



Република Србија
ЗДРАВСТВЕНИ САВЕТ

Број: 021-02-1 /2013-01
Датум: 04.03.2013.године
Београд

Немањина 4, Београд

Тел.: +381 11 3621215

Факс: +381 11 3621216

Е-маил: office@zdravstvenisavetsrbije.gov.rs

www.zdravstvenisavetsrbije.gov.rs

**РЕДОВАН ГОДИШЊИ ИЗВЕШТАЈ
ЗДРАВСТВЕНОГ САВЕТА СРБИЈЕ
ЗА 2012.ГОДИНУ**

Београд, 2013.год.

САДРЖАЈ:

УВОДНЕ НАПОМЕНЕ.....	3
КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА.....	4
ЗДРАВСТВЕНИ МЕНАЏМЕНТ	
Анкета за главне медицинске сестре/техничаре здравствених установа.....	9
ЗАКОН О ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ.....	10
КОРУПЦИЈА У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ СРБИЈЕ.....	11
ПРИРОДНИ ПРИРАШТАЈ У СРБИЈИ И ЗАДАЦИ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА.....	27
ЕФЕКТИ ПРОГРАМА РАЦИОНАЛИЗАЦИЈЕ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ-ПЕТ ГОДИНА ПОСЛЕ ПРОМЕНА.....	61
РАЗМАТРАЊЕ ПРЕДЛОГА ЗАКОНА О ЗАШТИТИ И УНАПРЕЂЕЊУ ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА.....	80
АНАЛИЗА ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ПРЕДЛОЗИ ЗА ПОБОЉШАЊЕ.....	81
РАСПИСИВАЊЕ ЈАВНОГ ПОЗИВА ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ У 2013.ГОДИНИ.....	89

РЕДОВНИ ГОДИШЊИ ИЗВЕШТАЈ О РАДУ ЗДРАВСТВЕНОГ САВЕТА СРБИЈЕ ЗА 2012. ГОДИНУ

УВОДНЕ НАПОМЕНЕ

Пред Вама је годишњи Извештај Здравственог савета Србије за 2012. годину, трећи од увођења овог тела у правни и друштвени поредак Републике Србије. Циљ овог Извештаја је да Народној скупштини Републике Србије и јавности, представи најзначајније аспекте рада Здравственог савета Србије (у даљем тексту ЗСС) у 2012. години, као државног органа, у складу са општеприхваћеном обавезом и начелом одговорности за обављање јавних послова.

Одредбом члана 155. став 4. и 5. Закона о здравственој заштити, предвиђено је, да Министарство здравља, обавља стручне и административно-техничке послове за потребе ЗСС, а средства за рад обезбеђују се у буџету Републике.

С обзиром да на овакву законску формулацију, а у покушају, да се иста фактички оствари у пракси, те да се са речи пређе на конкретне активности, ЗСС је и током 2012. године, наставио праксу, да својим писменим дописима, покушава да од Министарства здравља, издејствује обављање стручних и административно-техничких послова за потребе ЗСС, те да обезбеди средства из Буџета Републике, ради несметаног вршења својих надлежности, које су таксативно набројане у члану 154. у тачкама од 1. до 11. Закона о здравственој заштити.

У постизању циља, а то је функционисање ЗСС, пуним капацитетом, ЗСС се писменим путем, обраћао Министарству здравља током 2012. године.

Током 2012. године ЗСС се више пута суочавао са проблемом мењања секретара што је спречавало континуитет у раду ЗСС. Из тог разлога ЗСС се обраћао Министарству здравља службеним дописима од 20. јула 2012. године и 18. децембра 2012. године са захтевом да се у што краћем року обезбеди адекватна замена, односно, да се нађе начин за стално запослење лекара и правника.

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА

Чланови Радног тела Здравственог савета Србије за акредитацију програма континуиране едукације су проф. др Мирјана Апостоловић, проф. др Јела Милић, др Златко Спасић, вмс Радмила Јазић, проф. др Сандра Шипетић-Грујичић, дипл. фарм. Гордана Симић, проф. др Светлана Игњатовић и др Милорад Ковачевић.

У току 2012. године Радно тело ЗС за акредитацију програма КЕ је акредитовало 2458 програма КЕ у јануарском року, 1451 у априлском, 1084 у јулском и 1282 у октобарском акредитационом року. У оквиру акредитације програма КЕ изузетну техничку подршку су пружале Лекарска комора Србије, Комора медицинских сестара и здравствених радника Србије, Комора биохемичара Србије, Фармацеутска комора Србије и Стоматолошка комора Србије.

Радно тело ЗС за акредитацију програма КЕ је, током ове године, одржало 12 састанака на којима су решавани следећи проблеми:

- одобравање одржавања више КЕ у истом дану;
- примедбе на додељене бодове у оквиру акредитационих рокова, као и на не акредитовање програма;
- ретроактивно акредитовање „специјалних“ програма;
- пријављивање нерегуларног извођења акредитованих програма КЕ;
- како унапредити процес акредитације програма КЕ (електронска пријава, евиденција и потврде);
- како спроводити контролу квалитета извођења акредитованих програма КЕ;
- како ограничити цену КЕ;
- како обезбедити што већи број бесплатних КЕ; и

-како извршити на најбољи начин измену Правилником о ближим условима за спровођење КЕ здравствених радника и здравствених сарадника ЗС, као и [Правилника о ближим условима за издавање, обнављање или одузимање лиценце члановима комора здравствених радника](#).

Посебан акценат је био стављен на увођење контроле квалитета извођења акредитованих програма КЕ, што је Правилником о ближим условима за спровођење КЕ здравствених радника и здравствених сарадника ЗС и омогућено. Међутим, и поред свих припрема (дефинисања протокола извођења контроле, формулара за евалуацију и формирања радних група) није добијена сагласност Министарства здравља за његово спровођење.

Радно тело ЗС за акредитацију програма КЕ је дало предлог за измену постојећег Правилника о ближим условима за спровођење КЕ здравствених радника и здравствених сарадника (Службени гласник РС”, бр. 107/05, 72/09-др.закон, 88/10 и 99/10), као и [Правилника о ближим условима за издавање, обнављање или одузимање лиценце члановима комора здравствених радника](#) (Службени гласник РС”, бр. 119/2007, 23/2009 и 40/2010). Предлози су упућени проф. др Љубици Ђукановић, председнику новоформиране Радне групе Министарства здравља. Постојало је огромно незадовољство чланова Радног тела ЗС за акредитацију када је Министарство здравља формирало Радну групу за доношење Нацрта Правилника о ближим условима за спровођење КЕ здравствених радника и здравствених сарадника од људи који се тог тренутка нису бавили акредитацијом програма КЕ. И поред указивања на пропус, да чланови новоформиране радне групе треба, поред изабраних чланова, да буду и чланови ЗС који се баве акредитацијом, Министарство је и даље остало при својој првобитној одлуци.

Предлози за измену Правилника су:

Број бодова у једној календарској години који мора да сакупи здравствени радник и здравствени сарадник за обнављање лиценце је 24 бода. Не подржава се смањење броја бодова.

Нема поделе бодова на интерне и екстерне.

Пренос бодова у следећи седмогодишњи период је максимално 8 бодова.

Бодови се не могу остваривати на основу процеса рада у здравственим установама.

Сви стручни састанци треба да се бодују на исти начин и то 3 бода за предавача и 2 бода за слушаоце и минимално морају да трају 1 сат, а могу да се презентују једна или више различитих тема.

Препорука је да цена КЕ буде бесплатна.

Цена КЕ не може се одређивати по оствареним акредитационим бодовима.

Повећање цене КЕ није могуће све до истека акредитационог рока за дату КЕ.

Не постоје механизми за ограничавање цене КЕ.

У години полагања специјалистичког испита, субспецијалистичког испита, магистарске и докторске тезе кандидат је у обавези да прикупи најмање половину бодова за дату годину.

Треба јасно дефинисати која удружења могу да буду организатори КЕ. Захтева се формирање Регистра за удружења и дефинисање која удружења испуњавају услов за спровођење КЕ.

У току једног дана максимално је дозвољено спровођење два стручна састанка.

Школе које акредитују своје програме морају методске јединице да групишу у неколико целина и да на тај начин изврше акредитацију.

Правилник не треба да се мења у току једног лиценцног периода.

Предавач акредитованог програма мора да буде лице које има најмање високу стручну спрему и најмање 5 година радног искуства у струци, а лице које има завршену вишу или средњу стручну и најмање 10 година радног искуства у струци.

Извештаји о одржаним програмима КЕ потребно је слати само надлежним коморама, а коморе морају да извештаје поставе на свој сајт и то по данима одржавања КЕ.

Уколико се извештај о одржаној КЕ не достави надлежној комори у року до 15 дана од дана одржавања програма КЕ, комора нема право да слушаоцима додели остварени број бодова.

Предлаже се свим коморама електронско вођење података: евиденција одржавања програма КЕ, електронско достављење списка присутних за време извођења КЕ, електронско вођење извештаја о одржаним КЕ и вођење електронског картона за сваког члана коморе.

Уместо издавања сертификата (потврда) довољно је да се надлежној комори проследи списак присутних слушалаца и предавача, са њиховим лиценцама, у електронској и папирној форми, и да се електронски списак постави на сајт коморе.

Поред утврђених субјеката који могу да спроводе КЕ, потребно је додати: Организатор КЕ из области уређивачког односа између здравствених радника и пацијената и здравствених радника међусобно, односно која се односи на примену етичког кодекса, медијације, организације и рада судова части и медицинског права, могу бити једино коморе здравствених радника, будући да се ради о њима повереним пословима.

Критеријуме које ЗС користи приликом акредитације програма не треба уносити у Правилник.

У процени квалитета програма КЕ време треба да буде само један од критеријума, а не пресудан критеријум.

Сваки програма КЕ у којој се наводи да ће кандидат савладати и одређене вештине, мора имати и абстракт до 500 речи где се детаљно описују дате вештине.

Семинар се дефинише као преношење теоријских знања, а курс теоријских знања и вештина, при чему вештине чине минимум 50% предвиђене дужине трајања курса.

За евентуалне неправилности у спровођењу акредитованих програма КЕ треба да утврди формирано радно тело за праћење квалитета извођења акредитованих програма КЕ.

Сертификати (потврде) морају да се издају слушаоцима и предавачима КЕ у року од 3 недеље од одржане КЕ. Уколико се не изда сертификат (потврда) организатор КЕ не може да спроводи друге КЕ или исту КЕ све до тренутка док се сертификат (потврда) не изда онима који су КЕ одслушали.

Акредитовани програм мора да буде у складу са циљном групом.

Први аутори постера или усмених презентација на конгресима и/или симпозијума добијају бодове као лица која усмено презентују рад или у виду постер презентације. Они не добијају и бодове за апстракт у Зборнику. Унети у табелу под Д) публикације.

У случају рада на одређено време, трудничког боловања, одслужења војног рока и слично, захтева се да лица сакупе онолико бодова колико складно дужини запослења (нпр. 3 месеца рада у седмогодишњем периоду, довољно је сакупити само 6 бодова да би се даље обновила лиценца).

Инвалидима је потребно редуковати годишњу обавезу сакупљања бодова за 50%.

Највећи проблем у процесу акредитације забележен је 2012. године када је у ЗС стигло писмо др Златка Фишера, Генералног секретара Ресусцитационог савета Србије и Црне Горе, услед злоупотребе ЕРЦ лога и неовлашћеног коришћења ЕРЦ

интелектуалне својине од стране др Секуле Вујовића из Здравственог центра Аранђеловац, као и због акредитовања програма од стране ЗС Србије, јер програм није лична интелектуална својина др Секуле Вујовића, него су ЕРЦ и ИЦОР једини власници за комерцијално коришћење ПРЕПОРУКА 2010 (Додатно објашњење: Препоруке 2010 су свима бесплатно доступне на сајту www.erc.edu и ту је јасно назначено да је недозвољено коришћење ових смерница у комерцијалне сврхе и да свако позивање на Препоруке 2010, односно свако комерцијализовање учења о кардиопулмоналној реанимацији уколико се одвија по смерницама Препорука 2010, а није плод сопственог искуства, или неки други приступ који није обухваћен Препорукама 2010, се сматра кршењем интелектуалне својине ЕРЦ-а). Због настале ситуације ЗС је упутио писмо ЕРЦ-у и Златку Фишеру са образложењем да „ЗС Србије спроводи акредитацију само оних програма КЕ који су лична интелектуална својина организатора КЕ, као и оних програма који су преузети од стране других, али само уз одговарајућу дозволу лица од кога се материјал преузима.“

Због свега наведеног од априлског акредитационог рока је уведено да сваки организатор мора да наведе да ли предложени програм за акредитацију представља личну интелектуалну својину организатора, а у случају када организатор није изворни аутор материјала неопходно је да достави овлашћење надлежног лица за коришћење туђе интелектуалне својине (тестова, видео записа, слајдова и остало) где ће бити дефинисано у ком облику и у ком обиму је дозвољено коришћење туђе интелектуалне својине.

У току 2012. године донете су и следеће кључне одлуке по питању акредитације: ретроактивно се акредитују само они програми КЕ на којима учествују странци, или су од огромне стручне и научне важности за здравствене раднике и сараднике Србије, биографије страних предавача могу да попуне и организатори КЕ, највише се у току једног дана може организовати два стручна састанка и цена КЕ не може се мењати у оквиру једног акредитационог рока, као и предавачи (осим у изузетним околностима). Све одлуке Радног тела ЗС за акредитацију програма КЕ се доносе консензусом.

ЗДРАВСТВЕНИ МЕНАЏМЕНТ

Анкета за главне медицинске сестре/техничаре здравствених установа

Дана 05. јула 2012. године, одржана је четрнаеста седница ЗСС, на којој је струковна медицинска сестра Радмила Јазић, члан ЗСС, презентовала резултате анкете за главне медицинске сестре/техничаре здравствених установа са предлогом мера, која је обрађена у Комори медицинских сестара и здравствених техничара Србије.

Прелиминарни резултати анкете за главне медицинске сестре

- Анкетирање главних медицинских сестара је обављено током 2011 године.
- Коришћен је анкетни упитник састављен од 37 питања.
- У испитивању је учествовало преко 260 главних медицинских сестара из здравствених установа свих нивоа из целе Србије.
- У 260 обрађених анкетних упитника утврђено је да је 80% испитаника женског пола, а да је 20% мушкараца на руководећим сестринским позицијама.
- Просечна старост главних медицинских сестара је 47,42 године.
- Што се образовне структуре тиче утврђено је да 26,1% главних медицинских сестара има завршену само средњу медицинску школу, а да их је само близу 3% са факултетским образовањем.
- Највећи број испитаника руководи са до 100 запослених.
- У запослене којима руководе главне сестре не спадају само медицинске сестре и здравствени техничари већ у 80% случајева им припадају и разне пратеће службе као што су служба хигијене, служба исхране, вешерај, техничка и административна служба.
- Близу 80% главних медицинских сестара је имало неки вид едукације из области менаџмента, и то најчешће самостално уз помоћ литературе или присуством на различитим курсевима (КЕ).

- 67% испитаника сматра да за главну медицинску сестру није довољно само формално образовање.
 - 89% главних медицинских сестара је изабрано на предлог директора установе, односно оне су именоване, а не биране.
 - Законски услови за избор главних сестара не постоје (евентуално постоје у Систематизацији радних места одређене установе), а 45% испитаника је става да је потребно дефинисати законске услове.
 - Када је у питању дефинисање критеријума за избор главне сестре највећи број испитаника сматра да су они неопходни, чак 90%.
 - 97,7% главних медицинских сестара сматра да је главна сестра део менаџмента установе, што се не слаже са њиховим утицајем у доношење одлука и развој установе (67% главних сестара може да утиче на развој здравствене неге).
- Закључак ЗСС је био да се ови резултати искористе током израде новог Закона о здравственој заштити.

ЗАКОН О ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

На основу члана 155. став 2. Закона о здравственој заштити ("Сл.Гласник РС" 107/05), ЗСС је дана 09. јуна 2011. године донео **Одлуку о формирању радног тела Здравственог савета Србије за рад на изменама и допунама Закона о здравственој заштити, Закона о коморама здравствених радника и Закона о здравственом осигурању** (бр: 119-01-233/2011-02).

Чланом 2. горе наведене Одлуке предвиђено је да је задатак Радног тела ЗСС за рад на изменама и допунама Закона о здравственој заштити, Закона о коморама здравствених радника и Закона о здравственом осигурању, формулисање конкретних предлога за измену горе наведених закона.

Чланом 3. горе наведене Одлуке је предвиђено, да се у Радно тело именују: за председника: академик пук.проф.др Миодраг Чолић, члан ЗСС, за чланове: проф.др Сандра Шипетић Грујичић, члан ЗСС, др Златко Спасић, члан ЗСС, др Милорад Ковачевић, члан ЗСС, дипл.фарм Гордана Симић, члан ЗСС, смс Радмила Јазић, члан

ЗСС, дипл.правник Сузана Губерина Чомић, Лекарска комора Србије, доц.др Милена Шантрић Милићевић, Медицински факултет у Београду.

Наведено Радно тело током 2012. године одржало је више састанака, и то: 18.01, 27.01, 06.02, 13.02, 27.02, 05.03, 20.03 и 14.05. на којима је разматрало многобројне предлоге за измену и допуну Закона о здравственој заштити. Припремљени Нацрт Закона о изменама и допунама Закона о здравственој заштити биће прослеђен Министарству здравља Републике Србије.

КОРУПЦИЈА У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ СРБИЈЕ

На седници ЗСС одржаној дана 05. јула 2012. године проф.др Зоран Латковић, члан ЗСС, изнео је осталим члановима ЗСС своје ставове и тезе за дискусију о корупцији у здравству. Поред тога, коришћене су и информације добијене током разговора проф.Делића и проф.Латковића са члановима Агенције за борбу против корупције и неким невладиним организацијама:

Није спорно да је здравство у Србији у врло незавидном положају. "Живимо и радимо у времену које нама, здравственим радницима није наклоњено" каже проф. Делић у једном недавно публикованом тексту.

Неки од елеманата, пре свега - неки од узрока овог неповољног положаја здравства последица су времена у коме живимо и општих услова у којима се Србија налази. Ту, пре свега, треба имати на уму основне економске услове. На ту врсту елемената Здравствени савет Србије не може да утиче. Овакво стање, међутим, са свим последицама по здравље људи и по саму здравствену службу и оне који раде у здравству, јесте у надлежности Здравственог савета и Здравствени савет Србије треба да има јасан став по најважнијим питањима из ове области, укључујући ту и конкретне предлоге, захтеве и иницијативе.

У оквиру општег неповољног стања у овој области, питање корупције у здравству енергично је наметнуто као једно од најкрупнијих, ако не и кључно у овом моменту. Практично једногласно прихватање оцене да је здравство једна од најкорумпиранијих делатности (у иначе врхунски корумпираној држави), само по себи је више него

значајно. Последице, међутим, које таква оцена има када се упорно понавља, заправо су још и теже и опасније: прво, држава се према таквом свом здравству односи на одговарајући начин (као према поквареном, корумпираном), а друго - поверење грађана у сопствену здравствену службу је одговарајуће. А они другу здравствену службу немају. Те чињенице биле су разлог за покретање ових питања пред Здравственим саветом и за стављање ове тачке на данашњи дневни ред. Проблем је вишеструко и јако сложен и његово решавање, па чак и потпунија и објективнија процена, далеко превазилазе наше могућности. Било би добро, зато, да Савет учини озбиљан напор и да покуша да проблем сагледа и дефинише, да размотри и продискутује поједине његове аспекте који се намећу као најзначајнији, као најкрупнији, као најхитнији или као најлакши за решавање и да о сваком од тих аспеката заузме став и донесе закључак. Предлог конкретних мера које би могле да допринесу решавању проблема корупције у здравству, са назнаком ко би такве мере требало да спроведе у дело - био би добродошао.

У том циљу, стављамо на дискусију следеће тезе (тачке, аспекте) који нам се чине значајним.

1. У последње време се, скоро без изузетка, под корупцијом у здравству, за коју се унисоно тврди да је крупна и опасна ("најкорумпиранија професија") подразумева све: од ружних навика одомаћених у народу (чега је било и раније) и ситне поткупљивости великог броја здравствених радника свих профила ("хвала Вам, нисте требали..."), преко нуђења, примања и тражења мита за здравствене услуге на које иначе сви имају право и требало би да су свима пружене без проблема у најредовнијем поступку, па све до крупног криминала, а биле су помињане и озбиљне злочиначке радње. Оквирни разговори о овако крупном проблему (корупција у здравству), паушалне процене без обавезног навођења доказа ("најкорумпиранија професија") само доприносе рушењу угледа земље, иду у прилог, поткрепљују и оснажују укупно негативан глас који уживамо, а озбиљно доприносе и рушењу угледа здравствених радника и здравствене службе у целини, битно потхрањујући и подржавајући тешко неповерење створено код грађана у оне који треба да их лече. Наше је уверење, притом, да велика већина здравствених радника поштено ради свој посао. Из тог разлога, проблем који је назван "корупција у здравству" морао би да буде, барем до извесне мере, разложен и дефинисан.

а) Уобичајени знаци захвалности и непотребне и ружне навике.- Ми смо народ који је навикао и који воли да остави бакшиш. Већина нас се не осећа лепо ако на тај начин не награди келнера, берберина, фризерку, мајстора после брзе и успешне поправке, разносача пица, поштара који је донео пензију... Сличан осећај руководи бројне пацијенте да нам донесу кафу, сок, домаћу ракију у провизорно зачепљеној боци... Неки осећај да доктор и сестра ипак нису исто што и берберин или келнер - разлог је за покушај уношења неке нијансе финоће у ову навику: цвеће, купљено пиће, бомбоњера... Спољне околности нису без утицаја на модификације овог обичаја: у време беде видели смо и детерценте или храну донету на поклон сестри или лекару, а у богатија времена, они који држе до себе донесу страно пиће или печено прасе. Суштина је, међутим увек иста и реч је о истој, непотребној и нелепој навизи.

Ова врста изражавања захвалности, која је одавно прерасла у обичај, сама по себи, у неком другом времену, није била озбиљно осуђивана нити прогањана. Данас, са проблемом корупције у здравству, и овај свакако најнаивнији поступак треба сматрати за штетан и непожељан ("нулта толеранција"), јер се друкчије не може и треба се заложити за енергичну пропаганду, свуда и на сваком месту, да се то не ради, да се с тим престане. И можда од тога треба и почети. Због других, крупнијих ствари. Али, то не треба мешати са криминалом.

