као приоритет утврђена у складу са чланом 59 истог закона.

4. Финансијско пословање Фонда у периоду од 2009. до 2014. године

4.1. Остварени приходи и примања

Табела 2: Структура прихода и примања у 2013. и 2014. години (у 000 динара)

Р. бр.	Приходи и примања	2013	Структура (%)	2014	Структура (%)
1.	Приходи од доприноси	154.642.719	69,91	147.142.133	67,59
2.	Трансфери од ООСО	61.722.242	27,90	56.989.125	26,18
3.	Трансфери од буџета	931.505	0,42	9.915.107	4,55
4.	Остали приходи и примања	3.913.783	1,77	3.657.636	1,68
	Укупни приходи и примања (1+2+3+4)	221.210.249	100,00	217.704.001	100,00

1) *Приходи од доприноса за здравствено осигурање* остварени су у висини од 147.142,13 милиона динара, што је за 742,13 милиона динара више од планираног износа (0,51%) и њих чине:

а) *Доприноси за здравствено осигурање на терет запослених* у износу од 66.770,67 милиона динара, што је за 0,41% више од плана;

б) *Доприноси за здравствено осигурање на терет послодавца* у износу 69.253,45 милиона динара, што је за 0,54% више од плана;

в) *Доприноси за здравствено осигурање лица која обављају самосталну делатност и пољопривредника* у износу од 10.961,55 милиона динара, што је за 0,92% више од плана. У оквиру ове врсте доприноса најзначајнији су приходи по основу доприноса за здравствено осигурање самосталних делатности по решењу пореског органа у износу од 3.746,26 милиона динара, приходи по основу доприноса за здравствено осигурање лица која самостално обављају делатност као основно занимање, оснивача, односно чланова привредног друштва, у износу од 3.217,28 милиона динара, приходи по основу доприноса за здравствено осигурање пољопривредника који се баве пољопривредом, ако нису запослени или

Укупни приходи и примања Републичког фонда у 2014. години износе 217.704,00 милиона динара, што је за 2.680,44 милиона динара (1,22%) мање од планираних прихода и примања.¹³⁾

не обављају самосталну делатност као основно занимање, по решењу Пореске управе, у износу од 2.008,66 милиона динара, и др;

г) Доприноси који се не могу разврстати остварени су у износу од 156,46 милиона динара (2,84% мање од плана).

2) *Трансфери од буџета*, остварени су у износу од 9.915,11 милиона динара (70,64% плана), и њих чине:

а) Трансфери од буџета за здравствену заштиту лица из члана 22 Закона у износу од 984,68 милиона динара (100% плана);

б) Трансфери од буџета за здравствену заштиту лица оболелих од ретких болести у износу од 335,32 милиона динара (100% плана);

в) Трансфери од буџета – 35% накнаде зараде услед привремене спречености за рад преко 30 дана у вези са одржавањем трудноће у износу од 1.260,00 милиона динара (100% плана);

г) Трансфери од буџета по основу доприноса за здравствено осигурање за одређена привредна друштва по Закључку Владе у износу од 605,11 милиона динара (76,48% плана);

д) Трансфери од буџета због смањене стопе доприноса за здравствено осигу

гурање у износу од 6.730,00 милиона динара (63,11% плана);

3) *Приходи од трансфера од ООСО* остварени су на нивоу од 56.989,12 милиона динара, односно 99,73% у односу на план.

Од доприноса за здравствено осигурање корисника пензија и корисника других новчаних накнада који плаћа Републички фонд ПИО за осигуранике запослене остварено је 49.602,95 милиона динара или 100,01% плана. Трансфер од Фонда за ПИО за осигуранике пољопривреднике остварен је у износу од 3.012,71 милиона динара или 99,76% плана. Трансфер Фонда за ПИО за осигуранике самосталних делатности остварен је у износу од 2.582,86 милиона динара или 100,11% плана. Транфери по основу доприноса за здравствено осигурање корисника новчаних накнада из члана 224 Закона о пензијском и инвалидском осигурању (накнаде за инвалиде II и III категорије, накнаде по основу преостале радне способности и др.) остварени су у износу од 22,00 милиона динара, односно 55,00% плана.

Приходи од Националне службе за заштиту и ослобођавање остварени су по следећим основама:

а) Трансфери по основу доприноса за здравствено осигурање незапослених

лица у износу од 764,45 милиона динара, што чини 84,94% планираних средстава по овом основу;

б) Доприноси за здравствено осигурање по члану 45. Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање (за запошљавање лица старијих од 50, односно 45 година), у износу од 27,52 милиона динара, односно 64,00% плана.

Приходи од уплате доприноса за здравствено осигурање за накнаде због привремене спречености за рад дуже од 30 дана остварени су у износу од 976,61 милиона динара, што је за 1,73% више у односу на планирана средства по овом основу.

У Табели 8 дајемо приказ остварених прихода и примања Републичког фонда у периоду од 2009. до 2014. године. Табела нам, поред осталог, показује реално смањење прихода и примања фонда у последње две године (за 3,95% у 2013. и 4,36% у 2014. години).

Приказ остварених прихода и примања Републичког фонда, у периоду од 2009. до 2014. године, дајемо у Табели 3. Као што нам показује Табела, Републички фонд је у 2010, 2011, 2013. и 2014. години имао реални пад прихода и примања. Највећи реални пад био је у 2014. години, када је износио 4,66%.

Табела 3: Остварени приходи и примања РФЗО (2009–2014)

Година	Износ (у динарима)	Индекси		Индекси потрошачких цена (просек пер.)	Реални индекси (3 : 4)	Износ (у еврима)	1 евро = дин (просек периода)
		Базни	Ланчани				
0	1	2	3	4	5	6	7
2009.	178.979.563.813	100,00	-	108,4	-	1.905.016.767	93,9517
2010.	182.490.999.816	101,96	101,96	106,5	95,74	1.771.016.204	103,0431
2011.	194.378.382.561	108,60	106,51	111,0	95,95	1.906.601.287	101,9502
2012.	213.649.477.709	119,37	109,91	107,8	101,96	1.888.569.092	113,1277
2013.	221.210.248.884	123,59	103,54	107,8	96,05	1.955.244.035	113,1369
2014.	217.704.000.881	121,64	98,41	102,9	95,64	1.855.864.158	117,3060

У структури остварених прихода и примања Републичког фонда највеће је учешће прихода од доприноса (које се кретало од 67,59% у 2014. години до 69,91%, у 2013. години), затим следе приходи од трансфера

од организација обавезног социјалног осигурања (27,38 % у 2012. години; 29,01 % у 2010. години), трансфери од буџета републике (0,30% у 2011. години; 4,55 % у 2014. години) и остали приходи (Табела 4).

