ВИСОКА МЕДИЦИНСКА ШКОЛА ПРИЈЕДОР

Др Милован Драгић, проф. високе школе

ОРГАНИЗАЦИЈА МЕДИЦИНСКО - ЛАБОРАТОРИЈСКЕ СЛУЖБЕ

- С К Р И П Т А -

(пето допуњено издање)

Приједор, фебруара 2018. Године

ПРЕДГОВОР

У систему здравственене заштите, односно здравствене његе данас је актуелно питање имају ли сестре довољно знања и искуства да организују сестринску службу по савременим принципима, а да у том дијелу буду потпуно самосталне, тј. имају аутономију у сестринству. Пракса показује да сестре немају аутономију у организовању сестринске службе, а да критеријуми за избор директора сестринства недостају.

Општа је оцјена да директори сестринства првенствено треба да посједују стручно знање, визију за будућност и спремност ка променама ради унапређења сестринства. Очигледно је да је нашим лидерима у сестринству, или будућим директорима сестринства, потребно да својим уже стручним знањима додају знања о руковођењу процесима рада, и знања и вјештине за различите облике рада са људима.

У том додатном корпусу потребно им је солидно изучавање организације здравствене његе, руковођења и савременог менаџмента, како би лакше и успјешније рјешавале сложена и високосложена питања у свом свакодневном послу и струци. Та знања одавно надилазе могућност да се савладају самоуко и само кроз властиту праксу. Ако би то и било могуће, тај пут би био сувише тежак и дуг, а посљедице у послу велики губитци. То су врло развијена поља науке која се морају изучавати, кроз посебне дисциплине и студијске програме, као и континуираним учењем кроз искуство.

Нучна истраживања потврђују да ће у скорој будућности директори сестринства бити високообразоване сестре, са развијеним организационим способностима и савременим знањима из организације, руковођења и менаџмента. За та знања оне ће бити све више заинтересоване, јер су у самој природи посла којим се баве, као и кључни фактор успјешног бављења.

Руководеће сестре данас, које ова знања немају, не треба да се због тога осјећају мање вриједним, него да уче - да се образују и усавршавају и да никада не мисле да су знања стечена једном за увијек које наше сестринство има. Данас се још увијек питамо јесу ли су праве особе на мјестима које заслужују.

Ова скрипта је намијењена студентима Високе медицинске школе у Приједору, а такође и сестрама у пракси, које треба да унаприједе сестринство и поставе темеље савремене организације сестринске службе. У последњих 20-ак година често се говори о менаџменту у здравству. То је очигледно модеран термин, али се поставља питање шта у ствари сестрама треба и шта оне треба да изучавају.

Аутор сматра да дипломираној сестри није циљ да постане директор установе, те њој и није потребно да се усмјерава на тај дио менаџмента. Сестрама је потребно да постану менаџери, лидери и директори сестринства, без обзира гдје раде. Њихово поље дјеловања у будућности ће бити у оквиру савременог концепта породичне медицине, и здравствене заштите појединца, породице и заједнице.

Сестра ће такође бити менаџер у раду са болесницима на свим нивоима одговорности. За та, и таква поља рада сестрама су потребна знања из савремене организације и менаџмента, па сестре то морају и схватити, и прихватити, ако желе да буду успјешне у свом послу.

Очекујем да ће студенти и сестре прихватитит и користити ову скрипту, што ће им помоћи да размишљају на нов начин, да даљим учењем из ове области шире своја знања и постану самосталне, да знају да препознају креативност сваке младе сестре, сачувају идентитет и инетегритет сестринства и сестринске професије. Скрипта има сва поглавља и садржаје потребне сестрама да овладају знањима организовања, усмјеравања, вођења и одлучивања у својој стручној пракси, да интегришу способности и напоре у стицању аутономије над здравственом његом, као и да се успјешно усклађују са другим кадровима у здравству, и обједињују у цјеловити систем здравствене заштите.

Здравствена њега се не може унаприједити ако сестре не препознају своју професионалну улогу и дјелатност у савременом и примјереном организовању, креирању, унапредивању и осамостаљивању здравствене његе и сестринства као професије. Сестре менаџери, директори сестринства, у будућности ће имати задатак да здравственој њези дају значај који заслужује.

Здравствена њега се изучава као научна дисциплина, усавршава и организује, како би сестре биле професионалци који теже да високо унапредјују квалитет услуга које пружају. Једно је сигурно - сестре воле своју професију и показују висок интерес за дисциплине које их професионално оспособљавају. То је разлог што желе да се образују из области организације здравствене његе која садржи и менаџмент, што представља интеграцију сестринског процеса.

Само образоване сестре могу чинити промјене и развијати сестринство.

Аутор

САДРЖАЈ

УВОД У ОРГАНИЗАЦИЈУ 6
П0ЈАМ И ДЕФИНИСАЊЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ 7
ПРЕДМЕТ ИЗУЧАВАЊА ОРГАНИЗАЦИЈЕ 10
МЕНАЏЕРИ И ЊИХОВА УЛОГА У ОРГАНИЗАЦИЈИ 14
ТЕОРИЈЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ 16
ИЗАЗОВИ ЗА ОРГАНИЗАЦИЈУ БУДУЋНОСТИ 26
РЕЗИМЕ 29

1. РАЗВОЈ ЗДРАВСТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ И УСТАНОВА 30
ИСТОРИЈСКИ ОСВРТ НА РАЗВОЈ ЗДРАВСТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ 31
РАЗВОЈ ЗДРАВСТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ У СРБИЈИ 38
ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ У КРАЉЕВИНИ ЈУГОСЛАВИЈИ 49
ЗДРАВСТВО У СРБИЈИ НЕПОСРЕДНО НАКОН ДРУГОГ СВЈЕТСКОГ РАТА 54

2. ДРУШТВЕНА ЗАЈЕДНИЦА, ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА И СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ 57
ПРИНЦИПИ И КАРАКТЕР САВРЕМЕНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ 58
ДЕФИНИЦИЈА И ПОЈАМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗДРАВСТ. ДјЕЛАТНОСТИ 63

3. ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ 72
ОСНОВНИ ЗАКОНСКИ ПРИНЦИПИ ОРГАНИЗОВАНОСТИ 73
ПРИНЦИПИ СИСТЕМА ИНТЕГРАЛНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ 95
ПОТРЕБЕ И САДРЖАЈ НАУЧНО-ИСТРАЖИВАЧКОГ РАДА У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА 100
ЗДРАВСТВЕНО - ВАСПИТНЕ АКТИВНОСТИ У ЗДРАВСТ. УСТАНОВАМА 104

4. ОРГАНИЗАЦИЈА, ДЈЕЛАТНОСТ И СТРУКТУРА ЗДРАВСТ. УСТАНОВА 110
САВРЕМЕНИ ДОМ ЗДРАВЉА 111
СТАЦИОНАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ 125
ОСТАЛЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ 146
ДРУГИ ОБЛИЦИ ЗДРАВСТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ 149
СОЦИЈАЛНО - ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ 152
СЛУЖБА ХИТНЕ МЕДИЦИНСКЕ ПОМОЋИ 157
ОРГАНИЗАЦИЈА СИСТЕМА КУЋНОГ ЛИЈЕЧЕЊА БОЛЕСНИКА 160

5. ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ И ЗДАВСТВЕНИ САРАДНИЦИ 169
ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА 170
ОПИС ПОСЛОВА И ЗАДАТАКА ПО ОДРЕЂЕНИМ РАДНИМ МЈЕСТИМА У ЗДРАВСТБЕНОЈ УСТАНОВИ 172

6. НАДЗОР НАД РАДОМ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА 183
ОБЛИЦИ И НАЧИН СПРОВОЂЕЊА НАДЗОРА НАД РАДОМ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА, ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА И САРАДНИКА 184
МОДЕЛ ОРГАНИЗАЦИЈЕ НЕМЕДИЦИНСКИХ СЛУЖБИ У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА 198

7. ЗДРАВСТВЕНА СТАТИСТИКА И ИНФОРМАТИКА У ЗДРАВСТВЕНОЈ ДЈЕЛАТНОСТИ 201
ЗДРАВСТВЕНА СТАТИСТИКА И ОБАВЕЗНЕ ЕВИДЕНЦИЈЕ У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА 202

8. ПРАВА И ОБАВЕЗЕ ЗДРВСТВЕНИХ УСТАНОВА И ГРАЂАНА

ПРИ ОСТВАРИВАЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ 211

9. МЕНАЏМЕНТ У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ 218
РУКОВОЂЕЊЕ, УПРАВЉАЊЕ И РУКОВОДИЛАЦ
У САВРЕМЕНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ 219

ИСПИТНА ПИТАЊА 232

ЛИТЕРАТУРА 236

УВОД У ОРГАНИЗАЦИЈУ

Организација је сложен и вишезначан појам који се користи у различите сврхе и за различите потребе. **За академску заједницу** организација је област науке која се бави изучавањем појава и процеса који се развијају у организованој средини, коришћењем одређене научне методологије, да би се открилe и развиле одређене теорије чија примјена у пракси доводи до успјешног пословања привредног друштва или установе. Такође, **организација је област науке о менаџменту** и представља његов централни дио. Организација као наука има своју сложену структуру коју чине релативно заокружена научна подручја: дизајн организације, понашање људи у организацији, управљање људима у организацији и промјене организације. Имајући у виду теме које изучава, организација представља базичну менаџерску дисциплину. Разноврсност тема које су предмет изучавања науке о организацији чини да је организација интердисциплинарна наука, а висок степен примјенљивости научних открића чини је примијењеном науком. **Организација је с тога важна наставна дисциплина** која пружа стручна знања, способности и вјештине за успјешно организовање процеса рада и управљање односима у организацији и са окружењем. Термин организација се у свакодневном жаргону користи и за бројне институције, компаније, установе, организоване групе људи и сл.

1. Појам и дефинисање организације

Појам и коришћење ријечи организација

Организација је цивилизацијски феномен, стар колико и сама цивилизација. Ријеч организација потиче од грчке ријечи органон што значи алат, средство или инструмент. У складу са значењем ријечи произлази да је организација средство за постизање циљева, а да су постигнути циљеви показатељи успјешности организације. Употреба ријечи организација је распрострањена и вишезначна, тако да се користи за различите сврхе и у различитим ситуацијама.

Организацијама називамо институције (Универзитет у Бањој Луци), привредна друштва (''Витаминка'' Бања Лука), установе (Републички завод за заштиту здравЉа), државну управу (Пореска управа Републике Српске), невладине организације, хуманитарне организације (Црвени крст РС). Ријеч организација користимо и као сумарни израз за скуп активности којима се уређује стање у структури, радним процесима и међуљудским односима унутар организација (организација компаније ''Митал'' Приједор, организација компаније ''М-тел'' Бања Лука), за посебну област науке (Организација као наука) и за назив стручне и академске дисциплине која се изучава у школама, на факултетима и универзитетима (Организација предузећа у Првој економској школи у Београду и на Економском факултету у Београду).

Организација као институција је социјална творевина коју су вјековима обликовали и развијали људи, мијењајући њен изглед и карактеристике у складу са циљевима које су жељели да остваре. То значи да организације настају да би се остварили одређени циљеви. Људи стварају организације како би заједничким активностима и удруженим снагама лакше постигли циљеве које самостално не би могли да остваре. Бројни историјски трагови потврђују да су људи од давнина

користили организације и примјењивали одређене принципе организовања како би заједничким активностима и удруженим снагама лакше постигли циљеве које самостално не би могли да остваре.

Очигледно је да су организације одувијек биле значајан фактор који је утицао на људе и догађаје. Ипак савремени човјек је много више под притиском и утицајима организација. Савремене организације, било да у њима студирамо и радимо или да само користимо њихове производе и услуге, или нас непосредно не дотичу, својим понашањем и одлукама имају на нас велики утицај. Неке нам пружају задовољство и олакшавају живот (Гугл, Амазон, Фејсбук), неке нам развијају потребе и навике (Сони, Епл, Ериксон, Тошиба), неке омогућују да се запослимо и остварујемо у каријери (Комтрејд, Беохемија), неке су ту да брину о сиромашним и угроженим (Црвени крст РС), док су неке и реална опасност за животну средину (нуклеарне електране, термоелектране), а неке су ноћна мора за човјечанство (терористичке организације). Организације су свуда око нас, оне учествују у свим сферама људског живота. Проистиче да је утицај организација на људе данас толико велики да није погрешно тврдити да је савремени човјек заробљеник организација. Да бисмо се у свијету владавине организација боље снашли, потребно је да упознамо организацију, њене процесе, принципе, правила и законитости. То нам омогућује наука о организацији која је пред великим изазовима суочавања са нарастајућим трендовима и новим парадигмама у свијету бизниса, технологије, знања, демографије, тржишта рада и запошљавања.

Организација као активност. Појмови организација и организовање указују на двије перспективе овог феномена: стање и процес. Организација као стање је резултат одређеног процеса. На примјер, Универзитет у Бањој Луци је организација која у саставу има 21 факултет и 1 институт, има своју управу коју чине извршно тијело (ректор и три проректора, студент проректор и предјседници вијећа групација) и управљачка тијела (сенат и савјет Универзитета). Организација као стање је фактор који директно утиче на резултате (перформансе) организације. Да бисмо имали Универзитет у Бањој Луци као организацију која је то што јесте, требало је обавити велики број активности. Тако долазимо до организације као процеса. На примјеру Универзитета у Бањој Луци, активности организације као процеса се огледају у дефинисању циљева (да диплома постане међународно призната, на примјер), дефинисању стратегије (наставни програми су начин да се постигне циљ, међународно призната диплома), дефинисању појединих органа и тијела (организационих јединица у оквиру Универзитета), и њиховог ауторитета и одговорности коју имају, уређењу токова кретања информација ка интерној и екстеној јавности, сарадња са факултетима и универзитетима у земљи и иностранству, са министарством, студентима, послодавцима и синдикатима. Организација као проеес одредђује организацију као стање, тако да у зависности од тога *како* је обављен процес зависиће стање као његов резултат, шта смо добили из тог процеса (ефективна организација Универзитета у Бањој Луци).

Организација као наука. Организација је наука која има свој јасно дефинисан предмет изучавања и која користи научну методологију у изучавању проблема и питања из своје области. У поређењу са другим друштвеним наукама организација је релативно млада наука, зато што су организациона питања дуго била предмет изучавања у саставу других наука. Разлог томе налазимо у

интердисиплинарној природи организационих проблема који тијесно повезују организацију са другим наукама. Теме које чине садржај предмета изучавања организације, као што су људи и међуљудски односи, власнички односи између рада и капитала, моћ и ауторитет, су се изучавале у оквиру филозофије, да би са технизираношћу процеса рада у индустријској ери организациони проблеми привукли пажњу инжењера. Организација је постала наука у условима релативно развијених и технички подржаних процеса рада, када су се појавиле прве фабрике, а са њима и први прави организациони проблеми. У периоду крајем 19. и почетком 20. вијека напреднији аутори су покренули прва, на научним методима заснована истраживања организационих проблема. У овом периоду настале су прве теорије и концепти организације, који су својим научним доприносима отворили бројна питања и учинили да организација постане интересантно подручје за многе истраживаче. Прве теорије су дефинисале препознатљив истраживачки оквир и оставиле у наслеђе каснијим истраживањима фундаментална знања. У модерно постиндустријско, нарочито информатичко доба, организација је добила посебан значај и постала веома важно подручје научног изучавања, изазов за индустријске психологе, социологе, социјалне психологе, андрагоге, инжењере, технологе, правнике и економисте. Будући да се у 21. вијеку организација суочила са изазовом брзине промјена у окружењу и потребом за процесирањем великог броја информација, информатика, математика и статистика су јој постале велика подршка.

Имајући у виду интердисциплинаму природу организације у праву су аутори који тврде да организацију није лако дефинисати. У литератури налазимо бројне дефиниције чији аутори настоје да објасне организацију. Тако на примјер:

- према једној дефиницији организација је структурирани процес у којем појединци остварују интеракцију како би испунили циљеве,
- док према другој организација представља структуру веза, моћи, циљева, улога, активности, комуникација и других фактора који се јављају када људи раде заједно.

За разумјевање организације, потребе дефинисања њеног садржаја, и систематизовања тема којима се бави интересантна су још нека објашњења организације: Организација је систем двије или више особа у интеракцији чије су активности координиране и вођене; Организација представља систем структурираних интерперсоналних односа у оквиру којих су појединци расподијељени према улогама, статусу и ауторитету; Организација представља систем који се састоји од инпута, процеса, аутпута и повратних информација из окружења

На основу прегледа литературе могуће је дефинисати организацију као структуриран скуп двије или више особа које раде заједно, чији је рад координисан и вођен, да би се остварили одређени циљеви.

Битне карактеристике организација су:

1. организације су социјални системи, јер у њима раде људи;
2. оне су и социотехнички системи, зато сто се у њима користе и машине (технологија);
3. системи циља зато што се у њима стварају резултати са одређеним циљем;

4. организације су уређене структуре, јер се у њима групишу послови и људи који те послове обављају, успостављају везе и односи и координира њихов рад;
5. оне су *отворени системи* зато што не могу да опстану изоловано од окружења у којем се налазе; и
6. организације су *омеђени системи* који имају своје границе које их раздвајају од окружења.

2. Предмет изучавања организације

Дефиниције организације наговјештавају структуру односно теме којима се бави наука о организацији. Хронолошко праћење научне литературе показује да је крајем 19. и почетком 20. вијека тежиште било на организовању радног мјеста, студији времена и мјерењу учинка, мотивацији и награђивању запослених у циљу постизања високе продуктивности рада на подјели рада, централизацији, хијерархији, координацији и формализацији, менаџерским активностима. Током 1960-их и 1970-их година 20. вијека на значају добија стуктура организације и активности диференцијације и интеграције које имају за циљ креирање ефикасног организационог дизајна.

Истовремено у овом периоду долази до стратешког заокрета, фокус се са производне премјешта на тржишну оријентацију, што актуелизује нове теме које су постале предмет изучавања организације, са циљем да се повећа продуктивност и унаприједи квалитет аутпута. Лидерство, мотивација, комуникације, доношење одлука, управљање групама и тимски рад, постају незаобилазне теме. Током 1980-их под утицајем трендова информатизације, глобализације, дерегулације и диверзификовања радне снаге расте значај окружења и конкуренције, а 1990-их је почела ера знања и организације која учи. Наука о организацији се суочила са новим питањима и изазовима. Управљање понашањем запослених, промјене у организационом дизајну и нови концепт управљања људским ресурсима постали су предмет интензивног изучавања аутора који су својим доприносима утицали да наука о организацији понуди одговоре на поменуте изазове и помогне у вођењу организација. Јасно је да наука о организацији није сама себи циљ, него да је она понудила знања, способности и вјештине људима који раде и који воде организације како да рјешавају питања и проблеме да би се остварили циљеви због којих организације као институције и постоје.

Крајем 19. и почетком 20 вијека основни проблем је био како да се уреди унутрашњост организације, да се дефинишу радна мјеста, да се алоцирају послови и људи тако да се постигне максимални учинак, висока продуктивност и интензивност рада, јер је била велика оскудица производа. Касније са развојем технологије, окружења и радне снаге, фокус се премјештао на друга актуелна питања. Данас је кључно питање како обезбиједити континуирану конкурентност, будући да у условима изобиља, напредних технологија и хиперконкуренције није лако обезбиједити опстанак, раст и развој. Као савременици организација које конкурентан пословни модел не могу да базирају на традиционалној економији и класичним ресурсима као што су рад, капитал и

сировине, научници су данас пред изазовом да привредним друштвима и другим организацијама понуде нови пословни модел базиран на економији знања.

Наука о организацији има задатак да открије нова средства, алате и инструменте и објасни њихово коришћење у постизању циљева, опстанка, раста и развоја у условима глобализације, оштре конкуренције и напредних технологија које драматично мијењају све до сада научене дефиниције организације, бизниса, радног времена и запослености. А струка за коју се припремају студенти треба да их опреми овим знањима, способностима и вјештинама, да би након завршеног школовања били у стању да употребе и примијене научено у конкретним организацијама на конкретним радним мјестима. То је задатак организације као стручне и академске дисциплине.

Метафоре организација

У области науке о организацији истраживачи организације се често користе метафорама као средством које им омогућује да на сликовит начин опишу и што једноставније објасне истраживани феномен у организацијама.

Илустрација: Метафоре организације према Моргану

Организација као машина. Најстарији приступ организацијама. Према овој метафори организација се види као уређени механизам, попут машине све је на свом мјесту, запослени се понашају у складу са својим улогама и према ригорозним правилима. Дисциплина, ауторитет и одговорност су кључне особине ових организација.

Организација као организам. Метафора која организације пореди са живим организмима. Дијелови организације се тако пореде са дијеловима тијела (информациони систем као крвоток организације, топ менаџмент као мозак), док се опстанак организације пореди са способностима опстанка живих организама у природи и природном селекцијом.

Организација као мозак. Приступ организацији произишао као одговор на заоштрене услове конкуренције и потребу да организације посматрамо као мислеће и учене, а не механичке системе. Организација је виђена као систем комуникација и процесирања информација кога чини одређени број микро јединица (појединаца и група), структуриран тако да изврши одређени задатак.