б) Ситног подмићивања и лекара и сестара, али и помоћних радника, службеника и осталих у здравству, било је и раније. Нуђење и давање, као и тражење и примање ситног мита у новцу за услуге које су, заправо, већ плаћене (здравствено осигурање) и за пружање којих су здравствени радници већ плаћени (примају плату) - отворени је криминал, без обзира на мизерно мале суме новца о којима је реч. Оно што знамо да се ради, оно о чему се прича (с правом) су толико бедно мале паре, чак и у аферама које се завршавају хапшењем и кажњавањем подмићених, да то само повећава несрећу коју ова појава доноси здравственој служби и поштеним здравственим радницима. Ситна подмитљивост је нешто заиста одвратно и деградирајуће. У оквиру професије која би требало да блиста моралном чистотом, овако трагичан пад морала, иако ничим не може да се оправда, мора се и невољно довести у везу са катастрофалном деградацијом класичних моралних вредности у друштву, са цветањем неких нових погледа и мерила, али и са лошим материјалним стањем здравствених радника. Достојно плаћен човек, који има услова да озбиљно ради свој посао, по правилу цени себе довољно да би био изнад криминала овако бедног нивоа. Изузетака, разуме се, има.

в) Виши степен корумпираности појединаца (здравствених радника, по правилу оних на истакнутијем месту и вишег стручног, административног и академског ранга), који се огледа у систематском наплаћивању услуга (операције, порођаји, дијагностички захвати, лабораторијске анализе...) које се изводе у оквиру нормалног радног времена и у државној установи, тражењу унапред одређене значајне суме новца (увек исте и чак унапред свима познате) да би одређени захват или потребне радње били изведени, постојао је и упражњаван је од стране појединаца и раније, по правилу - сасвим бескрупулозно, доста отворено и врло дрско. Такво је било време. Руководиоцима здравствених установа у то време биле су доста везане руке (а и сада су), они и када су хтели нису увек могли по кратком поступку да казне или да избаце са посла доктора који крши закон и брука установу и професију. Покретање неког од за то предвиђених поступака није обећавало енергичне санкције, али је зато сигурно бацало љагу на установу. У данашње време, исте ствари се раде на мало финији начин, уз злоупотребу законом отворене могућности за рад истог лекара и у државној и у приватној здравственој установи. Они који су склони овој врсти посла добили су могућност да своје услуге које ће у редовно радно време пружити у државној установи уговоре и наплате у приватној ординацији, где легално раде као консултанти. Колико су овакви и слични видови незаконитих радњи чести и значајни није баш увек лако ни утврдити.

г) Озакоњена могућност да исти стручњак ради и у државној установи (где је, по правилу, стекао знање, искуство, име и звање) и у приватној (консултант) разуме се да не значи да су сви који ту могућност користе - покварени и корумпирани. Заиста велики број лекара и осталих здравствених радника, по нашој процени - велика већина њих, ову могућност користи на заиста поштен и професије достојан начин у заиста великом броју више него поштених и стручно извршних приватних здравствених установа. Али сама могућност да иста особа може да ради и у државној установи (по правилу у скромним, а често и лошим условима, са превеликим бројем неретко незадовољних или сумњичавих пацијената, уз то - за плату која није превелика) и као консултант код приватника - отвара простор за прворазредни сукоб интереса, а није ретко да се користи и на недозвољени начин. То је законодавац морао унапред да има у виду, а држава би морала о томе да поведе рачуна и да злоупотребе енергично спречи. Стиче се утисак, међутим, да се то нема довољно у виду, да држава није довољно енергична у спречавању злоупотреба у овој области, као да се у значајној мери гледа

кроз прсте једној угроженој професији која се истовремено проглашава за најкорумпиранију. Пре неки дан смо имали прилику да на истакнутом месту у Политици прочитамо одговор Министра здравља новинарима да је "...Министарство свесно чињенице да је одређени број приватних ординација и поликлиника регистрован на друга лица, док су стварни власници лекари и професори, који раде у државним установама", што је "неопходно решити изменом постојећих прописа". Изгледа да је том приликом постављено питање: који директор КБЦ има највећу поликлинику у Београду? - остало без одговора (Политика, 23.VI.2012 г., стр. 7). У новине, по правилу, прво доспевају ствари које оправдавају наслов крупним словима. Неке друге - доспевају ређе, најчешће зато што изгледају мање сензационално, што нипошто не значи да су без значаја. Вредело би знати колико лекара са високим реномеом проводи радно време у државној установи врбујући пацијенте за своју приватну праксу, трудећи се да око себе створе климу и услове да таквих пацијената буде што више.

д) Већ дуги низ година одомаћио се обичај да скупа континуирана едукација и сви други видови стручног усавршавања буду финансирани практично искључиво од стране спонзора и добротвора, финансијски добро стојећих предузећа и установа, богатих људи, а нарочито од стране фармацеутске индустрије, произвођача медицинске опреме и потрошних средстава. То није наш изум. То је тако свуда у свету. Наша је специфичност да су здравствене радне организације постојећим системом финансирања доведене у ситуацију да уопште немају сопствене фондове предвиђене за стручно усавршавање, чиме су изгубиле могућност пресудног утицаја на организацију и планирање овог круцијално важног услова за квалификовани рад у здравству. О томе ко оваква средства може да добије и у које сврхе, одлучује се на начин који никада није демократски и свима доступан, који је ретко довољно транспарентан, а о стручној оправданости оваквих инвестиција могло би да се разговара. У свету се неке од ових замки (које могу да буду и отворена и чиста корупција) избегавају тако што се средства ове врсте налазе искључиво у посебним, сасвим транспарентним и строго контролисаним фондовима намењеним стручном усавршавању здравствених радника, што се до њих долази искључиво путем јавних конкурса, на основу познатих критеријума и са тачно одређеним циљем. Корисник тако добијених средстава је у стриктној обавези да даваоцу средстава, али и својој радној организацији или послодавцу поднесе извештај како је средства утрошио и шта је уз помоћ тих средстава успео корисно да уради, научи или напише. То би морало да буде обавезно и код нас,

јер у значајној мери смањује могућност злоупотреба и корупције. Притом, онај ко је на овај начин нешто добио - остаје дужан спонзорима и добротворима, али, не ретко, и ономе ко му је помогао или омогућио да до спонзора и добротвора дође. Ако се у рукама појединаца (рецимо - здравствених радника на одговорним местима) концентрише ова врста моћи, онда ни од злоупотреба и корупције нисмо далеко.

ђ) Осим финансирања појединачних и групних стручних усавршавања поменутих у претходној тачци, све што је горе речено важи и за финансирање других активности ове врсте (конгреси, стручни састанци, издавање часописа, публикавање књига, увођење нових дијагностичких или терапијских могућности, масовни видови едукације, помоћ у увођењу нових технологија, адаптације и реновирања здравствених установа, итд., итд.) од стране за то заинтересованих фирми и других добротвора. Овог вида помоћи, са било које стране да долази, наше здравство нити може нити треба да се одрекне. Са друге стране, фармацеутска индустрија, произвођачи медицинске опреме и потрошних средстава, а и сви други, имају свој интерес да помогну здравству на овај начин. Та могућност је свуда у свету легална и широко се користи. Реч је само о томе да сви овакви видови финансирања морају да буду систематски и строго контролисани, потпуно транспарентни и да не буду препуштени само савести појединаца на утицајним или руководећим положајима, било у здравству или у установама које средства дају. Ако је било случајева корупције у овој области - сами смо криви што смо то дозволили. Ова за здравство важна област може да се контролише.

е) Запошљавање, напредовање у струци, специјализације, итд. Велики број незапослених и мале могућности за запослење не узрокују само енорман одлив мозга из Србије него и некоректности и неправилности при запошљавању и одлучивању о напредовању, протекцију, непотизам, па и корупцију. Утицај власти и политичких партија на судбину здравства у овом сектору је велики, протекција и коришћење веза најразличитије врсте су скоро правило, различитих видова корупције свакако има, тако да је већина људи скоро престала да верује да се посао може добити на неки други, поштен начин. Свако запошљавање, добијање специјализације, административно унапређење или постављење данас а приори мирише на неки вид корупције, уколико поступак није спроведен савршено транспарентно, уколико сви заинтересовани нису били потпуно обавештени довољно унапред и уколико конкурсом тражени услови нису били у нескладу са важећим прописима, а сви знамо да то није увек случај. Начин

управљања здравственим установама, место одлучивања о запошљавању, напредовању, добијању специјализације и велики утицај власти на ове поступке, не даје баш много за право онима који су у великој мери централизовали овај систем. И протекција и других неправилности је увек било, али лако може да се испостави да би здравствене установе поштеније и са више пажње и одговорности примале на посао људе који су им потребни, када би о томе саме одлучивале (и за своје одлуке одговарале, разуме се). Непотизам не мора да значи и корупцију, али није сличајно поменуто у овом контексту.

ж) Уверења и оцене. Здравствени радници (лекари) су ти који су, по природи свог посла, у прилици да дају мишљења или да одлучују о одласку на боловање, о привременом или трајном умањењу животне или радне способности, степену инвалидитета, неспособности (или способности) за обављање одређених врста послова, потреби за туђом негом и помоћи, елементима који одлучују о праву на инвалидску пензију и сл. У времену које је за нама, показало се да је реч о терену погодном за корупцију, чак и за организовани криминал. Али то је било и време врло погодно за цветање таквих активности. Сетимо се само колико је младих и здравих људи отишло у инвалидску пензију са неком психијатријском дијагнозом. У данашње време, у мору обавештења о корупцији у здравству, чини се да извештаја о оваквим радњама има релативно мало. Рекло би се да су садашња, много строжија и рестриктивнија, законска регулатива, начин рада и систем контроле здравствених комисија и санкције које прете прекршиоцима - дали резултате. Ову сферу, по својој природи веома погодну за људе склоне корупцији, не треба, међутим, губити из вида.

2. Корупција чије порекло није у здравственој служби. Има незаконитих радњи које не потичу из здравства, па није ни добро ни корисно приписивати их здравству, без обзира на то да ли међу учесницима у томе има и здравствених радника. Реч је о својеврсном преливању крупног криминала и системске корупције са нивоа државе - у здравство, својеврсног захватања и здравства (као и читавог низа других области) нечим што није у здравству рођено и баш здравству својствено. Пре свега, ово се односи на систем јавних набавки, систем одлучивања о крупним инвестицијама, стратегијске одлуке везане за организацију, промене и развој здравства, итд. Сви смо свесни могућности за злоупотребе, криминал и корупцију у овој сфери, у било ком њеном сегменту, па и у уговарању и набавци лекова, опреме потребне здравственим установама и других скуких и значајних производа неопходних данашњој медицини,

као и при планирању и уговарању грађевинских и других радова. Систем одлучивања је исти за све у овој држави, могућности за злоупотребу које тај систем носи у себи су исти за све, систем контроле је у рукама државе, па је и корупцију на том нивоу (које има и која ту, кад је има, није ситна, него крупна и значајна) продуктивније и поштеније називати корупцијом у држави него корупцијом у здравству, школству, судству или сл., само зато што је у питању набавка лекова или опремање болнице, а не набавка учила, рачунара и друге опреме за школе или пак зидање и реновирање зграде суда.

3. Процењујемо да се читав низ важних елемената који одређују укупан положај здравства и здравствених радника данас мора имати у виду приликом расправе о корупцији у здравству. Реч је, пре свега, о материјалном положају здравства, начину плаћања и висини примања здравствених радника, овлашћењима која имају (или немају) руководећа лица у здравству, начину њиховог избора и постављања, итд.

а) Лоши услови рада и ниска примања. Свесни смо укупно лошег материјалног положаја здравства, укупно тешких услова у којима раде здравствени радници код нас (иако разлике у том погледу између појединих струка или појединих здравствених установа могу да буду значајне) и укупно веома ниских, ниских или релативно скромних личних примања здравствених радника. О значају материјалног положаја здравствених радника и о значајној вези између тешке подцењености професије и ниских примања и појаве корупције - писао је и говорио проф. Делић. Мислим да је у праву. Ми знамо да ни веома пристојно плаћени стручњаци нису имунизовани против криминала. То важи и за лекаре. Склоних корупцији ће бити и ако будемо добро плаћени. Такве треба ефикасно откривати и хапсити. Али читав низ, пре свега оних ситних и гадних, преступа о којима је било речи рођен је у беди и невољи. То није оправдање, али је истина.

б) Овлашћења руководиоца. Многи од горе набројаних прекршаја и криминалних радњи могли би да буду доста једноставно спречени и отклоњени уколико би, заједничким залагањем свих, била створена позитивна клима у здравству и уколико би био постигнут својеврсан консензус о неопходности елиминисања свих видова корупције, а руководиоцима здравствених установа изабраним и постављеним на начин који обезбеђује потребан ауторитет - била дата већа овлашћења. Спроведеном

централизацијом у здравству, руководиоци здравствених установа највишег ранга (клинике и институти) посебно су остали без овлашћења, а генерални директори клиничких центара, када је реч о специфичним унутрашњим проблемима појединих клиника, показало се да су једноставно - неефикасни.

в) Начин бирања и постављања руководиоца здравствених установа. Начин на који је изабран, од изузетне је важности за ауторитет који ће руководилац имати, па тиме и за његову ефикасност. Директор цењен и поштован (и као стручњак и као човек) у својој установи, моћи ће ефикасно да је води и битно да допринесе и искорењавању корупције. Директор постављен на неки други начин има много мање шансе да буде ефикасан. Изгледа блиско памети да у данашње време треба одвојити менаџмент од струке и стручног управљања здравственом установом. Здравствени савет процењује да постављање руководиоца здравствених установа не може да буде ствар политике и односа међу политичким странкама. Здравственим радницима се чини да је неопходно деполитизовати и департизовати здравство. Овако вођено здравство је постало "најкорумпиранија делатност".

4. Приликом сваког разговора о корупцији у здравству неопходно је имати у виду све изнете елементе (и све друге, ако их има), разноликост и неједнаку учесталост побројаних штетних појава и криминалних радњи, али и штетност генерализованих, општих дискусија и паушалних оцена. До сада су и корупција и неконтролисана дискусија на ову тему нанеле огромну штету и здравству и држави и битно допринеле срозавању поверења грађана у оне који треба да их лече. Здравствени савет процењује да је истовремено са беспоштедном борбом против корупције неопходно и изузетно важно предузети подједнако енергичне мере за подизање угледа здравствене службе и пољуљаног поверења грађана. Било би од великог значаја када би држава заузела јасан став да уз криминалне радње за које јесу одговорни здравствени радници постоје и значајни облици корупције који сигурно нису генерисани у здравству (без обзира што могу и ту да се испоље) и када би и држава и медији помогли да се исправи створени утисак да су здравствени радници криминалци а да је читава здравствена служба корумпирана. То једноставно није истина.

5. Шта може и шта треба Здравствени савет Србије да предузме?

а) Здравствени савет Србије би морао да формулише и усвоји своје ставове по овим питањима и да их објави.

б) Савет би могао да укаже на потребу да се покрене и обезбеди јединствен заједнички напор свих у држави да се стање у здравству промени, да се утиче на поновно формирање и трајно неговање нормалних етичких и моралних норми у овој витално важној делатности и да се једногласно оркестрирано, енергично ради на подизању угледа ове професије и ове делатности и враћању поверења грађана у оне који треба да их лече. То би био посао од великог значаја за ову државу. Неопходни предуслови за ово би били:

- општа сагласност о потреби оваквих мера,
- учешће свих (државе, медија, комора, Српског лекарског друштва, стручних удружења, школа, самих здравствених установа, самих здравствених радника, итд.),
- обезбеђење ефикасних инструмената за откривање, санкционисање и одстрањење из службе и професије оних који шкоде и кваре, али и борба против свих оних који не буду у овом национално важном хору или раде супротно (без обзира на то ко се ту нађе: медији, државни органи, невладине организације, здравствене установе, неодговорни појединци - било ко!).

Подразумева се да сви подржавамо кодексе медицинске етике Лекарске коморе, Српског лекарског друштва, стручних удружења, здравствених установа...и до сада учињене напоре њихових етичких комитета, судова части и других органа на сузбијању корупције. Начела изнета у тим документима нису спорна и свакако су исправна. То се, међутим до сада показало као недовољно.

в) Савет треба да подржи започете активности Агенције за борбу против корупције на изради планова интегритета у здравственим установама. Реч је о документу који би, на бази самопроцене, требало да изради свака здравствена установа за себе, до краја ове године. Агенција сматра да је то неопходан први корак. Осим декларативне подршке, Савет би могао да потражи и практичне начине да утиче на то да и други (Министарство, коморе, стручна удружења, саме здравствене установе) подрже Агенцију, како би ови напори Агенције дали позитиван резултат. Савет може и да помогне да овај рад Агенције добије позитиван публицитет. Савет треба да остане у току са даљим активностима Агенције на овом пољу и да, када је год то потребно и

могуће, пружи своју помоћ и подршку. У складу са заузетим ставовима и донетим закључцима о борби против корупције у здравству, Савет може и треба да даје и своје предлоге Агенцији.

г) Удружење грађана "Србија у покрету", започело је акцију која би требало да резултира усвајањем и применом "Антикорупцијске грађанске повеље", за сада - на нивоу примарне здравствене заштите. Њихов представник обавестио је о овим активностима Председника Савета. Ниво домова здравља свакако није најбитнији простор по питању корупције у здравству, али ове напоре и слоган: "Не примам мито, радим за плату" - Савет може да подржи.

д) Основни циљ свега предложеног био би: искорењивање и корупције и свих других криминалних или штетних појава, подизање квалитета здравствене заштите, враћање угледа и поверења људи у здравствену службу и здравствене раднике, поправљање укупног имиџа и здравства и државе у свету.

Здравствени савет Републике Србије је на својој **седници одржаној 11. октобра 2012. године** усвојио Закључке о корупцији у здравству.

ЗАКЉУЧЦИ

Здравственог савета Србије после дискусије о корупцији у здравству

1. Здравство у Србији је данас у врло незавидном положају. "Живимо и радимо у времену које нама, здравственим радницима није наклоњено".

2. У оквиру општег неповољног стања у овој области, питање корупције у здравству енергично је наметнуто као једно од најкрупнијих, ако не и кључно у овом моменту.

3. Постојање корупције у здравству и бројне штетне последице ове појаве су чињеница и нису спорни. Није спорна ни потреба да се, на свим фронтовима, предузму мере за искорењивање овог озбиљног проблема. Уверење Здравственог савета Србије је, притом, да велика већина здравствених радника у Србији поштено ради свој посао.

4. Оквирни разговори о овако крупним питањима, закључивање на основу недовољно сигурних или непотпуних података, или без сигурних доказа и паушалне процене које срећемо свакодневно - не доприносе решавању проблема, али руше углед здравствених радника и здравствене службе, један су од кључних узрока створеног неповерења грађана у оне који треба да их лече, а наносе штету и већ пољуљаном угледу земље. Практично једногласно прихватање оцене да је здравство једна од најкорумпиранијих делатности код нас, а без предузимања одговарајућих енергичних противмера - високо је штетно само по себи, а последице које таква оцена има када се упорно понавља - многоструке су и заиста веома тешке. Из тих разлога, Здравствени савет Србије се залаже да проблем назван "корупција у здравству" буде у највећој могућој мери на објективан и разуман начин разложен, анализиран и дефинисан, после чега би морале да следе одговарајуће мере да се стање промени. При томе, било би неопходно да се недвосмислено разјасни за који део проблема су одговорни здравство и здравствени радници, а за који део узроке и разлоге треба тражити другде. Подразумева се да је технички део борбе против корупције (откривање незаконитих радњи и починилаца кривичних дела, као и њихово гоњење) - посао одговарајућих институција државе.

5. Здравствени савет Србије треба, после широке и обухватне дискусије, да формулише и усвоји своје ставове по овим питањима и да те ставове учини јавним.

6. Подразумева се да Здравствени савет Србије, као и сви други, подржава кодекс медицинске етике свих комора, стручних удружења и здравствених установа, као и до сада учињене напоре њихових етичких комитета, судова части и других органа на сузбијању корупције. Начела изнета у тим документима нису спорна и свакако су исправна.

7. Здравствени радници Србије незадовољни су садашњим оценама стања у здравству по питању корупције, а своје сопствене оцене (документоване и објективне) за сада немају. Здравствени савет Србије би, у овом смислу, могао да дâ конструктиван допринос предлогом да се припреми и спроведе одговарајућа анкета о корупцији у здравству код нас. На резултатима такве анкете могла би да се базира наша процена стања.

8. Здравствени савет Србије треба, у најкраћем року, да, као допринос објективном сагледавању ствари и у оквиру покушаја да се постигне потребан степен сагласности о овим важним питањима, организује округли сто о корупцији у здравству, уз учешће свих који су заинтересовани и позвани да дају свој допринос.

9. Здравствени савет Србије би могао да укаже на потребу да се, уз све друге мере у оквиру борбе против корупције, покрене и обезбеди јединствен заједнички напор свих у држави да се стање у здравству промени, да се утиче на поновно формирање и трајно неговање нормалних етичких и моралних норми у овој витално важној делатности и да се једногласно оркестрирано, енергично ради на подизању угледа ове професије и ове делатности и враћању поверења грађана у оне који треба да их лече.

10. Здравствени савет Србије поздравља објављивање Извештаја о облицима, узроцима и ризицима корупције у систему здравства од стране Агенције за борбу против корупције (5. септембар 2012) урађеног на основу анализе представки упућених Агенцији и других извора који су јој били доступни. Извештај садржи и Препоруке и мере које би довеле до смањења ризика од корупције и унапредиле систем здравства (Поглавље 11.). Здравствени савет Србије подржава започете активности Агенције за борбу против корупције на изради планова интегритета у здравственим установама. Осим декларативне подршке, Савет би могао да потражи и практичне начине да утиче на то да и други (Министарство, коморе, стручна удружења, саме здравствене установе) подрже Агенцију, како би ови напори дали позитиван резултат. Савет може и да помогне да овај рад Агенције добије позитиван публицитет. Савет треба да остане у току са даљим активностима Агенције на овом пољу и да, када је год то потребно и могуће, пружи своју помоћ и подршку, а може и треба да даје и своје предлоге Агенцији.

11. Удружење грађана "Србија у покрету", започело је акцију која би требало да резултира усвајањем и применом "Антикорупцијске грађанске повеље", за сада - на нивоу примарне здравствене заштите. Ниво домова здравља свакако није најбитнији простор по питању корупције у здравству, али и ове напоре и слоган: "Не примам мито, радим за плату" - Савет може да подржи, уз препоруку да се прошире на све нивое здравствене заштите.

12. Здравствени савет Србије се залаже за увођење ефикасног система контроле, како над радом запослених у здравству тако и над радом органа управљања, уз санкционисање незаконитог понашања, односно сваког чињења или нечињења у оквиру надлежности.