Табела 4: Структура остварених прихода и примања Републичког фонда за здравствено осигурање у периоду 2010 – 2014. године у %

Ред. бр.	Приходи и примања	2010. година	2011. година	2012. година	2013. година	2014. година
1.	Допринос за здравствено осигурање на терет запослених и на терет послодавца	65.14	65.69	64.97	65.49	62.48
2.	Допринос за здр.осиг. лица која обављају самосталну делатност и польопривредника	4.27	4.13	4.03	4.35	5.04
3.	Остали доприноси	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07
	Укупни приходи од доприноса (1–3)	69.48	69.90	69.07	69.91	67.59
4.	Трансфер од НЗС	1.97	1.33	1.19	1.25	0.35
5.	Укупни трансфери од Фонда ПИО	26.46	26.65	24.68	23.56	22.78
6.	Остали трансфери	0.59	0.54	1.51	3.09	3.04
	Укупни трансфери од организација обавезног социјалног осигурања (4–6)	29.01	28.52	27.38	27.90	26.18
7.	Укупни трансфери од буџета	0.42	0.30	0.57	0.42	4.55
	Укупни трансфери (4–7)	29.43	28.82	27.95	28.32	30.73
	Остали приходи	1.09	1.29	2.98	1.77	1.68
	УКУПНИ ПРИХОДИ	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Значајан проблем претходних година, када је у питању остваривање прихода и примања Републичког фонда, били су приходи од буџета Републике, по основу пружања здравствене заштите лицима из члана 22 Закона о здравственом осигурању. Средства која су остваривана по том основу знатно су нижа од средстава која би Републичком фонду требало да припадају по основу Закона о здравственом осигурању.

Чланом 22, став 1 Закона предвиђено је да се осигураницима у смислу овог Закона и под условима прописаним овим Законом, сматрају 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 из члана 17 Закона, или ако права из обавезног здравственог осигурања не остварују као чланови породице осигураника.

У ставу 4 истог члана прописано је да се осигураником у смислу Закона сматра и лице коме је надлежни орган утврдио статус избеглог, односно прогнаног лица из бивших република СФРЈ, ако има боравиште на територији Републике.

У члану 204 Закона прописано је да се средства за уплату доприноса за осигуранике из члана 22 Закона обезбеђују у буџету Републике.

Основица за уплату доприноса за осигуранике из члана 22 Закона је месечна основица доприноса коју чини износ од 15% просечне месечне зараде у Републици исплаћене по запосленом у претходној години, према објављеном податку републичког органа надлежног за послове статистике (члан 35б Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање – „Службени гласник РС“, бр. 84/04, 61/05, 62/06, 5/09, 52/11, 101/11, 47/13, 108/13 и 57/14), а стопа по којој се обрачунава и плаћа допринос, до јула 2013. године, била је 12,3%, а од августа исте године 10,0%.

У време обраћања Републичког фонда Министарству здравља за обезбеђивање потребних средстава у ребалансу буџета Републике Србије за 2014. годину, месечна основица доприноса за обавезно здравствено осигурање лица за која се средства за уплату доприноса обезбеђују у буџету Републике износила је 9.106,00 динара („Службени гласник РС“, број 8/14).

Законом је ближе уређено вођење матичне евиденције о осигураним лицима и коришћење права из обавезног здравственог осигурања (чл. 115–138).

Према подацима Републичког фонда, на дан 31. мај 2014. године укупно је регистровано 959.671 лица која се сматрају осигураницима по члану 22, ст. 1 и 4 Закона.

Обрачун доприноса за здравствено осигурање лица из члана 22, ст. 1 и 4 Закона,

који је требало да се планира у буџету Републике за 2014. годину, према познатим подацима у време подношења захтева, је:

- а) *период јануар–јул 2014. године:*
 - на месечном нивоу: $959.671 \times 9.106,00 \times 12,3\% = 1.074.867.987,50$ динара
 - укупно за период јануар–јул 2014. године: 7.524.075.912,50 динара
- б) *период август–децембар 2014. године:*
 - на месечном нивоу: $959.671 \times 9.106,00 \times 10,3\% = 900.092.704,98$ динара
 - укупно за период август–децембар 2014. године: 4.500.463.524,89 динара
- в) *укупноза 2014. годину:* 12.024.539.437,39 динара

Значајан проблем претходних година, када је у питању остваривање прихода и примања Републичког фонда, били су приходи од буџета Републике, по основу пружања здравствене заштите лицима из члана 22 Закона. Средства која су остваривана по том основу знатно су нижа од средстава која би Републичком фонду требало да припадају по основу Закона.

У складу са чланом 22 Закона, Републички фонд требало је да из буџета Републике у 2014. години оствари приходе у висини од 12.024.539.437,76 динара, а остварио је 984.679.000,00 динара или 8,19%.

Претходних година проценат остварених средстава из буџета Републике, по основу пружања здравствене заштите лицима из члана 22 Закона, био је и нижи (Табела 5).

Табела 5: Допринос за здравствено осигурање лица из члана 22. Закона о здравственом осигурању

Година	Потребна средства у складу са Законом*	Планирана (одобрена) средства	Остварена (пренета) средства	Индекс	
				3 : 1	3 : 2
0	1	2	3	4	5
2009.	15.343.802.772,90	588.384.000,00	588.384.000,00	3,83	100,00
2010.	7.617.331.512,86	588.000.000,00	588.000.000,00	7,72	100,00
2011.	11.890.256.328,70	615.048.000,00	563.794.000,00	4,74	91,67
2012.	13.315.212.307,80	615.048.000,00	615.048.000,00	4,62	100,00
2013.	15.381.813.147,12	615.048.000,00	563.794.000,00	3,67	91,67
2014.	12.024.539.437,39	984.679.000,00	984.679.000,00	8,19	100,00
2015.	10.801.112.459,76	537.760.000,00	-	-	-

(*број лица x основица x 12 месеци x 12,3%, односно 10,3% од 1. 8. 2014)

Осигурана лица у смислу члана 22 Закона (1.370.593 лица) у укупном броју осигураних лица Републичког фонда (6.940.959 лица) у децембру 2014. године,

као што смо претходно навели, учествовала су са 19,7%, а у укупно оствареним приходима и примањима Републичког фонда у истој години са 0,45% (Табела 6).