Организација као култура. Резултат је потпуно новог приступа организацији, који нагласак ставља на људе, а организацију посматра као скуп правила понашања, друштвених норми, ритуала и вриједности. Задатак менаџера је да раде на креирању, обликовању и промјени културе, заједно са свим запосленим.

Организација као полтички систем. Организације су посматране као полигони политичких процеса у борби за моћ, између различитих интересних страна (запослених и послодаваца, менаџера и запослених, менаџера различитих нивоа, неформалних група и др). Основна особина ових организација су конфликти.

Организација као психолошки затвор. Овај приступ организацији посматра људе као „заточенике сопствених мисли, идеја, вјеровања и интересовања који потичу из несвјесног". Задатак менаџера је да људе „ослободе" како би организација имала користи од њихове креативности.

Организација као процес и трансформација. Организације су виђене као системи који пролазе кроз процес сталних промјена и процесе трансформације, тако да су преиспитивања стална и нормална појава.

Организација као инструмент доминације. Скреће пажњу на „ружно" лице организација, према којем су оне средство доминације и контроле над појединицима и друштвом.

Менаџмент и организација

Менаџмент или пословно управљање је примијењена наука о кључним процесима без којих не може ни једна организација у којој људи раде заједно да би остварили одређени циљ. Поред тога, менаџмент је и интердисциплинарна наука, што значи да је предмет њеног научног интересовања заједнички са многим другим наукама, на које се менаџмент ослања и резултате њихових истраживања које веома користи. Као што смо видјели исто је и са организацијом. У том смислу, ове двије науке је тешко посматрати одвојено. Сличности су велике али се ове области ипак разликују. Менаџмент је наука са ширим фокусом изучавања, наука о организацији изучава области које су његов централни дио. Предмет изучавања науке о менаџменту су активности које чине **процес менаџмента***:* планирање, организовање, вођење и контрола.

Организација је централно подручје менаџмента које обухвата његове базичне активности: организовање и вођење. У складу са централним мјестом организационих активности у менаџмент процесу може се закључити да је организација базично менаџерска дисциплина која пружа фииндаментална знања за успјешно вођење организације.

Менаџмент и организација

1. ПЛАНИРАЊЕ
2. **ОРГАНИЗОВАЊЕ**
3. **ВОЂЕЊЕ**
4. КОНТРОЛА

Планирање је полазна активност у процесу менаџмента у свакој организацији. Ова активност дефинише циљеве организације, задатке које треба обавити да би се дефинисани циљеви постигли, као и начин како ће се планирани задаци остварити. У суштини, ова активност менаџмент процеса треба да учини организацију сврсисходном, препознатљивом и специфичном у односу на бројне друге организације које послују у истом окружењу. Планирање се може структурирати у двије подгрупе активности: дефинисање циљева и дефинисање

стратегија. Прва подгрупа одређује шта ће организација радити, а друга како ће организација радити.

Организовање је активност менаџмент процеса у којем се дефинишу радна мјеста са описима послова и компетенцијама извршилаца, формирају уже организационе јединице и њихове активности, дефинише процес доношења одлука и одређује ауторитет појединих руководилачких позиција, креирају процедуре, правила и стандарди којима се уређује и формализује понашање запослених, да би организација функционисала као интегрисан систем. Будући да организацију чине циљеви, људи и средства, организовање преко горе наведених активности треба да усклади односе између компоненти организације, тако да је резултат ове активности одређена структура. Организовање је комплексна менаџерска активност доношења одлука о нивоу подјеле рада и специјализације са циљем да се формира оптималан број радних мјеста и да она буду попуњена квалификованим извршиоцима; о формирању ужих организационих јединица, њиховим задужењима и одговорностима, водећи рачуна да се радна мјеста групишу према сродности и повезаности и ставе под ауторитет једног руководиоца; о ауторитету појединих руководећих и неруководећих позиција у организацији, водећи рачуна да у организацији поред формалних руководећих позиција постоје и експерти; о процедурама, правилима и стандардима којима се уређује понашање запослених, интерне и екстеме комуникације, односи унутар организације и са окружењем.

Илустрација: Значај људи за организацију

Значај људи за организацију одавно су уочили напредни послодавци. Тако ћемо прочитати у Карнегијевом Јеванђељу богатства (1901.) да је за његове челичане било много важније да је сваки запослени на мјесту на коме је најкориснији него саме фабрике и њихова технолошка опремљеност. То је постизао тако што је вршио прави одабир људи, а затим њиховим одговарајућим размјештајем унутар организације, на послове које су они умјели да обаве на најбољи начин. Да би се до таквог увида дошло потребан је проток времена да запослени могу да испоље своје способности и вјештине. Тако нам је Карнеги оставио једну важну поруку за дизајн савремених организација: да су најважнији фактор успјеха организације људи, да њихов одабир мора бити заснован на дефинисаним критеријумима, према захтјевима посла и циљевима организације, да се мора постовати принцип фер плеја, који подразумијева да људе треба позиционирати у складу са њиховим квалификацијама и захтјевима посла, да би они постигли високе индивидуалне учинке.

Вођење представља процес у којем појединац (руководилац, менаџер) врши утицај на групу (запослене) да би се остварили циљеви организације. Вођство дефинише како треба да изгледа будућност организације тако што креира визију, а затим усмјерава људе у правцу те визије и мотивише их да је остваре. У овом двосмјерном процесу могу се препознати двије групе активности: усмјерене ка послу и усмјерене ка људима. Обе од менаџера као лидера захтијевају одређена знања и вјештине. За добро вођење посла менаџерима на свим нивоима у организационој структури су потребна знања, способности и вјештине. Вођење

као дио укупног менаџмент процеса је одговорно за три блока активности: интерну ефикасност, ефективност и људске ресурсе.

Контрола је фаза менаџмент процеса која обухвата активности изградње адекватног система надгледања пословања организације, да би оно било што успјешније и да би организација остваривала што боље перформансе. Садржај ове активности се огледа у утврђивању одступања остварених од стандардизованих перформанси на свим нивоима у организацији а, такође, механизме одговорности за настала одступање као и мјере за унапређење перформанси.

3. Менаџери и њихове улоге у организацији

Менаџерске активности, наводе неки аутори, су посебна група послова у организацији коју чине: планирање, организовање, командовање, координисање и контролисање. Касније, други аутори, дају нешто ширу дефиницију у којој детаљније одређују менаџерске послове: предвиђање и планирање, организовање, запошљавање и вођење, координисање, извјештавање и буџетирање. Новије дефиниције су сведеније и агрегирају менаџерске послове. Тако, неки аутори, препознају пет група послова: планирање, организовање, управљање персоналом, вођење и контрола, док – одређена група аутора - менаџерске послове своде на четири групе: планирање, организовање, вођење и контрола. Менаџери су доносиоци одлука о свим питањима функционисања организације. Менаџери се налазе на бројним мјестима у организацији и у складу са позицијом коју заузимају доносе различите врсте одлука и посједују различита знања, способности и вјештине.

Улоге менаџера. Све менаџерске улоге које су у литературе анализиране на бројне начине могу се груписати према сродности у три основне групе:

- изградња међуљудских одоса,
- информисање и
- доношење одлука.

У оквиру прве групе улога, менаџери дјелују као *лидери;* путем давања примјера они симболизују одређени концепт или стил менаџмента. Менаџер својим понашањем демонстрира повјерење, поштовање и интегритет и шаље поруку запосленима о томе који су међуљудски односи пожељни.

У оквиру друге групе улога, менаџери су нека врста аквизитера; скупљају информације из интерних и екстерних извора, из стручне литературе, разних пословних водича, у контактима са другим менаџерима и експертима; прикупљене информације, попут проводника, комуницирају другим члановима организације. Такође, менаџери шаљу информације екстерно, представљајући своју организацију према екстерној јавности, када врше улогу промотера.

У оквиру треће групе улога, менаџери су визионари, потврђују своје знање и вјештине као успјешни доносиоци одлука. Креирају могућа рјешења и праве изборе најбољих за организацију. На овим активностима менаџери остварују сљедеће важне улоге и показују из којих извора црпе моћ: предузетничку - тако што иницирају и покрећу нове пројекте који ће унаприједити пословање организације; лидерску - тако што предлажу нову визију и знају како да ријеше проблем; ресурсну - тако што као алокатори ресурса демонстрирају одговорност

за алоцирање ресурса; преговарачку - тако што вршећи улогу преговорача учествују у дискусији и преговорима са циљем да остваре што боље услове за своју организацију.

Вјештине менаџера. Разликујемо три врсте основних менаџерских вјештина: техничке, људске/интерперсоналне и концептуалне. Техничке вјештине представљају способност да се примијени одређено стручно знање и експертизе. То су знања из струке као, на примјер, маркетинга, рачуноводства, информационих технологија, медицине и сл., која су стекли кроз образовање и искуство.

Интерперсоналне (људске) вјештине представљају способност менаџера за сарадњу и рад са другим људима, разумијевање других људи и мотивисање запослених. Многи људи располажу са великим техничким знањима, али не знају како да се понашају у међуљудским односима. Они често нису добри слушаоци или нису способни да разумију потребе других. Зато једноставно не могу бити менаџери. Будући да менаџери завршавају послове преко других људи, они морају имати развијену вјештину комуницирања, мотивисања и делегирања.

Концептуалне вјештине су когнитивне природе. Менаџери морају имати когнитивну способност да правилно перципирају појаву, да анализирају и дијагностикују комплексне ситуације. На примјер, доношење одлука захтијева претходно уочавање проблема, идентификовање алтернатива, оцјењивање тих алтернатива и избор најбоље. Менаџери могу располагати техничким знањима, бити вјешти у међуљудским односима, а ипак неуспјешни због немогућности да рационално анализирају и сагледају насталу ситуацију. Наведене вјештине су потребне свим менаџерима али у различитој сразмјери, у зависности од менаџерске позиције. Будући да у свакој организацији можемо препознати три нивоа менаџмента (оперативни, средњи и топ менаџмент) и, у складу са тим, три ранга менаџера, то се пропорција потребних знања по нивоима менаџмента разликује.

На разликама између менаџера у савременим организацијама се посебно инсистира. Нису случајно департмани за људске ресурсе у организацијама највише заокупљени проблемом како да пронађу најбоље менаџере за попуњавање кључних руководећих позиција. Модерно доба је донијело и нову врсту агенција, које се професионално баве проналажењем таквих појединаца, који ће самим својим доласком у организацију произвести додату вриједност и својим именом поправити рејтинг исте.

Илустрација: Како раде успјешни менаџери?

Фред Лутханс и његови сарадници су анализирали шта менаџери раде, да ли менаџери који најбрже напредују у организацији обављају исте активности и на исти начин као менаџери који су у томе најуспјешнији? Логично би било претпоставити да менаџери који најефикасније обављају посао и најбрже напредују, али изгледа да није тако. Лутханс и његови сарадници су испитали висе од 450 менаџера и дошли до закључка да су сви они укључени у четири врсте менадзерских активности:

- Традиционални менаџмент: доношење одлука, планирање и контрола.

- Комуникације: размјена информација и пратећи административни послови.
- Управљање људским ресурсима: мотивисање, управљање конфликтима и обука.
- Активности повезивања: социјално и политичко повезивање са људима изван организације.

"Просјечни" менаџер проводи 32% свога времена бавећи се традиционалним менаџерским активностима, 29% у комуникацији, 20% у активностима управљања људским ресурсима и 19% у активностима повезивања. Треба напоменути да количина времена и напора које менаџери проводе у овим активностима у многоме варира. Успјешни менаџери прилично другачије троше своје вријеме у односу на ефикасне менаџере. Успјешни менаџери највише свог времена троше на активности повезивања док ефикасни менаџери на активности повезивања троше најмање, а на комуникације највише времена.

4. Теорије организације

Теорије организације објашњавају полазне принципе за разумијевање категорија, структуре, појава и односа између структурних компоненти које чине садржај појединих подручја организације. Организационе теорије чини скуп научних мишљења о различитим темама организације и објашњавају принципе, правила и концепте на које би се требало ослонити у практичном рјешавању организационих проблема. Зато се с правом каже да су најбоље оне теорије организације које дају добре ре++зултате у пракси.

Према начину како су настајале и темама које обрађују теорије организације је тешко одвојити од теорија менаџмента, што је и разумљиво, јер организација заузима централно мјесто у менаџменту. У складу са временом и условима у којима су функционисале организације, теоретичари као и менаџери су се суочавали са изазовима одређених проблема који су се у датим приликама наметнули као важни за успјешно остваривање организационих циљева. Период развоја организација омеђен између индустријске револуције која је омогућила појаву организације као мјеста сталног запослења људи, и електронске револуције која је омогућила појаву организације без мјеста (виртуелна организација) у којој људи раде по уговору, код својих кућа, на даљину преко Интернета, у свом аутомобилу, преко мобилног телефона и сл., представља оквир за идентификовање теоријских учења, приступа и концепата, који су се појавили у овом периоду дугом вијек и по.

Важно је напоменути да теорије нису смјењивале једна другу и да данас свака од њих има своју вриједност и свој значај, зависно од тога који су проблеми и на која питања менаџери треба да пронађу одговор. Некада ће се ослонити на класичну теорију, некада на ситуациону, док ће сложени проблеми подразумијевати коришћење више теорија. Важно је да менаџери користе теорију, јер менаџер не смије да импровизује своје активности; поред интуиције треба да се ослања на теорију, помоћу које треба да дефинише правац дјеловања и на тај начин избјегне непотребно расипање енергије. Класична школа је поставила темељ на који су се,

по принципу грађења зида, надограђивале остале теорије, попуњавајући празнине оних претходних.

Класична школа организације настала је крајем ХИХ и почетком ХХ вијека, у условима у којима су достигнућа индустријске револуције омогућила појаву фабрика, у којима су се запошљавале велике групе људи чији је рад требало организовати и координисати. Тада су се јавили и први проблеми организације рада који су заокупљали пажњу појединаца, који су настојали да објасне суштину проблема и начине како да се они рјешавају. Основни проблеми организације тога времена везани су за повећање продуктивности рада, рационално коришћење ресурса, радну дисциплину и одговорност. Повећање продуктивности рада могло се постићи путем подјеле рада и специјализације радника, који су на тај начин усавршавали радне способности и вјештине и повећавали брзину односно интензивност рада. То је подразумијевало коришћење научних метода и принципа ефикасне организације. Ред и дисциплина су двије основне претпоставке ефикасне организације које се могу обезбиједити путем хијерархије. На другој страни је питање одговорности руководилаца за ефикасно управљање организацијом, односно за доношење одлука и стварање организационе средине која ће подржати њихову примјену.

Наведени проблеми се могу генерално груписати у два дијела, која чине основу за разликовање двије теорије у оквиру класичне школе: (1) Теорија научног менаџмента која је изучавала проблеме организације рада (извршна функција); и (2) Класична теорија организације, која је изучавала проблеме организације управљања (административна функција).

Теорија научног менаџмента (Фредерик Тејлор, 1856 -1915.)

Теорија научног менаџмента настала је у САД крајем ХИХ вијека. Творац ове теорије је амерички инжењер Фредерик Винслов Тејлор, чија је каријера веома необична и несвакидашња за оно вријеме. Почео је као физички радник у погону, који се истицао својим напредним идејама и проницљивошћу. Ове личне особине су му прокрчиле пут до руководећих положаја, од предрадника до шефа погона и главног инжењера. Идеје, које је Тејлор изнео у својим радовима »Научни менаџмент« и »Управљање погоном« представљале су праву револуцију у области организације рада, и прво научно објашњење проблема организације и управљања привредним друштвом.

Тејлоров научни приступ управљању или једноставно »тејлоризам« представља заокружен систем учења о принципима научног менаджмента, помоћу којих се долази до ефикасне организације рада, ефикасног дизајна радног места, реалних норми и мјерења рада, у циљу повећања економских резултата, односно профита привредног друштва. Тејлор је сугерисао управи предузећа да се до високих резултата може стићи уз помоћ ригорозних правила понашања. Да би остварио идеју о организацији високих перформанси, Тејлор је дефинисао четири принципа на којима је засновао концепт научног управљања:

1. развој науке о менаџменту као скупа знања који ће помоћи да се научно дефинишу најбољи методи за обављање одређеног посла;

2. научно заснована селекција радника како би се постигла сагласност између карактеристика и захтијева посла, с једне, и квалификованости и способности радника, с друге стране, тако да свако ради посао који му највише одговара;
3. научно образовање и усавршавање радника и руководилаца како би једни и други разумијели проблеме са којима се суочавају у процесу обављања посла;

4. успостављање присне сарадње руководилаца и радника, како би се створила клима обостране заинтересованости за већу организациону ефикасност, јер радници и руководство као чланови исте организације треба да теже истом циљу.

Да би се ови принципи успјешно примијенили, Тејлор је сугерисао радикалну промјену, напуштање постојеће праксе и »комплетну менталну револуцију«, која треба да се догоди у главама и руководилаца и радника. Примјена Тејлорових принципа научног менаџмента у пракси довела је до развоја препознатљивог система организације рада и концепта менажмента чији су основни елементи:

- подјела рада и специјализација извршилаца, која је довела до рутинизације послова и омогућила масовну производњу;
- функционална специјализација руководилаца, која је довела до развоја њихових способности и вјештина и појаве специјалиста и експерата за поједина функционална подручја;
- подстицање ефикасности појединаца путем диференцираног система награђивања, тако што ће се продуктивнији радници плаћати по већој »научно исправној« стопи, што је учврстило праксу мотивисања запослених путем економских подстицаја и афирмисало систем плата на основу остварених учинака.

На тај начин Тејлор је поставио високе стандарде и за многе раднике оног времена тешко достижну границу ефикасности. Научни менаџмент су подржали послодавци и власници фабрика, који су у Тејлоровом ригорозном систему организације рада видјели могућност за масовну производњу уз ниске радничке наднице. У круговима послодаваца Тејлор је био веома популаран и тражен савјетник. Власник Форд Мотор Ко, Хенру Форд, је ангажовао Тејлора да своје идеје о научној организацији рада примијени у својим фабрикама аутомобила, у којима је створен нови систем организације производње, на принципима ланчаног система, који се одвијао помоћу покретне траке. Продуктивност рада је повећана до неслућених размјера. Тејлорово учење је имало бројне следбенике као и опоненте. Свима њима је заједничко да Тејлора сматрају оснивачем научног менаџмент.

Класична теорија организације

У исто вријеме када се формирао »тејлоризам« у САД, у Европи се формирала **класична теорија организације.** Другачији европски контекст од оног какав је у исто вријеме био у Америци наметнуо је другачију перспективу гледања на привредна друштва и њихове проблеме. Док је Тејлор најодговорнијим за успјех сматрао раднике, европски аутори су сматрали да је управа привредног друштва,

односно администрација која доноси одлуке, најодговорнија за резултате, односно успех привредног друштва. Овако значајна разлика у приступу утицала је да и теме којима су се бавили европски аутори буду другачије.

У оквиру класичне теорије, према свом значају и доприносима науци о организацији и менаџменту, издвајају се два препознатљива научна опуса: (1) административна доктрина Анри Фејоа и (2) теорија бирократије Макса Вебера.

Административна доктрина (Хенри Фајол, 1841-1925.)

Учење о активностима привредног друштва. Анри Фејо, рударски инжењер, изврсни, а затим и генерални директор једног рудника угља у Француској је творац заокруженог система учења о активностима привредног друштва, посебно о менаџерским активностима које Фејо назива админинистративним, по чему је и цијело његово учење добило назив **административна доктрина** затим о основним принципима ефикасне организације и ефективног менаџмента. Богато професионално искуство уобличио је у конзистентан концепт организације привредног друштва, који је по својој утемељености и значају до данас непревазиђен. Према Фејоовом концепту укупна активност привредног друштва се дијели на шест међусобно повезаних и зависних група послова:

1. технички послови (производна функција);
2. комерцијални послови (набавна и продајна функција);
3. финансијски послови (финансијска функција);
4. послови обезбјеђења (функција техничких, општих и правних послова);
5. послови рачуноводства (рачуноводствена функција);
6. менаџерске активности (планирање, организовање, командовање, координирање и контролисање).

Менаџерске активности. Према Фејоу водеће и најважније активности у привредном друштву су менаџерске, док су остале оперативног карактера. Фејоов велики допринос огледа се у деинмисању функције менаџмента. Фејо је дефинисао менаџмент као скуп од пет менаџерских активности:
(1) планирање,
(2) организовање,
(3) командовање,
(4) координирање и
(5) контролисање.

Ова дефиниција, са малим модификацијама остала је све до данас веома актуелна. У свим дефиницијама и послије Фејоа, суштински садржај је остао исти, чак и редосљед активности; једина промјена је у агрегирању активности везаних за људе у организацији. Умјесто Фејоових активности командовања и координирања, савремени аутори користе појам »вођење«.

Основни принципи менаџмента. Фејо је креирао четрнаест основних принципа ефективног менаџмента. Сумирајући своја богата и успјешна искуства у вођењу привредног друштва и раду са људима дошао је до одређених закључака које је преточио у принципе, као корисне поруке за менаџере како ефикасно да организују и воде своје организације, односно привредна друштва: подела рада, ауторитет, дисциплина, јединство команде, јединство циљева, подређивање

појединачних интереса општим интересима, награђивање, централизација, ланац командовања, ред, правичност, стабилност персонала, иницијатива, и корпоративни дух.