13. Основни циљ свега предложеног био би: искорењивање и корупције и свих других криминалних или штетних појава у здравству, унапређење система рада и подизање квалитета здравствене заштите, враћање угледа и поверења људи у здравствену службу и здравствене раднике, као и поправљање укупног имиџа и здравства и државе у свету.

Усвојени Закључци Здравственог савета Србије о корупцији у здравству постављени су на интернет страницу ЗСС и достављени на разматрање Министарству здравља Републике Србије, као и предлог Упитника о незваничном плаћању у државним болницама.

Упитник о незваничном, додатном плаћању у државним болницама у Србији:

1. Пол: а. Мушки б. Женски
2. Година рођења: _____
3. Степен образовања: а. Без или са непотпуном основном школом б. Основна школа
ц. Средња школа д. Виша школа
е. Факултет
4. Наведите занимање: _____
5. Колико сте пута у претходне 3 године били болнички лечени у државним болницама? _____
6. После овог лечења, да ли поново морате да дођете у ову болницу због контроле, наставка лечења и слично?
 - а. Да
 - б. Не
 - ц. Не знам / није ми речено
7. Митом сматрате сваки поклон чија вриједност прелази _____ евра, који морате/желите да дате здравственом раднику да га мотивише да пружи очекивану услугу лечења у здравственој установи.
8. Колико цте пута имали искуства са незваничним плаћањем у државној болници у протекле 3 године?
 - а) Један пут

- б) _____ пута
- ц) Није било / Не познајем никога ко је имао оваква искуства

9. Да ли се Вама десило у последње 3 године да лекар у некој државној болници својевољно упути на тачно одређену приватну клинику због процедуре која је иначе покривена здравственим осигурањем?

- а) Десило се једанпут
- б) Десило се _____ пута
- ц) Није се десило
- д) Не знам / не сећам се

10. Да ли сте у претходне 3 године морали незванично, додатно платити неопходну услугу у некој државној болници, а добро знате да се она не плаћа?

- а) Да
- б) Не
- ц) Не знам / не сећам се

11. Означите све појединце којима сте морали незванично, додатно платити у некој државној болници у протекле 3 године?

- а) Лекару
- б) Медицинској сестри
- ц) Службенику болнице
- д) Другом лицу (навести коме) _____

12. Како сте Ви сазнали коју суму новца или поклон треба незванично, додатно дати да би се добила неопходна болничка услуга?

- а) Знала се „тарифа” и пре разговора
- б) Пацијенту или родбини је без питања директно речено
- ц) Пацијент или родбина је морала да пита
- д) На други начин (навести који) _____
- е) Не знам/ не сећам се

13. Молимо Вас, наведите ако знате колико се креће висина тарифе (тј. незваничног додатног плаћања) за неку од услуга у државним болницама _____

14. Молимо Вас, означите све разлоге због којих сте извршили незванично плаћање у некој државној болници?

- а) Да би избегли чекање
- б) Да би добили услугу која није покривена здравственим осигурањем
- ц) Да би добили бољу здравствену услугу, више љубазности и пажње.
- д) Да би дошли до одређеног од лекара/сестре
- е) Да бисте обезбедили неки комотитет (посете, посебна соба) који иначе не бисте добили
- ф) Из страха од лошег лечења
- г) Друго, наведите _____

15. Претходно поменуто незванично плаћање у некој државној болници је извршено:

- а) Новцем
- б) Материјалним поклоном

- ц) Противуслужом
- д) Не знам
- е) Није било те ситуације

16. У претходне 3 године колики износ у просеку сте незванично платили за болничке услуге?_____.

17. Колика су Ваша садашња примања у динарима_____

Хвала Вам на помоћи!

ПРИРОДНИ ПРИРАШТАЈ У СРБИЈИ И ЗАДАЦИ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА

Здравствени савет Србије

Демографски развој Србије

1804.г., пре Првог српског устанка у тадашњем Београдском пашалуку живело око 500,000 људи, који нису били Турци (осим Срба, Власи и Роми, а у мањем броју Бугари, Цинцари, Грци, Јевреји и Руси). Према писању Вука Караџића 1813.г. становника је било 533 000, а по попису 1834.г. 678 192 становника. Пред Берлински конгрес 1874.г. Србија има 1 353 890 становника, а после ослобођења већег дела југисточне Србије од Турака, почетком 20. века у Србији живи око 2,5 милиона људи. Иако је у I светском рату изгубљено 1 250 000 људи (26% становништва), након њега у Србији живи 4 800 000 људи, због присједињења Војводине (1 500 000 људи) и Косова и Метохије (900 000 људи). Пред II светски рат у Србији је живело 6 500 000 људи, а после губитка у рату, тај број је поново достигнут 1948.г. Почетком 70.-их у Србији је живело 7,2 милиона људи и тај број је растао до почетка 90.-их, када је достигао 7,8 милиона, а од тада је у константном паду. Данас Србија без Косова и Метохије има 7,2 милиона људи, а број становника се смањило од пописа 2002.г. за 400 000. Према најоптимистичнијим проценама, 2050.г. Србија ће имати око 6 милиона становника, колико је имала после II светског рата. Ако се овакав тренд настави биолошки ћемо као народ нестати за 250 година јер, у последњих 50 година не рађа се довољно деце ни за просту репродукцију становништва.

Садашњи демографски статус према прелиминарним резултатима пописа из 2011. године.

Према подацима Републичког завода за статистику, број становника у Србији износи 7 120 666, што је смањење за 5% у односу на претходни попис из 2002. Само због смањеног природног прираштаја изгубили смо 377 335 људи за 9 година. Број становника смањило се у 146 општина, а повећао у 22 општине. Највећи демографски пад забележен је у јужној и источној Србији. У 975 места (углавном у овим областима) живи мање од 100 људи (углавном старачка домаћинства), а у 11 насеља, која још увек званично постоје, не живи нико.

Укупан број лица која бораве у иностранству на привременом раду је 294 045 (највише из општина: Неготин, Петровац на Млави, Нови Пазар, Пожаревац).

Број домаћинстава је смањен и износи 2 497 187), а просечно домаћинство броји 2,2 члана (у односу на 2,5 из претходног пописа). У Београду је основано 6% више домаћинстава, за колико је смањен број домаћинстава у јужној и источној Србији.

Старосна структура популације

Средином прошлог века становништво Србије сврставало се у млађе популације у Европи, док се данас сврстава у групу изразито старих популација и то не само у европским већ и у светским оквирима, са просечном старошћу од 41,4 године. Биолошки тип становништва је регресиван. Животни век се продужио, па је по подацима из 2010. у Србији очекивано трајање живота износило 71,4 године за мушкарце и 76,6 година за жене, а удео старих у популацији се попео на 17%. На дужину живота, између осталог, значајно утиче брачни статус јер је истраживањем утврђено да је просечни животни век људи који су у браку за 5 – 6 година дужи од животног века самаца. У последњих 60 година удео младих у популацији се преполовио, а посебно се смањио број младих у уделу радног становништва. Млади (у узрасту од 15 – 24 године) у Србији 2012. чине 12% становништва. Добру илустрацију представља и податак да у централној Србији скоро 83% домаћинстава нема ниједно дете предшколског узраста, али зато 39% њих имају чланове старије од 64 године (подаци према попису из 2002.г.). Према истом попису од 435 491 домаћинства у Србији, свако пето се води као старачко и самачко.

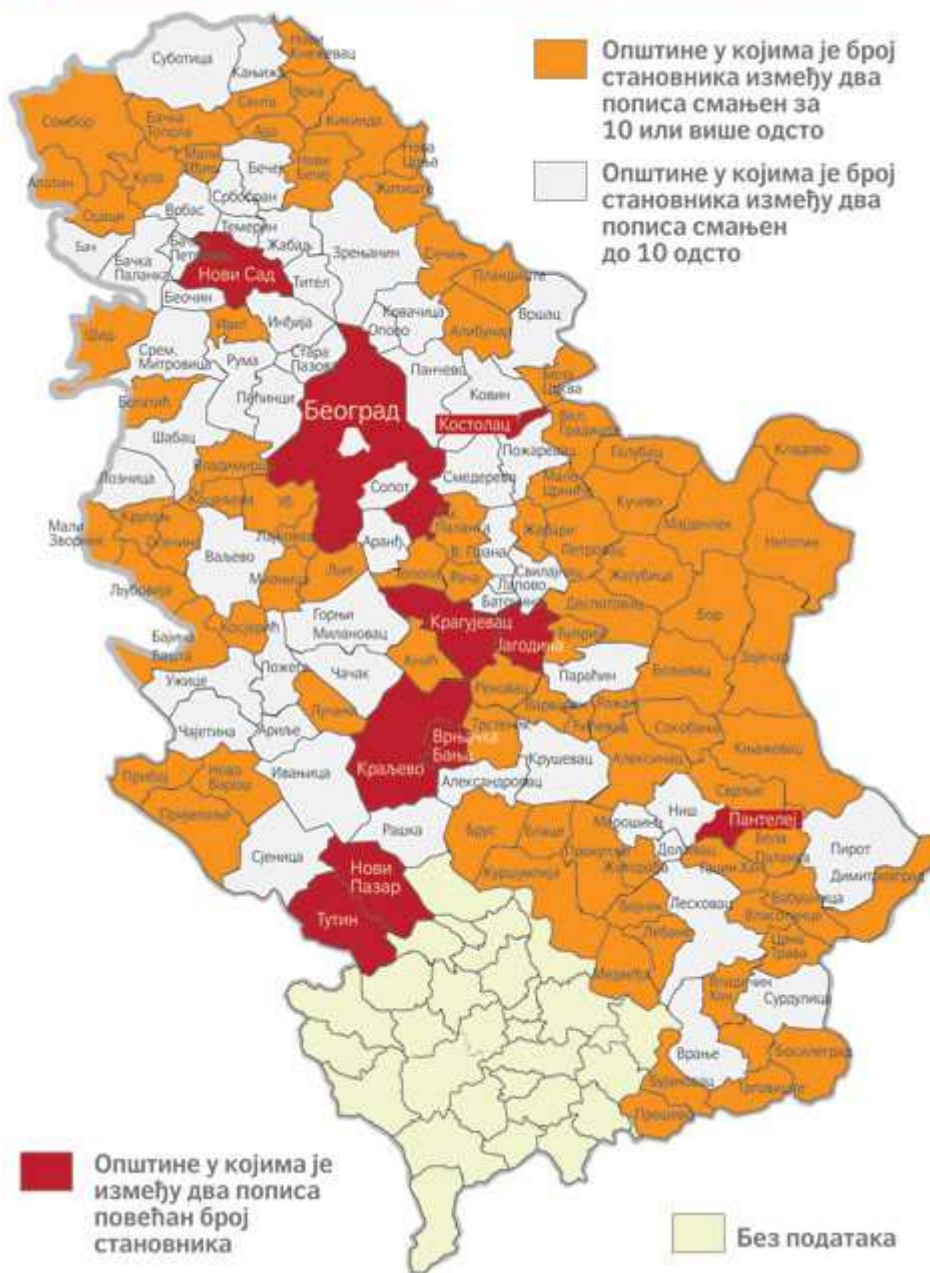
Просторна расподела становништва

После II светског рата почиње измена територијалне расподеле становништва, као последица убрзане индустријализације. Масовна планска индустријализација почиње 1961.г. и условљава масовну унутрашњу миграцију из села и градове, што је тренд који се одржао до данас. Индустријализацију прати деаграризација и неконтролисана урбанизација, која узрокује стварање подручја интензивне концентрације становништва, привреде, саобраћаја и капитала. Процес деиндустријализације, који је почео 90.-их, а интензивно се наставио од 2000.г, није довео до повратка становништва на раније локације, већ је узроковао још већу концентрацију и миграцију ка највећим урбанизованим целинама. Таква концентрација се наставља и креће према највећим градовима: Београду, Новом Саду и Нишу, која се управо догађа, а главни правац кретања становништва је ка Београду. Оваква географска прерасподела становништва доводи до пражњења „периферних области“, које су истовремено и граничне према

суседним државама, што прети да угрози целовитост државе у будућности. Густина становништва је у централној Србији 96 становника/км², а у Војводини 92 становника/км², док за целу Републику Србију податак не постоји.

Оваква унутрашња миграција становништва посебно драматизује ситуацију на селу. Према оцени одбора за село САНУ, у току наредних 25 година нестаће 1/4 села у Србији, а од укупно 4 600 села у њих 86% се бележи пад броја становника. У наредних 15 година без становника ће остати 700 села, а у наредних 10 година још 500. Број становника у сеоским насељима је различит: има само 13 села са преко 8 000 становника, док највећи број (њих 900) има 200 – 400 становника. Број становника од 400 – 600 имају 583 села, 692 села имају 100–200 становника, а 535 села има до 50 становника. У селима има 50 000 напуштених кућа, а у последњих 50 година око 8 000 000 становника је прешло из села да живи у граду. То није чудно јер је 38% становника који живе на селу данас сиромашно. Због тога је ситуација данас следећа: у селима нема ко да ради јер је становништво пресељено у градове, у којима (због гашења индустрије) нема шта да ради. Економске последице се огледају у томе што се рурални простор гаси и демографски и привредно. Прокламовани политички циљеви свих политичких партија говоре да је будућност Србије у пољопривреди, са визијом да Србија намерава да постане башта Европе, што је без људи на селу неоствариво. Једина могућност да се данашња ситуација превазиђе и прокламовани циљеви остваре је да држава осмисли дугорочну стратегију и направи национални план развоја сеоских подручја. То подразумева и рационализовану мрежу насеља у којима ће већина људи живети у урбанизованим целинама, у којима ће моћи да задовољи савремене животне потребе, док ће се модерном пољопривредом бавити само мањи број демографски виталног становништва.

Прелиминарни резултати пописа становништва



Узроци лоше демографске ситуације у Србији су:

- Депопулација
- Интензивно старење становништва
- Негативан миграциони салдо
- Низак фертилитет
- Висок морталитет

ПРИРОДНА КРЕТАЊА СТАНОВНИШТВА У СРБИЈИ

Рађање подразумева доношење на свет детета након 28 недеља од зачећа. Дете може бити рођено живо (када се одвоји од тела мајке показује знаке живота дисање, рад срца, вољни покрети и сл) или мртво (ако су знаци живота одсутни). Ако дете убрзо по рођењу умре, региструје се као живорођено, а потом као умрло. Просечна старост породиље је 28,7 година.

Наталитет (Стопа наталитета)

Представља однос између броја живорођене деце и броја становника територије. Период посматрања је најмање 1 година (календарска година) и израчунава се обично на 1000 становника. Наталитет испод 12/1000 становника се сматра неповољним. Стопа наталитета у Србији је 9/1000.

Фертилитет (плодност становништва)

Представља однос броја рођене деце према броју жена у фертилном периоду (15 – 49 год) у току једне календарске године, за одређену територију и помножен константом 1000. Ако се приликом израчунавања урачуна укупан број рођене деце (живо- и мрворођене) добија се укупни фертилитет, а ако се урачуна искључиво број живорођене деце, добија се ефективни фертилитет. Посебна категорија је брачни фертилитет, који показује просечан број деце по брачном пару, односно на 100 бракова, за време трајања брака. Изражава се односом броја деце из посматраних бракова са бројем посматраних бракова за календарску годину, помноженим са константом 1000. Стопа фертилитета у Србији је 1,4 детета по жени, али свега 0,8 по брачном пару.

Стопа репродукције становништва (брuto и нето)

Иако стопа репродукција зависи од многих демографских, социо-економских, здравствених и других фактора, у највећој мери зависи од фертилитета и морталитета. Уколико је нето стопа репродукције испод 1, онда становништво има тенденцију опадања, а такав обим репродукције се оцењује као негативан.

Мортинаталитет

Представља однос мртворођене и укупног броја рођене деце за годину дана, помножен са константом (100 или 1000). Стопу мртворођености је могуће упоређивати једино ако су критеријуми за мртворођеност исти, а у супротном је било какво упоређивање нереално. Наиме, у у појединим државама се под мртворођеним дететом сматра и оно, које се живо родило, али је умрло пре него што је регистровано. Код нас, као и у свету, у стопи мртворођености најзначајније је учешће прематуруса (око 75%).

Морталитет

Општа стопа морталитета је однос броја умрлих становника и укупног броја становника у току календарске године, помножен константом 1000. Стопа морталитета у Србији је 14,2/1000. Будући да је ова стопа недовољна за детаљну процену стања, израчунава се се најчешће специфична стопа морталитета која је издвојена према врсти болести или групацији становника. Најзначајнија је у односу на узрок смрти (указује на болести или стања која се најчешћи узрок смрти у популацији), али се може разматрати и у односу на биолошка и друга обележја, међу којима је најважнији тзв. матернално- акушерски морталитет (број умрлих жена на 1000 порођаја у календарској години због болести и компликација труднеће, порођаја и бабиња, односно до 42. дана по завршетку трудноће). Он је индикатор квалитета гинеколошко- акушерске службе у делу који се односи на рађање и у Србији износи 13,85/100 000 живорођене деце (односно 6 – 9 матерналних смрти на око 67000 порођаја годишње). Веома значајан показатељ је морталитет одојчади, који представља однос броја умрле деце старости до 1 године на 100 или 1000 живорођене деце у периоду од годину дана. Он представља важан индикатор квалитета педијатријске службе, посебно неонатолошке. Стопа морталитета одојчади у Србији је смањена са 6,7/1000 у 2010.г. на 6,3/1000 живорођене деце. Водећи узроци смрти од болести су кардиоваскуларне болести (55,514 становника) и неоплазме (21,442 становника).

Број умрлих насилном смрћу је 3,325, а број самоубистава је 1,256.

Природни прираштај

Представља однос разлике броја живорођене деце и умрлих лица на 1000 становника територије за коју се одређује, најчешће за сваку календарску годину. Може бити: позитиван (када је број живорођених већи од броја умрлих) и негативан (када је број умрлих већи од броја живорођених). Негативан природни прираштај је у ствари опадање (смањење) броја становника. Стопа природног прираштаја у Србији је: – 5,2/1000.

Витални индекс

Представља оцену рационалности природног прираштаја и израчунава се када се број живорођених подели са бројем умрлих и помножи са константом 100.

Нупцијалитет

Представља број склопљених бракова на 1000 становника једне територије за годину дана. У Србији је број склопљених бракова у опадању па је 2008.г. склопљено 38,300 бракова, што је двоструко мање у односу на 1950.г. (76,700 бракова), што чини

пад стопе нупцијалитета од 12.9/1000 на 5.21/1000. Број склопљених бракова је у опадању. Просечна старост мушкарца који ступа у брак је 32.5 г, а жене 28.8 г. Разлог за пад стопе нупцијалитета треба тражити у смањењу атрактивности склапања формалних брачних заједница, односно у променама у брачном моделу становништва у мањој мери, а много више у социоекономским факторима.

Удео ванбрачног рађања у укупном броју живорођене деце се од 8% (1950.г) попео на 22,8% (2008.г.), а њихов укупан број се повећао за 1/5 (од 13,141 на 15,747). У истом временском периоду број деце рођене у браку се смањио на 1/3 (од 150,000 на 53,000). После 2000.г. код 3/5 ванбрачне живорођене деце очеви нису признали очинство, што говори да су деца рођена у нестабилним везама и да се о деци стара само мајка. Додатни аргумент у прилог тој тврдњи је што жене у ванбрачној вези роде најчешће само једно дете. 2/3 ванбрачне живорођене деце рођено је у ванбрачној кохабитацији и у могућности су да се користе подједнако правима и обавезама родитеља као и деца рођена у брачној заједници, што је гарантовано и законом из 2005.г.

Диворцијалитет

Представља број разведених бракова на 1000 становника једне територије за годину дана. Просечна стопа разведених бракова у Србији је 1.16/1000 становника односно 222.07 на 1000 закључених бракова (у 2008.г). Просечна старост при разводу је око 40–41 г. за мушкарце и 37–38 г. за жене.

МЕХАНИЧКА КРЕТАЊА СТАНОВНИШТВА (МИГРАЦИЈЕ)

Емиграција (исељавање)

Број људи који напуштају или желе да напусте државу је поуздан индикатор економског и друштвеног стања у њој. Неки га називају и индикатором безнађа. Емиграција смањује број незапослених и повећава девизни прилив преко новца који емигранти шаљу у матичну земљу. Са становишта власти то тренутно решава проблем, али са становишта државе то је увод у катастрофу. Емигранти са собом одводе своју децу, а остављају своје родитеље.

Спољна емиграција

Према попису из 2011.г. из Србије је емигрирало 455 095 лица. Подаци су непотпуни и не садрже лица албанске и бошњачке националности. Емигранти нису само из пасивних руралних подручја, већ и из великих градова, из којих одлази 5–10 лица дневно. Велики број младих и школованих људи је напустио земљу у периоду

1991. – 2002. г. (154 000), што је била демографска цена економске кризе и ратова.

Имиграција (усељавање)

Спољна имиграција

Република Србија није само емиграционо, већ и имиграционо подручје. У последњих 8 година у Србију се из република бивше Југославије доселили око 300 000 људи, а од 2008.г. још 1850 из осталих делова света. Ово је само донекле ублажило демографски проблем спољне емиграције, који постоји још од шездесетих година 20. века.

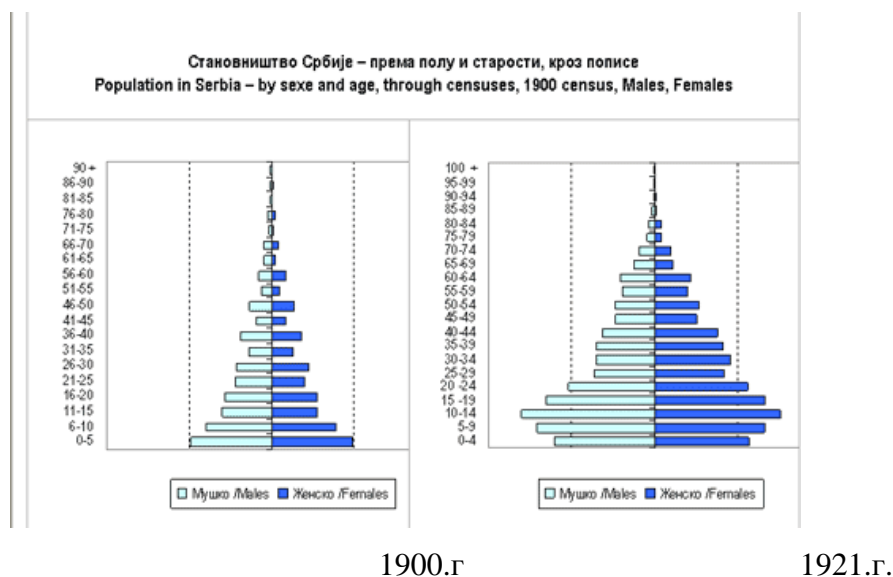
Унутрашња миграција становништва се одвија убрзаним темпом и креће се од периферије ка великим урбаним целинама Нишу, Краљеву, Крагујевцу, Новом Саду и Београду, о чему је већ било речи.