Табела 6: Број осигураних лица и прихода и примања Републичког фонда (укупно и по основу члана 22 Закона)

Година	Број осигураних лица			Приходи и примања (у 000 дин.)		
	Укупно	Од тога		Укупно	Од тога	
		по члану 22.	%		по члану 22.	%
2010.	6.843.998	1.225.077	17,90	182.491.000	588.000	0,00
2011.	6.852.820	1.268.995	18,52	194.378.383	563.794	0,29
2012.	6.886.904	1.329.833	19,31	213.649.478	615.048	0,29
2013.	6.928.634	1.358.202	19,60	221.210.249	563.794	0,25
2014.	6.940.959	1.370.593	19,75	217.704.001	984.679	0,45

Према Програму реформи политике за пошљавања и социјалне политике у процесу приступања Европској унији – трећи нацрт (Влада Републике Србије, октобар 2014. године), повећање издавања из буџета за здравствену заштиту особа изложених повећаном ризику оболевања и социјално угроженом становништву очекује се, због економске кризе, од 2020. године (страница 76).

Одређен број обvezника своје обавезе по основу обрачунавања и плаћања доприноса за здравствено осигурање не извршава, тако да су високе неизмирени обавезе пра-

вних лица (око 60%), пољопривредника и предузетника.

По подацима Пореске управе, који су Републичком фонду достављени дописом број: 000-433-12-00237/2014-G0064 од 22. јануара 2014. године, дуг по основу до-приноса за здравствено осигурање са стањем на дан 31. 12. 2013. године износи **96.596,68 милиона динара**, од чега је **57.222,35 милиона динара или 59,24% ненаплативо** (због стечаја и приватизација). Код правних лица од 57.705,84 милиона динара било је ненаплативо 57.222,35 милиона динара.

Табела 7 : Дуг по основу доприноса за обавезно здравствено осигурање са стањем на дан 31.12.2013. године по врстама обvezника (у динарима)

Р. бр.	Врста обvezника	Дуг
1.	Пољопривреда	26.058.509.176,33
2.	Занатлије	12.832.337.847,79
3.	Предузећа	57.705.835.849,81
	УКУПНО:	96.596.682.873,93

Извор података: Пореска управа

Од укупног дуга од 96.596,68 милиона динара, главница износи 45.197.47 милиона динара, или 46,79%, а камата 51.399.21 милион динара, или 53,21%.

4.1.3. Смањење стопе доприноса за здравствено осигурање

Доношењем Закона о изменама и допунама Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање („Службени гласник РС“, број 57/14) настављен је негативни тренд смањења стопе доприноса за обавезно социјално осигурање.

Чланом 1 Закона о изменама и допунама Закона о доприносина за обавезно социјално осигурање у циљу оптимизације трансфера средстава из буџета Републике извршена је измена члана 44 Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање, тако да је изменјена стопа доприноса за пензијско и инвалидско осигурање са **24%** на **26%** (односно када се доприноси плаћају истовремено из основице и на основицу стопа за запосленог износи **14%** уместо **13%**, а за послодавца **12%** уместо **11%**), а стопа доприноса за обавезно здравствено оси-

гурење изменјена је са **12,3%** на **10,3%** (када се доприноси плаћају истовремено из основице и на основицу стопа за запосленог износи **5,15%** уместо **6,15%**, а за послодавца, такође, **5,15%** уместо **6,15%**).

Одређбе о измени стопа доприноса примењују се од 1. августа 2014. године.

Након наведених измена, стопа доприноса за обавезно здравствено осигурање (10,3%) у односу на исту стопу из 1994. године нижа је за 9,90 процентних поена или за 49,01% (Табела 8).

Табела 8: Стопе доприноса за здравствено осигурање (1994–2014)

Период	Стопе доприноса			Базни индекси
	На терет запосленог (из зараде)	На терет Послодавца (на зараду)	Укупно	
0	1	2	3 (1 + 2)	4
од 9. 07. 1994. до 21. 03. 1996.	10,10	10,10	20,20	100,00
од 22. 03. 1996. до 30. 09. 1996.	9,60	9,60	19,20	95,05
од 1. 10. 1996. до 30. 05. 1998.	8,10	8,10	16,20	80,20
од 1. 06. 1998. до 31. 12. 1998.	8,60	8,60	17,20	85,15
од 1. 01. 1999. до 31. 05. 2001.	9,70	9,70	19,40	96,04
од 1. 06. 2001. до 30. 06. 2004.	5,95	5,95	11,90	58,91
од 1. 07. 2004. до 31. 07. 2014.	6,15	6,15	12,30	60,89
од 1. 08. 2014.	5,15	5,15	10,30	50,99

4.2. Расходи и издаци

Укупни расходи и издаци у 2014. години (по готовинској основи) остварени су у износу од **220.229,03** милиона динара, што износи **97,99%** плана за 2014. годину.

У структури укупних расхода и издатака, расходи за здравствену заштиту и накнаде осигураним лицима чине **98,33%**, од тога расходи здравствене заштите **93,89%** (**206.764,18** милиона динара), а накнаде осигуранцима **4,44%** (**9.792,38** милиона динара). Расходи спровођења здравственог осигурања износе **1,67%** укупних расхода

и издатака (расходи за запослене **1,21%**, остали расходи **0,46%**).

Највеће учешће у укупним расходима и издацима имају расходи здравствене заштите (93,89%). У структури расхода здравствене заштите највеће учешће имају плате и накнаде плата са доприносима на терет послодавца (45,74%), лекови и медицинска средства у здравственим установама (17,07%), лекови издати на рецепт (14,16%), стоматолошке услуге (2,37%), материјал за дијализу (2,05%) и помагала и направе (1,38%).