Својом административном доктрином Фејо је разбио једну до тада владајућу доктрину, према којој се вјеровало да се »менаџери рађају, а не стварају«. Према Фејоу менаџмент је вјештина као и све друге, и може се научити када се једном схвате његови основни принципи.

Теорија бирократије (Макс Weбер, 1864 -1920.)

Творац **теорије бирократије** је један од пионира модерне социологије, Вебер, који се бавио проблемима развоја и уређења европског друштва. Модел организације европских друштава под називом »идеална бирократија« пренио је и на организације. Привредног друштва с краја ХИХ и почетка ХХ вијека суочила су се са проблемима реда и дисциплине. С обзиром на то да су у привредним друштвима радиле читаве фамилије, блиски пријатељи и познаници, организације тога доба су се суочиле са проблемима непотизма и фаворизовања појединаца независно од њихових компентенција. Вебер је сматрао да је »бирократија« најпостојанија културна вриједност традиционалних европских друштава. Стога и на организационом нивоу бирократија прцдставља идеалну организациона форму.

Основни елементи теорије бирократије. **Веберова бирократија** је састављена од сљедећих елемената:
(1) специјализација,
(2) хијерархија,
(3) формализација и
(4) имперсонални односи.

Специјализација је захијтев да се изврши подјела рада на појединце према знању и компетентности. Тиме се постиже да сваки члан организације обавља посао за који је квалификован. Такође, успостављају се позиције чланова у организацији и уводи ред у прганизацију тако што се зна ко шта ради и ко је коме одговоран за извршавање задатака. Умјесто непотизма и фаворизовања уведени су критеријуми компетентности (квалификованости).

Хијерархија је природно уређење ствари. Као код биолошких и физичких структура хијерархија је основна карактеристика сложених организаеионих структура. Организациона структура мора да слиједи принцип хијерархије, а то значи да су чланови на нижем нивоу под контролом оних на вишем нивоу. Уређена организација подразумијева јасну линију командовања, у којој сваки члан организације одговара једном надређеном руководиоцу. У хијерархијском уређењу организације ауторитет за доношење одлука је у врху организације што значи да је одлучивање централизовано.

Формализација понашања. Вебер је вјеровао да рационални приступ организацији захтијева сет формалних правила и процедура које обезбјеђују да се посао обави

на одређени начин, без обзира ко га обавља, како би се обезбиједило униформно понашање и координација напора. Формализација треба да обезбиједи континуитет и стабилност, сто је Вебер сматрао веома значајним. Правила су постојана, а људи пролазни.

Имперсонални (службени) односи, у моделу идеалне бирократије требало је да, у условима непотизма и блискости, уведу дистанцу и званично понашање. Са позиција идеалне рационалности Вебер је вјеровао да се у бирократском поретку мора избјегавати емоционална везаност и да се само под тим условом могу доносити рационалне одлуке.

Вебер је вјеровао да централизација одлучивања, подјела рада и специјализација, правила, процедуре и јасан ланац командовања омогућују да запослени имају осјећај сигурности. Млади теоријски правци промовисани од аутора хуманистичке оријентације замјерили су Веберу да није успио да проникне у суштину односа између менаџмента и запослених и да је превидио јасан конфликт интереса између ове двије стране у организацији.

Класична школа је, као и научни менаџент, имала своје настављаче и сљедбенике. Најзнацајнији су Мери Паркер Фолет и Честер Бернард, који су својим радовима наговијестили појаву нових теорија и концепата.

Ограничења за примјену теорија класичне школе. Оба теоријска правца класичне школе, научни менаџмент и класична организациона теорија, подједнако су допринијели чињеници да је класична школа организације и менаџмента, према темама које је обрађивала, утемељености ставова до којих је дошла и практичним доприносима и утицајима на менаџерску праксу и постигнуте резултате, до данас непревазиђено учење. Она је поставила широке темеље, на које су се, по систему грађења зида, наслањала сва каснија учења, која су својим доприносима попуњавала празнине у њеном учењу и помогла да се класични концепти прилагоде новим условима. Међутим, ове теорије имају значајна ограничења за примјену. Она се, прије свега, односе на примјенљивост основних принципа менаџмента. Мада многи од ових принципа важе и данас, није могуће увијек примијенити их на исти начин. Генерална карактеристика класичне школе, како научног тако и административног смјера, јесте вјеровање њених аутора да постоји само један исправан начин да се постигну организациони циљеви. Класична школа, у цјелини, била је оријентисана на трагање и откривање тог идеалног начина. То је њена основна слабост и ограничење за примјену у савременим условима.

Теорија међуљудских односа

Теорија међуљудских односа настала је у САД тридесетих година XX вијека. Њени творци су аутори хуманистичке оријентације, који се нису слагали са ставовима клачицне теорије о природи организација и положају људи у њима. 20-их година XX вијека менаџери су се суочили са скривеним баријерама успјеха компанија. Рјешење проблема се налазило на страни људског фактора у организацији. Инжењери то нису успјели да виде нити да објасне. У њиховој представи организације доминирали су циљеви, постројења и физички услови радне средине. Социјални аспекти организације њима нису били блиски. То су

показале прве студије које су 1924. године започели инжењери у постројењима Хоторна, која су била у саставу *Вестерн Електрик Компани,* у близини Чикага. Суочени са падом продуктивности рада и незадовољством људи у погонима, инзењери су кренули са истраживањем узрока. Пошли су од претпоставке блиске инжењерима, да су физички услови радне средине узрок незадовољству. Експеримент који је укључивао промјене физичких услова рада није потврдио њихову полазну претпоставку. Наиме, са варирањем услова рада није дошло до очекиваних промјена продуктивности. Инжењери нису могли да објасне тај феномен. Позвани су истраживаи са одсјека индуструских истраживања са Харвардског универзитета. Група индустријских психолога и социолога предвођена професором Елтоном Мејом укључила се у истраживање и спровела серију експеримената у оквиру пројекта *»Хоторн студије«.*

Елтон Мејо и резултати Хоторн истраживања

Елтон Мејо *(1880 – 1949.)* се сматра творцем теорије међуљудских односа. Он је прихватио Тејлорово учење о потреби да се менаџери ослањају на научни менаџмент, али се значајно разликовао од Тејлора по својим ставовима везаним за положај запослених. Мејо је инсистирао на задовољству социјалних потреба људи, на успостављању добрих међуљуских односа и на ширењу идеје да су људи вазан фактор сваке организације. Мејо је подржавао идеју о стварању менаџерске елите, коју је дискретно промивисала теорија научног менаџмента, али је сматрао да менаџери треба да се интересују за потребе и проблеме радника. Његови ставови су утемељени на експериментима које је спровео у неколико серија, у периоду од 1927-1933.године, у оквиаи Хоторн студија.

Резултати **Хоторн истраживања.** Хоторн ефекат. Са својим колегама и групом директора из Вестерн Елекрика Мејо је проучавао понашање групе радника (експериментална група). Извршено је неколико различитих експримената, а најчешће се помиње онај који је везан за тзв. елиминациона проучавања, у којима је свјетлост појачавана и смањивана, док су радници, независно од тога, радили све боље. То је дјеловало збуњујуће. Истраживачи су дошли на идеју да мењају још неке варијабиле. Увели су бесплатан оброк, продужили су паузу за одмор, скратили радну недељу. Све ове погодности довеле су до пораста продуктивности рада. Показало се да сваки пут када би се радницима експерименталне групе дала нека погодност, макар она била занемарљиво ситна, продуктивност је порасла. Међутим, све вријеме експеримента расла је продуктивност и радника којима нису даване повластице (контролна група), не у истом проценту али је расла.

Онда су истразивачи дошли на идеју да направе заокрет; експерименталној групи су укинули све што су им у међувремену дали: ручак, паузу и остале бенефиције. Вратили су старе услове и били увјерени да ће то смањити продуктивност. Међутим, продуктивност је порасла више него икад раније. Објашњење за овакво понашање, било је да су они жељели да са менаџијментом поделе одговорност за судбину привредног друштва, јер су претпоставили да је привредно друштво запало у тешкоће, док су менаџери морали да им ускрате све повластице. Пораст продуктивности настао је, такође, због повећане знацајности посла коју су

радници доживљавали. Учешће у експерименту је код рандика створило осјећај да су посебни, изабрани и да њихов посао има неки значај за привредно друштво или ширу заједницу. Хоторн студије су откриле да је организација друштвени систем у којем људи раде у групама и остварују себе кроз групу; да поред формалног организација има свој сопствени неформални живот и нефонналне механизме контроле. Послије оваквих резултата истраживачи и менаџери су почели да говоре о »Хоторн ефекту«, чија је суштина у поруци за менаџмент привредног друштва: резултати ће бити бољи ако се радницима укаже пажња и повјерење, ако су укључени у дешавања у привредном друштву у којем раде, ако су информисани, ако су вредновани као друштвена бића и ако постоје отворене комуникације између радника и менаџера.

Теорија међуљудских односа својим открићима постала је антипод теорији научног управљања. Тако је организациона наука добила два екстрема: *научни приступ*, који је истицао бригу за производњу, и *социолошки приступ* који је истицао бригу за човјека. Даљи ток развоја организационе науке кретао се између ова два екстрема. Живот организације је много сложенији и разноврснији од самих питања да ли је човјек "рационално биће" или "социјално биће". Школа међуљудских односа је својим доприносима несумњиво употпунила организациону и менаџмент науку. Међутим, данас у условима диверсификоване радне снаге (образовање, пол, старост, раса, вјероисповест и сл.) и другачијег профила нових генерација запослених, који тешко да имају нешто заједничко са својим претцима из Вестерн Електрика, можда би поновљени експерименти открили другачије потребе и очекивања запослених. То нам говори да поменута истраживања нису укључила тако значајна питања као што су степен образовања и зрелости запослених, факторе окружења, као што су: тржиште радне снаге, синдикално организовање, законска регулатива, и др. Ипак, оно што се може сматрати трајним доприносом теорије међуљудских односа јесте понуђено разумијевање организације као социјалног система и порука менаџерима да је изградња међуљудских односа важан менаџерски посао.

Савремене теорије организације и менаџмента

Квантитативна теорија менаџмента означила је увођење математике и информатике у рјешавање проблема управљања. У литератури се појављује и под називом наука о управљању. Квантитативни приступ у управљању настао је за потребе рјешавања организационих питања ратовања и војне вјештине. На почетку 2. свјетског рата В. Британија је била суочена са комплексним проблемима разраде тактике и стратегије одбране. Формирани су тимови експерата за операциона истраживања, са циљем да се пронађе оптимално рјешење. По уласку у рат Американци су примијенили исти модел. Операциона истраживања, заснована на математичким моделима оптимизације рјешења и симулације појава, која су подржана компјутерском технологијом, показала су се корисним и за организације. Током 1950-их и 1960-их година квантитативни приступ је примијењен у управљању привредним друштвом.

За доношење одлука у условима динамичког окружења и неизвијесности није довољна само интуиција. Менаџерима се сугерише да користе математичке моделе, који омогућују варирање различитих података, креирање више алтернатива и избор оптималног рјешења. Током времена технике операционог

истраживања су допринијеле да се квантитативна теорија развије у препознатљив систем управљања привредним друштвом, који укључује низ процедура у процесу рјешавања проблема, планирања и предвиђања активности привредног друштва.

Данас, у условима крајње непријатељског окружења у којем су организације затрпане информацијама, сваки озбиљан менаџмент у процесима предвиђања, планирања и контроле користи квантитативни приступ. Међутим, он сам није довољан за успјешно вођење организација, због чега се менаџерима сугерише да квантитативну теорију користе као помоћно средство базичним теоријама.

Системска теорија уводи у теорију организације одређене категорије опште теорије система, које су омогућиле менаџерима да у рјешавању организационих и управљачких проблема посматрају организације као динамичке цјелине, отворене и сложене структуре.

Системска теорија је једна општа, широко прихваћена филозофија, која отвара хоризонте, одбацује стереотипе, а појаве и процесе објашњава помоћу мултиваријационе анализе. Категорије системске теорије су: систем и подсистеми, интеракције, окружење, повратна информација и мултициљеви.

- Систем и подсистеми. Систем представља сложену структуру састављену од два или више дијелова тј. подсистема, који су међусобно повезани и релативно независни. Свако привредно друштво је један систем чију структум чини већи или мањи број подсистема, сходно величини привредног друштва и нивоу специјализације, тј. издиференцираности ужих организационих јединица. Дијелови привредног друштва су релативно самостални у домену својих компетенција, али и међусобно повезани токовима процеса рада.
- Интеракција. Привредно друштво као систем састављен од дијелова или подсистема функционише, тако што се у њему одвијају одговарајући процеси, односно дешавају одређене активности. Ове активности се одвијају у односима између дијелова тј. интеракцијом. Поред унутрашњих интеракција привредно друштво, као отворен систем, остварује интеракције и са својим окружењем. Зато се, поред интерних, морају уважавати и екстерни утицаји, који нарушавају стање ствари и ремете равнотежу и склад односа у привредном друштву.
- Окружење. Једноставна дефиниција окружења јесте да је окружење све оно што је изван привредног друштва, а што утиче на понашање, структуру, ефикасност и ефективност привредног друштва. Окружење једног привредног друштва чине: тржиште са својом структуром, институционални амбијент, друштвено-политички услови, техничко-технолошке иновације, иновације у менаџменту, итд. Привредно друштво је у интеракцији са својим окружењем из којег црпи инпуте за своје процесе и у које дистрибуира своје аутпуте.
- Повратна информација. У интеракцији са окружењем привредно друштво добија повратне информације о томе колико су његови аутпути корисни за потрошаче, односно колико је његово пословање ефикасно и ефективно. На основу повратних информација из окружења менаџмент контролише

валидност својих одлука и предузима одређене акције да би прилагодило пословну стратегију и организациону структуру.

- Мултициљеви. Према системској теорији привредно друштво је систем са више циљева: опстанак, раст и развој. Опстанак захтијева одређену стабилност, а раст и развој промјене и динамику. Менаџерима се сугерише да у креирању структуре привредног друштва обезбиједе и стабилност и динамичност.

Системска теорија је отклонила одређене слабости ранијих учења, али је као једна широка филозофска перспектива остала на нивоу општег. У условима дисконтинуитета и турбулентног окружења менаџери су се суочавали са низом специфичних проблема. Требало је, на неки начин, општу системску перспективу операционализовати и преточити у конкретну менаџерску акцију. То је омогућио ситуациони приступ, који се сматра конкретизацијом системске теорије, и који је данас широко прихваћен и примијењен у свим областима менаџмента.

Ситуациона теорија везује се за критику универзализма класичне школе организације. Појавила се крајем 1960-их и почетком 1970-их година. Користи се у анализи многих управљачких аспеката, као што су планирање, организационо структурирање, организационо понашање, вођење и си. Суштина ситуационе теорије јесте да нема најбољег рјешења. Децентрализација не мора увиејк да буде боља од централизације; бирократија није сасвим лоша; експлицитни циљеви нису увијек добри; демократско-партиципативни стил управљања у извјесним ситуацијама не одговара; строга контрола је понекад умјесна. Укратко, све зависи од ситуације. За услове А одговара управљацка акција Х, док ће за услове Б бити адекватнија акција Y. То значи да ситуациона теорија користи модел »ситуација - рјешење«. Фактори и организационе промјенљиве се посматрају у каузалном односу, по принципу »ако - онда«.

Она је у основи базирана на системској теорији, али тежи да буде конкретнија и истицче специфицности привредног друштва. Ослања се на експеримент и емпиријска истраживања, односно на студије случаја као најбољег метода за закључивање. Концентрише се на ситуационе факторе као детерминанте алтернативних рјешења организације и управљања. Операционализацијом се из ситуационе теорије изводе различити ситуациони модели. Најраспрострањенији је тродимензионални модел. У дизајнирању организационе структуре модел гласи: ситуациони фактори - организациони параметри - облик (модел) структуре. У избору управљачких акција модел је: ситуационе варијабле - управљачке варијабле - перформансе и ефективност.

Категорије ситуационе теорије су су:

- Перспектива отвореног система је обиљежје наслеђено од системске теорије. Смисао је да се у условима динамичности, нестабилности и неизвјесности управљачка акција не може базирати само на интерном функционисању организације. Екстерна средина се не може третирати као дата, а још мање игнорисати. Морају се уважавати утицаји како интерне тако и екстерне средине.
- Практична истраживачка оријентација је обиљежје које ситуациону теорију чини специфичном у односу на претходна учења, а нарочито у односу на основне принципе административне доктрине и тејлоризма.

Организациони модели и управљачке акције треба да произиђу из анализе организационог контекста (интерне и екстерне средине) за свако привредно друштво понаособ. Тежисте је на адекватности рјешења у датој ситуацији.

- Мултиваријациона анализа као техника истраживања на коју се ослања ситуациона теорија је, такође, њено битно обиљежје. Претходне теорије, које су привредно друштво изучавале као затворен систем изолован од окружења, ослањале су се на биваријациону анализу. Односи између организационих варијабли су се тумачили крајње једноставно. На примјер, промјена плате је утицала на продуктивност рада (тејлоризам) или добри међуљудски односи аутоматски воде до веће продуктивности (теорија међуљудских односа). Само једна варијабла (плата, међуљудски односи) сматрала се јединим директним узроком промјена у другој варијабли. Насупрот томе, мултиваријациона анализа промјене у једној варијабли објашњава промјенама у низу варијабли које на њу утичу. На примјер, ситуациона теорија помоћу мултиваријационе анализе, промјене у продуктивности објашњава укључујући и личност запосленог, природу задатака, награде, задовољство на послу и у животу, стил вођења, и си.
- Ограничења за примјену. Организације и њихове средине исувише су динамичне да би се промптно могле пратити промјене и врсити прилагођавање рјешења. Друго ограничење везано је за широку примјену метода перцепције истраживача, што може искривити слику стварности и укалупити је у стерилне категорије истраживача, које су често сиромашне и непотпуно осликавају праву ситуацију. И поред ових замјерки ситуациона теорија представља значајан допринос савременом менаџменту, прије свега, тиме сто је указала на слабости и ограничења класично-бирократских модела организације и управљања и иницирала истраживање у правцу специфичних модела и управљачких акција.

5. Изазови за организацију будућности

Организација се и даље развија, тако што прати потребе организационе праксе, а често иде и испред тих потреба, да би као и друге примијењене науке понудила нова напредна рјешења. Организација се суочила са изазовима које су наметнули савремени трендови. На организацију, као и на друге области науке које су тијесно повезане са пословањем најснажнији утицај имају сљедећи трендови: (1) технолошке промјене; (2) експанзија знања; (3) глобализација пословања; (4) диверсификација радне снаге и промјене у управљању људским ресурсима и (5) појава хиперконкуренције.

Технолошке промјене оличене у новим технологијама (биотехнологија, нанотехнологија, информационо-комуникационе технологије) редефинисале су многа традиционална схватања о и у организацијама. Организационе димензије, процеси и системи промијенили су изглед и особине. Нове технологије су трансформисале организацију, омогућиле су замјену људи у обављању одређених операција, унаприједиле контролу производње, нове методе координације процеса рада и ефикасно управљање практично свим операцијама у организацији, уз минимално присуство људи. Њихова кључна карактеристика је флексибилност. Информатизација операција утицала је на радикално смањивање величине

организација, овладао је тренд смањивања организације у покушају да компаније постану креативније и да боље и брже одговоре на потребе тржишта, уз вјеровање да су мање компаније много успјешније у производњи квалитетнијих производа и услуга. С друге стране, технолошке промјене су довеле и до негативних посљедица за организације и људе који у њима раде. Теоретичари организације, психолози, социолози, социјални психолози, правници и економисти, нашли су се пред новим научним изазовима, да одговоре на нова питања и пронађу рјешења за проблеме које је узроковала примјена информационо-комуникационе технологије. Напредак ИТ индустрије је довео до појаве новог концепта, који је унио потпуно нову перспективу у истраживање нових форми организационог дизајна и кога су неки аутори назвали петом димензијом: функција, бизнис, земља, потрошач, мулти - база података.

Знање. Теоретичари предвиђају да ће наука о организацији понудити рјешења која ће бити одговор на изазов водећих економских сектора као што су рачунари, биотехнологије, нанотехнологије, електронска медицинска опрема, телекомуникације и енергија. Знање је главна одредница ових сектора, који нису омеђени индустријама, земљама и континентима. Треба очекивати да ће организације схватити да им се не исплати да се на глобалној сцени такмиче на свој начин и да ће проналазити могућности да учествују у иновативним знањима заједница.

Дакле, треба очекивати да ће најиновативније организације учествовати у формирању заједница способних да удружено рјешавају комплексне проблеме, као и да размјењују знања у циљу креирања иновација. Као и до сада, биће експериментисања у пословним стратегијама, а затим и у организационом дизајну. Теорија о организацији будућности предвиђа да ће се организационе форме развијати у правцу подржавања пословних модела заснованих на имплементацији знања о ресурсима и унапређењу управљања знањем. Организационо дизајнирање савремених организација се везује за знање и управљање знањем у функцији развоја нових производа и услуга. Радикализација флексибилности, сматра се, не би смјела да доведе до анулирања корисних особина постојећих форми организовања. Нови дизајн треба да унаприједи постојеће организације тако да отклони све баријере за иновације и понуди нове начине искоришћавања акумулираног знања.