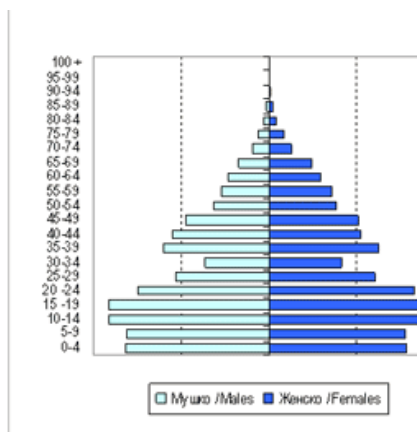
Миграционо питање у Србији постаје централно демографско питање, ако се зна да је:

- Србија традиционално земља емиграције
- Емигрирају углавном људи узраста 20 – 40 година, који представљају део становништва са максимумом радне и репродуктивне способности
- Демографски празан простор ће неминовно бити попуњаван имигрантима (углавном са Косова и Метохије и из Азије)
- То ће довести до измена актуелног популационог састава у Србији

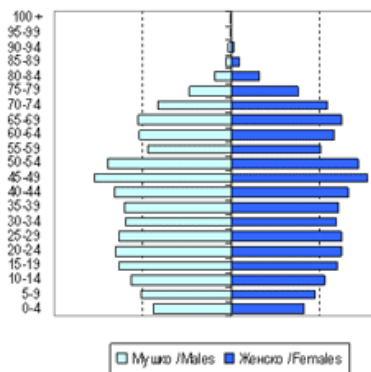
Биолошка структура становништва (пирамида старости)

Природни прираштај директно зависи од старосне структуре становништва, па је у том смислу индикативан приказ пирамида старости у Србији током 20. века:



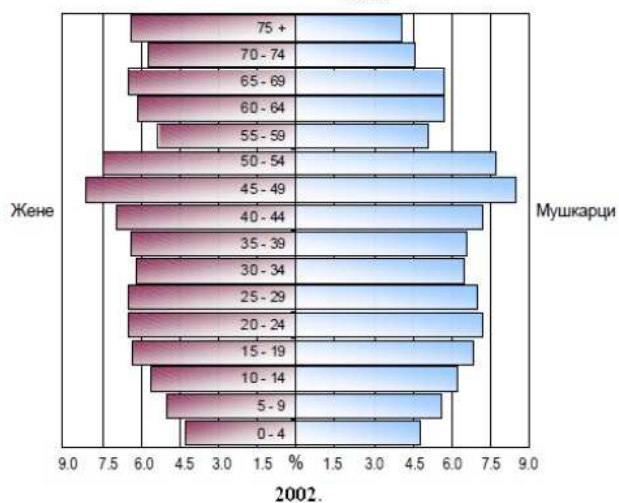
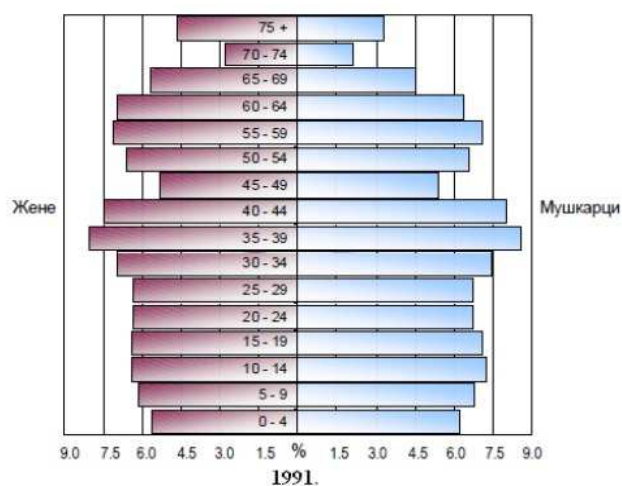


1948.г.



2002.г.

Пирамида старости у Србији на крају 20. века променила се на следећи начин:



На повећано старење становништва утицали су највише:

- пад фертилитета или његово дугогодишње задржавање на ниском нивоу,
- морталитет,
- миграције.

У последњих 60 година, фертилитет је преполовљен, а број деце по жени је са 3,13 пао на 1,41. То није никакво чудо кад се имају у виду следећи подаци:

- у старосној групи од 30–34 г, 1/3 мушкараца је неожењено, а 17,5% жена неудато
- чак 1/4 становника Србије старијих од 15 г. није у браку, а 1/5 жена је неувдата,
- просек година ступања у брак је са 28 порастао на 30 г.

- Према пројекцији из 2002.г. у 2012. години ће бити 1 634 692 жене у фертилном периоду (од 15. – 49.г. живота), што је у стварности око 1 000 000 жена које су у оптималном добу за рађање (од 20. – 36.г.)

У градовима има више неожењених и неувданих него на селу јер је градска популација млађа, али има и двоструко више разведених.

Друштвени амбијент у коме се овакав демографски развој одвија је дубока економска криза и у овом тренутку економски фактори, који значајно могу утицати на природни прираштај, изгледају овако:

- Стопа незапослености је достигла рекордних 25,5 %, са изгледима да до краја 2012 буде 33 % ;

- 57 % младих људи узраста 25 – 34 г. живи са родитељима (они немају услова, али ни воље и храбрости да започну самосталан живот);

- По подацима УНИЦЕФ-а, већина деце у Србији живи у немаштини, са неадекватним условима за раст и развој и на маргинама друштва. Многа од њих су потхрањена, не завршавају ни основну школу, изложена су дискриминацији и често су жртве насиља и злостављања. Мање од 30% деце у Србији одгаја се ненасилним методама;

- У Србији има 97 000 корисника народних кухиња (што је испод нивоа потреба), међу којима је 9840-оро деце;

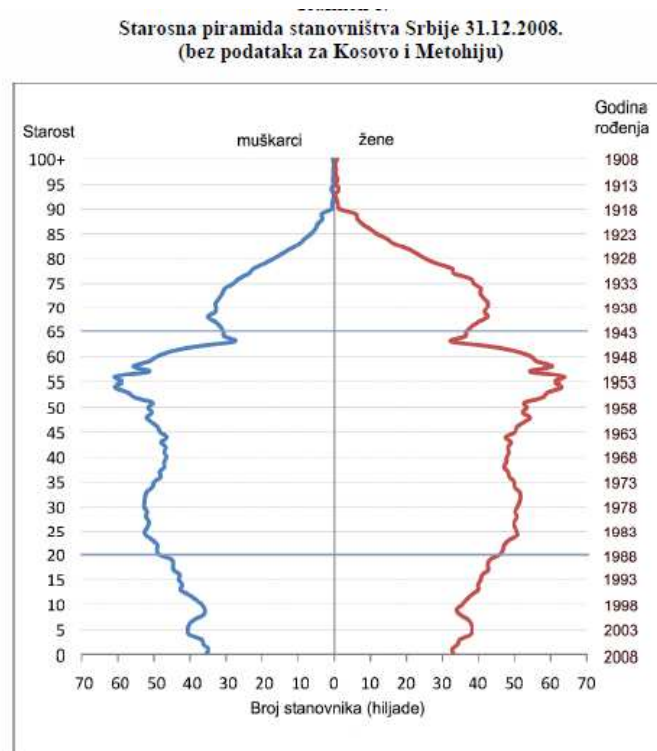
- Месечни приход домаћинства је просечно 438 EUR у 2010.г. и има тенденцију даљег пада;

Демографска политика је у надлежности два министарства: Министарства здравља и Министарства за рад, запошљавање и социјалну политику. Иако изузетно значајан, социјално економски аспект у даљем излагању неће бити помињан, већ ће се оно ограничити искључиво на здравствени аспект, колико год је то могуће.

Демографска предвиђања

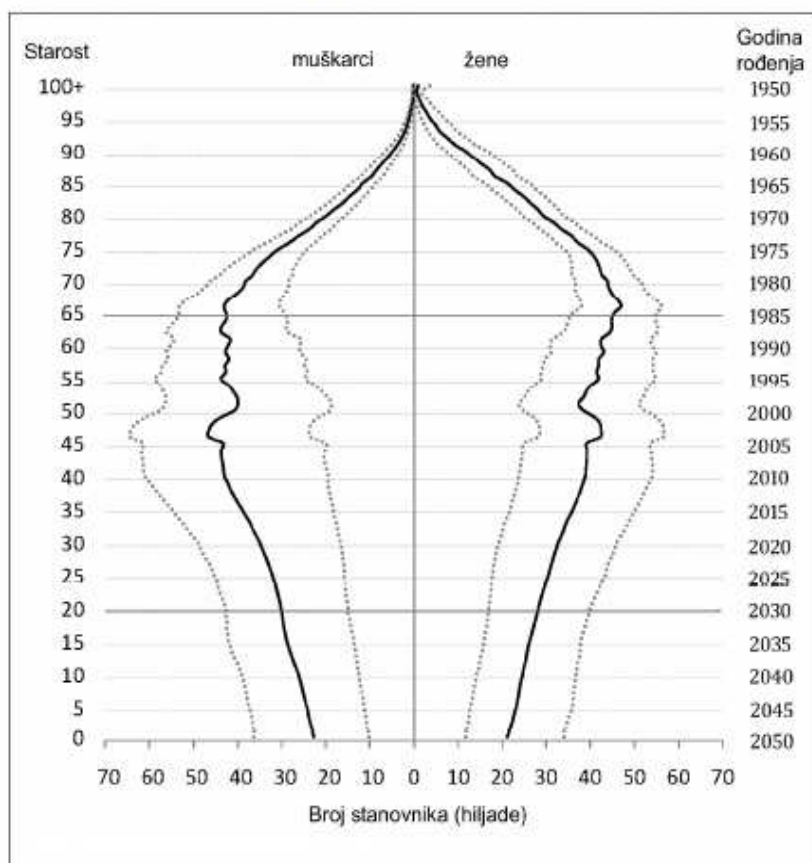
За очување и евентуални пораст броја становника Србије у наредних 50 година пораст плодности је неопходан, али не и довољан услов. Пораст миграционе компоненте у смислу имиграције значајнији је од потенцијала фертилитета за будући

демографски развој Србије. Комбинација ових двеју компоненти дала би најбољи демографски учинак, док би се садашњи национални састав најмање изменио ако би имигранти били људи који су претходно емигрирали из државе.

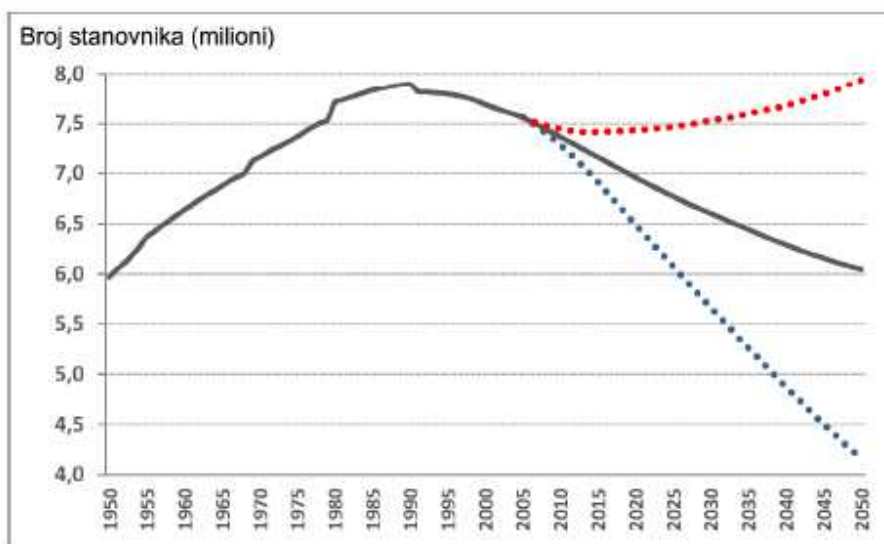


Izvor: Republički zavod za statistiku Srbije. Procene broja stanovnika 31.12.2008.

Starosna piramida Srbije 2050. godine – prognoza i 80% interval predviđanja



Populaciona veličina Srbije 1950-2050. – prognoza i granice 80% intervala predviđanja



Izvor: Republički zavod za statistiku Srbije; autorova baza simulacija

ДЕЛОВАЊЕ ДРЖАВЕ И ДРУШТВА

Уз опоравак привредних активности и финансијску консолидацију државе, што је предуслов њеног опстанка, чак и на краatak рок, исправна демографска политика са подстицањем рађања, добро организована, опремљена и обучена здравствена служба и систем образовања су неопходни предуслов опстанка, на дужи рок. Најкраће речено неопходни су: потомство, знање и рад.

Измењена перцепција животног успеха и улоге породице у томе

Пад природног прираштаја у Србији је резултат синхроног деловања лоше егзистенцијалне ситуације у земљи и утицаја западне културе, која минимизира институцију породице у трци за материјалном сигурношћу. Институција породице обликује се према времену у коме постоји. Формирање породице у савременом животу више нема некадашњи значај, односно није најважније имати децу, већ лично задовољство и комфор. Материјалну сигурност представљају добар посао и стан, а за очување тих чинилаца је у савременом животу неопходно стално пословно ангажовање. Западно друштво намеће став да човек има већу сигурност уколико има више новца или велику материјну имовину, што аутоматски брачне партнере, које мотивише каријера, одвраћа од доношења потомства. Задовољство и комфор, који се кроз масовне медије са запада промовишу као главни животни циљ, у личној перцепцији стварности постају толико важни, да деца то не би смела да угрожавају. Зато се млади парови одлучују за највише једно дете, или чак ни за једно, уколико процене да не могу да обезбеде комфор. С друге стране друштвена криза (која у Србији траје практично већ око 25 година) и лоша економска и стамбена ситуација (немогућност долажења до посла и стана), значајно утичу на формирање породице и доношење потомства. Континуирано осећање друштвене и егзистенцијалне угрожености код нас, додатно условљава да људи брину једино како ће да преживе, а не да свој живот организују у оквиру породичне заједнице. При том децу и њихов одгој доживљавају као економско оптерећење, а не као задовољство. Зато први корак државе у превазилажењу постојеће демографске ситуације мора да буде измена свести, односно перцепције квалитета живота и улоге породице и потомства као фактора који живот чине садржајним и квалитетним. То се може постићи свеобухватним информисањем о вредностима потомства и породичног живота кроз процес васпитања, образовања и јавног информисања, али и ненаметљивим приступом, кроз разне форме забаве и уметности, односно селекцијом, тј. одстрањивањем из њих оних садржаја, који носе погрешну поруку.

Измена перцепције животног успеха и улоге породице је кључни фактор унутрашње политике и мора да постане елемент политичког деловања сваке политичке опције. Такође, мора да буде обавезни елемент васпитања и образовања, као и деловања масовних медија.

„Ако друштво није у стању да креира нове социјалне вредности, да реafirмише улогу породице, да обезбеди стабилност, сигурност и друштвену солидарност, егзодус ће се наставити. Србија не може задржати младе нудећи идентичан модел глорификације индивидуализма и хедонизма који се на вишем нивоу друштвеног богатства нуди и на Западу.“ (део текста Небојше Катића у листу „Политика“).

ЗДРАВСТВЕНО ВАСПИТАЊЕ (ЕДУКАЦИЈА)

Промоција здравља и усвајање здравог стила живота

Развијање свести о кључном значају очувања сопственог здравља и здравља породице за квалитет живота је неопходан предуслов за неусвајање или напуштање штетних навика. Повећање физичке активности и постизање личног задовољства учешћем у физичкој активности кроз спорт и друге сличне активности, треба повезати са естетиком и физичком привлачношћу. Такође и промоцију здравог начина исхране, односно одустајање од погрешног избора хране и прехранбених навика треба повезати на исти начин. Такав приступ гарантује успех код младих и истовремено спречава појаву гојазности, као предиспонирајућег фактора за инсулинску резистенцију и последичне хроничне незаразне болести.

Негативна пропаганда у односу на злоупотребу психоактивних супстанци треба да буде ненаметљив део оваквих промоција здравља, са јасним повезивањем њихове (зло)употребе са оштећењима здравља, нарушавањем естетике и физичком привлачношћу, сексуалном дисфункцијом или афункцијом и разарањем породичне и друштвене повезаности.

Промоција здраве сексуалности и очувања репродуктивног здравља. Задовољавање сексуалног нагона на биолошки оправдан начин (кроз класичан хетеросексуални однос) уз мере за очување репродуктивног здравља, треба да буде део едукације младих од периода уласка у пубертет, а нарочито током адолесценције. На тај начин се задовољавање сексуалног нагона усмерава у правцу продужења врсте, што је његов основни биолошки смисао, а у случају нашег народа – насушна потреба и услов опстанка. Друге врсте сексуалног односа, као и хомосексуалност, које је

немогуће забранити, не треба пропагирати као вид тзв. сексуалних слобода (параде ЛГБТ популације, порно садржаји), нити им додељивати медијску пажњу. Притисак из иностранства и политичко уцењивање да се усвоји супротан став, јасно указују да се не ради о манифестацији слободе сексуалног избора, већ о културној, медијској и пропагандној агресији, са јасним политичким циљевима. Прави вид отпора је правилно и благовремено информисање и едукација, посебно у вулерабилним групама становништва (адолесценти), док забрана може имати само негативан ефекат. Обавезни део едукације мора да буде рад на превенцији нежељених трудноћа и спречавању ширења полно преносивих болести, будући да намерни прекиди нежељених трудноћа и полно преносиве болести далеко више оштећују репродуктивно здравље у адолесцентном узрасту, него у каснијем добу живота (њихове последице значајно редукују могућност добијања потомства). У овом смислу драгоцене су искуства 54 основаних Саветовалишта за младе (од којих нека постоје 15 г.), за које је постојао предлог да се укину.

Здравствена служба и наталитет

Повећање броја порођаја је неопходност, чији ће учинак имати одложено дејство из два разлога:

- Новорођене генерације ће свој радни и репродуктивни учинак моћи да испоље тек након бар двадесет година;

- Чак и значајно повећање рађања у кратком року, не значи истовремено и значајно повећање броја становника, будући да је број жена способних за рађање значајно смањен.

Имајући у виду ове чињенице задатак здравствене службе мора бити у томе да обезбеди да у репродукцији учествује максималан могућ број јединки са очуваном способношћу за вишеструко рађање, односно доношење потомства. Такође, надзор над здрављем труднице, стручно изведен порођај у адекватно опремљеној служби, са пратећом неонатолошком службом, су услови који би требало да гарантују повољан перинатални исход и доношење на свет здравог и виталног детета. О овоме у Србији брине 1759 гинеколога у сва три нивоа здравствене заштите и 60 неонатолога (подаци Лекарске коморе Србије).

Преконцепциона припрема и надзор над трудноћом превасходно су обавеза служби у оквиру примарне здравствене заштите. У свих 158 домова здравља постоји гинеколошка служба, организована по саветовалишном принципу, чији је обавезни елемент саветовалиште за труднице.

У оквиру прекоцепционе припреме треба урадити:

- Контролу општег здравственог стања (општи лабораторијски преглед крви и мокраће) и по потреби урадити корекцију поремећаја и регулацију телесне тежине;
- Скрининг на малигнитет (Папа брис, колпоскопија, мануелни преглед дојки);
- У случају постојања цервицитиса, скрининг на узрочнике (вагинални и цервикални брис, брис на *chlamidiu tracomatis*, *ureaplasma urealiticum* и *mycoplasma hominis* са антибиограмом);
- Увести премедикацију фолном киселином;
- У случају анамнестичких података о наследним болестима у породицама партнера, као и након рађања деце са хромозомским и генетским грешкама упутити пар у генетско саветовалиште.

У оквиру надзора над трудноћом треба урадити:

- Наставити са контролом општег здравственог стања труднице, који поред периодичних лабораторијских контрола подразумева и мерење крвног притиска и телесне тежине уз прописивање одговарајућег хигијенско дијететског режима, као и одговарајућу физичку активност;
- Скрининг на малигнитет и цервиковагиналне инфекције (уколико то није урађено у оквиру прекоцепционе припреме);
- Одређивање крвне групе и Rh фактора и месечне скрининге на антитела у случају Rh неподударности (за примигравиду од 5. месеца);
- Ултразвучно праћење развоја плода и скрининг на аномалије (најмање 4 прегледа – на почетку трудноће, између 11 и 14 недеље, између 20 и 24 недеље и између 32 и 36 недеље) уз Доубле тест између 11 и 14 недеље трудноће;
- Откривање трудноћа са повећаним ризиком и њихово праћење и збрињавање са одговарајућом службом секундарног или терцијарног нивоа здравствене заштите, са посебним нагласком на спречавање прематуритета;
- Психофизичка припрема за порођај (од 7. месеца).

Надзор над трудноћом је већ прописан одговарајућим водичем добре праксе, који треба периодично осавремењавати. Нагласак мора бити на што раније укључивање труднице у систем здравствене заштите, њено пружање у сваком појединачном случају и рано откривање пренаталног ризика, уз благовремено упућивање на виши ниво здравствене заштите. Прва посета труднице гинекологу у првом триместру трудноће се у 2009.г. повећала на 79%, док се истовремено број првих посета у трећем триместру смањило на 8%. Таква ситуација значајно повећава могућности у току перинатолошког

надзора, а посебно с обзиром на чињеницу да се број компликација у трудноћи повећао на 35,3%, а број патолошких стања у трудноћи на 30%. Како од адекватне неге и лечења труднице зависи исход трудноће, недовољни обухват ће се одразити на друге показатеље развијености система здравствене заштите мајке и детета: матернални морталитет, неонатални морталитет и перинатални морталитет. Потпуни обухват трудница у првом триместру у Србији се остварује само у пет округа, док је незадовољавајући у 15, а незадовољавајући је и број ултразвучних контрола трудноће, који је просечно 2,81.

Надзор над високо ризичном трудноћом обавља се на високоспецијализованим одељењима у оквиру пре свега терцијарне здравствене заштите и у оквиру стручне сарадње свих нивоа здравствене заштите. Такође би било целисходно да се направе стручни тимови акушера и неонатолога јер таква сарадња даје боље резултате, а перинатологија се данас сматра облашћу која повезује ове две специјалности. На тај начин би боље била збринута и прематурна деца, чије лечење је десет пута скупље од лечења матурне одојчади, уз висок степен касније инвалидности.