Табела 9: Основна структура расхода и издатака Републичког фонда за здрав. осигурање у 2014. години

Ред. бр.	Расходи и издаци	Динара	Структура (у %)
0	1	2	3
1.	Права из здравственог осигурања (1.1. + 1.2.) 1.1. Здравствена заштита 1.2. Накнаде осигуреницима (1.2.1. + 1.2.2.) 1.2.1. Накнада зараде 1.2.2. Накнада путних трошка	216.556.556.384 206.764.178.013 9.792.378.371 8.768.428.643 1.023.949.728	98,33 93,89 4,44 3,28 0,44
2.	Расходи спровођења здрав. осигурања (2.1. + 2.2.) 2.1. Расходи за запослене 2.2. Остали расходи	3.672.477.864 2.658.719.177 1.013.758.687	1,67 1,21 0,46
	УКУПНО (1 + 2)	220.229.034.248	100,00

Извршене расходе здравствене заштите чине расходи за:

- 1) Секундарну и терцијарну здравствену заштиту од 112.062,23 милиона динара, што чини 54,20% расхода здравствене заштите, односно 50,88% укупних расхода и издатака;
- 2) Примарну здравствену заштиту у износу од 44.632,28 милиона динара, што чини 21,59% трошка здравствене заштите, односно 20,27% укупних расхода и издатака;
- 3) Издате лекове на рецепт осигураним лицима Фонда у износу од 29.274,25 милиона динара, што чини 14,16% трошка здравствене заштите, односно 13,29% укупних расхода и издатака. Од наведеног износа приватним апотекама плаћено је 4.543,97 милиона динара;
- 4) Стоматолошке услуге у износу од 4.890,73 милиона динара, што чини 2,37% расхода за здравствену заштиту, односно 2,22% укупних расхода и издатака;
- 5) Услуге дијализе од 4.246,29 милиона динара што чини 2,05% расхода за здравствену заштиту, односно 1,93% укупних расхода и издатака;

- 6) Услуге специјализоване рехабилитације од 3.382,49 милиона динара што чини 1,64% расхода здравствене заштите, односно 1,54% укупних расхода и издатака;
- 7) Накнаде за ортопедске справе и помагала у износу од 2.849,77 милиона динара, што чини 1,38% расхода за здравствену заштиту, односно 1,29% укупних расхода и издатака. Од наведеног износа приватним апотекама плаћено је 202,92 милиона динара;
- 8) Услуге Института и завода за јавно здравље у износу од 2.237,35 милиона динара, што чини 1,08% расхода за здравствену заштиту, односно 1,02% укупних расхода и издатака;
- 9) Остале услуге здравствене заштите (трансфузије крви и Институт за вирусологију и имунологију „Торлак“) у износу од 1.029,00 милиона динара, што чини 0,50% расхода за здравствену заштиту, односно 0,47% укупних расхода и издатака;
- 10) Услуге које пружају установе социјалне заштите 984,42 милиона динара, што чини 0,48% расхода за здравствену заштиту, односно 0,45% укупних расхода и издатака;

11) Услуге здравствене заштите *по конвенцији* у износу од 696,42 милиона динара, што чини 0,34 расхода здравствене заштите, односно 0,32% укупних расхода и издатака;

12) *Слање осигураних лица на лечење у иностранство* у износу од 474,97 милиона динара, што чини 0,23% расхода здравствене заштите, односно 0,22% укупних расхода и издатака;

13) Здравствену заштиту *осигураника који живе у иностранству* у износу од 4.03 милиона динара.

За накнаде осигураним лицима (боловања и путне трошкове) исплаћено је 9.792,38 милиона динара што чини 4,44% од укупних расхода.

За *боловања*, која се исплаћују на терет средстава здравственог осигурања, исплаћено је 8.768,43 милиона динара, што је 1.594,03 милиона динара више од износа који је за ове намене исплаћен у 2013. години. У 2014. години, у односу на 2013. годину, дошло је до повећања броја лица којима је по основу боловања обрачуната и исплаћена накнада зараде из средстава Фонда. Уочава се раст броја дана боловања у 2014. години у односу на 2013. годину (са 3.932.837 дана на 5.651.767 дана), што процентуално представља повећање броја дана од 43,7%. Просечна дужина боловања по лицу у 2014. години износи 75,10 дана, док је у 2013. години износила 73,55 дана. Један од најзначајнијих разлога повећаног броја дана боловања у 2014. години у односу на 2013. годину је у вези са Законом о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању објављеном у „Службеном гласнику РС“, број 119/12, и изменењим чланом 96 Закона, у смислу да накнада зараде трудницама за време привремене спречености за рад због болести или компликација у вези са одржавањем трудноће од 31. дана привремене спречености за рад износи 100% од основе за накнаду зараде. Ова одредба примењује се од 01. 01. 2014. године, и према

презентованим подацима имала је битан утицај како на повећање броја лица на боловању тако и на повећање броја дана боловања.

Накнаде путних трошкова осигураним лицима, због коришћења здравствене заштите у здравственим установама ван подручја матичне филијале удаљеним преко 50 километара, износи 1.023,95 милиона динара или 0,46% од укупних расхода и издатака.

У структури уговорених и извршених средстава за здравствену заштиту за 2014. годину (206.764.178.013 динара), *плате и накнаде плате са доприносима на терет послодавца* (94.583.810.000 динара), учествују са 45,74%, а у укупним расходима и издацима Републичког фонда у 2014. години (220.229.034.248 динара) са 42,95%.