Глобализација пословања. За науку о организацији и теорију организационог дизајна глобализација је највећи изазов у 21. вијеку. Овај тренд је довео до отварања тржишта, уклањања граница и велике покретљивост свих ресурса. Истраживачи се сада више фокусирају на процесе изван организационих граница, проналазе концепте за успјешно интерорганизационо повезивање и баве се открићима нових форми организационог дизајна које ће подржати стратегије интерорганизационих односа. Одговор на глобализацију постиже се путем оспособљавања менаџера да правилно перципирају окружење, и да успјешно раде са људима из различитих култура. Практично, савремени менаџери морају да науче како свој лидерски стил да ускладе са захтијевима разноврсности и да развију способност да се одрекну дијела ауторитета у корист запослених. Са глобализацијом пословања дошло је до промјена у стилу менаџмента у смислу све шире примјене концепта осамостаљивања запослених.

Диверсификована радна снага и промјене у управљању људским ресурсима. Историјски посматрано, никада до сада менаџерима није било толико важно разумијевање запослених. Висока просјечна старост запослених и проблем који настаје због сукоба генерација, затим све веће учешће жена у структури запослених, нарочито у земљама у којима жене дуго нису биле виђене као запослени (САД и Јапан). Притисак који изазива диверсификација запослених у погледу пола, вјере, расе, језика, културе, као и трендови привременог и повременог запошљавања суочава организације са изазовом за промјенама политике запошљавања и проналажења нових техника за управљање људским ресурсима. Менаџери се суочавају са новим изазовима: како да побољшају продуктивност и квалитет, да повећају лојалност запослених, да помире културне различитости, да се изборе са привременошћу и непредвидивошћу, да помире генерацијске разлике, и сл. Менаџери морају бити обучени тако да препознају разлике међу запосленима и да на њих одговоре на начин који ће омогућити људима да боље раде и постижу већу продуктивност а да, при том, не дође до дискриминације.

Хиперконкуренција*.* Савремене организације су под великим притиском тржишта на којем се налази велики број учесника. Захтјев за изврсношћу и континуираном конкурентском предношћу значи да се организације морају континуирано мијењати и прилагођавати. Честе и брзе промјене су стална активност савремених организација, које се налазе у флуктуирајућем стању, реорганизују своју унутрашњу структуру, гасе слабе и уводе профитабилне послове, стално запослене мијењају привремено запосленим и сл. Менаџери као и запослени морају да науче како да живе са привременошћу и непредвидивошћу. Ове способности су потребне људима у свим организацијама, а нарочито су потребне у савременим.

РЕЗИМЕ

- Организација је сложен и вишезначан појам који се користи у различите сврхе и за различите потребе. Организација је структуриран скуп двије или више особа које раде заједно, чији је рад координисан и вођен, да би се остварили одређени циљеви.

- Битне особине организација су: (1) организације су социјални системи - јер у њима раде људи; (2) оне су и социо-технички системи - зато што се у њима поред људи користе и машине (технологија); (3) системи циља зато што се у њима стварају резултати са одређеним циљем; (4) организације су уређене структуре - зато што се у њима групишу послови и људи који те послове обављају, успостављају везе и односи и координира њихов рад; (4) оне су отворени системи - зато што не могу да опстану изоловано од окружења у којем се налазе; и (5) организације су омеђени системи - који имају своје границе које их раздвајају од окружења

- Организација је дио менаџмент науке са врло израженим интер - дисциплинарним карактером.

- Организација је базична менаџерска дисциплина. Она између осталог оспособљава менаџере за успјешно вођење организација.

- Организационе теорије чини скуп научних мишљења о различитим темама организације и објашњавају принципе, правила и концепте на које би се требало ослонити у практичном рјешавању организационих проблема. Зато се с правом каже да су најбоље оне теорије организације које дају добре резултате у пракси.

- Класична школа је поставила темељ на који су се, по принципу грађења зида, надограђивале остале теорије, попуњавајући празнине оних претходних.

- Значај организација проистиче из чињенице да оне обликују наше животе на много начина, усљед чега је све наглашенија потреба за добро едукованим и оспособљеним менаџерима који ће обликовати организације на начин да стварају вриједност за све учеснике. Самим тим, познавање организација разних друштава може бити корисно за будуће менаџере, штавише многи од раних концепата се успјешно примјењују и данас.

1.
РАЗВОЈ ЗДРАВСТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ И УСТАНОВА

ИСТОРИЈСКИ ОСВРТ НА РАЗВОЈ ЗДРАВСТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ

Од давнина су медицина/лијечење, односно чување и њега здравља почивали на два извора: искуству и магији. Емпиријска медицина је стара колико и човјек и она ће углавном састоји у лијечењу повреда и познавању љековитих својстава биљака, сунца, ватре, воде. Њен главни носилац је жена, мајка. Магијска медицина произлази из примитивног начина мишљења и примитивне друштвене организације и развија се као магијско-религизона. Примитивна племена су сматрала да су болести казна увређених богова. Лијечење је сматрано светим обредом, а обављали су га „чаробници“ који су обично били свештеници.

Као најстарији писани медицински документат сматра се **Нипурска плочица** која потиче из времена од око 5000 година прије наше ере. Са ове плочице дешифровано је неколико рецепата. Овај документат припада древној медицини народа Месопотамије која носи печат магијско-религиозне, али има и неке рационалне елементе.

Староегипатска медицина је поред магичних имала и елементе праве науке. У дешифрованим папирусима1850. године, па и раније, до трећег миленијума прије наше ере, нађена су прецизна упутства за дијагнозу, прогнозу и терапију појединих обољења и повреда, анатомско-физиолошке расправе о срцу и крвним судовима, рецепти за лијечење многих обољења. Хирургија је била међу најбоље развијеним гранама староегипатске медицине. Египатски љекари су сматрали да је болест божанска казна, али су указивали и на друге узрочнике као што су црви, инсекти и разне штетне материје које настају труљењем у утроби. У прописима старог Египта налазе се мјере контроле воде, животних намирница, отклањања отпадних продуката, сахрањивања мртваца, тако да се има утисак да је читав начин живота прописан према здравственим правилима. У нађеним документима из тог времена постоје подаци да љекари нису плаћани по услугама него према томе колико су имали здравог становништва на свом подручју.

У старојеврејским записима налазе се бројна упутства о одржавању личне хигијене и хигијене намирница, изолације обољелих, обрезивању и светковању дана одмора.

Староиндијска медицина

У емпиријској области староиндијску медицину карактерише познавање дјеловања биљних љековитих супстанци и висок ниво хирургије, нарочито пластичне, абдоминалне и очне. Љекарској етици се придавао изузетан значај, а љекари су имали велики углед, па је, сходно томе, и разумљиво да баш из тог доба потиче изрека: „Ако је неко болестан онда му је љекар отац, ако оздрави онда му је пријатељ, а кад болест прође онда му је чувар“.

Античка грчка медицина

Највећа достигнућа у периоду старе Грчке везана су за име Хипократа (460-377 прије н. е.). Хипократ је први љекар који је ослободио медицину од религије, мистицизма и догматизма и који све појаве у биолошком животу објашњава не

помоћу богова и демона, већ у оквиру услова живота и рада, у директном посматрању појава и размишљању на бази запажања и искустава. У његовом учењу се налазе и основни појмови о метаболизму, итд. Грчку медицину карактеришу покушаји да се многе појаве научно објасне. Она је одраз високог степена развоја науке и културе тога доба.

Под утицајем грчке филозофије развила су се реалнија схватања мјеста и улоге медицине у друштву. На основама тих нових „поимања суштине живота“ постављени су темељи љекарске етике. Хипократ је поставио неколико основних правила и принципа љекарске етике која су и данас актуелна, на пример: „primum non nocere“ („најприје не шкодити“), „не постоји болест него болесници“, „битна је природа болесника а не природа болести“, а дао је и класичне тезе о љекарским дужностима и одговорностима. Он је савјетовао љекарима „несебичност, издржљивост, скромно одјевање, размишљање, расуђивање, спокојство, чврстину при општењу са људима“, као и читав низ најсуптилнијих појединости о којима љекар треба да води рачуна у додиру са болесним човјеком.

У старој Грчкој, упоредо са развојем науке и медицине, развијала се и организована здравствена заштита грађана. Служба народног здравља била је организована обично преко добро награђиваних општинских љекара. Ова служба била је финансирана из јавних фондова, који су се попуњавали специјалним порезима.

Грчка медицина је посвећивала нарочиту пажњу индивидуалној профилакси. Култ физичке културе подржавала је и владајућа класа, јер су јој, између осталих разлога, били потребни физички здрави војници за вођење освајачких ратова. Поред индивидуалне профилаксе, Грци су почели да спроводе и организовану колективну заштиту здравља - изградњом водовода, канализације и других санитарно-техничких уређаја.

Поред организоване љекарске службе у општинама, у старој Грчкој је било око двије стотине Ескулапових храмова у којима је била организована болничка њега. Са развојем науке усавршавали се и начини лијечења па су се све више користили биљни лијекови, а такође су вршене и извјесне операције. Љекари су нарочито били изучени за лијечење рана, прелома костију и луксација.

Римска медицина

Римска медицина се развијала највише под утицајем грчке медицине. Гален, најизразитији представник римске медицине, био је следбеник Хипократа. Сачуван је један запис који карактерише римску медицину прије Галена, у коме се каже и сљедеће: „У Риму се свакоме верује који се издаје за љекара, иако та лаж носи са собом највеће опасности; нажалост нема закона по коме би се кажњавало незнање љекара; њему је дозвољено учење на нама и на нашој смрти; да чине опите и да се при томе не треба бојати казне“. Док се у најстарије римско доба љекарско знање преносило са оца на сина, Гален је медицину учио једанаест година. Он је цијенио искуство својих учитеља и сматрао је да медицина мора бити заснована на чврстом теоретском темељу. Главна Галенова заслуга за развитак медицине састоји се у томе што је јасно и дефинитивно стао на становиште да се медицина мора заснивати на анатомији, физиологији и експерименту. Гален је дао низ поставки на којима се даље развијала медицинска

наука. Многе од тих поставки биле су догматске, али, будући да је Гален уживао велики углед и поштовање, галенски догматизам је скоро пуних петнаест вијекова суверено владао медицином.

Иако римска медицина није била толико стваралачка као грчка ипак је дала велики допринос усавршавању метода спровођења здравствене заштите становништва.

У 4. вијеку прије наше ере законитост рађања дјеце морала се посјведочити присуством пет бабица. Законским прописом је било регулисано и држање мртваца послије смрти и забрањено је њихово сахрањивање у граду. Законом је забрањено и вршење побачаја, а за погрешно лијечење, које је проузроковало болесникову смрт, предвиђене су казне. Римска држава имала је велики број љекара у јавној служби, који су из године у годину имали све веће привилегије. Она је имала санитарну инспекцију за надзор над изградњом градова и за контролу исправности намирница. Римско законодавство је било нарочито усмјерено ка обезбјеђењу, односно санирању хигијенских услова. Римљани су изградили прва јавна купатила, а посебну пажњу посветили су градској чистоћи, изградњи водова и канализације, калдрмисању улица итд. У градском магистрату постојали су посебни чиновници који су били одговорни за чистоћу града, за исправно снабдијевање водом и храном и за хигијенско сахрањивање мртваца. Љекари су били плаћани паушално и за плату су морали да ијече грађане и да се брину о јавном здравству.

Римски градови су имали градске болнице (*valetudinarije*) за лијечење робова и посебне болнице за лијечење атлета и гладијатора.

Са развојем медицинске науке, а нарочито физиологије, хигијена је утемељена као нова важна научна грана у медицини чији је задатак да створи услове који осигуравају најповољније и најнормалније функционисање и одржавање људског организма. Развојем анатомије, физиологије и осталих медицинских дисциплина, нарочито у старој Грчкој, омогућено је да се заштита човјечијег здравља, која је до тада била заснована на емпиризму, утемељи и проучава на научним принципима.

За разлику од јеврејске, хиндуске и осталих медицина које су имале своје здравствене прописе дате у религијским упутствима, у старој Грчкој и у римско доба, на основу нових искустава и сазнања о здравственој заштити становништва, постављени су темељи организације здравствене службе и створено ново законодавство које је дуго година имало свој утицај на развој здравствене службе. Остаци римске хигијенске културе, као и остаци римске културе уопште, ипак су извршили благотворни утицај на развој европске културе у средњем вијеку у доба ренесансе.

Арапска медицина

Насупрот осталим европским земљама, у којима се спроводило лијечење у оквиру манастирских болница, арапска медицина и здравствена служба заступала је модернија и научнија гледања о раду и организацији болница. Према Мумфорду, средњевековни град у арапској држави до 15. вијека има добро опремљену болницу са болесничким креветима - по правилу један кревет на 2.000 становника. Према подацима из тог времена: „Сваки болесник коме је потребна

болесничка њега био је примљен без обзира на боју, пол и социјално стање. Свака болница је била подијељена на два главна одјељења - мушко и женско, а свако од ових одјељења било је подијељено на одјељење за интерну медицину, очно, хируршко и ортопедско одјељење. Интерно одјељење је било подијељено даље на собе за заразне болести, за дијареична обољења и специјална одејељења, са шипкама на прозорима, за менталне болеснике и малоумне". Арапи су имали и организоване лепрозорије прије него све остале европске земље.

Медицина и здравство у средњем вијеку

Пропаст грчке и римске културе одразила се на све области друштва и живота, па и на медицину. Поново преовлађује мистицизам и долази до декаденције, како у науци уопште, тако и у медицини. Византијска медицина била је прожета духом мистицизма и примитивизма и заснована на магијским обредима. Она није допринијела унапређењу развоја научне мисли у медицини, иако је на основу искустава усавршавала дијагностику и терапију.

Иако је арапска медицина вршила значајан утицај на развој европске медицине, у Европи се у средњем вијеку није могла развити медицинска наука. Медицинска наука се темељила и развијала на теолошким принципима и схватањима свијета и живота, у оквиру религије и у манастирима, а вјерски мистицизам и догматизам спречавали су и кочили слободан развој медицинске науке, онемогућавајући свако самостално испитивање и проучавање. Такав однос према медицинској науци врло брзо је показао негативне ефекте. Многи освајачки ратови доводили су до мнобројних епидемија које су масовно уништавале становништво, а тадашња медицина није била способна да их спријечи и санира услове живота. Овакво стање довело је до сазнања да је немогуће спроводити здравствену заштиту на основу медицине која се спроводила у манастирима, па су многи црквени сабори у својим одлукама забрањивали монасима да обављају љекарску дјелатност.

Развој медицине као науке у европским земљама у средњем вијеку почео се одвијати оснивањем медицинских школа у Салерну и Монпељеу. У овим школама изучавана су медицинска знања старог античког доба и арапске медицине, а поред тога и сами су наставили даља истраживања и допринијели теоретским размишљањима многих појава у домену здравља. У Салерну је настава трајала пет година, послије чега су љекари морали да проведу годину дана под надзором одређених искусних љекара. Овакав систем образовања подигао је углед љекарског сталежу. На основу статута љекарског сталежа, љекари су били дужни да бесплатно лијече болеснике сиромашног стања, а награде љекарима биле су тачно одређене. У том раздобљу градови су почели да подижу општинске болнице у којима су сиромашни болесници бесплатно лијечени.

Средњи вијек је мрачан период у историји здравствене заштите. То је период сталних епидемија великих размјера. Стални и дуготрајни ратови омогућили су ширење епидемија и стварање свих штетних утицаја на здравље становништва. Разне епидемије, нарочито куга, биле су главни разлог да се донесу законске одредбе о сузбијању заразних болести (Венеција 1348, Милано 1384).

Опасности од епидемија, које су биле не само узрок помора великог броја становништва него и велика препрека за вођење освајачких ратова, условиле су спровођење низа социјално- медицинских мјера.

Санитетско законодавство односило се углавном на сузбијање заразних болести које се темељило „на искуству са епидемијама лепре и куге“. У то доба почиње формирање јавне здравствене службе и именовање љекара за вршење и обављање те службе.

Медицина и здравство у нашим крајевима

На територији Србије вијековима су се укрштали утицаји западне и источне културе, што се одражавало и на развој медицине и здравствене службе.

У нашим крајевима у средњем вијеку није било организоване здравствене службе. Међутим, према историјским подацима, у оквиру манастира спроводила се манастирска медицина и постојале су болнице. Још раније је Свети Сава основао болницу при манастиру Студеници (1207-1216). Касније су ницале уз манастире и друге болнице, на примјер болница у цркви Св. Архангела код Призрена коју је подигао цар Душан.

Међутим, у то вријеме у Дубровнику је постојао вид организоване здравствене службе. Године 1272. у Дубровнику је била издата наредба да се сваке суботе мора спроводити чишћење улица, а касније су издаване наредбе о спровођењу низа других хигијенских мјера. Дубровник је 1280. године имао љекаре, у доба када их није било ни у већим европским центрима. Због развоја трговине и опасности од појаве епидемија, у Дубровнику је организован први карантин на свијету против заразних болести (1377), који представља један од највећих доприноса који смо дали општем развоју здравствене заштите у свијету. Поред тога, у Дубровнику је била организована и болница пред крај XIV вијека, у којој су се сви грађани Дубровника могли бесплатно лијечити, а 1272. године у Дубровнику је донијето и рјешење о изолацији губаваца. Иако се у градском статуту из исте године спомињу апотекари, прва апотека је организована 1317. године, односно 30 година прије оснивања прве апотеке у Енглеској. Касније су основане апотеке и у другим крајевима наше земље.

Према подацима Државног архива у Котору, први љекари и апотекари у овом граду спомињу се од 1326. до 1337. године (у Сплиту је прва апотека подигнута 1352, у Загребу 1355, а у Љубљани 1590. године).

С појавом просвећеног апсолутизма започео је нови период у односу државе према заштити здравља становништва. Улога државе у спровођењу мјера за заштиту здравља народа бивала је све већа, а нарочито је истицана у дјелима Петера Франка (1745-1821), познатог реформатора и организатора здравствене службе у Њемачкој, за чије је име везан и настанак тзв. *медицинске полиције* као регулатора у спровођењу хигијенских мјера. Истичући начело да је чување здравља дужност државе, Петер Франк је писао: „Политички интереси државе могу се колебати, али се они не смију колебати у погледу чувања здравља грађана“; „За једну недељу потроши се више новца него што би изнијели сви трошкови око мјера за спречавање зла“ (мисли на заразне болести). Он је у спровођењу здравствене заштите подвлачио значај спровођења превентивних

мјера: „Са установама за лијечење је исти случај као и са ватрогасним справама које се удешавају тек онда кад се село запали. Ватра се угаси прије него што оне стигну, а село остане у пепелу“.

Петер Франк је био и иницијатор одржавања наставе на чистом ваздуху, као једне од мјера за заштиту здравља школске дјеце. Он је указао и на далекосежне негативне посљедице проституције и предлагао енергичне мјере против тога. Поред низа других мјера у заштити здравља, нарочито је истицао негативне посљедице рада жена у вријеме трудноће како на њихово здравље тако и на здравље новорођенчад.

Утицај Петера Франка на развој здравствене заштите био је велики не само у Њемачкој, где је живио, већ скоро у свим европским земљама. У цаској Русији, све до Октобарске револуције, чак и на универзитетској настави, умјесто појма „хигијена“ употребљавао се назив „медицинска полиција“. Питање здравствене заштите становништва на тлу данашње Европе актуелизовано је због честих епидемија које су онемогућавале нормално функционисање и развој трговине и индустрије, што је, наравно, погађало и интересе богатих трговаца и индустријалаца. Због страха од куге и притиска јавног мњења, многе владе су биле присиљене да донесу законе о организовању здравствене заштите здравља становништва.

Енглеска влада је 1848. године донијела први модерни закон из подручја јавног здравља. Овај закон представља историјску прекретницу и у развоју здравствене заштите, јер је њиме установљена обавеза локалних власти да морају формирати одборе.за здравље. Истим законом дата су овлашћења владином Главном одбору за здравље да може предузимати здравствене акције у свим мјестима гдје је стопа смртности становништва већа од 23% на 1000 становника.

Године 1875. у Енглеској је донијет нови закон о здравственој заштити, чији су основни принципи остали на снази све до 1936. године. Овим и другим законским прописима учвршћена је служба здравствене заштите у локалним органима власти, што је знатно допринијело систематском раду на санирању здравственог стања и постављању темеља здравствене службе за дужи период.

Здравствена заштита у скандинавским земљама, од самог почетка стварања организоване здравствене службе, сматра се једном од главних јавних функција, као природна и нормална одговорност заједнице. До половине прошлог вијека у скандинавским земљама лијечење је било главни циљ и задатак здравствене службе. Међутим, упоредо са појавом организованих социјалних покрета и захтјева да заједни- ца преузме рјешавање многих социјалних питања, започео је период борбе за спречавање обољења и стварања хармоничне везе између службе лијечења и службе спречавања обољења. Ова настојања за спровођење заштите здравља становништва дошла су нарочито до изражаја у доба научних открића на подручју бактериологије и хигијене, у другој половини XIX и почетком XX вијека.