У оквиру надзора над бабињаром треба урадити:

- Укључивање патронажне службе у надзор одмах по изласку из болнице;
- Контролу у првој недељи након порођаја и планирање опоравка (вежбе по Кегелу);
- Контролу 6 недеља после порођаја;
- Контролу 6 месеци после порођаја.

Примарна здравствена заштита мора да има одговарајући ниво материјалне и кадровске опремљености за овакав ниво пружања здравствених услуга. Збрињавање мајке и детета током порођаја и непосредно након њега покрива секундарни и терцијерни ниво здравствене заштите. У Србији постоји 76 породилишта (од којих су 6 на КиМ) и која су различитог степена кадровске и материјалне опремљености. Пожељна је могућност да се царски резови изводе у посебној операционој сали, што је могуће реализовати само у великим болничким установама. Далеко је мањи издатак опремање породилишта са најмање два реанимациона стола за новорођенчад (1 у операционој сали и 1 у породилишту), као и опремање неонатолошке службе потребним бројем инкубатора. Ванболничка породилишта су укинута још 1977.г., али као могућност још постоје у Рашкој области (због теренско – климатских специфичности). У осталим деловима Србије таква могућност је непотребна јер постоји добра саобраћајна повезаност која омогућава доступност порођаја у болничким

условима на растојању од 50 км свакој породиљи, што се може сматрати рационалним стандардом. На појединим деловима територије Србије овај стандард је и надмашен иако је дистрибуција рађања територијално сасвим различита, тако да више зависи од економске снаге локалних заједница, него од рационалне организације службе. Од укупног броја порођаја 1/3 (око 25 000) се обави у 3 највећа центра – Београду, Новом Саду и Нишу. Најбољи квалитет услуга и довољно клиничко искуство се постиже ако здравствена установа има најмање 2 000 порођаја годишње, а сматра се да у установи са мање од 500 порођаја годишње лекари и особље немају довољно радног искуства, односно потребан степен вештине за висок квалитет рада у породилишту. То намеће питање рационалног размештаја и организације мреже породилишта у Србији. Повећање степена вештине се наравно може постићи и квалитетном континуираном едукацијом, као делом радне обавезе у овој области (као што је нпр. Школа породиљства у Ваљеву). Недовољно акушерско искуство и вештина узрок су лоших клиничких процена, што резултира или великим бројем асфиктичних оштећења деце или страхом од њих, што узрокује превелики број царских резова. Тако се број царских резова од клинички оправданих 15% пење до чак 30% (од чега је непознат број и комерцијално мотивисан). Повећан број царских резова има више узрока: повећана старост трудница, употреба асистиране репродукције са последично већим бројем вишеплодних трудноћа, повећана сигурност саме операције. Већи број царских резова се изводи и зато што су акушери под огромним психолошким притиском да компликација у порођају не сме да се деси, што је посебно карактеристично за мале болнице. Психолошки притисак је разлог што мало људи жели да се бави акушерством, а са све чешћом појавом утужења због стручне грешке, доћи ћемо у ситуацију да нема много гинеколога који желе да се баве акушерством, већ да порођаје обављају породични лекари и доктори опште медицине. У великим болницама и клиничким центрима такође постоје проблеми са квалитетом здравствене помоћи, који су често узроковани непотизмом и лошом кадровском селекцијом. Због атрактивности ове специјалности (пре свега у комерцијалном смислу) она се често сматра елитном, али у ову струку због тога доспева и одређен број људи са ниским степеном осећања одговорности, али добро заштићених од професионалне одговорности. Томе често доприноси превелика солидарност међу лекарима, а ситуација ће се променити када и код нас број утужених гинеколога достигне 70% свих утужења за стручну грешку, што је већ случај на толико хваљеном Западу. Иако је претпоставити како ће се то одразити на наталитет, али је тешко претпоставити колико ће наведени проблеми додатно

финансијски оптеретити фонд здравства због повећаног броја царских резова или неге инвалидне деце.

Посебан проблем у оквиру наталитета представљају превремено рођена деца, како у здравственом, тако и у финансијском смислу. Већи број неонатолога имају само клинички центри, док у мањим болницама ту стручну област покривају педијатри без субспецијализације. То намеће потребу интензивне континуиране едукације из перинатологије, а о последицама таквог стања ће бити речи нешто касније.

Здравствена служба и фертилитет

Правилност која је исказана у свим таблицама фертилитета у односу на старост жена, показује да су стопе ниске на почетку фертилног периода, да достигну максимум између 20. и 25. године живота, а затим се смањују, да би на крају фертилног живота биле веома ниске. Такве стопе фертилитета биле су у Србији након II светског рата и трајао до краја 50.-их година 20. века, а затим се померају ка старијим узрастима, тако да је данас просечна старост жене која рађа 28,2 године. Наша статистика региструје и даљи пораст одлагања рађања, због чега се смањује удео жена које рађају у оптималном репродуктивном добу, што није у складу са почетком сексуалног живота чија је медијана у 16. години. Данас жене између 30. и 39. године живота рађају 35% живорођене деце, док су у 2000. год. чиниле 24%. Поред тога што жене све касније рађају, све је већи удео жена које до краја свог фертилног периода уопште не роде. 7,3% жена рађа у узрасту до 20 година, што значи да у оптималном узрасту за рађање (између 20. и 30. године живота рађа мање од 60% жена. У оваквој ситуацији, када је просек рођене деце по жени у Србији око 1,4 (а за просту репродукцију је потребно 2,1) и кад се не може очекивати већа имиграција – депопулација је логичан исход. Ниво фертилитета потребан да би једна генерација обезбедила своју замену израчунава се на основу стопе репродукције (однос рођених девојчица и броја жена из генерације жена рођених исте године) и замена је обезбеђена ако је стопа репродукције једнака јединици. Да би се она осигурала ниво фертилитета мора бити већи уколико је виши ниво морталитета, па се у односу на то говори о бруто и нето стопи репродукције. Стопе репродукције у Србији су испод јединице још од средине 50.-их година 20. века, а најновија демографска збивања управо потврђују изречено. Наиме и поред пораста стопе фертилитета у 2008. и 2009.г (са 1,41 на 1,44), забележен је и пораст броја умрлих, па је природни прираштај ипак смањен.

Минимални пораст фертилитета је у складу са кретањима у Европи и региону, али је касније почео и скромнијег је обима. Иза нас су Албанија и Румунија, док је

убедљиво на зачељу Босна и Херцеговина (1,2), док нас је Бугарска са 1,5 престигла. Фертилитет је један од кључних демографских чинилаца јер наталитет произилази из фертилитета. Како његов пад испод 1,5 сигурно води у изумирање, за нас чак и мали пораст може значити опстанак народа, нарочито нашег, коме је просечна старост становништва други велики отежавајући фактор.

Један од кључних фактора који повезује питање фертилитета са здравственом службом је питање артефицијелних абортуса (насилних прекида нежељених трудноћа). Легални вештачки прекид трудноће је сваки прекид трудноће старе до 10 недеља спроведен у медицинским условима и од стране гинеколога и може се извести као инструментани или медикаментозни, а могуће их је и комбиновати. По закону ради се искључиво на захтев труднице, која мора да има пословну способност. Сматра се да се више од 50% жена бар једном подвргло оваквом захвату до своје 45. год., а по подацима Републичког центра за планирање породице тај број иде и до 90%. Највећи број жена које прекидају трудноћу су у брачној заједници, тако да се прекид трудноће користи као метода регулисања бројности породице. Сматра се да 3–5% од укупног броја абортуса буде урађено адолесценткињама, код којих су и здравствене последице такве интервенције највеће. Истраживања показују да се контрацепција најмање користи на почетку сексуалне активности, када је могућност зачећа највећа (просечни узраст за први сексуални однос је у Србији 16 година). Низ светских студија је показао да чак половина свих предбрачних трудноћа настане у првих шест месеци сексуалне активности. Према званичној статистици у Србији се годишње пријави 23 000, а према незваничним проценама, креће се од 100 000 – 200 000, односно око 500 дневно. Колико су овакве процене поуздане? Вероватнија је процена да се тај број креће од 40 000 – 80 000, што није последица веће здравствене просвећености или боље превенције, већ старења нације и смањења броја фертилних жена. Ако се зна број гинеколога у Србији (1759), од којих већина не раде у болници, већ у домовима здравља, па не обављају прекиде трудноће, мало је вероватно да је разлика између броја пријављених и броја обављених 10 пута, што је податак који јавно пласира Републички центар за планирање породице. Често се оптужују и приватне гинеколошке ординације, као места на којима се обави велики број непријављених порођеја. Међутим, од 187 приватних гинеколошких ординација, само 47 има дозволу Министарства здравља да обавља прекиде трудноће. Цена ове интервенције се креће од 35 – 200 EUR и више, а како РФЗО не покрива трошкове, интервенција се наплаћује и у државним и у приватним гинеколошким службама. Ниска цена прекида трудноће у државним здравственим

установама је вишедеценијска пракса, уведена са циљем да се елиминишу криминални абортуси, који су били значајан узрок морбидитета и морталитета у периоду после II светског рата, посебно у сеоским срединама. Данас се криминални абортуси готово не срећу у клиничкој пракси, а и у селима одавно нема ко да затрудни. Промена политике у овој области је један од начина да се утиче на број абортуса јер, чак ни 10-огодишњи рад Саветовалишта за младе, којима је очување репродуктивног здравља кроз смањење броја абортуса и полно преносивих инфекција код младих један од главних задатака, није значајније утицао на смањење броја абортуса међу младима. На то се значајније може утицати високом ценом овакве здравствене услуге и јавном здравственом кампањом, која треба да траје дуго (најбоље перманентно). Перманентни превентивни рад у оквиру примарне здравствене заштите се подразумева, зато што се на тај начин спречава настанак великог броја случајева стерилитета у каснијем добу. С друге стране, медицински абортус треба обављати обавезно уз простагландинску припрему цервикса (чиме се умањује могућност касније инкомпетенције грлића) и пратећу антибиотску терапију (чиме се превенирају инфективне компликације).

Други кључни фактор представљају полно преносиве инфекције, чији је број у порасту. Промискуитет, који се рекламира као једно од освојених људских права и слобода, изузетно погодује ширењу полно преносивих инфекција, чији је списак значајно данас надмашио „класичне“ бактеријске инфекције (као што су Lues и Gonorrhoea) и проширио спектар на вирусе (ХИВ, Хепатитис Б и Ц и Papilloma virus, чији онкогени сојеви представљају узрок повећаног оболевања од карцинома глића материце) и неспецифичне проузроковаче упале (Chlamidia trachomatis и гениталне мусорplasme). Скрининг прегледи на ове узрочнике су зато постали неопходан елемент превентивне здравствене заштите, до појаве поузданих проверених вакцина, као доказано ефикасног начина превенције.

Трећи кључни фактор је питање брачне неплодности (стерилитета), што је проблем код 15–20% парова који желе потомство. Иако постоји широко прихваћена друштвена акција да се таквим паровима помогне покривањем трошкова лечења од стране државе за два покушаја медицински асистираниог зачећа, мора се знати да се успех овакве интервенције може очекивати у 10 – 30% случајева. Ствари се додатно компликују каснијим ступањем у брак и последицама предбрачних сексуалних односа, тако да треба променити критеријум за постављање дијагнозе стерилитета (1 година уредног брачног живота без жељене трудноће) и испитивање почети већ после 6 месеци уредних односа без жељене трудноће, без обзира на старост партнера.

Четврти кључни фактор представљају масовне незаразне болести које су великим последица метаболичких поремећаја узрокованих неправилном исхраном, физичком неактивношћу и гојазношћу. Синдром инсулинске резистенције је у основи Синдрома полицистичног оваријума и последичне дисовулације. У Србији 18% становништва је гојазно. Спермограми данашњих мушкараца показују све мањи број сперматозоида, а узроци су недовољно истражени. Депресија, једна од најчешћих болести савременог човека, има врло често за последицу еректилну дисфнкцију мушкараца.

Пети кључни фактор, који није детаљно испитиван, али на који несумњиво треба указати јесу последице хемизације пољопривреде. Високи приноси данас нису могући без употребе хербицида и пестицида, чије је штено дејство на репродуктивне способности у животињском свету већ доказано, па је практично немогуће да истоветан учинак немају и на човека. Њихово таложење у масним ткивима, вишеструко повећава негативан учинак хране која их садржи, док је и употреба хормона у тову стоке такође данас правило.

Утицај генетски модификоване хране у узгоју стоке, али и за исхрану људи, још увек није довољно испитан, а није познат ни њен утицај на репродуктивну способност. Органска производња хране у Србији би осим финансијског, због тога могла да има и изузетан здравствени и репродуктивни учинак.

Здравствена служба и мортинаталитет

О мртворођености говоримо када плод у материци након 28. недеље (по најновијим ставовима после 24. недеље) не показује знакове живота (срчану акцију и покрете), као ни након евакуације из материце. У Србији је 2004. било 419 мртворођене деце, а у 2005. је стопа мртворођености била 5/1000. У стопи мртворођености највеће учешће имају прематуруси (око 75%). Међу узроцима најчешће су аномалије материце и постелице, одлубљење постелице, инфекције и компликације са пупчаником. У највећем ризику су фетуси чије су мајке старије од 35 год., које су гојазне, пушачи или уживаоци психоактивних супстанци, затим деца тинејџерки и она из вишесплодних трудноћа. Објективнију слику даје перинатална смртност (број мртворођених + број умрле новорођенчади у првој недељи живота), што ће бити приказано у анализи морталитета.

Здравствена служба и морталитет

Други важан чинилац природног прираштаја, морталитет, такође је последњих година у порасту. Опадајући тренд је прекинут 2005.г., а неповољну слику додатно погоршава пораст смртности одојчади и пораст броја самоубистава. Позитиван

корективни фактор представља повећање просечне дужине живота 71,2 г. за мушкарце и 76,5 год за жене. Три водећа узрока смрти у Србији, на које отпада 80% смртности су:

- Кардиоваскуларне болести (52% мушког - углавном инфаркт срца и 62,8% женског становништва – претежни ЦВИ);

- Малигна обољења (22,3 % мушког и 17,5 % женског становништва);

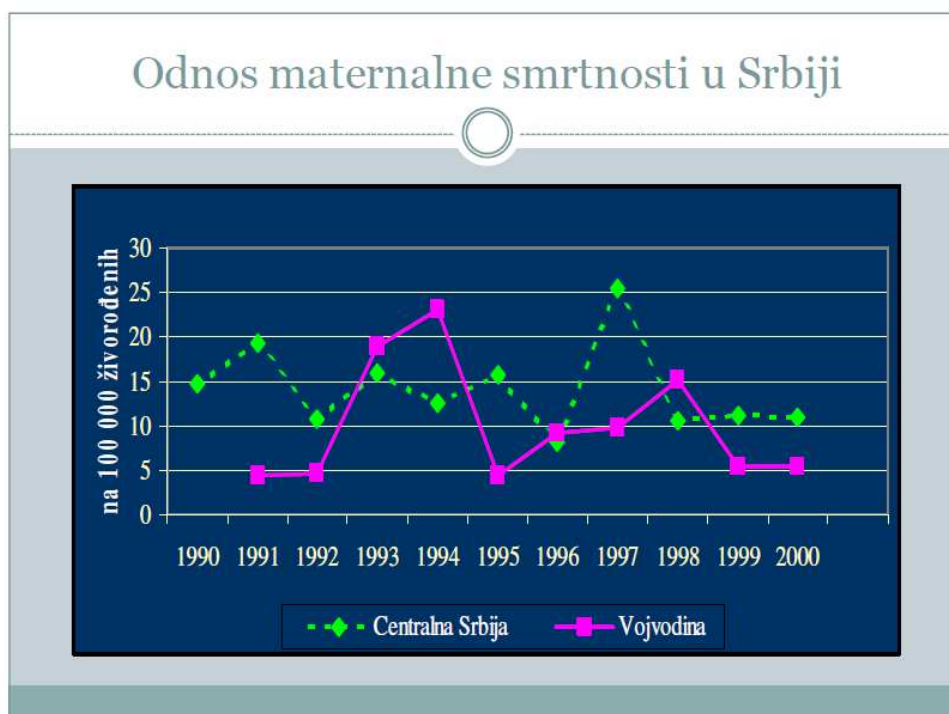
- Повреде и спољашњи узроци смрти (5,3 % код мушкараца), односно болести дисајних органа (код жена).

Специфичне стопе морталитета од значаја за природни прираштај су:

Матернални морталитет

Србија је, са 14 умрлих породиља на 100 000 деце, по смртности породиља на 41. месту у свету, заједно са САД и Белорусијом, али најмању смртност породиља имају Ирска, Италија и Босна и Херцеговина (3/100 000), што су подаци СЗО. Да су ови подаци приближно тачни говоре и подаци Института за јавно здравље Србије „Милан Јовановић Батут“, који су изнети у публикацији „Одабрани здравствени показатељи за 2005. годину“ да је матернални морталитет 13,85/100 000 живорођене деце. Међутим, познато је да не улазе све жене у трудноћу здраве, а висок проценат високоризичних трудноћа и просечна старост породиље су сигурно део објашњења за нашу земљу. Прееклампсија је у развијеним земљама одговорна за скоро половину броја умрлих породиља (којој претходе високе стопе гојазности, диабетеса и хипертензије), док су за сиромашније средине узроци смртности крварења, емболије и инфекције везане за порођај. Код нас, најчешћи узрок матерналне смртности су: крварење (34%), хипертензија (18%) и сепса (8%). Посебан проблем код исказивања матерналне смртности представља тачност евиденције. Иако се матернална смртност дефинише као смртност породиља до 42. дана од порођаја, чак 10% матерналних смрти се догађа после 42. дана, због чега се то не евидентира као матернална смртност. Један број трудница са компликованом трудноћом због хроничне болести се након порођаја, пребацује у другу здравствену установу у којој се догоди смрт, што се такође не региструје као матернални морталитет. Такође и жене у пуерперијуму које умру код куће се такође не исказују као матернални морталитет, тако да грешке у класификацији морталитета значајно утичу на тачност података. Тако према подацима WХО матернална смртност у Србији је 8/100 000, док према домаћим достиже до 17,6, што је у корелацији са земљама ЕУ (6,4/100 000) непримерено висок број (констатација коју је Проф. др Т. Вејиновић изнео на уводном предавању 56. Гинеколошкоакушерске недеље СЛД, која није у складу се подацима које је објавио „Батут“). Према подацима ИЗЈЗС

„Батут“ у периоду од 2000. – 2010. године матернални морталитет у Србији се увећао двоструко, па се поставља питање како то радимо на остварењу националног миленијумског циља да матернални морталитет до 2015.г. сведемо на 4,9/100 000. Један број породиља страда и због непостојања довољног броја јединица за интензивну негу у оквиру акушерске службе, односно њихове недовољне материјалне и кадровске опремљености.



Смртност одојчади (међународни термин инфантилни морталитет)

Смртност у првој години живота је дуго била показатељ социо-економских услова у којима живи нека популација, а и сада је мерило опште развијености неког подручја, као и рада педијатријске службе. Представља однос броја умрле одојчади и броја живорођене деце у једној години на хиљаду. За анализу смртности одојчади важна је подела на: перинатални морталитет (умирање непосредно пре рођења и после њега), неонатални (од рођења до краја првог месеца живота) и постнеонатални период (од навршених месец дана живота до краја 1. године живота), пре свега због различитих узрока смрти. У неонаталном периоду то су ендогени узроци (генетски фактори, конституција), док су у постнаталном периоду углавном егзогени узроци (инфекције и случајности). У условима ниске смртности одојчади, када су егзогени узроци смрти углавном елиминисани, смртност је доминантна у неонаталном периоду (и до 75%) јер је на ендогене узроке знатно теже утицати. У условима високе смртности одојчади

смртност је распоређена током целе прве године живота. У већини земаља са развијеним здравственим системом у Европи стопа смртности одојчади је 5/1000 и мање, а код нас је у 2011.г износила 6,3/1000. Према нашој статистици узроци умирања одојчади су: стања у порођајном периоду (65%), урођене наказности, деформитети и хромозомске аномалије, односно тзв. конгениталне аномалије (30%) и остали узроци смрти, највише поремећаји система за дисање (5%).

Перинатални морталитет

Стопа перинаталног морталитета у Србији је била 9,1 (2006.г) – 9,4 (2007.г), а просек у ЕУ је 5,6. Највећи број перинаталних смрти односи се на превремено рођену децу (прематуресе), чак 80%, затим на перинаталну асфиксију (углавном као последица респираторног дистрес синдрома) 34,5% (која је у паду) и конгениталне аномалије (које су у порасту). Узроци релативно високог перинаталног морталитета су:

- Велики број превремено рођене новорођенчади;
- Неадекватан транспорт новорођенчади;
- Лоша организација службе перинаталне заштите (последица несразмере броја порођаја и неравномерног распореда одељења за неонаталну интензивну негу по управним окрузима);
- Изостанак савремених метода лечења;

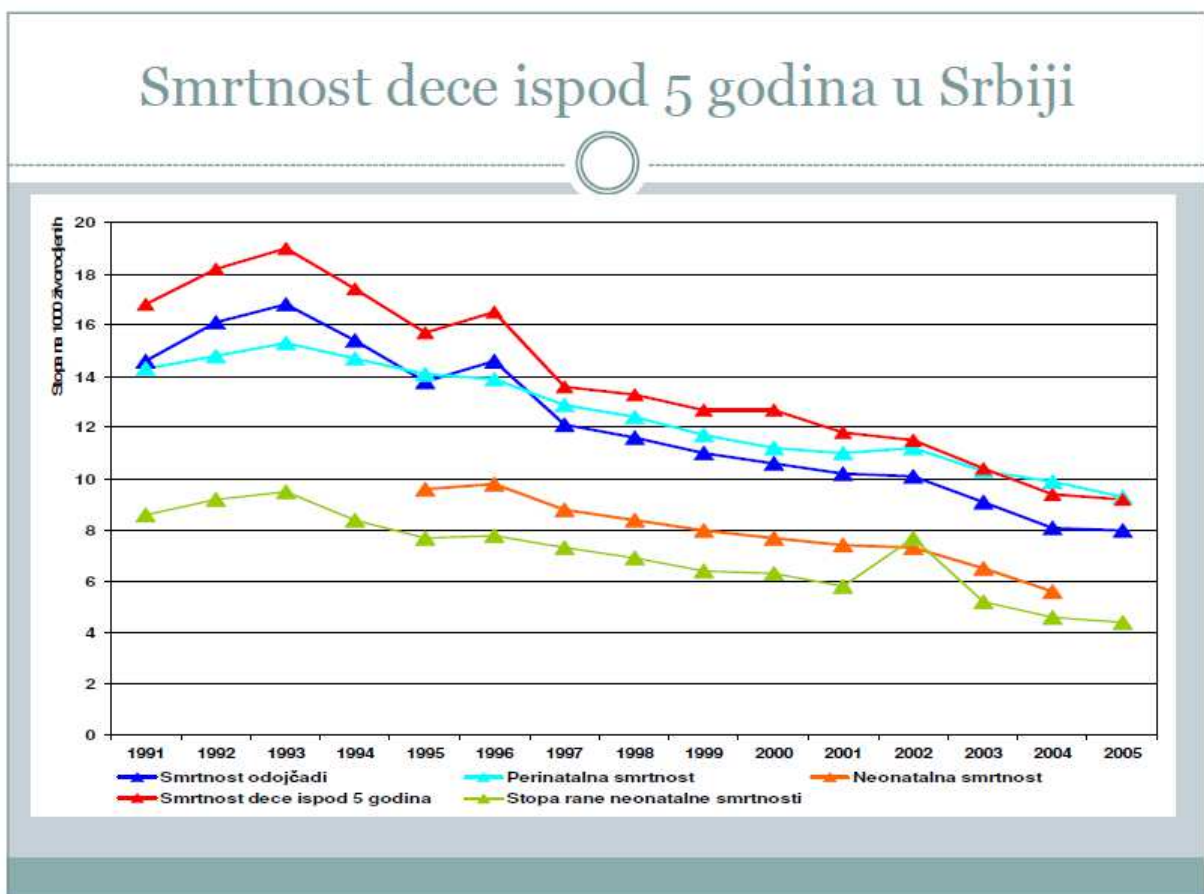
Значајно на проблем утиче постојећа мрежа здравствених установа, у којој је велики број породилишта са мање од 1000 порођаја годишње. У 40% породилишта у Србији роди се мање од 20% беба, док се у само 4, што је мање од 10% (2 у Београду и по 1 у Новом Саду и Нишу) роди 25 000 беба (око 30%). Национални циљ је смањење перинаталне смртности испод 6,5/1000 рођења, што захтева савремену територијалну организацију лечења и неге болесног новорођенчета, што подразумева следећу прогресивну тростепену негу:

- Основно збрињавање;
- Специјализовано збрињавање;
- Неонатална интензивна нега и терапија.