Табела 10: Структура остварених расхода и издатака Републичког фонда за здравствено осигурање у периоду 2010–2014. година у %

Ред. бр.	Приходи и примања	2010. година	2011. година	2012. година	2013. година	2014. година
I	ТЕКУЋИ РАСХОДИ (1+2+3+4+5+6)	99.91	99.96	99.96	99.95	99.97
1.	Расходи за запослене	1.39	1.44	1.41	1.27	1.21
2.	Коришћење услуга и роба	0.47	0.43	0.41	0.38	0.31
3.	Отплата камата и пратећи трошкови задуживања, донације, дотације и трансфери	0.37	0.00	0.01	0.01	0.01
4.	Права из социјалног осигурања која се исплаћују непосредно домаћинствима	4.05	3.60	3.78	3.72	4.45
4.1.	Накнаде зарада за време привремене неспособности за рад	3.70	3.21	3.37	3.28	3.98
4.2.	Накнада путних трошкова	0.35	0.39	0.41	0.44	0.46
4.3.	Накнада погребних трошкова	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
5.	Права из социјалног осигурања плаћена непосредно пружаоцима услуга	93.61	94.46	94.33	94.48	93.89
5.1.	Примарна здравствена заштита	21.36	21.64	20.60	20.64	20.27
5.2.	Материјал за дијализу	2.13	2.22	1.92	2.01	1.93
5.3.	Лекови издати на рецепент	12.84	12.83	15.46	14.08	13.29
5.4.	Стоматолошке услуге	2.34	2.58	2.25	2.12	2.22
5.5.	Секундарна и терцијарна здравствена заштита	50.87	50.10	49.18	50.28	50.88
5.6.	Накнада за ортопедске справе и помагала	1.04	1.55	1.61	1.26	1.29
5.7.	Установе социјалне заштите	0.48	0.47	0.44	0.49	0.45
5.8.	Здравствена заштита по конвенцијама	0.20	0.20	0.26	0.34	0.32
5.9.	Здравствена заштита осигураника који живе и бораве у иностранству	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00
5.10.	Трошкови здравствене заштите за осигураниче упућене на лечење у	0.13	0.17	0.13	0.20	0.22
5.11.	Остали трошкови здравствене заштите (услуге рехабилитације и рекреације)	1.47	1.55	1.32	1.50	1.54
5.12.	Трошкови института и завода за заштиту здравља	0.63	1.04	0.88	1.09	1.02
5.13.	Остале услуге здравствене заштите у земљи	0.10	0.11	0.28	0.48	0.47
6.	Остали расходи	0.02	0.02	0.03	0.10	0.11
II	ИЗДАЦИ ЗА НЕФИНАНСИЈСКУ ИМОВИНУ	0.06	0.04	0.04	0.05	0.03
III	ИЗДАЦИ ЗА ОТПЛАТУ ГЛАВНИЦЕ И НАБАВКУ ФИНАНСИЈСКЕ ИМОВИНЕ	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00
IV	УКУПНИ РАСХОДИ И ИЗДАЦИ (I+II+III)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

У Табели 11 приказ укупно остварених расхода и издатака Републичког фонда у периоду од 2009. до 2014. године. Табела нам,

поред осталог, показује реално смањење расхода и издатака Републичког фонда у последње две године.

Табела 11: Остварени расходи и издаци РФЗО (2009–2014)

Година	Износ (у динарима)	Индекси		Реални индекси	Износ (у еврима)
		Базни	Ланчани		
0	1	2	3	4	5
2009.	177.310.692.461	100,00	-	-	1.887.253.689
2010.	183.024.480.717	103,22	103,22	96,51	1.776.193.464
2011.	193.139.859.882	108,93	105,53	95,07	1.894.452.977
2012.	209.677.897.095	118,25	108,56	100,71	1.853.462.035
2013.	218.668.829.828	123,33	104,20	96,66	1.932.780.815
2014.	220.229.034.248	142,21	100,71	99,87	1.877.389.343

4.3. Обавезе и потраживања Републичког фонда

Укупне обавезе Републичког фонда имале су тенденцију раста у периоду 2009–2011. година, да би од 2012. године почеле да се смањују, што је настављено и у 2013. години.

У периоду од 2009 до 2013. године, са стањем на дан 31. децембар, укупне обавезе Републичког фонда у милионима динара износиле су:

- 2009 – 12.936,34;
- 2010 – 18.404,67;
- 2011 – 23.478,29;
- 2012 – 13.891,99;
- 2013 – 8.159,01.

Као што видимо, обавезе Републичког фонда на дан 31. децембар 2013. године износиле су 8.159,01 милион динара, и у односу на обавезе из 2012. године биле су ниže за 5.732,98 милиона динара или за 41,27%.

У структури укупних обавеза Републичког фонда у 2013. години, највеће је учешће обавеза према апотекама за фактурисане лекове на рецепт, које су износиле 5.942,93 милиона динара или 72,83% од укупних обавеза. Обавезе према апотекама по основу фактурисаних лекова на рецепт односе се на неплаћене фактуре за период октобар–децембар 2013. године. Ниво неизмирених обавеза за фактурисане лекове на рецепт пренет из 2012. године приоритетно је извршаван у 2013. години, у складу са лимитираним расходима за ову намену.

Краткорочна потраживања Републичког фонда на крају 2013. године износе 465,40 милиона динара, од чега су највећа потраживања од буџета и државних органа и организација у укупном износу од 153,76 милиона динара (у складу са препоруком Владе Републике Србије, Фонд је по одлуци Управног одбора са Републиком Србијом закључио Уговор о преносу без накнаде на Републику Србију 100% учешћа

у основном капиталу „Галеника АД“), која чине 33,04% укупних потраживања, и остала краткорочна потраживања у износу од 105,99 милиона динара (највећи део се односи на потраживања од здравствених установа по записницима о спроведеним контролама у износу од 62,64 милиона динара и аконтације за лечење осигураних лица Фонда у иностранству у износу од 41,92 милиона динара), која чине 22,77% укупних потраживања.

Потраживање Фонда по основу датих аванса приказано на аналитичком конту 123231 износи 1.027,60 милиона динара.

На дан 31. децембар 2014. године укупне обавезе Републичког фонда износиле су 6.961.240.000 динара, од чега су обавезе према апотекама за фактурисане лекове на рецепт износиле 5.343.370.000 динара или 76,76% од укупних обавеза.

Последњих година обавезе Републичког фонда имају тенденцију смањења. Тако, на пример, обавезе на дан 31. децембар 2014. године у односу на исти датум 2010. године (18.404.670.000 динара) биле су мање за 11.443.430.000 динара или за 62,18%.

Потраживања Републичког фонда по основу датих аванса, на дан 31. децембар 2014. године (кonto 123231) износила су 2.655.310.169 динара. Највећи део ових потраживања односи се на на уговоре о пружању и финансирању здравствене заштите.

Укупна краткорочна потраживања Републичког фонда (кonto 122000) на дан 31. децембар 2014. године износила су 1.000.825.102 динара (од чега су највећа потраживања од здравствених установа по записницима о извршеној контроли на-менског трошења средстава – 51,64%).