Године 1858. у Данској је донијет први закон који је регулисао општа здравствена и хигијенска питања и дужности и задатке локалних власти на подручју здравствене заштите. Слични закони донијети су у Норвешкој 1860., Шведској 1874., Финској 1899. године. Углавном су ови закони регулисали борбу против заразних обољења, венеричних болести и туберкулозе, контролу услова живота и рада у фабрикама и привредним друштвима, контролу продаје животних

намирница, нарочито хљеба, меса, млијека и маргарина, надзор над хотелима, ресторанима, бријачницама итд. Каснијим законским прописима регулисане су мјере и задаци за остварење заштите здравља појединих специфичних категорија (група) становништва, као што су заштита здравља мајке и мале дјеце, школске дјеце, заштита здравља радника итд.

РАЗВОЈ ЗДРАВСТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ

Само четири године послије доношења енглеског закона о јавном здрављу, Кнежевина Србија је приступила легислативном регулисању и успостављању система здравствене заштите. Тако су још 1838. године Уставом биле постављене осиове организоване здравствене службе у Србији. Скупштина Кнежевине донијела је (1879) два закона: ''Закон о народном санитетском фонду'' и ''Закон о чувању здравља у народу и домаћој стоци''. Ови закони су поставили темеље врло савремене организације здравствене службе. На основу Закона о народном санитетском фонду спроведене су врло велике реформе у здравственој заштити становништва. Приходи народног санитетског фонда састојали су се: из интереса на основни капитал, из општег болничког прореза који је износио 1,60 пара годишње по становнику, из државне помоћи која је била фиксирана: 218.949 динара и 15 пара.

Законом о уређењу санитетске струке била је регулисана здравствена служба у срезовима и општинама и утврђени задаци и одговорни ''санитетске струке'', као и формирање Главног санитетског савјета.

У оквиру ових закона, низом уредаба регулисан је спектар важних питања: дужности и права окружних љекара (физикуса), дужности и права среских љекара, општинских љекара и бабица, статус приватних љекара и приватне праксе, државних и општинских љекара, такса за љекарске услуге, као и питање карантина, вакцинације и ревакцинације против великих богиња, правила о гробљима и сахрањивању, мјере о ограничавању блуда и заштити грађанског морала итд. Регулисано је, такође, и питање зидања и расподјеле школских зграда, а посебним Законом о болницама, као и Законом о апотекама и апотекарима, регулисан је рад и организација ових установа. У вези са постигнутим резултатима, као и принципима на којима се заснивала организација здравствене службе и заштита становништва од заразних обољења, здравствена служба Кнежевине Србије је, на међународном састанку у Паризу, похваљена и истакнута као примјер осталим земљама.

Организација здравствене службе у Кнежевини Србији била је у то вријеме скоро на истом нивоу као и у земљама са најорганизованијом здравственом заштитом. По обимности коју је ова служба пружала становништву, нарочито са становишта спровођења заштите здравља грађана, систем ове здравствене службе био је бољи него у многим технички развијенијим европским и ваневропским земљама.

Историјски подаци говоре да се први трагови здравствене дјелатности у Срба налазе у дјеловању тзв. манастирске медицине, која се у средњевековној српској држави почела развијати по угледу на византијску. У том периоду подигнуте су, заправо основане, и уређене (организоване) прве болнице у Срба: Хиландарска (1190-1200) и Студеничка (1207-1216) - у оквиру тих манастира. Правила о њиховој организацији и раду прописао је Свети Сава у типику око 1200. године. Током тог периода никле су уз манастире и многе друге болнице по Србији, нарочито за вријеме владавине краља Милутина (1282— 1321), а његов биограф Данило рече: „И цркве сазда многе и у туђим земљама а у њима болнице устроји“. Највећа болница је „устројена“ у Цариграду при манастиру Продрома „с много

постеља“, а издржавана је од прихода села у Милутиновој држави. Цар је 1354. године отворио болницу при цркви Св. Архангела код Призрена која се издржавала од прихода са одређених имања и газдинстава. Постоје документа која показују да је Кнез Лазар 1380. године богато даровао болницу у Хиландару, као и Мара, жена Вука Бранковића, 1406. године. У чувеном Цетињском родослову забиљежено је да је Стефан Високи (1321-1331) „сазидао и странопријемницу за болне“, што потврђује у својим списима и Константин Филозоф, биограф кнеза Стефана. У доба цара Душана основане су и болнице „Хоспитал Св. Духа“ у Котору 1350, затим „Хоспитал Св. Крста“ 1372. У тим болницама Душан се поред терапијске развијала и едукативна дјелатност, проучавањем преведених медицинских књига, старогрчке и староримске медицинске литературе. У Милутиновој Цариградској болници нађен је примјерак Диоскордовог дјела о лијечењу из 412. године (сада у бечкој народној библиотеци), а у тој болници је постојала и медицинска школа у којој је предавач био Јован Аргиропуло.

Документ пронађен у манастиру Ходошу (Румунија), назван „Ходошки медицински кодекс'' један је од најстаријих српских рукописа из области медицине. Овај документ датира са краја XIV и почетка XV вијека, а има облик тзв. Лекаруше, са српским називима болести и лијекова.

У каснијем периоду средњег вијека налази се: превод хигијенске књиге неког византијског љекара из XV вијека „Ијатрософија о восјакој вешчи“, затим „Јестествословије“, превод Хипократовог дјела „De naturo homini“, као и „Бесједа от познаније бољезни по питању у жил“, превод Галеновог дјела „De diagnoscendis pulsibus“ крајем 15. односно почетком 16. вијека (налазе се у Хиландарској књижници).

Од дјела која се односе на пружање медицинске помоћи и организовање здравствене делатности и његе из тог периода незаобилазни су:

1. **Карејски типик** Светог Саве, из 1199. године један је од најстаријих, највећих и најзначајнијих писаних споменика (поред Мирослављевог јеванђеља из 1192. године). Налази се у Хиландарској књижници.
2. **Хиландарски медицински кодекс,** драгоцјени споменик српске медицине и српске културе. Он представља зборник списа српске научне медицине од XII до XVII вијека чији су аутори углавном учитељи - професори античке и салернско-монпељске школе.
3. **Хиландарски типик Св. Саве,** у глави 40. („О болници и работајуштех болем") говори се о кућном реду у болници.
4. **Студенички типик Св. Саве (типик, грчки, значи правилник, начин понашања),** сличне намјене и садржаја као и Хиландарски типик.

Ова дјела неспорно истичу значај Светог Саве као личности која је дала највећи допринос развоју наше медицине и здравствене службе у XII вијеку. Из докумената је очигледно да је он оснивач првих српских болница, писац наших најстаријих медицинских списа, аутор прописа за уређење и организовање рада у болницама, здравствени васпитач и борац против надриљекарства. На основу његових поставки никли су касније многи други манастирски типици и повеље српских владара о уређењу болница. Те болнице се нису развијале из сиротишта, као што се то дешавало на Западу, већ су од почетка осниване као институције намијењене лијечењу болесника, било акутних или хроничних. Као такве оне се могу уврстити у ред најстаријих болница у Европи!

Подаци о подизању прве болнице
из далеке прошлости Космаја

Још у доба Римљана запажен је стратешки значај планине Космај и околине. Та област је припадала сјеверозападном дијелу провинције Горња Мезија. Због својих богатих рудника, који су углавном били на подручју данашњих села Бабе, Стојник и Губеревац, космајска област, у којој је рударска дјелатност била интензивна од 2. до 4. вијека нове ере, у Римској Империји уживала је посебна правила и привилегије и била је привлачна за многе странце жељне зарада.

Тако је овдје од 169. године била стационирана Друга аурелијанска кохорта, војна јединица са 700 пјешака и 300 коњаника. Њени припадници су обезбјеђивали богате космајске руднике, транспорт сребра и олова из њих, а по потреби су кретали и у потјеру за одбјеглим рударима... Кохорта је 179. године, када је командант био Turn Бебиније Јуст, на Градишту (дијелу данашњег Стојника) на коме је била и тврђава, римски каструм, величине 200 x 200 метара, чија је дебљина и висина зидова ишла и go 2,5 метара - подигла и војну болницу. Болница је служила за потребе овог римског одреда и звала се Валетудинариј. Од некадашње римске болнице данас је остао сачуван само један камени стуб висок 80 сантиметара, који се налазио на згради болнице. Крупним словима величине 5 са 3,5 сантиметара уклесани су основни подаци о болници и кохорти.

Овај споменик из 2. вијека, чији текст представља први помен једне болнице на територији Србије, пронађен је крајем прошлог вијека у Стојнику, код куће Стевана Николића и пренијет је у Народни музеј у Београду. Сада се налази у „ Пећинама “ - Доњем граду на Калемегдану, гдје се чувају камени споменици београдских музеја.

С пропашћу средњевековне српске државе настао је дуг период стагнације у укупном друштвеном животу, па и у медицини, односно здравственој дјелатности. Тек се средином XVIII вијека почињу стварати услови за поновни развој медицине као науке и здравствене дјелатности, као и за школовање професионалног кадра у медицинској дјелатности, тј. љекара. Ово се почело дешавати у Војводини, на територији тадашње Аустроугарске, након пресељења знатног дијела српског живља послије више принудних сеоба. Подижући свој друштвени статус, из тог дијела српског живља почели су почетком XIX вијека да одлазе на школовање и српски ђаци на медицинске факултете у Пешти и Бечу.

Др Јован Апостоловић је први Србин који је постао доктор медицине (1759. године). Студирао је на факултету у Јени, а практиковао је љекарски позив у Новом Саду, гдје је 1762. и постављен за градског физикуса. У другој половини тог вијека на тлу Војводине радила су четири љекара Србина, а у првој половини XIX вијека било их је око тридесет.

У том периоду појављује се и прва савремена медицинска литература - углавном преводи њемачких и француских аутора, штампани у Бечу или Пешти.

Овај развојни напредни покрет имао је утицаја и на Србе у Србији - иако још под турском влашћу. Томе су допринијеле новонастале околности и

повољније прилике након Пр вог српског устанка, а нарочито након Другог српског устанка. Тако је, на пример, 9. септембра 1831. у Београду издато „Упутство за лијечење колере“, непознатог аутора, затим 1832. књижица „Средство против колере“, такође од непознатог аутора, а потом и књига „Колера азијатическаја, како се од ње чувати и лијечити треба“ Павла Јовичића, доктора медицине и хирургије.

Љекари Срби из Војводине нису могли у пуној мјери да користе своја знања и амбиције, па су многи и због тога, а многи и из осјећања патриотизма, прелазили у Србију гдје су били добродошли. То се нарочито интензивирало када је Србији, на основу султановог Хатишерифа из 1830. године, било дозвољено отварање болница. Сматра се да је то било доба када се на територији тзв. београдског пашалука заметнула српска медицина и здравствена дјелатност новијег доба, која је потиснула утицај и дјелатност многобројних народних љекара самоука, ранара и видара и осталих надриљекара.

Први доктори медицине појављују се у Србији неколико година после Другог српског устанка, мада појединачно и ријетко - било у служби београдског паше или код кнеза Милоша у Београду и његовог брата Јеврема у Шапцу. Многи су брзо напуштали службу због неодговарајућих услова рада, али се неки задржавају дуже и остављају трага: др Бартоломео Куниберт (Италијан), др Јован Стејић (Србин из Арада), др Карло Пацек (Словак), др Емерих Линденмајер (Аустријанац), др Карло Белони (Словак). У Србији је 1838. године било девет љекара и четири љекарска помоћника.

Манастирске болнице и апотеке

Западнохришћанска црква почела је рад на медицини 200 година касније од источне. Први такав потез учинио је свети Бенедикт, оснивач бенедиктинског реда. Он је крајем треће деценије VI вијека подигао и уредио прву манастирску болницу при манастиру на планини Монте Касино у средњој Италији. Пошто је прописао правилник за њен рад, позвао је и друге манастире да слиједе тај примјер, па се тако почео да појављује читав низ болница по манастирима. Међу првим и најзначајнијим по свом раду јесте болница у Лиону подигнута средином VI вијека, затим болница у Паризу подигнута средином VII вијека, болница у Лондону подигнута средином VIII вијека, а болница у Сен Галену подтнута је крајем друге деценије IX вијека. Ускоро по оснивању ових болница калуђери су почели да његују љековито биље у манастирским баштама и да издају књиге о његовању и примјени тог биља, а касније су при својим болницама оснивали и манастирске апотеке. У овим болницама духовници су лијечпли све унутрашње и спољне болести, али нису обављали хируршкв интервенције јер "свештенство не смије да пролива крв".

Почеци средњовековне медицине појавили су се најпре у Оквиру Византијске хришћанске цркве. Почетком IV вијека у Сирији су се прочула шеснаесторица калуђера - љекара међу којима су били и браћа Кузман и Дамјан, погубљени у Риму за вријеме прогона хришћанина. На Никејском сабору 1206. године одлучено је да црква и духовници предузму иницијативу у отварању болница и азила. То је први извео, крајем прве четвртине тога вијека, владика Василије у

Граду Цезарији. У Византији су духовници и држава уз помоћ добровољних прилога подизали болнице и азиле, као и праве социјално-медицинске установе: конаке за путнике, домове за просјаке, домове за нахочад, домове за старе и домове за посрнуле девојке. Византијска медицина је нарочито његовала практичну емпиријску медицину, допуњену мјестимично магијским и вјерским елементима.

Прве организоване болнице у Србији
Јавни „шпитаљи“

0 тешким условима у којима су војевали учесници Првог и Другог српског устанка свједоче и подаци да у то вријеме у Србији још није било организованих болница које би могле да пруже помоћ рањеним борцима. Наиме, за вријеме ових устанака болесни и рањени борци слати су обично кућама на лијечење или су лијечени у манастирима у мјестима гдје извиру љековите воде. Стога ја пажње вриједан податак да је прву болницу основао Јеврем Обреновић у Шапцу 1826. године. Ова шабачка болница састојала се од једне велике собе за болеснике и једне мање у којој је становао љекар. Занимљиво је напоменути да је још у то вријеме Вук Караџић предложио кнезу Милошу „да сеу Крагујевцу начини шпитаљ барем од двије собе - једне за мушкарце, а друге за женскиње. Хатишерифом из године 1830. одобрено је и грађење болница у Србији. Први јавни ''шпитаљ'' помиње се 1832. у Градишту, затим ''шпитаљ'' у Свилајнцу, а 1837. постојао је и ''шпитаљ солдачки" у београдској Савамали.

Прва апотека у Србији отворена је у Београду 1830. године (Мата Ивановић, апотекар из Земуна), а друга 1836. у Крагујевцу (Павле Илић, апотекар из Великог Бечкерека).

На основу рјешења Првог земаљског устава из 1838. године у Србији је изведена и прва организација здравствене службе. Према Уставу, грађанска и војна „санитетска“ служба стављена је у надлежност Попечитељства внутрених дјела (Министарство унутрашњих послова), у оквиру кога је за ове послове било организовано и задужено „Одељење карантинско са санитетом“. Под њим је био и тзв. штаб-доктор, који је био у саставу Главног штаба, као шеф воног санитета.

Задаци овог Одјељења, регулисани Уставом, били су:

1. „да предузима све што може послужити заштити живота и здравља српског народа, уклањајући све што је томе противно“,
2. „да предузима подизање, организовање и надзор земаљских карантина против куге, да се та болест не увуче у земљу или, ако се то није могло спријечити, да се та болест што скорије угуши и искоријени“,
3. „да се, у споразуму са Попечитељством просвешћења, под чијим надзором стоје болнице, стара за спречавање и искорјењивање других опасних и прилепчивих болести, као што су: трулеж рана, људске богиње и друге кобне заразе“,
4. „да подигне потребне јавне апотеке и да спречи злоупотребу лијекова од стране љекара“,
5. „да постави учене љекаре и бабице“.

Први начелници у овом Одељењу били су др Карло Пацек, за карантинске послове, и др Јован Стејић - за санитетске. Од 1842. године једини руководилац је др Јован Стејић, кога од 1845. године замењује др Емерих Линденмајер, дотадашњи штаб-доктор (др Стејић је постављен за секретара Државног савјета, а за новог штаб-доктора др Карло Белони).

Дакле, може се сматрати да је санитетска служба тзв. Уставобранитељске владе (1838-1858) поставила основе прве организације здравствене службе у Србији, на следећим принципима:

1. образовано је управно средиште у оквиру Пепечитељства унутрашњих послова за заједничку санитетску службу грађана и војске,
2. установљени су извори редовног финансирања ове службе преко годишњег санитетског буџета (од 1841),
3. основан је Главни санитетски савјет (1852),
4. постављене су основе за организовање службе окружних љекара (умјесто раније четири обласне команде), реорганизацијом и управном подјелом земље успостављено је 17 „окружја“ са начелницима који су имали сву грађанску власт,
5. планирани су програми за повећање броја љекара, апотекара, љекарских помоћника и бабица,
6. приступило се спровођењу мјера сузбијања заразних болести у народу и стоци (и завођење обавезе „калемљења“ против вариоле),
7. постављени су општински љекари и бабице,
8. организовано је слање првих државних питомаца у иностранство на студирање медицине,
9. спроведено је прво испитивање наших минералних вода,
10. планиране су и спроведене и друге мјере усмјерене на заштиту здравља становништва.

У складу са таквим организованим приступом проблему здравствене заштите здравља и организовања здравствених установа долази и до отварања нових апотека и нових болница (додуше у старим и неподесним објектима, изузев једне војне болнице у Београду и једне специјалне болнице за френгу-сифилис у Гургусовцу - Књажевац).

Након пада тзв. Уставобранитељске владе 1859. године, преуређена је државна управа. У тој новој организацији државне управе формира се Управа грађанског санитета у Министарству унутрашњих послова и Управа војног санитета у Министа- рству војске. Ово је омогућило живљи рад на унапређењу и развоју организоване здравствене службе, па се 1865. године доноси *Закон о болницама и апотекама* и формира се тзв. Болнички фонд који се финансира из годишњег прореза од 1,60 динара на сваку пореску главу. Убрзо у Србију пристижу и први домаћи љекари: др Стева Милосављевић, др Јосиф Панчић и др Вук Маринковић, а *1867.* го*дине подиже се Општинска болиица у Београду (на Палилули).* Дотадашњи Лицеј постаје (1863) Велика школа, у оквиру које се уводи Катедра за судску медицину и јавну хигијену коју је држао најприје др Аћим Медовић а потом др Милан Јовановић Морски. На иницијативу и заслугом др Владана Ђорђевића 1872. године оснива се Српско друштво Црвеног крста. На челу организованог грађанског санитета били су од 1858. до 1878. др Стева Милосављевић (париски ђак), па др Милосав Павловић (дипломирао 1859.)

и др Филип Тајсић (дипломирао 1864). Др Владан Ђорђевић је у том периоду објавио велики број књига: „Начела војне хигијене“, „Болничарска служба“, „Војнољекарска писма“, „Санитетски послови у Србији“, „Историја српског војног санитета“и друге, као и превода: „Анатомија“ од Хиртла, „Општа хирургија“ од Билрота, „Ратна хируршка техника" од Ландсберга и друго. Тада и др Милан Јовановић Морски објављује први уџбеник „Хигијена“ и многобројну другу стручну литературу.

Када је у Србији започео српско- турски рат (1876), у војном санитету било је 19 љекара, пет љекарских помоћника, један апотекар и четири апотекарска помоћника, на 93.000 бораца, док је у грађанском санитету (здравственој служби) било 69 љекара (већином странаца), 10 љекарских помоћника, 26 апотекара и пет апотекарских помоћника.

Послије другог српско-турског рата (1877-1878) дошло је до проширења државне територије ослобађањем нишког, пиротског, топличког и врањског округа, што је захтијевало реформу државних институција и свих сфера државног и друштвеног живота, па и здравствене службе. Највеће енергично залагање и дјеловање у реформисању здравствене дјелатности дао је др Владан Ђорђевић, војни љекар и даровити организатор. Он је у функцији начелника Санитетског одељења Министарства унутрашњих дјела (1879-1884.) извршио корјениту реформу у здравству и довео до значајног унапређења организације и рада здравствене службе, односно здравствене заштите становништва Србије. Др Владан Ђорђевић је иницирао доношење „Закона о народном санитетском фонду“ (1879.), којим је створена основа за развој службе и спровођење програма њене дјелатности (дотадашњи годишњи прирез за те сврхе од 1,60 динара „по глави" повећан је на 2,1 динара). Истовремено је припремио, по угледу на аустријски, „Закон о очувању здравља у народу и домаћој стоци“, који је Скупштина изгласала 31. марта 1881. године под нази- вом „Закои о уређењу санитетске струке и чувању народног здравља“ (термин уређење означава организацију).

Законом о уређењу санитетске струке и чувању народног здравља у Србији је успостављена организација савременог система здравствене дјелатности, служба и установа. Тај систем је имао државне функције централизованог карактера. Централну управу је чинило: 1) Санитетско одјељење при министарству унутрашњих послова, 2) Државна хемијска лабораторија и 3) Главни санитетски савет.'

Стручни здравствени радници који су обављали и државне функције:

1. физикуси (именовани љекари у функцији санитетског референта окружних начелстава),
2. сресни љекари,
3. општински љекари,
4. општинске бабице,
5. марвени љекари.