Неонатални морталитет

Према извештају WHO у оквиру неонаталног морталитета 25 – 50% неонаталних смрти се јавља у прва 24 h по рођењу, а 75% у првој недељи живота, дакле у оквиру перинаталног морталитета. Рана неонатална смртност и код нас је у складу са овим подацима. Разлози су скоро истоветни: прематуритет, мала или врло мала порођајна тежина, асфиксија (настала у време или непосредно око времена порођаја) и

респираторни дистрес синдром и интракранијално крварење које није узроковано повредом (опет најчешће као последица асфиксије) и инфекције (неонатална сепса). У Институту за неонатологију РС годишње се лечи око 1000 најугроженијих беба телесне тежине од 550 – 1500 г, које захтевају негу у инкубатору и помоћ респиратора. По изјави Проф др Шћепановића степен морталитета у установи је од 15,1% у 2009.г пала на 12,3% у 2012.г., док је у ЕУ око 5%. Смртност је повећана због непоседовања адекватног возила за транспорт и недовољног броја и амортизованости инкубатора (што је у међувремену поправљено). Прокламовани циљ - смањење неонаталне



смртности испод 3/1000 рођења, тешко је оствариво без одговарајућег опремања оваквих установа.

Морталитет адолесцената у Србији

Специфична стопа морталитета адолесцената у Србији је 32,08/100 000 адолесцената. Стопа морталитета младића је 2,5 пута већа него девојака, а морталитет старијих адолесцената је значајно виши у односу на млађе адолесценте. Стопа смртности адолесцената у нашој земљи је висока, посебно у групи старијих адолесцената (15 – 19 година) и то мушког пола. Узроци морталитета су:

- Повреде, тровања и спољашњи узроци смрти;

- Малигна обољења;

- Некохерентна група знакова, симптома и патолошких клиничких и лабораторијских налаза (што говори о лошем медицинском извештавању). Није било смртних случајева у вези са трудноћом и порођајем. Узроци смрти адолесцената су истоветни са онима у развијеним земљама. Висок је проценат адолесцената који умре ван здравствене установе, што говори о тежини повреда које су најчешћи узрок смрти. У $\frac{3}{4}$ случајева смрт адолесцената је било могуће превенирати.

Морталитет младих

Морталитет младих је 2000.г износио 74/100 000 за мушкарце и 36/100 000 за жене. Најчешћи узроци су тзв. спољни узроци (фрактуре и повреде, потом друге повреде и неке компликације). Стопа самоубистава варира од 5,5 – 8.5%. Млади у узрасту од 20. - 29. године живота чине 13,5% становништва и представљају узраст са највећим репродуктивним потенцијалом. Истовремено је у овој групи најмање обољевање и умирање (свака смртност у овом периоду сматра се превременом и превентабилном), али је висок степен здравственог ризика последица чињенице да око 50% њих пуши и повремено пије алкохол. Учешће психопатологије - депресивних стања (укључујући самоубилаштво) и поремећаји понашања (употреба психоактивних супстанци и делинквентног понашања), при чему се агресивна понашања све више испољавају као дела против тела и живота (туче и разбојништва као најагресивнији облици). Око 13% девојака узраста 20 – 25 г. имало је један или два абортуса, а свега $\frac{1}{2}$ посећује гинеколога ради контроле репродуктивног здравља.

Остали неповољни фактори

Сматра се да у Србији има око 360 000 алкохоличара (5% становника или 15% запослених), жена алкохоличара има око 120 000, а што је још горе међу њима има много младих људи. Скоро сваки четврти 16-тогодишњак у Србији редовно пије алкохол и по једној анкети у првом разреду средње школе 36,7% младића и 14,4 % девојака редовно пије алкохол. Од укупног броја лечених алкохоличара половину чине млади узраста од 25 – 30 г. Лечење траје 3–5 година (амбулантно или стационарно). 50% убица је убиство починило под дејством алкохола.

Процењује се да у Србији има око 20 000 уживалаца психоактивних супстанци, од којих око 100 годишње умире.

Трауматизам је на на 4. месту као узрок морталитета у Србији са стопом морталитета 110 - 120/100 000. Од тога 30% чине људи старости од 15 – 45 година,

дакле у репродуктивном добу. Структура повређивања је: 43% су самоубиства, 23 % саобраћајни трауматизам, 15 % остале повреде. У Србији 1500 људи годишње изврши самоубиство, а 150-оро деце погине у саобраћају.

У Србији 500 000 људи болује од хепатитиса Б и Ц, али само 20% њих зна да је болесно.

Велики број инвалидних лица (око 660 000 или 10% становништва) су углавном последица ратова у задњих 20 година јер је већи број младих мушкараца је изашао из рата са тешким физичким и менталним последицама, али је велики број у њима и погинуо. Инвалидна лица тешко долазе до партнера супротног пола, а још теже налазе посао, тако да најчешће нису у стању да издржавају ни себе а камо ли породицу, тако да су у великој мери искључена из процеса репродукције.

Потребно је поменути и потенцијално неповољно дејство (генотоксично, односно мутагено, тератогено и канцерогено) евентуално присутних тешких метала и других токсичних материја из околних држава. Довољно је сетити се продора црвеног муља дуж тока Тисе, али се не смеју занемарити ни последице ратних дејстава 1999.г. О здравственим ефектима нам говори рад Г. Релића и сар. објављен на 56. недељи Гинеколошкокоакушерске секције СЛД под називом „Да ли је занемарена опасност од дејства осиромашеног уранијума на здравље мајке и новорођенчади након ратних дејстава на Косову и Метохији?“ настао у склопу пројекта одобреног од Министарства науке Републике Србије е.бр. 145 110. Резултати ове десетогодишње ретроспективне студије несумњиво доказују постојање напред поменутих ефеката на територији КиМ. С обзиром да је подручје Проклетија једно од два кључна водна чворишта на Балкану, из кога се водом снабдева већина водотокова у Србији, као и напознату корозивност уранијума (20% годишње) и сигурног продора у подземне воде на том подручју, па и контаминацију биљака и животиња, неопходан је појачан здравствени надзор над храном и водом. Пре свега то се односи на прегледе при увозу меса са овог подручја и контролу присуства поменутих материја у водотоковима (најбоље мерењем њихове концентрације у муљу на хидроакумулацијама), што представља јефтин, али ефикасан метод контроле и заштите.

Здравствена служба и природни прираштај

Природни прираштај становништва представља основни показатељ демографске динамике у Србији. Стопа наталитета је испод стопе морталитета, па је природни прираштај негативан (- 5,2/1000). Његова општа карактеристика је константно опадање,

што је у директој вези са старењем становништва и биолошком регресијом, која не обезбеђује ни просту репродукцију. Основни узроци опадања природног прираштаја се могу категорисати на следећи начин:

- Опадање стопе наталитета
- Пораст стопе морталитета
- Интензиван процес старења демографске масе
- Погоршање општих услова живљења и висок проценат сиромаштва
- Смањење нивоа животног стандарда становништва (као последица тзв. деиндустријализације и незапослености)
- Промена друштвеног и породичног статуса жене
- Убрзани процеси урбанизације и гашења села

Економске последице изумирања становништва Србије се већ осећају, а драстично ће се стање погоршати у наредних 15 – 20 год. Већ сада је недовољан прилив средстава у здравствене и пензионе фондове, а стање ће се погоршати због даљег смањења прилива и повећања трошкова узрокованих само демографским збивањима. Узајамност деловања економског стања у држави и природног прираштаја се може сагледати кроз старосну пирамиду, из које се јасно види да је природни прираштај у Србији био највећи 50.-их година, које су биле године максималног привредног развоја у запослености, док је опадање било изразито током 90-х што корелира са ратовима и привредном кризом.

Зато само смањење укупне смртности, иако важан елемент израчунавања природног прираштаја (који је разлика између наталитета и морталитета) само одлаже проблем, док је смањење смртности у децјем узрасту, а пре свега фертилном периоду живота демографски ефикаснији начин да дође до побољшања. Практично то значи смањење основних узрока смрти међу младима (алкохолизам и наркоманија, као и трауматизам – првенствено саобраћајне несреће) и средовечнима (кардио и цереброваскуларне болести и малигнитет).

Здравствени савет Републике Србије је на седницама одржаним 11. октобра 2012. и 20. новембра 2012. године разматрао и усвојио Закључке о природном прираштају у Србији и задацима здравственог система.

ЗАКЉУЧЦИ

Природни прираштај у Србији и задаци здравственог система

После приказа и анализе демографске ситуације у Србији, са приказом механичких и природних кретања становништва, Здравствени савет је сагласан да постоји висок степен биолошке угрожености становништва у Србији, које је једно од најстаријих у свету. Узроци убрзаног старења становништва су:

1. Миграције (негативан миграциони салдо)
2. Пад фертилитета и његово дугогодишње задржавање на ниском нивоу
3. Низак наталитет
4. Висок морталитет
5. Негативан природни прираштај

Главни отежавајући фактор представља чињеница да се овакав демографски развој одвија у условима дубоке економске кризе, која траје веома дуго. Но, без обзира на то, актуелна демографска ситуација намеће као неопходност хитну и организовану друштвену акцију јер је ниво рађања 30% испод потреба простог обнављања становништва.

За очување и евентуални пораст броја становника Србије у наредних 50 година, пораст плодности је неопходан, али не и довољан услов јер много значајнију компоненту представља спољна имиграција. Најбољи демографски учинак би био постигнут комбинацијом пораста плодности становништва и имиграцијом, а очување националног састава становништва би се могло обезбедити једино повратком становника који су претходно емигрирали из Србије. На механичка кретања становништва здравствена служба у Србији нема никакав утицај, а здравствени радници чине у значајном броју саставни део оног становништва које је емигрирало (са тенденцијом повећања њиховог броја). Значајан утицај међутим, здравствена служба може остварити на природна кретања становништва, а посебан значај у њеном раду треба да има здравствена заштита оног дела становништва које може да највећи

репродуктивни учинак. У том смислу, млади су кључни ресурс за опстанак и развој друштва које убрзано стари. Међутим, у време економске, финансијске, па и политичке кризе, млади представљају најрањивију друштвену групу, која бива најчешће маргинализована и представљена као проблем, а не као потенцијал и позитивна развојна снага (признаје им се само физичка, али не и соцојална зрелост). И сама здравствена служба се до сада овим делом популације, као најздравијим, само спорадично бавила, док је главна пажња била усмерена на здравствену заштиту деце.

Стратегију, па и акциони план држава је већ донела и дефинисала кроз низ докумената (домаћих и међународних) и законских решења, као и подзаконских аката. Најзначајнији за ову тему су: Стратегија за управљање миграцијама Сл. гл 55/05 и 71/05 са исправкама у 71/05 и 65/08, Стратегија подстицања рађања Сл.гл. 55/05 и 71/05 исправка у 101/07, Национална стратегија за младе Сл.гл. 55/08 и Стратегија јавног здравља Сл.гл. 55/05, 71/05 и исправке 101/07 и 65/08. Главни елементи ових стратегија обједињени су кроз Уредбу о националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине (Сл. гласник РС бр.28 од 24.04.2009.г.), чији је саставни део Национални програм здравствене заштите жена, деце и омладине. С обзиром на свеобухватност Националног програма, Здравствени савет Србије сматра да је у циљу бржег и ефикаснијег повећања природног прираштаја, неопходно да се поједини делови Националног програма издвоје као приоритетни. Имајући у виду сложеност политичке, економске и пре свега финансијске ситуације у држави, предлози су превасходно усмерени на организационе корекције у оквиру здравствене службе, док се набавка неопходне опреме може финансирати прикупљањем средстава организованом друштвеном акцијом. Подразумева се, да и држава са своје стране мора да обезбеди одговарајући економски и психо-социјални амбијент за поправљање демографске ситуације, са којим би делатност здравствене службе била у корелацији. У том смислу Здравствени савет Србије предлаже следеће:

I Мере државе усмерене на повећање природног прираштаја:

- Смањивање емиграције из Србије и стварањем услова за повратак младих људи и њихових породица спровођењем економске стабилизације.

- Равномернији економски развој и повећано запошљавање младих (пре свега жена у подручјима изражене депопулације) уз повлашћен радно правни третман трудница (посебно у приватном сектору).

- Промену перцепције животног успеха и промоцију породице и потомства, као једног од елемената успеха у животу (кроз ненаметљив и селективан систем образовања и васпитања, као и деловање медија).

- Доношење стратегије за подстицање рађања са одговарајућим финансијским, пореским, радноправним, економским, социјалним и другим мерама (најмање мерама за смањење економске цене родитељства и помоћ незапосленим мајкама и женама које роде у току школовања).

- Обавезност превентивних прегледа и личну одговорност појединца за сопствено здравље и популациона едукација.

- Спречавање саобраћајног трауматизма, сузбијање насилничког понашања и злоупотребе психоактивних супстанци.

- Отклањање узрока инвалидности и смањење инвалидности.

- Повећану контролу здравствене исправности хране и воде за пиће (са посебним нагласком на супстанце које могу имати токсично, тератогено, генотоксично, односно мутагено и канцерогено дејство - тешки метали и генетски модификована храна) и орјетацију на органску производњу хране и запошљавање у тој области.

II Мере здравствене службе усмерене преваходно на повећање природног прираштаја са циљевима:

- Да у репродукцији учествује максималан број становника са очуваном способношћу за вишеструко добијање потомства.

- Да се смањи смртност деце и људи у фертилном добу живота (превенирати трауматизам - углавном саобраћајни, уживање психо активних супстанци, кардиоваскуларне болести и малигнитет).

- Да буду обезбеђени услови за повољан перинатални исход (надзором над здрављем труднице, стручно изведеним порођајем у адекватно опремљеној служби, уз пратећу опремљену и добро обучену неонатолошку службу).

То подразумева следеће активности по дефинисаним категоријама становништва:

а) *Адолесценти и млади*

- Смањење смртности адолесцената и младих (посебно жена у фертилном периоду).

- Очување фертилитета адолесцената и младих (првенствено смањењем броја намерних прекида нежељене трудноће и полно преносивих болести).

- Очување и унапређење репродуктивног здравља адолесцената и младих, посебно жена у фертилном периоду (уз коришћење досадашњих искустава развијене мреже саветовалишта за младе).

- Благовремено откривање и лечење сексуалних дисфункција и стерилитета, као и скрининг на малигнитет и полно преносиве болести, које могу имати утицаја на фертилност и доношење потомства (инфекције хуманим papilloma virusom, chlamidion trachomatis и гениталним микоплазмама).

- Развијања посебних програма здравствено-васпитног и саветовалишног рада намењених адолесцентима и младима у оквиру здравствене службе (примарна превенција у оквиру педијатријских развојних саветовалишта и саветовалишта за адолесцентну гинекологију и контрацепцију – која је рационално објединити као саветовалишта за младе и секундарна превенција у оквиру служби за очување менталног здравља).

б) *Труднице*

- Преконцепциона припрема (контрола општег здравственог стања и регулација тежине, скрининг на малигнитет, откривање и лечење инфекција, премедикација фолном киселином, откривање наследних оптерећења и ризика са упућивањем у генетско саветовалиште).

- Савремен надзор над трудноћом и праћење развоја плода, са обухватом трудница од најмање 85% у првом триместру трудноће и раним откривањем ризичних трудноћа, које правовремено треба упутити на виши ниво здравствене заштите.

- Посебну пажњу у оквиру надзора над трудноћом захтева рано откривање хромозомопатија и урођених аномалија (минимум УЗ преглед и Дабл тест између 11. и 14. недеље трудноће, код свих трудница) и спречавање прематуритета (при чему би домаћа производња прогестерона за оралну и вагиналну примену значајно појевтинила лечење).

- Психофизичка припрема за порођај и школа родитељства.

в) *Жене у току и након порођаја*

- Дobar мониторинг (UZ и CTG) и кадар са оптималним клиничким искуством које гарантује квалитет рада и исправност клиничке процене у породилиштима (акушери и особље из породилишта са мање од 500 порођаја годишње немају довољно радног искуства и потребан степен клиничке вештине, што се мора надокнадити одговарајућом континуираном едукацијом).

- Смањење перинаталне и неонаталне смртности (материјалним и кадровским опремањем неонатолошке службе при породилиштима – пре свега: бар по 1 неонатолог у породилишту, које такође мора имати и реанимациони сто за новорођенчад, као и обезбеђивање одговарајућег броја специјално опремљених возила за транспорт превремено рођене деце и животно угрожене новорођенчади у специјализоване здравствене установе терцијерног нивоа).

- Смањивање матерналне смртности (материјално и кадровско опремање интензивне неге при породилиштима).

- Обухват бабињара најмање 95% са 3 – 4 посете у првих месец дана, а прва по изласку из породилишта.

г) *Целокупна основна и превентивна здравствена заштита*

- Промоција здраве хране и здравих стилова живота, уз очување менталног здравља (превенција гојазности, депресије, насиља и употребе психоактивних супстанци).

- Превенција кардиоваскуларних и малигних обољења, уз организовани скрининг, и осталих хроничних незаразних болести.

Усвојени Закључци Здравственог савета Србије у вези природног прираштаја у Србији и задацима здравственог система постављени су на интернет страницу ЗСС и достављени на разматрање Министарству здравља Републике Србије.

ЕФЕКТИ ПРОГРАМА РАЦИОНАЛИЗАЦИЈЕ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ-ПЕТ ГОДИНА ПОСЛЕ ПРОМЕНА

Здравствени савет Републике Србије је на седници одржаној 20. новембра 2012. године разматрао Ефекте програма рационализације стоматолошке здравствене заштите и усвојио Предлог мера за унапређење стоматолошке здравствене заштите у Србији.

**ЕФЕКТИ ПРОГРАМА РАЦИОНАЛИЗАЦИЈЕ СТОМАТОЛОШКЕ
ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ-ПЕТ ГОДИНА ПОСЛЕ ПРОМЕНА
МИРЈАНА АПОСТОЛОВИЋ, МИЛОРАД КОВАЧЕВИЋ, САНДРА
ШИПЕТИЋ ГРУЈИЧИЋ**

УВОД - ЗАКОНСКЕ ОДРЕДБЕ

Законом 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, 18/2002, 80/2002 – др. Закон, 45/2005 и 101/2005 и 101/2005 – др. Закон), било је предвиђено, да се обавезним здравственим осигурањем обезбеђује здравствена заштита која обухвата следећи Обим и садржај здравствене заштите:

Члан 18

- 1) медицинске мере и поступке за унапређивање здравственог стања, односно спречавање, сузбијање и рано откривање болести и других поремећаја здравља;
- 2) лекарске прегледе и друге врсте медицинске помоћи у циљу утврђивања, праћења и проверавања здравственог стања;
- 3) лечење оболелих и повређених и друге врсте медицинске помоћи;
- 4) превенцију и лечење болести уста и зуба;
- 5) медицинску рехабилитацију у амбулантно-поликлиничким и стационарним условима;
- 6) лекове, помоћни материјал који служи за примену лекова и санитетски материјал потребан за лечење;
- 7) протезе, ортопедска и друга помагала; помоћне и санитарне справе, стомато-протетску помоћ и стоматолошке материјале.

Законом о здравственом осигурању („Сл. Гласник РС“, бр. 107/2005 и 109/2005 – испр.) у члану 17. се набрајају лица, која спадају у круг осигураника , а у члану 35. став 1. тачка 4. који говори о мерама превенције и раног откривања болести, се наводи, да се осигураним лицима, ради очувања и унапређења здравља, спречавања, сузбијања и раног откривања болести и других поремећаја здравља, обезбеђују **мере превентивне стоматолошке и профилактичке мере за превенцију болести уста и**

зуба код трудница и деце до навршених 18 година живота, као и старијих лица која су тешко душевно или телесно ометена у развоју.