У СРЕДСТВА ЗА РАД ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА И ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ

Здравствена установа из Плана мреже здравствених установа, у складу са чланом 159 Закона о здравственој заштити, пружајући јавне услуге као корисник јавних средстава остварује *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;
- 3) прихода насталих употребом јавних средстава за услуге које нису обухваћене

Табела 12: Структура остварених прихода и примања здравствених установа у Републици Србији у 2013. години

Ред. Бр.	Приходи и примања	Динара (000)	%
1.	Од Републичког фонда	204.384.740	85,71
2.	Из Буџета	7.387.056	3,10
3.	Сопствени приходи	26.269.035	11,02
4.	Донације	427.193	0,17
	Укупно (1 до 4)	238.468.024	100,00

Укупни приходи и примања здравствених установа у 2014. години износили су 227.448.290.000 динара и План је остварен са 91,31%.

Приходи остварени од организације обавезног социјалног осигурања износили су 195.331.422.000 и њихово учешће у укупно оствареним приходима и примањима здравствених установа износило је 85,88%.

По подацима добијеним од здравствених установа, сопствени приходи здравствених установа, односно приходи из сопствених извора, у 2014. години износили су 25.768.006.000 динара и њихово учешће у укупним приходима здравствених установа износи 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%).

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 кориснику јавних средстава чије је пружање уговорено са физичким и правним лицима на основу њихове слободне воље, обављање научно-истраживачке и образовне делатности, и др.).

Здравствена установа из Плана мреже може да стиче средства за рад и од:

- а) поклона; б) донација; в) легата и завештања; и из г) других извора у складу са законом.

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.

Укупно наплаћена *партиципација* у здравствени установама у 2014. години износила је 5.295.634.000 динара, и то у апотекама, апотекарским установама и здравственим установама које у свом саставу имају апотеку 4.310.151.000 динара (81,96% од укупнп наплаћене партиципације) и 955.473.000 у осталим здравственим установама (18,04%).

Наплаћена партиципација не представља сопствени приход здравствених установа, јер су средства од партиципације обухваћена уговором између Републичког фонда и здравствене установе. Средства наплаћена

од партиципације здравствена установа може да користи за намене определјене уговором, изузев за плате и превоз.

Укупни расходи и издаци здравствених установа у 2014. години износили су 223.409.505.000 динара и годишњи план је остварен са 89,63%.

Укупне обавезе здравствених установа на дан 31. 12. 2014. године износе 22.058,43 милиона динара, што представља умањење од 903,71 милиона динара у односу на стање на дан 31. 12. 2013. године (22.962,14 милиона динара). Обавезе према добављачима за лекове на рецепт, помагала која се издају на налог преко апотека – лекови, санитетски и медицински потрошни материјал, износе укупно 15.108,17 милиона динара, односно 68,49% укупних обавеза здравствених установа. Обавезе се односе на здравствене установе из Плана мреже, и то: апотеке, домове здравља, опште болнице, клиничко-болничке центре, клиничке центре, институте, установе специјализоване за рехабилитацију, заводе за јавно здравље и институте/заводе за трансфузију крви. Преостале обавезе у износу од 6.950,27 милиона динара односе се на исхрану, енергенте и остale обавезе.

По подацима који су достављени од стране здравствених установа, укупне доспеле обавезе на дан 31. 12. 2014. године износе 8.603,53 милиона динара, што је за 532,10 милиона динара више у односу на доспеле обавезе на крају 2013. године. Укупне недоспеле обавезе на дан 31. 12. 2014. године износе 13.454,90 милиона динара, што је за 1.435,81 милиона динара мање у односу на недоспеле обавезе на крају 2013. године.

Укупна потраживања здравствених установа на дан 31. 12. 2014. године износе 11.632,25 милиона динара, што представља умањење од 2.200,84 милиона динара у односу на крај 2013. године када су потраживања износила 13.833,09 милиона динара. Значајно је умањен и износ потраживања здравствених установа од Фонда

(са 7.504,07 милиона динара на дан 31. 12. 2013. године на 5.482,29 милиона динара на дан 31.12.2014. године).

У вези са **финансијским планом здравствене установе** у виду треба имати следеће:

- здравствена установа из Плана мреже може да исплаћује искључиво до висине расхода и издатака који су утврђени **финансијским планом здравствене установе**, а који одговарају априоријацији из финансијског плана за ту намену у одговарајућој буџетској години;

- обавезе које је преузела здравствена установа из Плана мреже у складу са утврђеним априоријацијама, а нису извршене у току године, преносе се и имају статус преузетих обавеза и у наредној буџетској години и извршавају се на терет одобрених априоријација за ту буџетску годину, под условима прописаним законом којим се уређује буџетски систем;

- преузете обавезе здравствене установе из Плана мреже чији је износ већи од износа средстава предвиђених финансијским планом или које су настале у супротности са законом, другим прописима или у супротности са уговором закљученим са организацијом обавезног здравственог осигурања, не могу се извршавати на терет средстава обавезног здравственог осигурања, односно на терет других средстава здравствене установе предвиђених финансијским планом.

- принудном наплатом не могу се теретити априоријације у финансијском плану здравствене установе из Плана мреже намењене за финансирање плате.

- у случају да за извршење одређеног плаћања здравствене установе из Плана мреже није постојао правни основ у складу са законом, здравствена установа дужна је да одмах изврши повраћај средстава организацији обавезног здравственог осигурања, односно буџету.

- управни одбор здравствене установе дужан је да обавести оснивача здравствене

установе из Плана мреже у року од осам дана од дана сазнања за чињенице које указују на поступање здравствене установе у супротности са законом.

Здравствена установа из Плана мреже дужна је да Републичком фонду за здравствено осигурање достави *завршни рачун* ради сачињавања консолидованог извештаја организације обавезног здравственог осигурања, као и друге извештаје у складу са прописима којима се уређује буџетски систем.

Здравствена установа, односно приватна пракса, у складу са чланом 160 Закона о здравственој заштити, стиче средства за рад од организације здравственог осигурања закључивањем *Уговора о пружању здравствене заштите*, у складу са Законом о здравственом осигурању.

Средства из члана 18, став 2 Закона о здравственој заштити, *за спровођење здравствене заштите од општег интереса*, здравствена установа стиче закључивањем уговора са Министарством.