Институције здравствене дјелатности:

1. установе за спречавање разбољевања људи и стоке,
2. установе за чување неизлијечивих болесника - слијепих, глувих, богаља, сумануних,
3. карантини, полукарантини, састанци,
4. Установе за лијечење болесних људи (јавне болнице, болнице за душевне болести, јавне апотеке, сиротињски дом за тјелесно неспособне, бање и минералне воде).

Установе за едукацију здравствених радника:

1. Школа за бабице,
2. Школа за љекарске помоћнике.

Овај закон представља заиста комплетан савремени правни акт којим се, на прогресивним основама и социјално - медицинским приступом, поставља и организује комплексна здравствена заштита становништва Србије - чување и унапређење здравља популације, као и организација здравствене службе, обавеза и права грађана и здравствених радника, државе, породице и задруга односно предузећа итд.

Законом о уређењу санитетске струке и чувању народног здравља утврђене су организације и обавезе Санитетског одјељења, основана је Државна хемијска лабораторија, институиран нови Главни санитетски савјет, успостављена је мрежа среских и општинских љекара (и бабица), установљени су услови за обављање приватне љекарске дјелатности, прописан је цјеновник услуга („таксе“), одређена обавеза о вакцинисању против вариоле итд.

У оквиру овог Закона донијета су подзаконска акта:

1. Правила о пограничним карантинима,
2. Правила о зидању и распореду школских зграда,
3. Правила о ограничењу блуда (проституције) и заштити јавног морала,
4. Правила о гробљу и сахрањивању.

У то вријеме ступају на снагу и нови закони: Закон о болницама и Закон за апотеке и апотекаре.

Крајем 18. и почетком 19. вијека општа друштвено-економска ситуација у земљи се побољшала, што се одразило на унапређење и развој здравствене службе. Први знак њеног оживљавања и приближавања развијеном свету Европе јесте отварање првог хируршког одјељења (1889) при Општој државној болници на Палилули у Београду. Начелник тог одјељења био је др Војислав Суботић. Убрзо се отвара и новосазидано Гинеколошко-акушерско одјељење на Врачару (1902), којим је руководио др Јован Јовановић, а у оквиру тог одјељења и Бабичка школа, затим се Хируршко одјељење пресељава у четири новосазидана павиљона на Врачару (1907), а сљедећих неколико година, у оквиру Опште државне болнице на Врачару, оснива се Дјечије заразно одјељење, Одјељење за грудне болести, Просектура итд.

Паралелно са развојем просторних капацитета, вршене су припреме за обезбјеђивање кадровских капацитета. У Србији је 1879. укупно било 74 љекара; 1886. -104 (већином странци); 1905. већ је радило 150 већином наших љекара; 1900. - 200; 1908. - 288, а пред балканске ратове 1912. године Србија је имала

школованих 360 љекара, међу којима је било око 30 специјалиста хирурга, а потом и неких других специјалности.

Социјално-медицински карактер постављања и организовања здравствене заштите огледа се и у томе што је паралелно текао и покрет социјалне заштите. Већ 1911. донесен је „Закон о радњама“, којим се уређују радни односи у предузећима, и оснива се „Фонд за радничко осигурање радника и њихових породица“.

Превентивна оријентација Закона о уређењу санитетске струке и о чувању народног здравља огледа се и у његовом самом називу као и у поставкама о обавезама љекара, појединаца, породице и друштвене заједнице, затим у прописивању обавезних имунизација, хигијенско-санитарних услова за изградњу школа, гробаља, спречавања проституције, здравственом васпитању становништва и слично. Оснивају се и бројне хигијенске институције. Војни љекари, пуковник др Михајло-Мика Марковић, др Милош Стефановић, др Драгутин Петковић и др Љубо Стојановић, оснивају Пастеров завод 1901. у Нишу - „за израду анималне лимфе за калемљење против великих богиња као и за антирабично лијечење“.

Др Радивоје Вукадиновић, др Слободан Рибникар и др Владимир Поповић, војни љекар, 1902. године оснивају „Друштво за чување народног здравља“, а њихов часопис „Здравље“ почео је да излази као мјесечник од 1906. године. Друштво за очување народног здравља формирало је велики број секција по Србији, уредило Хигијенски музеј у Београду, основало велики број школа за сеоске домаћице, љетњиковце за сиромашну дјецу, учествовало на Међународној хигијенској изложби у Лондону, израдило план за хигијенске сеоске куће, бунаре, пећи и слично и „предузело многе друге мјере за популарисање хигијенских знања и унапређење јавног здравља“. Часопис „Здравље“ је прво уређивао др Милан Јовановић-Батут, а касније др Радивоје Вукадиновић и др Војислав Кујунџић.

Др Светозар Марковић, гинеколог, 1905. године основао је „Друштво за школску хигијену и народно просвећивање“ и часопис „Светлост“. Српско љекарско друштво је давало значајан допринос овим активностима, али је од 1907. године иницирало и активно учествовало у напорима да се изврше даље суштинске промјене и реформе у здравству, да се створе бољи услови за развој и здравствене службе, измијени закон, омогући школовање кадрова, оснује посебно Министарство народног здравља и медицински факултет у Београду. Објективне околности, а још више политичке неприлике и ратови, онемогућиле су остваривање тих идеја и захтјева све до завршетка Првог светског рата. У јесен 1911. године основано је Министарство народног здравља, а 1920. године отворен је Медицински факултет у Београду избором прва три професора и оснивача: др Милан Јовановић-Батут, др.Војислав Суботић и др Ђорђе Јовановић. У 1921. години на факултету предаје осам професора, 1922. - дванаест, чиме су према ријечима тада изабраног професора Ф. Буријана „младом факултету опстанак и рад обезбијеђени а његовом развитку врата широм отворена“.

Упркос многим економским тешкоћама и неповољним социјалним околностима, у Србији се послије 1920. године интензивно подижу нове болнице. Године 1912. у Србији је било 33 болнице, 1919. - 41, 1921. - 49, а 1922. - 55, са 5.174 постеље (од тога у Београду 980). С друге стране, прогресивно се развијала мрежа установа социјално- медицинског типа (опште здравствене заштите и јавно хигијенско-

профилактичке службе). Такав програм усмјерења, развоја и реализације јесте заслуга, прије свих, др Андрије Штампара, даровитог социо-медицинара, визионара и организатора, који је по препоруци др Батута постављен за начелника Хигијенског одјељења у Министарству народног здравља Југославије (1919. године).

Организовани систем здравствене службе водио је *Централни хигијенски завод у Београду.* Овај систем, односно мрежу здравствених установа, допуњавао је покрет тзв. *Здравствених сеоских задруга* (од 1921. године), по идеји др Гаврила Којића и уз помоћ америчких ратних санитетских мисија. Касније су се овом покрету придружиле и допуниле га установе *„здравствених општина* ", установљене Законом од 6. марта 1930. године, што је подразумијевало да се мале општине спајају али „да не буду веће од 15.000 нити мање од 6.000 становника". У десетогодишњем периоду руковођења одељењем др А. Штампар је, дакле, утемељио систем јавне здравствене службе у Југославији, и у оквиру тога покренуо и омогућио изградњу 250 хигијенских установа, подстакао издавање низа законских прописа и омогућио великом броју љекара да се специјализују и усавршавају у струци.

Прва варошка болница

Прва варошка болница почела **ј**е са радом 1868. године, а њен први управник био је др Јован Валента. То је зграда у којој се сада налази Српско љекарско друштво, подигнута од добровољних прилога сакупљених на балу, који су организовале београдске даме 1862. године, а камен темељац првој варошкој болници поставио је 1865. године кнез Михаило Обреновић, којије за изградњу болнице уступио и грађевински материјал, земљиште је поклонио велики добротвор српског народа Илија Милосављевић Коларац, а многобројни уметници су даривали своја умјетничка дјела.

Приватна Медико - Хируршка Клиника

Београд, Скопљанска ул. 20, Телефон 23-33. Прима болеснике за оперисање, лечење и клиничко постављање дијагнозе. За ту сврху има уређену 1) Клинику са 32 посеље и 2 операционе сале; 2) Поликлинику са серолошко-бактериолошким, хемијским и Рентген лабораторијумима.

Прва операција срца код нас

Прекјуче на хирушком одељењу Државне Болнице уз асистенцију тројице лекара, професор др Миливоје Костић извршио је операцију срца Бранимира Марковића.

Бранимир је у једној тучи био убоден у срце. Др Костић је са нарочитом иглом пробио кроз дебљину срчаног мишића, с једне и са друге стране ране, специјални шав.

После тога г. Костић је начинио још три таква шава и срце је почело да куца све јаче и правилније.

У свету је go сада било само неколико оваквих операција.

Прва законска акта о организацији, раду и финансирању здравствене дјелатности у Србији

1. Настављеније за окружне физикусе - 21. август 1839.;
2. Правила о калемењу богиња на људима, зајвдно са свима допунама и изменама - 8. јун 1839;
3. Височајше решење од о сведоџби за преглед трудне удовице - 18. јануара 1855;
4. Највише решење о изласку окружног Физикуса у села ради лечења на позив приватних — 17. новембар 1859;
5. Закон о устројству долш за сумануте - 3. март 1865;
6. Закон о подизању и устројству болница -27. март 1865;
7. Закон за апотеке и апотекаре -26. мај 1865;
8. Закон о устројству сталног лекарскоГ одбора - 4. апрш 1869;
9. Закон о установљењу народног санитетског фонда - 1879;
10. Закон о уређењу санитетске струке и о чувању народног здравља - 30. март 1881;
11. Закон о бањама, минералним и лековитим водама - 7. јун 1914;
12. Уредба о устројству минисШарства народпог здравља - 14. мај 1914;
13. Закон о устројству Санитетског Савеза Краљевине СХС - 21. јун 1919;
14. Закон о служби епидемијских лекара -10. децембар 1921.

ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ У КРАЉЕВИНИ ЈУГОСЛАВИЈИ

Непосредно послије Првог свјетског рата (1919.) настали су многобројни проблеми у организацији и функционисању здравствене службе. Држава, ратом разривена, дезорганизована, састављена од држава и покрајина које су до тада живјеле под посебним историјским и културним условима, са различитим, често сасвим опречним законодавствима, са малим бројем љекара и другог здравственог особља, суочила се са низом епидемија и другим тешкоћама и проблемима у здравственој дјелатности.

У извештају др Андрије Штампара за период 1920-1925. године, између осталог, се каже: „Социјално медицински рад је код нас почео без традиција. Он је у нашим крајевима потпуно нов. У свјетском рату смо изгубили око милион људи, од тога само од заразних болести половину. Жеља за здрављем и бољим животом била је велика и снажна у нашим крајевима. Ваљда се нигдје није цјенило здравље као код нас“.

Године 1919. основани су Министарство здравља и Главни санитетски савјет. На иницијативу *др Милана Јовановића-Батута* и др Војислава Суботића основан је исте године и Медицински факултет у Београду. У то вријеме Батут је био главни савјетник и иницијатор за спровођење реформе у систему организације здравствене службе и здравствене заштите. Батут је проучавао концепције и принципе здравствене заштите у западним земљама и под њиховим утицајем предлагао мјере реформисања организације здравствене заштите и дјелатности и код нас.

Пошто се др Батут посветио више Медицинском факултету, научном и студијском раду, на мјесто административног - оперативног руководиоца именован је др Андрија Штампар. У поменутом извјештају др Штампар је изложио своје концепције и идеологију о заштити здравља у сљедећих десет тачака:

1. „Важније је обавјештавање народа од закона. Ради тога и почива наша струка само на три мала закона.
2. Најважније је спремити у једној средини терен и правилно схватање о здравственим питањима.
3. Питање народног здравља и рад на његовом унапређењу није монопол љекара него са њим треба да се баве сви без разлике. Само овом заједничком сарадњом може се унаприједити народно здравље.
4. Љекар треба да је углавном социјални радник, са индивидуалном терапијом не може много да се постигне, социјална терапија је средство која га и може довести go правог успјеха.
5. Љекар ие смије бити економски зависаи од болесника јер га економска зависност спречава у главним његовим задацима.
6. У питању народног здравља не смије се чинити разлика међу економски јаким и слабим.

7. Потребно је створити здравствену организацију у којој ће љекар тражити болесника, а не болесиик љекара, јер се само на тај начин може у нашем старању да обухвати све већи број оних чије здравље треба да чувамо.
8. Љекар треба да је народни учитељ.
9. Питање народног здравља од већег је економског него хуманитарног значаја.
10. Главно мјесто љекарског дјеловања су људска насеља, мјеста гдје људи живе, а не лабораторије и ординације. "

У извештају др А. Штампара под називом „Пет година социјално-медицинског рада у Краљевини Срба, Хрвата и Словенаца" стоји да је у периоду од 1920. до 1925. основано 250 социјално - медицинских установа и то:

- један централни хигијенски завод у Београду,
- шест епидемиолошких завода,
- деветнаест бактериолошких стани- ца,
- двадесет три здравствене станице,
- један завод за тропске болести,
- један завод за маларију,
- три станице за маларију,
- четрдесет две помоћне станице за маларију,
- педесет амбуланти за венеричне болести,
- тридесет четири диспанзера за туберкулозу,
- четрнаест установа за одојчад и малу дјецу,
- осамнаест амбуланти за трахом,
- седамнаест школских поликлиника,
- два завода за социјалну медицину,
- деветнаест других социјално - медицинских установа.

У извјештају се даље истиче велика активност ових установа у социјално-медицинском раду и ентузијазам здравствених радника. Нарочита пажња је посвећена здравственом васпитању. У том периоду одржано је 7.191 предавање пред милион и двјеста хиљада слушалаца. Раздијељено је 1.500.000 разних књига, летака, плаката.

Иако је др Штампар знао да „исправна здравствена политика неће моћи да се води тако дуго док су економске разлике силно велике“, настојао је да се у тадашњим условима почну остваривати неки елементи социјалне медицине. Без обрзира на то што се извјестан број напредних љекара нису заносили илузијама да ће се таквом организацијом здравствене службе ријешити сви проблеми народног здравља и спровести начела социјалне медицине у друштвено-економским околностима у тадашњој Југославији, ипак су са пуно упорности, смисла и радног елана радили на спровођењу широких профилактичких мјера. Међутим, била је илузија да се у таквом друштвеном систему може спровести заштита здравља широких народних слојева и да тековине научне медицине могу постати материјално добро цијелог народа. Због тога су остале неостварљиве многе концепције народних љекара.

Здравствена служба заснивала се на принципу централизације здравствене администрације и донекле децентрализације здравствене службе. Све здравствене установе биле су на буџету а, у погледу административног система руковођења, вертикално повезане. Међутим, у оквиру задатака оне су донекле

биле самосталне. Централни хигијенски завод је био непосредно повезан са домовима народног здравља, а домови народног здравља са здравственим станицама.

Оснивањем домова народног здравља, са потпуним сагледавањем свих проблема јавног здравља у ужем смислу, направљен је један од првих покушаја у свијету да се спроведе интеграција служби. Оваква организација била је једно вријеме узор многим земљама које су по систему организације рада и функционисања домова народног здравља изграђивале сличне институције у својим земљама. Оснивањем домова народног здравља др Штампар је покушао да спроведе у пракси концепцију интеграције медицине и да примијени тадашња научна гледања на систем организације здравствене службе. Поред хигијенских завода и домова народног здравља, основане су и здравствене сеоске задруге које су знатно допринијеле проширивању здравствене заштите на селу. У овим зградама сељаци, чланови задруге, имали су у извјесном смислу здравствено осигурање. Ове задруге су основане у богатијим крајевима, јер у сиромашним и заосталим крајевима сељаци нису били у могућности да плаћају улоге, те је број осигураника био релативно мали. Поред здравствених задруга, законом од 1930. године основане су и здравствене општине. На основу овог закона неколико сусједних сеоских општина спајало се у једну сеоску здравствену општину која није могла да има више од 15.000 нити мање од 6.000 становника. Свака здравствена општина била је дужна да обезбиједи најмање једног љек ра на 10.000 становника и једну бабицу на 5.000 становника.

Донесен је и Закон о заштити здравља радника, као и Закон о инспекцији рада. *Закон о осигурању радпика из 1922. године* изједначио је права радника у цијелој земљи, спојио све врсте радичког осигурања у један систем. На основу извјештаја Централног уреда за осигурање радника, проценат радника који су имали право на здравствено осигурање био је врло мали - 4,2 на 1.000 становника. Стога ни закон о здравственом осигурању радника а ни здравствене задруге нису успјеле да остваре здравствену заштиту за велики дио становништва. Закон и сви пратећи законски акти, као и концепција организације, били су добро и професионално осмишљени, али њихово остварење је било слабо и минимално. Због ниског животног стандарда, слабо развијене здравствене службе, врло малог броја становништва са правом на здравствено осигурање, Југославија је била међу земљама са најнижим здравственим стандардом у Европи.

И поред великих квалитативних и квантитативних промјена, многе слабости су се показале карактеристичним за систем организације здравствене службе у Југославији у периоду од 1920. до 1941. године, које се, по оцјени др Воје Ђукановића, састоје у постојању дубоког јаза између куративне и превентивне медицине, у недовољној бризи државе о подизању здравствених установа и кадрова и у непостојању функционалне везе између амбулантно - поликлиничке и болничке службе, тако да је здравствена служба била организационо раздробљена.

Средства за здравствену заштиту која су се издвајала из буџета била су врло мала, што се види из експозеа министра здравља и социјалне политике за буџетску 1938-1939. годину: „И поред најбоље жеље да буџет министарства социјалне политике и народног здравља достигне ону висину која је потребна, па да се са успјехом приступи рјешавању свих ових проблема који су у најтјешњој вези са

економским, привредним, културним и социјалним стањем нашег народа, ја морам да констатујем да буџет овог министарства није достигао још ни ону висину из 1931. године“. Према томе, кредити за здравствену службу умјесто да се повећавају знатно су смањивани, што је онемогућавало сваку акцију за спровођење широких заштитних мјера за чување здравља народа.

Права грађана на здравствену заштиту била су знатно ограничена. Када је ријеч о личној заштити здравља за случај болести, лијечењу душевних и заразних болести, то је по закону било бесплатно и у болницама. Међутим, с обзиром на веома оскудан болнички постељни фонд, тај се закон углавном није могао спроводити. Као што је ре- чено, разни облици превентивних дјелатности као и медицинска помоћ биле су такође бесплатне у хигијенским заводима, домовима народног здравља и диспанзерима. Али и тих установа, с обзиром на огромне потребе, било је мало па је њихове услуге мо- гао да користи само мањи број становништва. Са изузетком осигураних радника, чиновника и службеника, здравствена заштита била је углавном брига сваког појединца. Трошкови око лијечења оних пореских обвезника који су плаћали порез испод одређеног минимума сносиле су општине одноцно држава.

Професор др Андрија Штампар (1888-1958) је студирао медицину у Бечу, а дипломи- рао је 1911. Још као студент одлучио је да се посвети социјалној медицини. Крајем сту- дија у једном чланку у часопису „ Зора “ описао је своју социјално-медицинску идеологију која је и данас актуелна.

Од 1919. године, на позив др М.Ј. Батута, прихвата дужност начелника Хигијенског одељења у Министарству народног здравља у Београду. За десет година рада он је утемељио систем јавне здравствене службе у Југославији, покренуо је и омогућио изградњу 250 хигијенских установа, подстакао је издавање низа законских прописа и омогућио великом броју љекара да се специјализују и усавршавају у струци. Покренуо је издавање часописа „Гласник Министарства народног здравља “ чији је био уредник.

Од 1922. године предаје социјалну медицину на Медицинском факултету у Загребу. Пензионисан је 1931. године и онда одлази у иностранство у функцији експерта Хигијенске организације Друштва народа. Држао је предавања на факултетима у многим европским земљама, а од 1933. go 1936. борави у Кини као експерт Друштва народа. У периоду од 1936. go 1939. предавач је у европским универзитетима и у САД.

Од 1939. године поново је професор на Медицинском факултету у Загребу. Објављује књигу „Здравље и друштво", уџбеник хигијене и социјалне медицине (1940). Као декан тог факултета ухапшен је и интерниран, па је у затвору провео Други свјетски рат (1941- 1944). Послије ослобођења активирао се као професор Школе народног здравља, затим је постављен за ректора Свеучшишта у Загребу, а на мјесту декана Медицинског факултета био је од 1952. go 1957. Изабран је за председника Југословенске академије знаиости и уметјетности (1947) и остао на тој функцији до смрти.

Значајан је његов удио у оснивању и развоју Светске здравствене орзанизације. Као предсједник Комисије иницирао је и учествовао у стварању Устава СЗО; дао је свеобухватну дефиницију здравља, по којој здравље „ није само одсуство болести већ стање физичког, менталног и социјалног благостања “!

Професор др Милан Јовановић Батут (1847. Сремска Митровица -1940. Београд). Фа- култет је завршио у Бечу 1878. године. Од 1880. go 1882. организовао здравствену службу у Црној Гори; од 1883. go 1885. специјализирао хиГијену и бактериологију код Петенкофера, Коха, Пастера и других.

Професор хтијене и судске медицине на Великој школи у Београду (чија је био и ректор) постаје 1887, а 1919. Године првиредовни професор хигијене и први декан новоотвореног Медицинског факултета у Београду. Његова животна мисија била је да сврста примијењену хигијену путем здравственог законодавства и здравственог просвећивања. Четрдесет три године био је члан Санитетско савјета и учествовао је у изради већине закона Србије и Југославије. Интензивно се бавио здравственим просвећивањем. Објавио је неколико стотина чланака у 57 књига и брошура.