Законом о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању („Сл. Гласник РС“, бр. 57/2011) и то чланом 12. наведеног Закона, је предвиђено, да се: Члан 41. тачка 1. мења и сада гласи:

Осигураним лицима обезбеђују се прегледи и лечења болести уста и зуба у амбулантно-поликлиничким и стационарним условима и то најмање:

1) преглед и лечење болести уста и зуба код деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања а најкасније до навршених **26 година живота**, старијих лица која су тешко телесно или душевно ометена у развоју, као и лица са тежим урођеним или стеченим деформитетом лица и вилице;

2) прегледи и лечење болести уста и зуба, изузев протетског збрињавања, код жена у вези са трудноћом и 12 месеци после порођаја;

3) указивање хитне стоматолошке здравствене заштите за одрасле;

4) прегледи и лечење болести уста и зуба, изузев протетског збрињавања, пре трансплантације бубрега, односно операција на срцу;

5) прегледи и лечење болести уста и зуба у оквиру преоперативног и постоперативног третмана малигних болести максилофацијалног предела;

6) ургентни стоматолошки и хируршки прегледи и лечење повреда зуба и костију лица, укључујући примарну реконструкцију остеосинтетским материјалом;

7) израда акрилатне тоталне и субтоталне протезе код особа старијих од 65 година живота;

8) неопходан стоматолошки третман, укључујући и фиксне ортодонске апарате у оквиру преоперативног и постоперативног третмана код особа са урођеним и стеченим тежим деформитетом лица и вилице;

9) израда протетских надокнада лица и вилице (интраоралне постресекционе протезе и протезе лица) у оквиру посттуморске рехабилитације и реконструкције, укључујући и имплантате за њихово учвршћивање;

10) прегледи и лечење болести уста и зуба код лица код којих је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега нису у могућности да самостално обављају активности из свакодневног живота;

11) прегледи и лечење болести уста и зуба осигураника из члана 22. овог закона.

Лицима из става 1. тач. 10) и 11) овог члана обезбеђује се право на прегледе и лечење болести уста и зуба ако су приходи осигураног лица испод цензуса утврђеног актом из члана 22. став 2. овог закона.

Ово излагање садржи податке о здравственим установама које се налазе у Плану мреже здравствених установа и кадровима запосленим у њима, а сачињени су на основу извештаја ових служби. Подаци за установе које нису у Плану мреже здравствених установа нису приказани.

Коришћена литература:

- Здравствено-статистички годишњак Републике Србије из 2005. 2007 и 2010. године
- Подаци стоматолошке Коморе Републике Србије о структури стоматолога у државном и приватном сектору
- Здравље становника Србије. Институт за јавно здравље Србије. „Др Милан Јовановић Батут”: АНАЛИТИЧКА СТУДИЈА 1997 - 2007. Београд 2008

Подаци који ће бити приказани у овом излагању компарирани су, у неколико наврата, са подацима службе медицинске и фармацеутске здравствене заштите како би се упоређивањем добила реалнија слика о стању стоматолошке здравствене заштите пет година после промена.

СТОМАТОЛОШКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ПРЕДШКОЛСКЕ, ШКОЛСКЕ ДЕЦЕ И ОДРАСЛОГ СТАНОВНИШТВА

Закон о здравственом осигурању из 2005 и 2011. године је увео промене у финансирању стоматолошке здравствене заштите и последице тих промена су најочигледније у великом смањењу коришћења стоматолошке здравствене заштите одрасле популације старије од 18 година.

Стоматолошка здравствена заштита предшколске деце

У периоду 1997-2007. просечан број годишњих посета предшколске деце је био око 450.000. У овом периоду забележен је пад првих посета што говори о смањењу обухвата превентивним и контролним стоматолошким прегледима.

Број пломбираних зуба без лечења био је највећи 2007. године, али је 2007. број лечених зуба био мањи за једну трећину него 1997. године.

Дошло је до смањења броја стоматолога који раде са предшколском децом, са 307 у 1997. на 210 у 2007. години. Забележен је пораст оптерећености стоматолога са 1488 посета по стоматологу у 1997. години, на 2217 у 2007. години.

Стоматолошка здравствена заштита школске деце

Стоматолошка здравствена заштита школске деце је организована и пружа се у здравственим установама, али више у амбулантама просторно смештеним у школама основног и средњег образовања.

Ова категорија деце има најбоље организовану стоматолошку здравствену заштиту.

Број терапијских стоматолошких услуга конзервативног збрињавања каријеса, током једне посете, се није битно мењао од 1997-2007. године.

Међутим, ендодонтско лечење зуба се континуирано смањивало, што може да се тумачи и адекватном санацијом утврђених обољења пре настанка компликација каријеса или чињеницом да се ендодонтско лечење зуба наплаћује и код школске деце.

У периоду од 1997-2007. године долази до опадања броја извађених зуба. Међутим, и даље је неприхватљиво велики број извађених зуба у овој старосној групи.

Најмање је било варијација броја запослених стоматолога који раде са школском децом од 1997-2007. г.

Забележена је повећана оптерећеност стоматолога у 2006. и 2007. години због промене начина финансирања у стоматолошкој здравственој заштити. Стоматолозима који раде са децом су примања зависила од броја и врсте дневно пружених и евидентираних стоматолошких услуга.

На основу епидемиолошког истраживања стања здравља сталних зуба код школске деце пет места у Србији, које је урадио тим лекара са Клинике за дечју и превентивну стоматологију Стоматолошког факултета из Београду 2007/2008. године, у

таб. 1 може се констатовати да добијени подаци о просечном броју оболелих сталних зуба код школске деце Србије је у поменутиим узрастима прилично висок. То потврђују и подаци који су добијени на скоро 10% узорку школске деце Града Ниша у 2011. години (Таб.1).

Таб.1 Просечан број оболелих стални зуба код школске деце Србије 2007/2008. године и код школске деце Ниша 2011. године

МЕСТО	6 година		12 година		15 година	
	Са свим здравим сталним зубима (%)	КИП* сталних зуба	Са свим здравим сталним зубима (%)	КИП сталних зуба	Са свим здравим сталним зубима (%)	КИП сталних зуба
СРБИЈА 2007/2008.	86.8%	0.2	25.3%	2.8	11.3%	5.6
НИШ 2011.	72%	0.5	23%	2.60	13%	4.95

*(КИП) Каријес индекс просек

Последњих година резултати бројних епидемиолошких студија, показују да је „тиха“ епидемија каријеса готово заустављена у земљама Западне Европе и САД-а. КИП је код деце од 12 година у: Великој Британији 0,9; Данској 0,9; Швајцарској 0,9; Француској 1,9; Скандинавским земљама 1,2.

У земљама Источне и Југоисточне Европе регистрован је већи број оболелих сталних зуба по једном детету у дванаестој години у: Русији 3,7; Пољској 3,8; Бугарској 4,4; Мађарској 3,8. У Србији је КИП код дванаестогодишњака (2007/8.) био 2,8, а код петнаестогодишњака 5,6 .

Стоматолошка здравствена заштита одраслог становништва

ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ СА ВИСОКОМ СТРУЧНОМ СПРЕМОМ (СТОМАТОЛОЗИ) У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

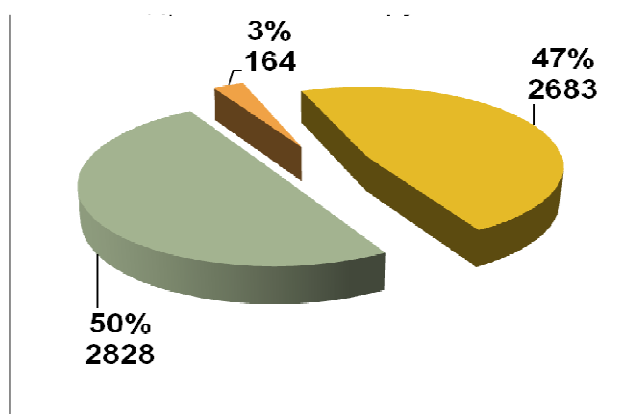
У републици Србији је у периоду 2005-2010. године дошло до смањења броја стоматолога за 838 (- 27,21%) и то нешто више у централној Србији него у Војводини (Таб.2).

Таб.2 Број/процент доктора стоматологије у Републици Србији 2005-2010. године

Стоматолози	2005	2007	2010
Република Србија	3080	2307	2242 (-838) -27,21%
Централна Србија	2328	1739	1674 (-654) -28,09%
Војводина	752	568	568 (-184) -24,47 %

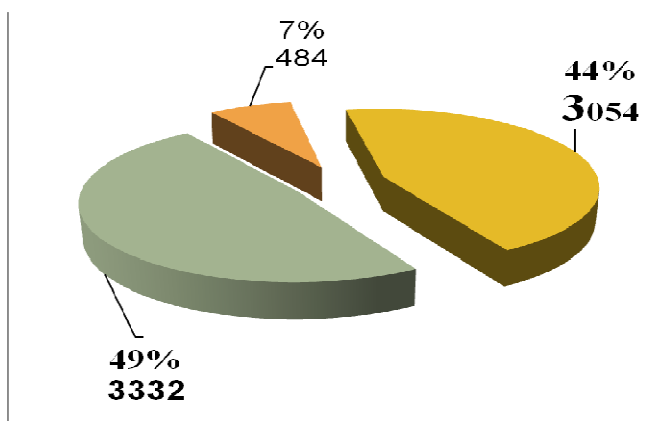
СТРУКТУРА РЕГИСТРОВАНИХ СТОМАТОЛОГА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ (СТОМАТОЛОШКА КОМОРА СРБИЈЕ 2008-2010)

У стоматолошкој Комори Србије (СКС) 2008 године регистрована је следећа структура стоматолога: у приватном сектору било је 2828 (50%) стоматолога, у државном сектору 2683 (47%), а стоматолога без лиценце било је 164 (3%) (Граф.1).



Граф.1 Структура регистрованих стоматолога у Републици Србији 2008. године

У 2010. години незнатно се смањило број стоматолога у приватном сектору 49% али се за 3% смањило се број стоматолога у државно сектору . У периоду 2008-2010. године повећан је, за више него дупло, за 7% број стоматолога без лиценце 484 (Граф.2).



Граф.2 Структура регистрованих стоматолога у Републици Србији 2010. године

Структура стоматолога у приватном сектору 2008. и 2010.

У периоду 2008-2010. године дошло је до пораста броја регистрованих стоматолошких ординација, 658 (+29,10%), али је у овом периоду дошло до смањења броја запослених стоматолога у приватним ординацијама за 154 (-27,16%) (Таб.3)

Таб.3 Структура стоматолога у приватном сектору

	2008	2010
Број регистрованих ординација	2261	2919 (+658) +29,10%
Запослени у приватним ординацијама	567; 20%	413; 12% (-154) ; -27,16%

У посматраном периоду од 2005-2010. године број дипломираних доктора стоматологије у Републици Србији био је 2787 (Таб.4)

Таб.4 Број дипломираних доктора стоматологије у периоду 2005-2010. године

ДИПЛОМИРАНИ ДОКТОРИ СТОМАТОЛОГИЈЕ	2005-2010. ГОДИНА
БЕОГРАД	1603
НИШ	514
НОВИ САД	362
КОСОВСКА МИТРОВИЦА	120
ПАНЧЕВО (2007-2010)	188
УКУПНО	2787

***ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ СА ВИСОКОМ СТРУЧНОМ СПРЕМОМ
(МЕДИЦИНА) У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ***

У поменутом периоду (2005-2010. године) у служби медицинске здравствене заштите дошло је до пораста броја доктора медицине за 1513 (+7,74%) и то је нешто већи број/процент у централној Србији (+8,54%) у односу на Војводину (+5,10%) (Таб. 5)

Таб.5 Број/процент доктора медицине у Републици Србији 2005-2010. године

<i>Медицина</i>	<i>2005</i>	<i>2007</i>	<i>2010</i>
Република Србија	19541	20066	21054 (+1513) +7,74%
Централна Србија	14990	15488	16271 (+1281) +8,54%
Војводина	4551	4578	4783 (+232) +5,10%

Када је реч о магистрима фармације такође је, у поменутом периоду, дошло до повећања броја/процента за (+217) **+11,93%** али нешто више у Војводини за (+62) **+15,50%** у односу на центраалну Србију (+155) **+10,92%** (Таб.6).

Таб.6 Број/процент магистра фармације у Републици Србији 2005-2010. године

<i>Фармација</i>	<i>2005</i>	<i>2007</i>	<i>2010</i>
Република Србија	1819	1947	2036 (+217) +11,93%
Централна Србија	1419	1526	1574 (+155) +10,92%
Војводина	400	421	462 (+62) +15,50%

Упоредивањем процената упуслених здравствених радника са високом стручном спремом у Републици Србији од 2005-2010. године у служби медицинске здравствене заштите дошло је до повећања упуслености за 2,7%, у служби стоматолошке здравствене заштите до смањења за 3,6%, а у фармацеутској здравственој заштити до повећања за 0,5% (Таб. 7)

Таб. 7 Процент здравствених радника са високом стручном спремом у Републици Србији 2005-2010. година

	2005 %	2007 %	2010 %
Др медицине	<i>75,3</i>	<i>77,5</i>	<i>78 (+2,7)</i>
Др стоматологије	<i>11,9</i>	<i>8,9</i>	<i>8.3 (-3,6)</i>
Магистри фармације	<i>7</i>	<i>7,5</i>	<i>7,5 (+0,5)</i>
Остали	<i>5,8</i>		<i>6,2 (+0,4)</i>

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА ПРИМАРНОМ НИВОУ У СРБИЈИ

Здравствени радници у стоматолошкој служби 2005., 2007. и 2010. године

Анализом стоматолошке здравствене заштите одраслог становништва, на примарном нивоу, упоређиван је број следећих категорија здравствених радника са високом и средњом стручном спремом у 2005., 2007. и 2010. години: укупно стоматолога, доктори стоматологије, доктори стоматологије на специјализацији, доктори стоматологије специјалисти, зубни техничари и зубни асистенти. У табелама 8, 9 и 10 је приказан број здравствених радника са високом стручном спремом у поменутих годинама.

Таб.8 Број стоматолошких здравствених радника у 2005. години у Републици Србији (Централној Србији и Војводини)

	<i>Укупно</i>	<i>Доктори стоматолог.</i>	<i>Доктори стоматолог. на специјал.</i>	<i>Доктори стоматол. Специјалисти</i>	<i>Зубари</i>	<i>Зубни технич.</i>	<i>Зубни асистенти</i>
<i>Република Србија</i>	<i>3029</i>	<i>1246</i>	<i>177</i>	<i>1606</i>	<i>58</i>	<i>1452</i>	<i>3148</i>
<i>Централна Србија</i>	<i>2272</i>	<i>775</i>	<i>143</i>	<i>1354</i>	<i>55</i>	<i>1041</i>	<i>2397</i>
<i>Војводина</i>	<i>757</i>	<i>471</i>	<i>34</i>	<i>252</i>	<i>3</i>	<i>411</i>	<i>751</i>

Таб.9 Број стоматолошких здравствених радника у 2007. години у Републици Србији (Централној Србији и Војводини)

	Укупно	Доктори стоматолог.	Доктори стоматолог. на специјал.	Доктори стоматол. Специјалисти	Зубари	Зубни технич.	Зубни асистенти
Република Србија	2374	1026	114	1234	6	955	2412
Централна Србија	1788	638	85	1065	5	710	1838
Војводина	586	388	29	169	1	245	574

Таб.10 Број стоматолошких здравствених радника у 2010. години у Републици Србији (Централној Србији и Војводини)

	Укупно	Доктори стоматолог.	Доктори стоматолог. на специјал.	Доктори стоматол. Специјалисти	Зубари	Зубни технич.	Зубни асистенти
Република Србија	2318	983	81	1254	51	873	2362
Централна Србија	1741	607	57	1077	51	634	1801
Војводина	577	376	24	177	0	239	561

На графконима 3,4,5 и 6 дат је приказ броја здравствених радника са високом стручном спремом (др стоматологије) од 2005-2010. године.



Граф.3 Укупно стоматолога 2005-2010. г



Граф.4 Укупно др стоматологије 2005-2010.г



Граф.5 Укупно др на специјализацији 2005-2010.г



Граф.6 Укупно др специјалиста 2005-2010.г

Здравствени радници (средња стручна спрема) у стоматолошкој служби

У табели 11 и на графиконима 7 и 8 дат је приказ броја здравствених радника са средњом стручном спремом у периоду 2005-2010. година у Републици Србији.

Таб.11 Број стоматолошких здравствених радника са средњом стручном спремом у периоду 2005-2010. у Републици Србији

Република Србија	Зубни техничари	Зубни асистенти
2005	1452	3148
2007	955	1412
2010	873	2362



Граф.7 Број зубних техничара у периоду 2005-2010. Граф.8 Број зубних асистената у периоду 2005-2010.

У циљу анализе пружених стоматолошких услуга у примарној здравственој заштити у периоду 2005-2010. године упоређиван је број следећих активности и интервенција: укупан број посета стоматологу, број првих посета, пломбирање зуба без лечења, пломбирање зуба са лечењем, број извађених зуба, остале хируршке интервенције, број издатих покретних зубних протеза, број фиксних зубних протеза, број ортодонтских апарата као и лечење меких ткива уста.

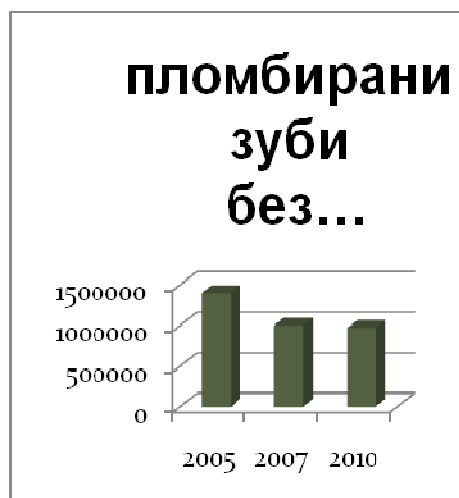
Подаци су приказани у табели 12 и на графиконима 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 и 18.

Таб.12 Број стоматолошких услуга у примарној здравственој заштити у периоду 2005-2010. у Републици Србији

Република Србија	Укупно посете	Прве посете	Пломб. зуби без лечења	Пломб. зуби са леч.	Извађени зуби	Остале интерв.	Покретне протезе	Фиксне протезе	Ортод.	Лечење меких ткива
2005	6.189830	2.520314	1.397409	482357	1.240860	789206	84941	52200	585959	784618
2007	4.474986	1.522289	1.001423	253438	746414	634945	56997	34507	580530	304328
2010	5.070413	1.449270	968763	252347	712260	791479	81515	44219	467011	336013



Граф 9 Број укупних посета у периоду 2005-2010. г. Граф 10 Број првих посета у периоду 2005-2010.г



Граф 11 Број пломб. зуба без лечења 2005-2010.г Граф 12 Број пломб. зуба са лечењем 2005-2010.г



Граф 13 Број извађених зуба 2005-2010.г



Граф 14 Број осталих хирур. интервенција 2005-2010.г .



Граф 15 Број покретних протеза 2005-2010. г



Граф 16 Број фиксних протеза 2005-2010.г



Граф 17 Број ортодонтских апарата 2005-2010. г .



Граф 18 Број лечења меких ткива 2005-2010.г

У приказаној табели 12 и графиконима од 9-18 евидентан је пад броја пружених стоматолошких услуга од -18,08 до -57,17% у периоду од 2005-2010. године, са

изузетком „остале хируршке интервенције“ (+0,29%) за које су пацијенти добијали упуте, као и издат број „акрилатних тоталних и субтоталних протеза код особа старијих од 65 година живота“ (-4,03%) које су обухваћене Законом о здравственом осигурању из 2005 и 2011. године

ЗАКЉУЧАК

Да ли се изменама Закона о здравственом осигурању из 2005. и 2011. које су се односиле на стоматолошку здравствену заштиту постигло оно што се желело?

- Стоматолошка здравствена заштита становника Републике Србије је на основу изнетих података знатно редукована.
- Здравље уста и зуба би требало данас, а сигурно је да треба и на даље да буде на знатно вишем нивоу.
- У стању када је већина грађана Србије прилично материјално угрожена, овим изменама закона које се односе на стоматолошку здравствену заштиту, према којима се све услуге плаћају (са малим изузетцима), становништво Србије ускраћено је за један веома важан аспект здравствене заштите.

ПРЕДЛОГ МЕРА ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ СТОМАТОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ДЕЦЕ И ОДРАСЛИХ У СРБИЈИ

Интервенције у примарној здравственој заштити на терет фонда здравственог осигурања

У дечјој популацији

- Примена програма превентивне стоматолошке здравствене заштите код деце и омладине, што би у будућности многоструко смањило трошкове лечења каријеса и комплокације истих.
- Редуковати цене ортодонских апарата код деце.

У популацији одраслих

- Један стоматолошки преглед годишње и један контролни преглед , по потреби.
- Пломбирање примарних кариозних лезија, без лечења компликација каријеса.
- Екстракције зуба са пародонтопатијом и у случају медицинске индикације.
- Покретне, парцијалне и тоталне зубна протезе, без обзира на старост пацијента, на три године.
- Дијагностика и терапија акутних обољења меких ткива усне дупље.
- Уклањање меких и чврстих наслага са зуба једампут годишње уз контролу одржавања оралне хигијене.
- Одобрити да стоматологи из установа примарне здравствене заштите упуте пацијенте на допунске прегледе и лечење у Клинике са секундарним и терцијарним нивоом здравствене заштите.
- Омогућити да у свим наставним базама Стоматолошког факултета у Београду и стоматолошким Клиникама Медицинских факултета у Новом Саду, Нишу, Крагујевцу и Косовској Митровици све интервенције које пружају студенти на клиничким вежбама буду за пацијенте бесплатне.

Студенти на вежбама стичу вештине које су им у будућем раду неопходне, али због плаћања свих стоматолошких услуга (са малим изузетцима) редукована је

практична настава студената тако да дипломирају са мање практичног знања и вештина.

Овим предлогом мера за унапређење стоматолошке здравствене заштите би пацијети од дечјег доба до пуне старости имали више здравља уста и зуба, што би се сигурно одразило и на опште здравље становништва Републике Србије, а овај сегмент здравствене заштите сигурно добио место који му припада.

РАЗМАТРАЊЕ ПРЕДЛОГА ЗАКОНА О ЗАШТИТИ И УНАПРЕЂЕЊУ ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА

Министарство здравља Републике Србије је дана 31. 10. 2012. године доставило Здравственом савету Србије Нацрт Закона о о заштити права пацијената, ради евентуалних предлога и сугестија. Седници ЗСС одржаној дана 20. новембра 2012.године из Министарства здравља присуствовали су: Славица Ђукић Дејановић, министар здравља, државни секретари, помоћници министра и представници Радне групе Министарства здравља за доношење Закона о заштити права пацијената. Проф.др Драган Савић, члан ЗСС, започео је дискусију у вези Нацрта овог Закона и изнео мишљење и предлоге ЗСС који су усвојени од стране горе наведене Радне групе Министарства здравља.