Средства из чл. 13 и 13а Закона о здравственој заштити, *за спровођење здравствене заштите од интереса за аутономну покрајину, општину, односно град*, здравствена установа стиче закључивањем уговора са надлежним органом аутономне покрајине, општине, односно града.

Здравствене услуге које здравствена установа, односно приватна пракса, пружа *на захтев послодавца* на терет средстава послодавца, према члану 161 Закона о здравственој заштити, наплаћују се по ценама које утврди управни одбор здравствене установе, односно оснивач приватне праксе.

Здравствене услуге, које здравствена установа, односно приватна пракса, пружа *грађанима на њихов захтев*, као и здравствене услуге које нису обухваћене здравственим осигурањем, наплаћују се од грађана по ценама које такође утврди управни одбор здравствене установе, односно оснивач приватне праксе.

Накнаду за пружену хитну медицинску помоћ, према члану 162 Закона о здравственој заштити, плаћа Република, аутономна покрајина, општина, односно град – оснивач здравствене установе, уколико здравствена установа ову услугу није наплатила од организације за здравствено осигурање у року од 90 дана од дана испостављања фактуре. Исту накнаду за пружену хитну медицинску помоћ од стране приватне праксе плаћа Република, аутономна покрајина, односно јединица локалне самоуправе, на чијој територији приватна пракса обавља делатност, ако оснивач приватне праксе ову услугу није наплатио од организације за здравствено осигурање у року од 90 дана од дана испостављања фактуре. Исплатом ове накнаде, Република, аутономна покрајина, општина, односно град, стиче право да од организације здравственог осигурања тражи накнаду исплатеног.

Здравствене установе са средствима у државној својини, које су основане за остваривање законом утврђених права грађана у области здравствене заштите, према члану 164 Закона о здравственој заштити, уколико располажу слободним капацитетом (простор и опрема), *могу издавати у закуп ове капацитете* у складу са законом.

VI КОНСОЛИДОВАНИ ПРИХОДИ И ПРИМАЊА И РАСХОДИ И ИЗДАЦИ РЕПУБЛИЧКОГ ФОНДА И ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

Према члану 2 Закона о буџетском систему („Сл. гласник РС“, бр. 54/2009, 73/2010, 101/2010, 101/2011, 93/2012, 62/2013, 63/2013 – испр. и 108/2013), *консолидација* је исказивање прихода и примања и расхода и издатака више међусобно повезаних буџета и ванбуџетских фондова, као да се ради о јединственом субјекту, са циљем да би се избегло двоструко рачунање. Консолидацијом се искључују међусобни трансфери између истих, као и између различитих

нивоа власти. Консолидовани извештај Републичког фонда за здравствено осигурање је консолидовани извештај завршног рачуна Републичког фонда за здравствено осигурање и финансијских извештаја о извршењу прихода и примања и расхода и издатака корисника средстава тог фонда (здравствених установа), који саставља Републички фонд за здравствено осигурање и подноси Управи за трезор.

Табела 13: Резултат консолидованих прихода и расхода Републичког фонда и здравствених установа за 2014. годину (у милионима динара)

Ред. бр.	Опис	Текући приходи	Оствар. примања	Укупно	Текући расходи	Извр. издаци	Укупно	Разлика
1	2	3	4	5 = 3 + 4	6	7	8 = 6 + 7	9 = 5 - 8
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

Укупни консолидовани приходи и примања Републичког фонда и здравствених установа у периоду јануар–децембар 2014. године износе 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 13.283,14 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%.¹⁴⁾

Расходи и издаци у укупном износу од 251.792,71 милиона динара, финансиирани 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%.

На основу података исказаних у Извештајима о извршењу буџета (Образац 5) Републичког фонда за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички фонд) и здравствених установа извршена је консолидација за период 01. 01–31. 12. 2014. године, и то:

У консолидованом извештају за период јануар–децембар 2014. године у изврним расходима (расходи за плате, превоз, енергенте, лекови, 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 већ исказани у обрасцима које ове установе достављају Министарству одбране као свом ресорном министарству.

Суфицит исказан у деветој колони консолидованог обрасца износи 2.494,21 милиона динара и настао је као разлика између прихода и примања Републичког фонда и здравствених установа (без трансферног прихода и примања, укључујући учешће осигураних лица Републичког фонда у трошковима здравствене заштите – партиципацију) и расхода и издатака Републичког фонда и здравствених установа у посматраном периоду, и одступања од новчаног тока везано за евидентију плаћеног ПДВ-а здравствених установа, који није исказан на расходима и других одступања у исказивању прихода и примања и расхода и издатака, чије се евидентирање врши у складу са правилима за књижење.

Табела 14. Републичког фонда за здравствено осигурање и здрав.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

У структури консолидованих прихода и примања Републичког фонда за здравствено осигурање и здравствених установа учешће прихода Републичког фонда, у периоду од 2008. до 2014. године, кретало се од 80,13%, у 2008. години, до 86,35% , у 2013. години (Табела 14).

VIІ ДАЉИ ПРАВЦИ РАЗВОЈА ФИНАНСИРАЊА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Према Плану развоја здравствене заштите Републике Србије („Службени гласник РС, број 88/2010), циљеви и активности за њихово остваривање у области финансирања здравствене заштите су:

Циљ 1: Финансијска стабилност система здравствене заштите

Активности:

- Дефинисање „основног пакета“ здравствених услуга;
- Утврђивање основице на коју се плаћају доприноси за обавезно здравствено осигурање;
- Унапређење система контроле редовне уплате доприноса;
- Остваривање свеобухватног обавезног здравственог осигурања за све грађане Републике Србије;

- Обезбеђивање одговарајућег износа средстава за здравствену заштиту из буџета Републике, аутономне покрајине и јединице локалне самоуправе;

- Унапређење и даља примена добровољног здравственог осигурања.

Циљ 2: Унапређење ефикасности и квалитета пружања здравствених услуга

(прелазак са модела финансирања капацитета на модел финансирања здравствених услуга, односно учинка здравствених установа).