Основао је и уређивао часопис „ Здравље “ од 1880. године, затим „Народно здравље", и у Београду од 1906. go 1911. поново часопис „ Здравље “. Значајне су његове студије из демографије, о организовању здравствене службе у Србији и о заразним болестима. Био је први председник Југословенског љекарског друштва, дугогодишњи председник Друштва за очување народног здравља и почасни доктор више универзитета.

Прва здравствена задруга у Србији

Прва здравствена задруга у Србији основана је у Косјерићу 21. јануара 1921. године, а уведена је у задружни регистар код ужичког првостепеног суда под бројем 1022 од 11. јануара 1922. године као среска здравствена задруга. Пошто су све задружне организације биле под надзором Министарства народне привреде, ова здравствена задруга из Косјерића прва је пребачена у надлежност Министарства народног здравља. Доцније је створен и Савез здравствених задруга који је обједињавао рад свих задруга овог типа, а од 1930. године се радило на основу закона о здравственим задругама. Док су друге задруге рјешавале економска питања, здравствене су се бавиле здравственим проблемима преко стручног медицинско особља: љекара, апотекара, ветеринара, сестара нудиља. Њихов основни задатак је био: заштита здравља чланова и њихових породица, а прнмарно мјесто заузимала је заштита дјеце и мајки.

ЗДРАВСТВО У ЈУГОСЛАВИЈИ НЕПОСРЕДНО НАКОН ДРУГОГ СВЈЕТСКОГ РАТА

Послије Другог светског рата, у новим друштвено-економским условима и политичким околностима, донијет је низ закона и удредби којима је извршен темељан преображај наше јавне здравствене службе, чиме је она достигла ниво развијених европских земаља. Иначе, развој здравствене службе у послијератном периоду могао би се подијелити на неколико фаза, сходно основним обиљежјима која је у тим фазама ова служба имала.

Прва фаза обухвата период од 1945. до 1950. године. У овом периоду извршени су велики напори друштвене заједнице да се обнови у рату веома оштећена мрежа и смањени капацитети здравствених установа. Стање у овој области било је 1945. годи- не теже него двије године уочи рата. Обнављањем и проширивањем капацитета здравствених установа у периоду до 1950. године постигнути су веома значајни резултати. Тако је, на примјер, у том петогодишњем периоду скоро удвостручен број постеља у болницама и број амбулантно-поликлиничих установа, нарочито диспанзера. У овом периоду предузимане су масовне акције на спречавању и сузбијању заразних болести. Пошто је мрежа здравствених установа била слабо развијена, формиране су многобројне покретне екипе које су радиле на сузбијању масовних обољења и цријвених заразних болести.

У том периоду здравственом службом се руководило на административни начин. Планирало се искључиво из центра (републичка министарства здравља), средства су централно распоређивана, а вршен је тзв. плански распоред кадрова.

Друга фаза обухвата период 1950. до 1956. године. Овај период карактерише све више усмјерени плански развој здравствене службе у правцу превентивних дјелатности и основне здравствене заштите. У том периоду амбулантно-поликлиничих установа било је скоро два пута више у односу на 1950. годину, а исто тако и диспанзера. То је период увођења тзв. друштвеног управљања у здравственим установама и прелазни период у смислу самосталног финансирања. Здравствена заштита се у све већој мјери финансира из фондова содијалног осигурања.

Трећа фаза је период од 1957. До 1960. године. У овом периоду постигнути су крупни резултати у погледу консолидације организације и рада здравствених установа. У том периоду донети су и прописи о организацији и задацима здравствених установа, ограничена је приватна дјелатност здравствених радника практично само на подручја која под другим условима нису могла да добију љекара. Донијет је и пропис о организацији и надзору над стручним радом здравствених установа.

Четврта фаза обухвата период од 1961. године до 1965. године. Крајем 1960. го- дине донијет је Општи закон о организацији здравствене службе СФРЈ. У овом периоду дошло је до даљег осамостаљивања здравствених установа увођењем тзв. система самоуправљања, поред друштвеног управљања. Здравствене

установе прелазе на си- стем формирања и самосталне расподјеле дохотка; комуна постаје основни фактор у обезбјеђивању услова за спровођење здравствене заштите; са органа власти преносе се стручни послови на нову институцију - здравствени центар; регулишу се права и обавезе грађана у остваривању здравствене заштите, права и обавезе установа; загарантован је слободан избор љекара.

Пета фаза почиње доношењем новог Устава 1963. године. Ова фаза има све одлике тзв. потпуног самоуправљања у здравственој служби, са ограниченим учешћем представника друштвене службе. Последњи законодавни акти из овога периода којима је регулисан карактер здравствене заштите, систем организације здравствене службе и обим здравственог осигурања јесу Закон о здравственој заштити из 1992. (са допунама и измјенама у 1993. години); Закон о здравственом осигурању из 1992. (са измјенама и допунама у 1993. години). Из ових закона проистекла су многобројна под- законска акта (правилници, уредбе, упутства итд.), којима се детаљно регулише здравствена дјелатност као јавна служба.

Ови закони и низ других прописа, као и развој социјално-медицинске мисли, теорије и праксе савремене медицинске науке, теорије организације система, савремена информатика и други фактори допринијели су формирању и уобличавању једног развијеног кохерентног и добро организованог система здравствене дјелатности у нашој земљи. И поред честих реформи и реорганизација, основна структура овог система одолијева свим измјенама и траје деценијама, јер је заснована на традиционалним основама домова народног здравља, окренута заштити здравља, усмјерена ка човјеку и савременим факторима ризика из живота и радне средине, а „наслоњена“ на инте- рес, значај и обавезе грађанина појединца, његову породицу, радну организацију и друштво као целину. С друге стране, здравствене установе као дио здравствене службе прихватиле су принципе активне здравствене заштите, диспанзерски метод рада, кооперацију између појединих подсистема здравства, отвореност болничких ин-ституција у свим нивоима заштите, уз афирмацију начела примарне здравствене заштите као основног гаранта успјешности рада на заштити здравља становништва.

Неки аутори заговарају другачије етапирање развоја система здравствене заштите и организације здравствене дјелатности у нашој земљи од 1945. године на овамо (Поповић Б. и сар.). Према њима, у социјално - медицинском и друштвено-економском смислу и са тог становишта могу се одредити пет карактеристичних периода у развоју и облицима организовања здравствене дјелатности, односно система здравствене заштите у нашој земљи у раздобљу од 1945. године на овамо, а то су:

1. Период 1945-1948: Трипартитна организација и управљање у здравственој дјелатности, у којој парлелно дјелују три релативно аутономне структуре здравствене дјелатности: а) приватно-власничка служба, б) здравствено-заштитна дјелатност социјалног осигурања и в) јавна здравствена служба под непосредном управом државе.
2. Период 1948-1952: етатистичко- централистички систем управљања здравственом делатношћу, заснован на рјешењима постављеним 1948. године легислативним документима: „Опште упутство о организацији службе за заштиту и подизање народног здравља“, „Општи закон о

спречавању и сузбијању заразних болести“ и „Основни закон о санитарној инспекцији“. У том периоду је здравствена служба социјалног осигурања припојена државној здравственој служби, а истовремено је ограничена и приватна љекарска пракса, тако да је држава постала једини носилац здравствене дјелатности.

3. Период 1953-1960: увођење и дјеловање (Друштвеног управљања у здравственој дјелатности, а карактерише га процес дјелимичне деетатизације, децентрализације и развој тзв. друштвеног управљања. Надлежности у области здравствене заштите и здравственог осигурања преносе се на републички ниво и локалне заједнице, а уводи се друштвено управљање у здравственим установама које постају самосталне институције. Најзначајнију улогу у области здравља добијају општине, које стичу право да оснивају све врсте здравствених установа (дјеловање Закона о народним одборима из 1952. године и Уредба о управљању здравственим установама из 1953. године).
4. Период 1961-1972: тзв. самоуправљање у здравственој делатности које почиње доношењем републичког Закона о здравственој заштити и организацији здравствене службе (август 1961) и Савезног закона о организацији и финансирању социјалног осигурања (1962), којима су претходили Општи закон о организацији здравствене службе (1960) и Закон о буџетима и финансирању самосталних установа (децембра 1959). Основно начело је да су „здравствене установе самосталне установе којима се управља према начелима друштвеног самоуправљања“, уз увођење доходовног принципа у финансирању дјелатно- сти. Савезним уставом из 1963. и Законом о установама из 1965. године дефинитивно су, у погледу пословања, изједначене здравствене установе са привредним предузећима и тиме је и у њима прихваћена категорија дохотка. Нови Општи закон о здравству из 1969. године поставио је само основна начела здравствене заштите и организације здравствене дјелатности, а остала питања регулисана су у републичким законима и установама.
5. Период 1973-1980: самоуправно интересно органзовање („ СИЗ-ови “) и интегрисање у тзв. систем удруженог рада („ОУР“-и), карактерише га оснивање тзв. самоуправних интересних заједница здравствене заштите и здравственог осигурања, постављених Уставом СФРЈ из 1974. и Законом о удруженом раду из 1976. године, а потом републичким Законом о здравственој заштити и здравственом осигурању из 1980. године. Самоуправне интересне заједнице здравства и здравственог осигурања оснивају се са основном функцијом да буду мјесто договора и споразумевања између корисника и тзв. давалаца здравствених услуга, гдје они удружују и средства и равноправно и заједнички одлучују о планирању и спровођењу мјера здравствене заштите, развоју и организацији здравствене службе итд.

2.

ДРУШТВЕНА ЗАЈЕДНИЦА, ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА И СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ

ПРИНЦИПИ И КАРАКТЕР САВРЕМЕНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ

Здравствена политика, као и културна, увијек је и, по правилу, била дио укупне политике једне друштвене заједнице, њен есенцијални сегмент, а не само епизода. Она је само наизглед једнозначан и по себи разумљив појам, јер се још у најопштијем смислу показује да су могућа два њена различита значења. Прво значење, историјски гледано старије, могло би се схватити као имплицитна здравствена политика. Овај комплекс обухвата све „ненамјерне, неспецифичне“ поступке којим држава на позитиван или негативан начин - утиче на систем здравствене заштите своје популаци- је, не узимајући у обзир евентуалне специфичне посљедице тих утицаја (нпр. успостављени систем пореза и доприноса који обавезно изазива одређена дејства на све друштвене области, па и на здравство). Друго значење, које је за област здравствене заштите важније, иако је, са историјског становишта, „новијег датума“, јесте експлицитно значење и дјеловање здравствене политике. Овај комплекс обухвата намјерне директно усмјерене уже или шире системске интервенције државе у правцу система здравствене заштите, односно државних органа на област здравства, са намјером да се систем као цјелина или поједини његови сегменти (нпр. примарна здравствена дјелатност или болнички подсистем, и сл.) чврсто дефинишу или усмјере у одређеном правцу, односно да им се ограничи или омогући развој.

На оваквом схватању здравствене политике данас се обликује и одређује начин укупног разумијевања сврхе и профила конкретног система здравствене заштите и његове границе. Њиме се постиже и дјелатно повезивање многобројних фактора значајних за заштиту здравља човјека и квалитет система здравствене заштите популације у цјелини. Разумије се да фактор субјективног односа према здрављу, нарочито на данашњем степеу цивилизације, прихвата, несвјесно више него свјесно, аутортет предрасуда и традиције, што се не може избјећи. Међутим, планским активностима удружених друштвених области - школство, еколошке институције, комуналне организације и друге - са здравством и њихово несвјесно дјеловање може се ограничити и превазићи препознавањем и идентификацијом штетних посљедица и замјеном доказаног здравог начина живота. При томе се доказује да позитивна историјска, религијска и практична искуства имају своју истину и значење, макар она и не задовољавала критеријуме природно-научног сазнања.

Данас се, више-мање, све земље свеијета, при конституисању својих система здравствене заштите популације и консеквентне организације здравствене дјелатности, придржавају једног сета основних принципа које проистичу из докумената Свјетске здравствене организације и политике савремених демократских друштвених система. Ови принципи представљају основна начела савремене здравствене политике и окосницу организације здравствене делатности у нашој земљи.

На организацију здравствене дјелатности и њен данашњи модел велики утицај је имао развој медицине и природних наука уопште. Ово се посебно испољило од осамдесетих година XIX вијека и крајем XX вијека, и тај период се с правом назива

природно-научном медицинском ером. Значајну улогу у томе одиграле су герминативна, целуларна и механистичка теорија болести, јер се медицинска наука у том периоду готово искључиво оријентисала на фундаментална биомедицинска истраживања и примијењене клиничке методе усмјерене на ефикаснију дијагностику и терапију болести, али и на нове социјално-медицинске приступе патологији популације. Овакав процес се снажно одразио и на развој врло компликоване и суперспецијализоване медицинске технологије, производњу и примјену комплексних дијагоностичких техничких средстава, као и на израду и коришћење ефикаснијих лијекова.

Развој медицине и нова научна открића, уз позитивна кретања у области друштвено-политичких односа и пораст економске снаге развијених земаља, допринијели су да медицинска наука и пракса превладају митолошко- религиозну усмјереност и поприме природно-научну оријентацију. Од практичних вјештина коришћених вјековима медицинска пракса се развијала и постала егзактна наука и ефикасна стручна дисциплина. Медицина све више постаје камен темељац здравствене заштите, и од дјелатности усмјерене ка болести она се окреће према човјеку и његовом окружењу. Иако се медицинска пракса дуго бавила искључиво органском компонентном болести, она сада све више узима у обзир и психосоцијалну компоненту.

Оваква социјално-здравствена оријентација медицине изазвала је и условила и одговарајуће промјене у систему организације здравствене дјелатности и здравствених установа. Здравствена заштита практикована кроз здравствене установе све више се посвећује човјеку, његовој целокупности, условима и начину живота и рада, што имплицира појаву нових специјализованих служби и институција. Постаје очигледно да здравствена служба не може сама бринути и сносити одговорност за здравље, што је довело до социјалног консензуса о заједничкој одговорности свих друштвених чинилаца за заштиту и унапређење здравља. Појављује се и уобличава систем примарне здравствене заштите који обједињава планске напоре свих релевантних субјеката: друштвена заједница - породица и појединац - здравствена дјелатност. И новим савременим облицима организације здравствених установа све успјешније се сузбија пракса дехуманизованих и имперсонализованих односа у процесу здравствене заштите и оријентација здравствених радника се усмјерава од болести ка здрављу и од куративе ка превенцији (односно бришу се баријере између та два нераздвојива сегмента ефикасне здравствене заштите).

Другом половином XX вијека доминира историјска порука из Устава Свјетске здравствене организације (из 1948. године) да „здравље човјека није само одсуство болести и неспособности, већ стање физичког, психичког (менталног) и социјалног благостања“. Ова крилатица је умногоме утицала и на тип и облике организације здравствене дјелатности и здравствених установа. Снажан печат овоме дале су Декларација и Препоруке Свјетске конференције о примарној здравственој заштити (1978. године).

Систем примарне здравствене заштите постао је идејна окосница савремених система организације здравствене дјелатности, али је тај систем недовољно или непотпуно успостављен у свакодневној пракси. Један од значајних разлога лежи у превладавајућој тенденцији савремене медицинске науке и практичне медицине ка интензивној специјализацији и суперспецијализацији. Сматра се да „постојање

многих специјалности у којима научници (па и љекари) знају све више о све ужим подручјима живота - може довести до оштре сепарације појединих специјалности, до њиховог затварања у себе...“

Да би се избјегле могуће негативне посљедице и специјализирано знање употребило на добробит човјека као интегралног бића, пораст специјализација у класичној медицини није неопходно зауставити, већ га треба пратити и усмјеравати према нарастајућој патологији. Неопходно је чинити напоре око њене интеграције у мулти-дисциплинарном и интер-дисциплинарном правцу дјеловања у пракси здравствених установа на оперативном нивоу, али и у сфери едукације. У том случају, постојећа институционална рјешења у области здравствене заштите, облици организације здравствене дјелатности, владајући систем вриједности и укупно устројство медицинског образовног система треба да постану снажан интегративни фактор синтезе, генерализације и међусобне интерференције сродних области и грана специјализација у медицини. Тиме се спречава ширење опасности од тоталне фрагментације и дезинтеграције медицинске науке и клиничке праксе.

У том погледу значајну улогу може да има (а већ се и остварује) погодан систем организације здравствене дјелатности, као и облици, врсте и организациона шема здравствених установа као саставних дијелова тог система. Наиме, и према теоријским поставкама и према савременој пракси, сваки систем, па и систем здравствене дјелатности, дефинише се као „скуп дијелова који су у међусобном односу и чине једну цјелину, различиту од њених саставних дијелова, ако се посматрају издвојено“ (Булат, В.: Теорија организације, Информатор, Загреб, 1987). Разумије се, сви дијелови система имају своју мање-више специфичну функцију, али су као такви у међусобној интеракцији. С друге стране, теорија дефинише организацију као „рационалну координацију активности одређене групе лица ради постизања неке заједничке, екеплицитне сврхе или циљева, путем подјеле рада и функција и путем хијерархије ауторитета и одговорности“.

Савремени систем организације здравствене делатности и здравствених установа неминовно полази од овако научно утемељених поставки и на њима, поред осталих чинилаца социјално-медицинске генезе, заснива свој карактер и даљи развој.

Резултати рада здравствене дјелатности ефектуирају здравствени стандард становништва, чији ниво увелико зависи од укупног стваралачког потенцијала здравствене службе и од политике и социјалне мотивисаности и енергије друштвене заједнице.

Укупни потенцијал здравствене дјелатности сачињава неколико организационих и материјално-финансијских сегмената аутохтоног и секундарног карактера:

Сегменти аутохтоног карактера:

1. Институционална структура, односно мрежа здравствених установа, служби и појединца: тип установе, број и просторни размјештај, међусобна повезаност и слично.
2. Кадровски потенцијал, односно број „структура“ степен стручног образовања здравствених радника и сарадника као и њихов распоред.

3. Научно-истраживачки потенцијал и ангажовање у научно-истраживачким пословима.
4. Финансијски потенцијал, односно активна финансијска средства, висина и структура актуелних или планираних текућих и капиталних улагања у област здравствене заштите и здравствену дјелатност.

Сегменти секундарног карактера:

1. Производни потенцијали индустрије медицинске опреме и половних медицинских средстава.
2. Постојање и активност потенцијалне фармацеутске индустрије.
3. Социопсихолошка мотивисаност и материјални потенцијал популације да учествује у реализацији програма здравствене заштите.

Основна начела савремене здравствене политике и социјализоване здравствене заштитите

1. Начело **једнакости** свих у праву на здравствену заштиту.
2. Начело **суодговорности и активие партиципације** становништва у здравственој заштити.
3. Начело **очувања и унапређења животне и радне околине** као једног од темељних услова за зашититу здравља.
4. Начело **стручне засновапости свих дијагностичких и терапијских процедура** односно медицинских одлука.
5. Начело досљедне **хуманости и етичности** медицинске дјелатности и укупне здраветвене заштите.
6. Начело **превенције** настанка обољења, путем санирања фактора ризика социјалне, биолошке, физичко-хемијске или психичке генезе.
7. Начело **солидарности** у области здравственог осигурања и здравствене заштите.
8. Начело **приоритета** у здравственој заштити, путем планског и програмираног степеновања у рјешавању најакутнијих социјално-медицинских проблема у популацији.
9. Начело **рационалности и функционалности** у раду здравствених установа.
10. Начело **интеракције** свих друштвених, политичких и привредних структура као и невладиних и хуманитарних организација и приватних фондова у одлучивању о конципирању тзв. здравствене политике и суодговорности у њеном остваривању.

Услови и чиниоци од којих зависи облик и структура организације здравствене дјелатности

Модел и струкутра организације здравствене дјелатности (службе) и здравствних установа условљени су сљедећим доминантним факторима:

1. Друштвено-политичким системом.
2. Социјалним и политичким степеном развијености у служби социјалне заштите.
3. Економским стандардом, односно економско-финансијским потенцијалом државе и становништва.
4. Социјално-медицинском ситуацијом.
5. Техничко-технолошким животом заједнице.
6. Степеном развоја медицине и владајућом медицинском доктрином.
7. Кадровским потенцијалом.
8. Опсегом потреба у заштити здравља.
9. Израженим захтјевима за здравственом заштитом, односно медицинском помоћи.
10. Степеном социокултурног и образовног (општег и медицинског) нивоа становништва.
11. Степеном урбанизације и општих и специфичних географско-економских околности.
12. Јавноздравственом и социјално-медицинскам традицијом.
13. Обимом и структуром индивидуалних права у области здравствене заштите.
14. Обликом подјеле рада између тзв. нивоа здравствене заштите: примарне, секундарне, терцијалне.

ДЕФИНИЦИЈА И ПОЈАМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗДРАВСТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ

Од давнина су многобројни аутори, вођени искуством, праксом и сазнањима из области здравља, покушавали да дају и једну свеобухватну дефиницију тог појма. Сви ти напори резултирали су једном општеприхваћеном дефиницијом појма здравље која је верификована на Свјетској здравственој скупштини 1948. години и садржана је у Уставу Свјетске здравствене организације. Према тој дефиницији: "**Здравље је** стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсутност болести или тјелесних недостатака (инвалидности)".