ПРЕДЛОГ ИЗРАДЕ СТУДИЈЕ

„АНАЛИЗА ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ПРЕДЛОЗИ ЗА ПОБОЉШАЊЕ“

Здравствени савет Србије, полазећи од чињенице да постоје вишедеценијски проблеми у области финансирања здравственог система, да се проблеми мултипликују и доводе у питање функционисање самог система, формирало је посебну радну групу која би требала да предложи могућа решења. Радну групу чине чланови ЗСС, професори Економског факултета, Економског института, Медицинског факултета, РЗЗО итд.

Рок за израду студије је, уколико се обезбеде неопходна финансијска средства, шест месеци.

Основне напомене:

1. Здравствено стање становништва Србије има континуирани негативни тренд у последњих 20 година.
2. У последњих 30 година нису спроведене промене у начину финансирања и плаћања и организације рада здравствених установа.
3. Промене које су настале јачањем приватног сектора нису адекватно праћене званичним статистичким подацима о капацитетима и пруженим услугама.
4. Доносиоци одлука у земљи не располажу са потребним подацима о обиму издатака за здравству, учешћу издатака у Бруто Друштвеном производу (БДП), што замагљује слику о могућностима земље да адекватно одговори на будуће потребе у овој области.
5. Потребно је урадити анализе ефективности и ефикасности постојећих финансијских решења да би се сагледала могућа побољшања у области финансирања услуга.
6. Исказано незадовољство здравствених радника и пацијената садашњим квалитетом услуга је негативан чинилац који утиче на ефикасност здравствене заштите зато је потребно ускладити систем награђивања са критеријумима квалитета рада.

7. Procene већине држава чланица ЕУ да ће се расходи за здравство повећавати у следећих 10-30 година указују на потребу повећања ефикасности коришћења средстава у Србији.

II ПРЕДЛОГ САДРЖАЈА СТУДИЈЕ О ФИНАСИРАЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Образложење предлога

Основни критеријуми код дефинисања предлога су: (1) врста потребних информација/показатеља о финансирању здравства, односно њихово одсуство у званичним подацима, (2) потребно време за реализацију студије, сматрамо да је у првој фази неопходно што хитније, у што краћем року, обезбедити кључне информације, (3) доступност података и могућности стручне процене параметара.

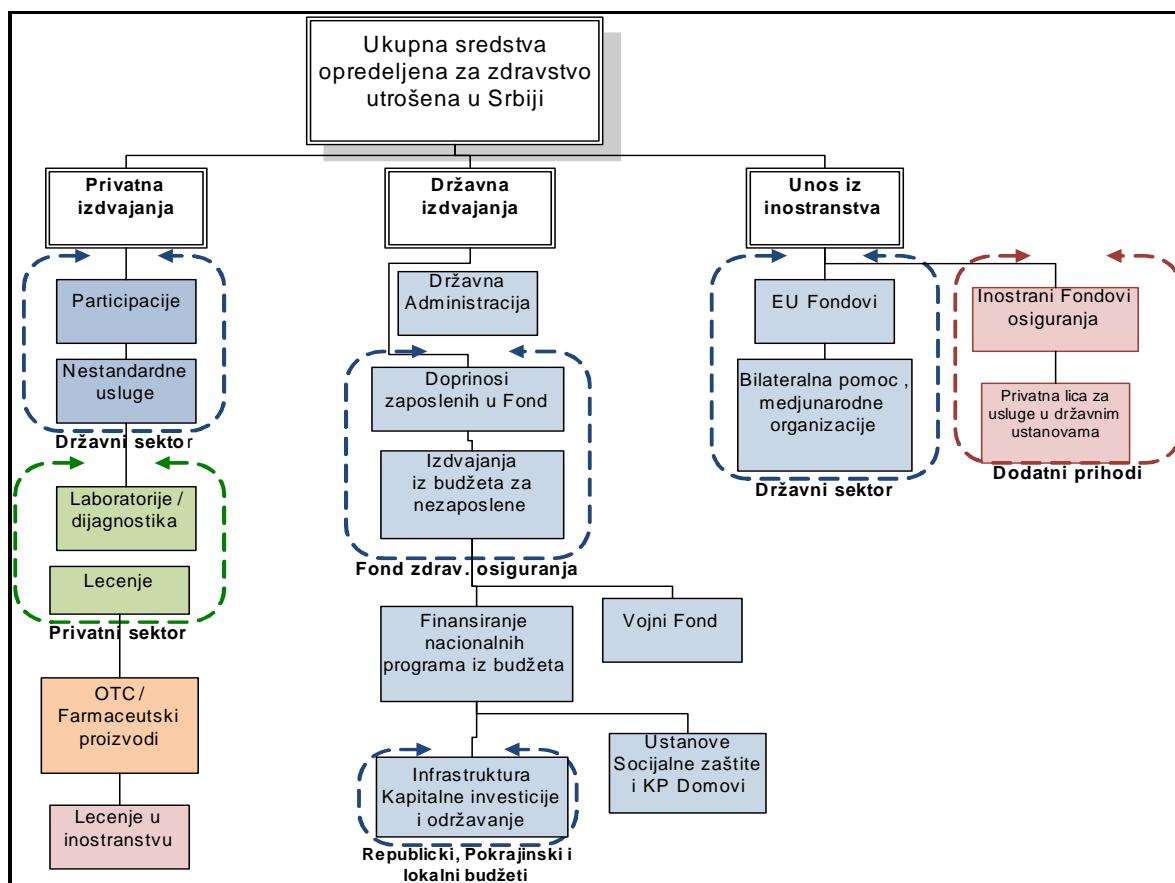
/Време за израду студије може да буде око пет месеци, под условом да се без чекања долази до званичних података./

Напомена: У Прилогу су дате илустрације односа неких индикатора, који ће се обрачунати и измерити у студији.

Садржај Студије:

1. Мапирање свих извора финансирања и процена вредносних показатеља

Графикон 1



На графикону 1 представљена је илустративно шема могућих извора финансирања здравствене заштите у Србији (шема није детаљна). У студији бисмо на основу расположивих података обрачунали следеће индикаторе:

- 1) Државна издвајања, према извору и сврси потрошње: ови подаци су углавном егзактни и доступни, издвајања на нивоу локалних заједница можда захтевају обимнији рад.
- 2) Међународна помоћ: већи део података је доступан, процене су потребне за средства (донације) која се не евидентирају преко буџета.

3) Приватна издвајања: (највећи изазов): процене на основу података о броју регистрованих установа (и броју пријављених запослених), анкета о потрошњи становника, можда и *rapid assessment* анкета. Подаци би били класификована према сруктури датој у горњем графикону. Принцип је да се установи минимум издвајања, за који смо сигурни да је реалан, а касније у детаљнијој анализи да се приближимо стварним подацима.

Подаци би се презентовали за ниво целе републике и до нивоа 4 статистичка региона (НУТС 2): Војводина, Београд, Шумадија и западна Србија и Југоисточна Србија.

Добијене вредности ће бити категоризоване на два нивоа:

1. Финансијски показатељи; издвојена/утрошена средства
2. Обим/врста пружених услуга; то ће вероватно бити прецизније за дијагностичке услуге и примарну заштиту.

Очекивани резултати

Очекивани резултати се сагледавају преко корисности и даље употребе добијених информација и података из студије. У том контексту кључни очекивани резултати су:

1. Добиће се, после много година, реална оцена укупних издвајања за здравство која има импликације на макрекономском нивоу, указује на оптерећење БДП-а, уједно омогућава доношење одлука о будућим начинма финансирања. Издвајања по глави становника даће реалнију слику и отворити низ питања у области менаџмента расхода (Прилог, графикони 2-6).

2. Добијени параметри ће бити у служби оцене ефикасности система здравствене заштите, кроз оцену непотребних трошкова насталих због дуплирања услуга: такође ће се користити код доношења одлука о ефикаснијем коришћењу средстава (јавних и приватних).

3. Добијени показатељи представљају добру полазну основу у процесу доношења одлука о улози и месту приватног сектора у пружању здравствених услуга и у потенцијалима приватног осигурања; показатељи ће се користити као инпут за обрачунае корисности предложених решења у овој области.

4. Издвајања за фармацеутске производе, обрачунате према терапеутској класификацији лекова, отвориће питања ефикасности коришћења и прекомерне употребе појединих група производа.

5. Питање Националних здравствених рачуна (НЗР) је тренутно комплексно, али ће добијени показатељи указати на потребу реалнијег сагледавања свих издатака за здравство (НЗР по ОЕЦД класификацију укључују и издатке за дератизацију, запрашивање против комараца или додавање флуора у воду за пиће).

6. На основу добијених података и примењене методологије биће могуће дефинисати и образложити предлоге за статистичко праћење изабраних података и обрачун индикатора, који до сада нису предмет званичне статистике, пре свега података из приватног сектора.

7. Поређење са другим земљама и даље неће бити сасвим реално, због различитости у врстама трошкова (на пример, трошкови одлагања медицинског отпада, уништавање лекова којима је прошао рок, и слично, код нас су минимални у односу на развијене земље).

2. Питање потреба? Процена потреба до 2020

Ово поглавље има за циљ да пружи информације о обиму и врсти потреба за финансирањем здравствених услуга у релативној блиској будућности. Добијене информације служе за доношење одлука о потребним променама у начину организовања здравствене заштите, а на основу података добијених из првог поглавља. Потребности се исказују, пре свега као финансијске потребе, а такође и као потребе за људским и другим капацитетима. (Пример: Као што је познато, биће потребно повећати капацитете за лечење старијих, а преиспитати постојеће капацитете у службама дечије заштите, због очекиваних демографских промена.).

Процена будућих потреба може да се уради уз коришћење методологија и података из постојећих студија ЕУ, ОЕЦД-а, Светске банке и СЗО (Графикон 7).

3. Избор приоритета у даљем унапређењу система здравствене заштите

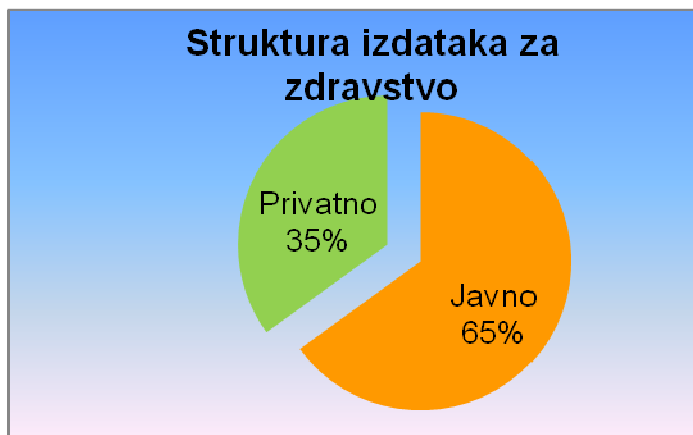
На основу закључака и информација из претходна два поглавља могуће је проценити који су кључни правци даљег унапређења здравственог система у Србији.

У овом поглављу могу се идентификовати кључни правци и дефинисати модели који би установили критеријуме за избор приоритета и циљева. Потребно је да *цост-бенефит* анализе и оцене ефеката будућих (*импаџт асесмент*) промена постану стандардне процедуре приликом доношења одлука. У том смислу могуће је дефинисати предлоге и навести области које ће имати највише користи од ове стандардизације.

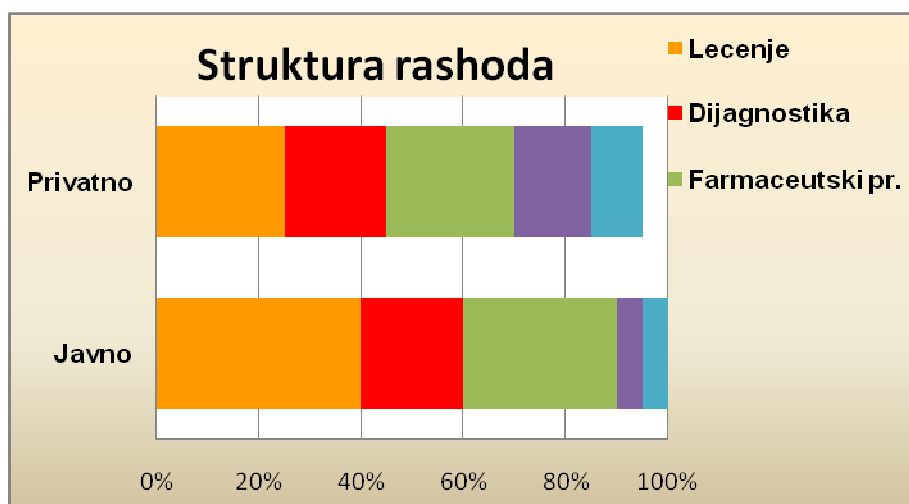
Ово поглавље треба да дефинише будућа истраживања и njihове очекиване резултате.

Прилог

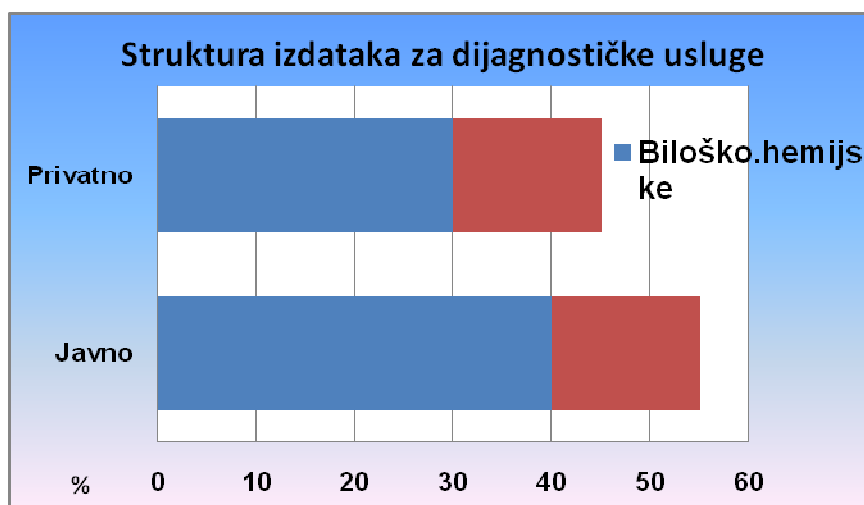
Графикон 2



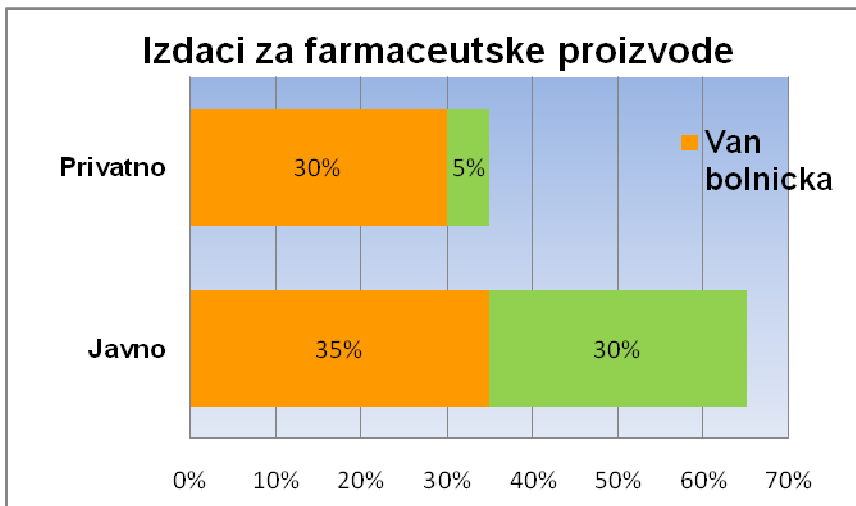
Графикон 3



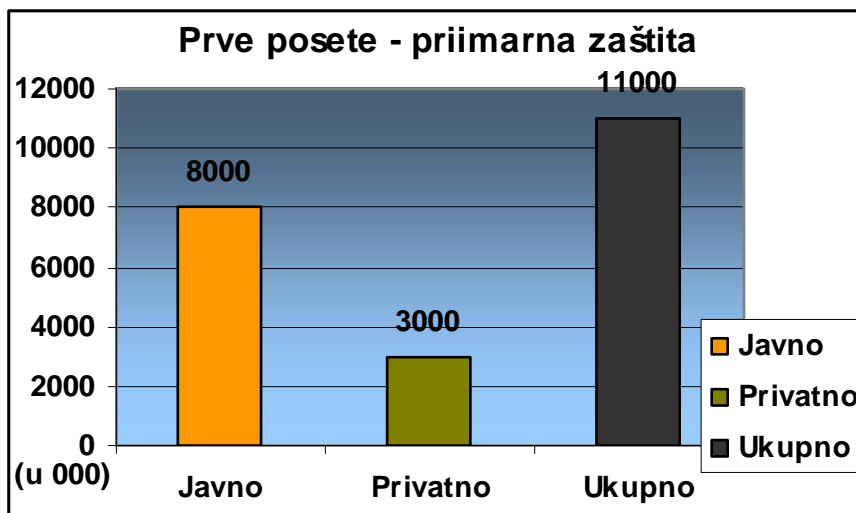
Графикон 4



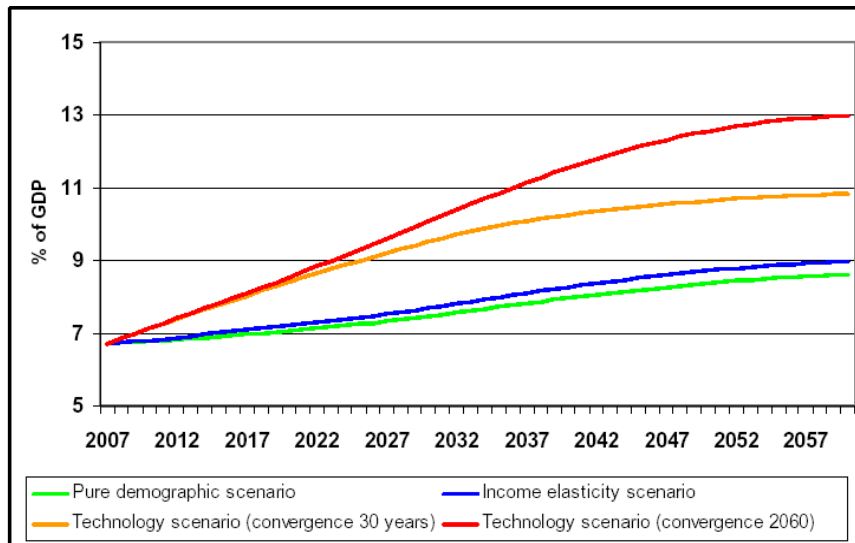
Графикон 5



Графикон 6



Графикон 7 Пројекције раста расхода за здравство (% оф БДП, ЕУ27 просек), према различитим сценаријима, 2007-2060



Извор: Пројектинг футуре хеалтх царе експендитуре ат Еуропеан левел: дриверс, метходологу анд маин резултс, бу Бартош Прзувара, Економиц Папер вриттен бу тхе Стафф оф тхе Директорате-Генерал фор Економиц анд Финанциал

РАСПИСИВАЊЕ ЈАВНОГ ПОЗИВА ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ У 2013.ГОДИНИ

Здравствени савет Србије је дана 10. децембра 2012. године расписао **ЈАВНИ ПОЗИВ** за акредитацију програма континуиране едукације, што је код ЗСС, заведено под бројем 153-02-3934/2012-01. У даљем тексту наведени Јавни позив гласи:

ЈАВНИ ПОЗИВ за акредитацију програма континуиране едукације

“Сви заинтересовани субјекти који могу спроводити поступак континуиране едукације (у даљем тексту: КЕ) здравствених радника и здравствених сарадника према Правилнику о ближим условима за спровођење континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике ("Службени Гласник РС", бр. 2/11) треба да доставе **поштом** своје предлоге програма надлежној Комори здравствених радника :

Лекарска комора Србије (ул. Краљице Наталије 1-3, 11000 Београд)

Стоматолошка комора Србије (ул. Теразије 1, 11000 Београд)

Комора медицинских сестара и здравствених техничара Србије
(ул. Пилота Михајла Петровића 5-а, 11000 Београд)

Комора биохемичара Србије (ул. Стојана Аралице 10/3, II спрат, 11070 Београд)

Фармацеутска комора Србије (ул. Дечанска 8а, 11000 Београд)

Програме КЕ за здравствене сараднике треба доставити канцеларији Здравственог савета Србије (ул. Немањина 22-26, 11000 Београд).

Програми се достављају у једном примерку. Сваки програм се мора посебно пријавити и приложити у посебној коверти. Програми КЕ се могу доставити:

- од **15. до 30. јануара 2013.**,
- од **1. до 15. априла 2013.**,
- од **1. до 15. јула 2013. и**
- од **1. до 15. октобра 2013. године.**

Здравствени савет ће разматрати само **комплетне** предлоге програма континуиране едукације, који обухватају:

1. Попуњену „Пријаву за акредитацију програма континуиране едукације“ која се може преузети са веб странице Здравственог савета. У пријави мора да буде наведен тачан датум извођења КЕ, а у случају промене термина организатор је дужан да о томе обавести надлежну комору најмање три недеље пре извођења КЕ.

2. „Пријава за акредитацију програма континуиране едукације“ мора да буде потписана и печатом оверена од стране организатора КЕ.

3. Сажетак програма едукације дужине до 500 речи, са максимално 5 референци.

4. Програм КЕ мора да садржи сатницу, теме и предаваче.

5. Кратке биографије предавача, са подацима о њиховим квалификацијама/искуству за спровођење предложеног едукативног програма (у формату датом на веб страници Здравственог савета). Довољан је електронски потпис предавача на датом формулару.

6. Потписом и печатом оверену одлуку органа надлежног за рецензирање (контролу квалитета) програма КЕ у оквиру установе/удружења предлагача којом се потврђује да је пријављени програм КЕ одобрен и рецензиран. Предавач/организатор КЕ не може да буде рецензент свог сопственог програма КЕ.

7. Свако удружење које акредитује програм КЕ дужно је да достави фотокопију решења о регистрацији од стране Агенције за привредне регистре.

8. Потврда о интелектуалној својини, потписом и печатом оверена од стране организатора програма континуиране едукације.

Резултате акредитације Здравствени савет Србије ће објавити на својој веб страници у виду Збирне табеле оцењених програма КЕ и то: 1. марта 2013, 17. маја 2013, 16. августа 2013. и 15. новембра 2013. године.“

Сагласно члану 237. Пословника Народне скупштине Одбор за здравље и породицу размотрио је Редован годишњи извештај о раду Здравственог савета Србије за 2012. годину, који је поднет Народној скупштини на основу члана 155. став 6. Закона о здравственој заштити.

Одбор је једногласно утврдио Предлог закључка које доставља Народној скупштини на разматрање и усвајање.