Активности:

- Увођење новог начина финансирања установа које обављају здравствену делатност на примарном нивоу (опредељивање унапред одређеног фиксног износа средстава обавезног здравственог осигурања за одређени временски период, а зависно од одређеног броја и структуре пацијената који су се регистровали код изабраног лекара у здравственој установи – дому здравља, којима би се обезбедило пружање свих предвиђених здравствених услуга);

- Увођење новог начина финансирања установа које обављају здравствену делатност на секундарном и терцијарном нивоу (финансирања по дијагностички сродним групама омогућава прелазак на проспективно плаћање болница – плаћање унапред одређеног износа, на основу

просечне цене лечења пацијената груписаних према заједничким карактеристикама: дијагнозе, старости, пола, компликација и пратећих оболења);

- Обезбеђивање финансирања јавног здравља;
- Процена здравствених технологија;
- Обезбеђивање доступности безбедних, квалитетних и ефикасних лекова;
- Обезбеђење потпуне примене методологије националних здравствених рачуна у систему здравствене заштите;
- Повећавање управљачких способности и одговорности менаџмента за пословање и управљање ресурсима у здравственим установама.

Промене у систему финансирања здравствене заштите предвиђене су и у **Стратегији развоја здравственог осигурања у Србији** (у даљем тексту Стратегија), коју је Управни одбор РФЗО усвојио у марта 2013. годину.

Када је реч о финансирању здравствене заштите, Стратегија, поред осталог, предвиђа финансирање примарне здравствене заштите по методу *капитације*, а стационарних здравствених установа по методу *дијагностичко сродних група*.

ЗАКЉУЧАК

Финансирање система здравствене заштите у Републици Србији последњих година, поред осталог, карактерише: 1) реално смањење укупних прихода и примања Републичког фонда (4,26% у 2010, 4,05% у 2011, 3,95% у 2013. и 4,25% у 2014. години), 2) реално смањење укупних расхода и издатака Републичког фонда (3,49% у 2010, 4,93% у 2011, 3,34% у 2013. и 0,13% у 2014. години), 3) смањење стопе доприноса за обавезно здравствено осигурање у дужем временском периоду (од 1. августа 2014. године износи 10,3%, и у односу на исту стопу из 1994. године када је износила 20,20%, нижа је за 9,90 процентних поена или за 49,01%), 4) низак износ средстава која се остварују из буџета Републике по

основу пружања здравствене заштите и остваривања других права лица из члана 22 Закона о здравственом осигурању (у 2014. години, на пример, ова лица су укупном броју осигураних лица Републичког фонда учествовала са 19,75%, приходи по основу пружања здравствене заштите истим лицима у укупним приходима и примањима Републичког фонда износе 0,45%), 5) избегавање плаћања пореза и доприноса за обавезно социјално осигурање (евазија пореза), 6) распрострањена сива економија, 7) високи износи обавеза Републичког фонда и здравствених установа, 8) дистрибуција средстава од стране Републичког фонда здравственим установама претежно по моделу финансирања капацитета здравствених установа (људских и материјалних), а не по моделу финансирања здравствених услуга, односно учинка здравствених установа, и друге карактеристике.

Финансијско пословање Републичког фонда и здравствених установа не може се посматрати независно од укупних економских кретања у држави. Та веза је сложена и многострука, како на приходној, тако и на расходној страни. Економска кретања у Републици, поред осталог, у дужем временском периоду карактеришу: 1) високо учешће јавних расхода у бруто домаћем производу (БДП у 2014. години 48,9%), 2) у 2013. години био је на нивоу 70% оствареног БДП-а у 1989. години, 3) низак ниво индустријске производње (индустријска производња у Србији у 2013. години била је на нивоу од 38,4% индустријске производње из 1989. године), 4) неповољна кретања на тржишту рада (висока стопа незапослености и ниска стопа запослености), 5) раст потрошачких цена роба и услуга које користе здравствене установе, 6) висок износ јавног дуга и др.

Када се говори о финансијском пословању Републичког фонда и здравствених установа, у виду би требало имати и економску политику која се води, а у првом реду

фискалну политику. Текућа 2015. година, а исто ће бити случај и са наредним 2016. и 2017. годином, обележава спровођење мера *фискалне консолидације*, што је, поред осталог, имало за последицу да планирани расходи и издаци Републичког фонда за

2015. годину у односу на планиране расходе и издатке за 2014. годину буду нижи су за 8.970.281.000 или за 4,0%.

Све претходно наведено указује на неопходност наставка реформисања система здравствене заштите у Републици Србији.

Литература

- 1) Закон о здравственој заштити („Сл. гласник РС“, бр. 107/2005, 72/2009 – др. закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 – др. закон и 93/2014)
- 2) Organization for Economic Cooperation and Development. The Health System of OECD Countries: Finansing and delivering Health Care – A Comparative Analysis of OECD Countries. Social Policy Studies No 4, Paris OECD, 1987 p.24–32.
- 3) Влада Републике Србије: Други национални извештај о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији за период 2011–2014. године, октобар, 2014.
- 4) Закон о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 18/92, 26/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96, 46/98, 54/99, 29/2001 и 18/2002)
- 5) Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, број 46/98),
- 6) Закон 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)
- 7) Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, број 57/11),
- 8) Закон о изменама Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, број 123/14),
- 9) Рајко Косановић, Христо Анђелски: Основни правци развоја здравственог осигурања у Републици Србији (1922–2014) / Basic directions of development health insurance in The Republic of Serbia (1922–2014) – Здравствена заштита, број 3/2015.
- 10) Рајко Косановић, Христо Анђелски Права из здравственог осигурања у Републици Србији (1922–2014) / Rights from health insurance in The Republic of Serbia (1922–2014) – Здравствена заштита, број, 5/2015.
- 11) План развоја здравствене заштите Републике Србије („Службени гласник РС“, број 88/10)
- 12) Влада Републике Србије: Програм реформи политике запошљавања и социјалне политике у процесу приступања Европској унији – трећи нацрт. Београд, октобар 2014.
- 13) Републички фонд за здравствено осигурање: Извештај о финансијском пословању Републичког фонда за здравствен осигурање за 2014. годину, Београд, април 2014. године (као и извештаји за претходне године).
- 14) Републички фонд за здравствено осигурање: Консолидовани извештај Републичког фонда за здравствено осигурање за 2014. годину (као и извештаји за претходне године).

Упутство ауторима

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.

Описта 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 установа 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 imaju uključenu kompletну 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 kompletну 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, topлом 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“**.