Оваква дефиниција, посматрана са становништва човјечанства у цјелини, представља циљ коме се тежи. Објективно, она није реално остварива за већи дио човјечанства, нарочито у дијелу који се односи на социјално благостање. Становништво земаља у којима нема мира, које живи у страху од рата, које гладује и нема основних средстава за живот, није здраво у смислу ове дефиниције. Исто тако, не би се могле сматрати здравим популације у којима нема расних, националних, вјерских и политичких слобода. Здравим се не би могли сматрати ни људи појединци који нису здравствено осигурани, који су остали без посла, изнемогли и стари.

Хармонија физичког, менталног и социјалног благостања, како појединаца тако и заједнице, представља, подразумијева и изискује такве друштвене односе које ће омогућити интегрисање не само свих медицинских дисциплина, већ свих друштвених фактора за подизање општег животног стандарда, укључујући и подизање нивоа здравља. Ово гледање је донекле дошло до изражаја и у Општој декларацији о правима човјека, коју је Генерална скупштина Уједињених нација усвојила још 10. децембра 1948. године: "Сви људи имају право на онај животни стандард који њима и њиховој дјеци обезбеђује здравље, благостање, нарочито у погледу исхране, одјеће, стана, медицинске његе и потребних социјалних служби; они имају право на обезбјеђење у случају незапослености, болести, инвалидности, удовшитва, старости, као и у свим другим случајевима када изгубе средства за живот усљед околности које не зависе од њихове воље".

У истом смислу постављена су ова права и у Уставу Свјетске здравствене организације: "Највиши достижни здравствени стандард представља једно од основних права сваког људског бића, без обзира на расу, вјеру, политичко увјерење, економско или социјално стање".

Још 1953. године Комитет стручњака СЗО (Свјетска здравствена организација) уз учешће ИЛО-а (Међународна организација рада), УНЕСКО-а (Организација Уједињених нација за културу и образовање), ФАО-а (Свјетска организација за исхрану) проучио је дефиницију и процјену стандарда и нивоа живота са међународног становишта и у извјештају експерата овог Комитета истакнуто је 12 битних елемената за мјерење нивоа стандарда живота:

1. здравље и демографско стање,
2. исхрана и намирнице,
3. просвијећеност, подразумијевајући основно и стручно образовање,
4. радни услови,

5. стање у односу на запослење,
6. правилна потрошња и штедња,
7. саобраћај,
8. становање,
9. одијевање,
10. одмор и разонода,
11. социјално старање,
12. слобода народа.

Очигледно је да се највећим процентом појам здравља поклапа са појмом животног стандарда. У ствари, свих ових 12 елемената чине једну дијалектичку цјелину у којој је здравље и демографско стање ст вљено на прво мјесто у мјерењу стандарда живота.

Комитет експерата Свјетске здравствене организације за питања и проблеме организације здравствене службе, у складу са принципима који су изнијети у Уставу Свјетске здравствене организације и дефиницијом здравља која је дата у Уставу СЗО, утврдио је суштину и обим задатака којим се бави наука о јавном, односно народном здрављу (социјална медицина). Ова дефиниција је: "социјална медицина односно јавно здравство је наука и вјештина спречавања болести, продужавања живота и унапређења здравља и менталне и физичке виталности појединаца, путем колективног и организованог рада, чији је циљ да санира околину, да се бори правилима личне хигијене, да организује љекарске и сестринске службе за рану дијагностику и благовремено лијечење обољелих, као и да спроведе специјалне мјере које ће сваком члану заједнице обезбједити животни стандард повољан за одржавање здравља; а крајњи циљ ових мјера је да сваком појединцу омогући да ужива своје урођено право на здравље и дуг живот.

Комитет експерата Свјетске здравствене организације, послије усвајања ове дефиниције, дао је листу оних служби чија се дјелатност уклапа у обавезе институција које се баве заштитом здравља народа, поред здравствене службе коју они спроводе било директно, било у сарадњи са другим органима, у циљу унапређења и заштите здравља:

1. Комуналне службе:

- становање и станови,
- урбанизам и уређење насеља,
- регулисање и коришћење терена- -земљишта,
- снабдијевање водом,
- канализација,
- евакуација отпадних вода,
- евакуација и обрада смећа,
- спречавање загађивања водотока,
- борба против инсеката и глодара,
- надзор над индустријским постројењима и њиховим шкодљивим отпацима,
- спречаваље загађења атмосфере.

2. Лична и социјална хигијена:

- Здравих особа:
  - трудница (пренатална и пост- натална нега),
  - дјеце (одојчад, предшколска и школска деца),
  - посебно индустријских радника,
  - старих лица.
- Оица са физичким недостацима;
- Болесних лица:
  - патолошка стања везана за репродукцију,
  - акутне болести,
  - хроничне болести,
  - инфективне болести,
  - професионална обољења.

3. Мере против заразних обољења:

- Карантин:
  - националне мјере,
  - интернационалне мјере.
- Опште мјере за борбу против епидемија (укључујући вакцинацију, изолацију и дезинфекцију).

4. Опште (друге) службе и дјелатности:

- Унапређење здравља:
  - исхрана,
  - физичко васпитање
  - здравствено просвећивање (ментална и физичка хигијена).
- Прописи:
  - законодавне мјере,
  - стандардизација,
  - животне намирнице и лијекови.
- Опрема:
  - медицинска,
  - санитарна.
- Службе за регистровање и анализу података:
  - статистика и архива,
  - анкете и обрађивање проблема који се постављају,
  - анализа резултата.
- Стручна настава:
  - за студенте,
  - постидпломско усавршавање,
  - курсеви за обнављање и усавршавање.
- Истраживачки рад:
  - основна истраживања,
  - практична истраживања (укључујући теренско испитивање),
  - истраживања о проблемима примене.

Један од битних задатака сваког система здравствене администрације јесте да се стара о општем координисању здравствених служби, независно да ли припадају јавним, приватним или другим органима и организацијама. Укључујући у листу актера здравствене заштите и друге службе које доприносе здрављу, наглашава

се да остваривање здравствене заштите није само дјелатност здравствене администрације и здравствене службе већ и низа других служби. **Здравствена политика** не може да се посматра издвојено, сама за себе, већ је она саставни дио општег, привредног и друштвеног развоја, јер услови социјалног, културног и економског живота имају значајан утицај на здравље становништва.

Ако се прихвати дефиниција социјалне медицине (јавног здравства) и задаци који спадају у дужности и обим задатака здравствене службе, које је утврдио Комитет експерата Свјетске здравствене организације, значи да се прихвата обједињавање у јединствени систем свих грана здравствене дјелатности:

- унапређење здравља,
- спречавање обољења,
- лијечење и њега болесника и рехабилитација.

Прихватајући тезу да је здравље елеменат индивидуалног и социјалног благостања, природно је да се прихвати међусобна зависност здравља и општег животног стандарда, као и неопходност интеграције многих друштвених служби у остваривању здравственог стандарда. На основу тога произлази да је један од основних задатака стручњака јавног здравља да синтетизује сва позитивна знања, искуства и снагу и усмјере их ка остваривању потпуног друштвеног, тјелесног и социјалног благостања, а не само да се боре против болести и тјелесних недостатака. А то подразумијева да је стручњак за јавно здравље истовремено и јавни друштвени радник, а здравствена служба - јавна дјелатност од посебног друштвеног интереса.

При оцјени здравственог стања појединца узимају се у обзир обично сљедећи елементи: интегритет организма, његова функционалност, адаптабилност и субјективно доживљавање здравља.

Здравствено стање сваког појединца резултат је наслеђа и фактора спољне средине. Та коначна манифестација, која представља продукт наслеђа и фактора спољне средине, назива се фенотип. Висина тијела, мускулатура, крвни притисак, отпорност инфекцијама, интелигенција и други елементи здравственог стања човјека у ствари су разне форме фенотипа. Када се говори о факторима спољне средине не мисли се само на биолошке, хемијске и физичке факторе, него и на социјалне и економске услове појединаца, породице и народа у цјелини.

При оцјени здравственог стања појединца наилази се на разне тешкоће због варијабилности показатеља здравља, који су углавном индиректни показатељи, јер се заснивају на утврђивању здравственог стања искључивањем феномена који су карактеристични за „здравог човјека“. На сличне тешкоће се наилази при оцјени здравственог стања појединих групација или становништва у цјелини. Директних показатеља скоро да и нема, а од индиректних се обично узимају у обзир: наталитет, морталитет, морталитет одојчади, подаци о морбидитету и други.

Прихватајући у основи концепцију Свјетске здравствене организације, још у нашем Општем закону о здравственој заштити и здравственој служби (1964.) и републичким законима, **здравствена заштита је дефинисана као** ''дјелатност која се предузима у циљу унапређења здравственог стања грађана, спречавања и сузбијања обољења и повреда, раног откривања обољења и благовременог лијечења и отклањања посљедица обољеља и повреда (рехабилитација).''

Оваква дефиниција садржава у себи и дефиницију ''јавног здравља", коју је дао Винслову, као и Штампарове ''социјалне медицине" и ''организације заштите здравља“ совјетских аутора, јер обједињују превентивну и куративну медицину у једну цјелину. Закон је разрадио ове принципе у складу са нашим потребама и материјалним могућностима.

Према Општем закону о здравственој заштити и здравственој служби сврха здравствене заштите је првенствено ''да обезбиједи, очува и унаприједи здравље грађана, као основног услова за развитак биолошких, радних, стваралачких и одбрамбених способности народа, материјалне основе друштвене заједнице и за развитак друштва уопште.

У том погледу су и конципиране и основне одреднице Декларације Свјетске здравствене организације, усвојене на Свјетској здравственој скупштини маја 1988. године, а која је послужила као увод за политику стратешког документа Европског региона СЗО ''Здравље за све“ израженог у виду 21 циља који треба да буду остварени у свим земљама Европског региона у 21. вијеку.

Свјетска здравствена организација декларише да је добра здравствена ситуација основ одрживог економског раста. Међусекторско улагање у здравље не само да омогућује нове ресурсе за здравље већ има и шире користи - доприноси дугорочном свеукупном економском и друштвеном развоју. Улагање у заштиту здравља унапређује здравље, те идентификује ресурсе који олакшавају задовољавање растућих захтјева који се постављају здравственом сектору.

Базичне детерминанте успијешности
организоване здравствене дјелатности

1. Остварено јединство идеја, програма и облика активности на унапређењу услова живота популације (еко-социо-медицински приступ),

2. Развијеност свијести о заједништву интереса и одговорности за здравље (на нивоу тријаде: друштво-здравство-појединац),

3. Испољени васок степен професионализма, ентузијазма, иницијативности и хуманизма здравствених радника и сарадника,

4. Имплеменшација одговарајућих програма здравственог васпитања и промоције здравља (активна негација фарисејства у области заштите здравља свјетске врсте).

Политика "Здравље за све у 21. вијеку"

Политика "Здравље за све у 21. вијеку", за Европски регион Сјветске здравствене организације, садржи сљедеће главне елементе:

1. **Константни циљ:**
- достизање пуног здравственог потенцијала за све.
2. **Два главна циља:**
- унапређење и заштита здравља људи током цијелог живота, и
- смањење инциденце главних болести и повреда и ублажавање патњи које оне проузрокују.
3. **Три основне вриједности (које чине етички основ Здравља за све у 21. вијеку):**
- здравље као основно људско право;
- једнакост у здрављу и солидарност у дјеловању између и унутар земаља њињихових становника;
- учешће и одговорност појединаца, група, установа и заједница за континуиран развитак здравља.
4. **Четири главне стратегије дјеловања одбране:**
- мултисекторске стратегије које би обухватиле детерминанте здравља, и које би узеле у обзир физичке, економске, друштвене и културне околности и равноправност полова, те које би осигурале коришћење процента утицаја на здравље;
- програми усмјерени на здравствени исход и инвестиције за развој здравља и клиничку заштиту;
- интегрисана примарна здравствена заштита на нивоу породице и заједнице која је подржана преко флексибилног и ефикасног болничког система; и
- процес развоја здравља у коме партиципирају релевантни партнери — породица, школе, радно мјесто и који промовише заједничко доношење одлука, имплементацију и одговорност.

Овим стратегијама се осигурава да научна, економска, друштвена и политичка одрживост покрећу спровођење политике **Здравље за све у 21. вијеку.**

За **Здравље за све у 21**. **вијеку** постављен је двадесет и један циљ који појединачно набрајају потребе цијелог Европског региона и предлажу неопходне акције са циљем побољшања садашње ситуације. Овај двадесет и један циљ заједно обликује инспиративан оквир за развој здравствене политике у земљама Европског региона.

Циљеви Здравља за све у 21. веку:

Циљ 1. Солидарност за здравље и развој здравља у региону,
Циљ 2. Једнакост у здравственој заштити односно здравству,
Циљ 3. Здрав почетак живота и јачање здравља кроз цио живот,
Циљ 4. Добро здравље омладине и здрав радни живот,
Циљ 5. Здраво старење,
Циљ 6. Унапређење менталног здравља,
Циљ 7. Смањење заразних болести.

***

"Временом, у распону покривеним са **Здрављем за све у 21. вијеку,** требало би да буду елиминисани из региона полиомиелитис, морбили и неонатални тетанус (прва два као дио напора глобалне ерадикације), а конгенитална рубеола, дифтерија, хепатитис Б, паротитис, пертусис и инвазивне болести узроковане Хемопхилус-ом инфлуензае треба да буду добро контролисане имунизацијом. Додатно, координисана акција је потребна да ојача превентивне програме лијечења туберкулозе, маларије, ХИВ/АИДС-а и полно преносивих болести

Циљ 8. Смањење незаразних болести,

***

''Кардиоваскуларне болеста, малигна обољења, дијабетес, хроничне опструктивне болести плућа и астма заједно предстаељају највећи здравствени проблем у Европском региону

***

Циљ 9. Смањење повреда усљед насиља и удеса,
Циљ 10. Осигурање здраве и безбједне физичке средине,
Циљ 11. Здравији начин живота,
Циљ 12. Смањење штетности од алкохола, дрога и дувана,

***

"Највећи проблем за здравље становништва у Европском региону је пушење. Имплементација''Мадридске повеље'' против пушења из 1988. године, као и план активности за Европу ослобођену од дувана, води ка економској и здравственој добити".

''Штетност од алкохола, укључујући акциденте, представља огроман европски здравствени проблем. Постоји доказ да ће се значајне здравствене и економске добити остварити кроз преузимање акција о алкохолу. Европска повеља о алкохолу (Париз 1995.) и Европски план акција о алкохолу зацртавају главне стратегије превенције и лијечења. Оне укључују оuорезuваање алкохолних пића, контролу директних и индиректних рекламирања и лијечење усљед опасног и штетног пијења алкохола. Све државе чланице треба да обезбиједе да њихова политика и програми буду у потпуности на линији са стратегијом Европске повеље.

Процењено је да би број корисника тешких дрога у Европском региону могао бити између 1,5 go 2 милиона

***

Циљ 13. Боље окружење за здравље – еколошки приступ акцији за здравље.

***

''Искуства у Европском региону у протеклих десет година јасно откривају да се информисање, мотивисање и подржавање појединаца, група и друштва да одабиру здравији живот најбоље може урадити кроз систематско усредсређење на мјеста гдје људи живе, раде и забављају се.

Кућа је физичка средина у којој људи проводе највише времена. У склопу урбаног и руралног планирања кућа треба да буде дизајнирана и изграђена на начин погодан за одрживост здравља и животне срвдине.

У школама ће ученици, наставници и родитељи радити са локалном заједницом, а подржавани од њихових здравствених саветника, заједно ће анализирати своје здрав- ствене могућности, осмишљавати програме за интервенције и евалуирати резултате.
Око пет одсто од БНД може бити сачувано ако радну средину учинимо безбједном и здравом. Циљ није само смањење изложености ризицима, већ, такође, повећање учешћа запослених и запошљаеање у промовисању безбједније и здравије радне средине и смањења стреса. “

***

Циљ 14. Мултисекторска одговорност за здравље,

''Мултисекторска стратегија за одрживост здравља - креирање одрживости здравља људи кроз бољу промоцију здравља у физичком, економском, социјалном и културном окружењу

Здравље произлази из комбинованих акција друштва. Иако су многа од кључних оптерећења здравља проузрокована факторима ризика као што су пушење и физичка неактивност, ипак су сиромаштво и социоекономска биједа највећи узроци.

Детерминанте здравља не зависе само од здравственог сектора. Оба витална напредовања у здравственом и економском развоју могу се остварити кроз добро осмишљену политику образовања, запошљавања, индустријализације опорезивања и социјалну политику.

Дјелотворан прилаз развоју здравља захтијева од свих сектора друштва да буду одговорни за утицај њихове политике и програма на здравље кроз препознавање користи за себе од промоције и заштите здравља

***

Циљ 15. Боље обједињен здравствени систем (сектор) са много јачим ослањањем на примарну здравствену заштиту (и службу),

Циљ 16. Боље управљање квалитетом здравствене заштите прихватањем савременог концепта који би дјеловао стимулативно на трагање и напоре за постизање квалитетнијих услуга и иновације у здравственој дјелатности,

Циљ 17**.** Коришћење/примјена најпогоднијих метода финансирања здравствених услуга и проналажење ширег спектра ресурса којим би се осигурала једнакост и одрживост у пружању услуга, корисницима и стални развој односно осавремењивање здравственог система,

Циљ 18. Развијање људских ресурса за здравље (путем ширег и савременог програма образовања и управљања системом здравства заснованим на принципима политике **Здравље за све),**

Циљ 19. Примјена одговарајућих програма истраживања и подизања нивоа знања о здрављу (заснованим на принципима **Здравље за све** и потребама популације тежећи бољем усклађивању базичних и примијењених истраживања),

Циљ 20. Мобилизација партнера за здравље,

***

„ Здравље за све је интегративан и унапријед предвиђеи политички оквир за избор приоритета, одабирајући стратегију и мобилишући средства у акцији за здравље у оквиру друштвене заједнице. Национална, циљна политика базирана на **Здрављу за све** главна је компонеита у остварењу мотивације и стварања оквира за политике и дејства у регионима, градовима и локалним насељима, као и за установе као што су школе и радна мјеста.

Информације о здрављу треба да буду лако доступне и примјенљиве за политичаре, управне органе, за здравствене и друге стручњаке, као и за јавност, односно општу популацију. На свим тим нивоима, за добру управу за здравље, неопходна је транспарентност, одговорност и подстицајност како би се унаприједило њихово учешће. “

***

Циљ 21. Усклађивање стратегије **Здравље за све** и политике.

***

Изузетно је важно да се у планирању националне политике и програма, ангажују они који су одређени за њену имплементацију, односно високи званичници, на примјер у министарству здравља и другим министарствима, национална здравствена стручна удружења, универзитети и представници националних стручних удружења на локалном нивоу. “

3.

ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ

ОСНОВНИ ЗАКОНСКИ ПРИНЦИПИ ОРГАНИЗОВАНОСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

Здравствена заштита, према регулативи Закона о здравственој заштити РС, јесте организована и свеукупна дјелатност друштва на очувању и унапређењу здравља грађана, спречавању, сузбијању и раном откривању болести, повреда и других поремећаја здравља и на благовременом и ефикасном лијечењу и рехабилитацији.

У обезбеђивању и спровођењу здравствене заштите учествују самостално и програмски: грађанин као појединац и породица; привредна друштва, образовне и друге установе, хуманитарне, вјерске, спортске и друге организације, заједнице и удружења; организације здравственог осигурања и здравствена служба и локална заједница: општина, град, аутономна покрајина и Република.

Свеукупна дјелатност друштва у области здравствене заштите заснива се на примарној здравственој заштити у оквиру које се приоритетно обезбјеђује:
здравствена заштита групација становништва изложених повећаном ризику обољевања, здравствена заштита становништва у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лијечењем најчешћих болести од већег социјално- медицинског значаја и спровођење обавезних мјера колективне здравствене заштите и стручно-методолошког усмјеравања и контроле здравствене службе.

Сви грађани треба да чувају и унапређују своје здравље и здравље других лица као и услове животне средине.

Грађанин је дужан да у границама својих знања и могућности пружи другоме прву помоћ и да, по потреби, обавијести здравствену установу ради указивања медицинске помоћи.

Ради обезбеђивања права грађана на здравствену заштиту, утврђених законом, као и обезбјеђивања здравствене заштите, утврђене овим законом, оснивају се здравствене установе у складу са овим законом.

Послове из здравствене дјелатности могу обављати и друге установе, привредна друштва и физичка лица, у складу са овим законом.

Стручно-медицинске мјере, активности и поступке у обављању здравствене делатности и појединих послова здравствене дјелатности могу предузимати односно вршити само здравствени радници и здравствени сарадници који испуњавају услове утврђене овим законом.

Над стручним радом у обављању здравствене дјелатности врши се стручни надзор.

Над законитошћу рада здравствених установа и других правних и физичких лица која обављају здравствену дјелатност врши се надзор.

Права грађана и колективна здравствена заштита

Здравственом заштитом групација становништва изложених повећаном ризику обољења и здравственом заштитом у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лијечењем најчешћих болести од већег социјално-медицинског значаја обухватају се:

1. дјеца до навршених пет година живота; школска дјеца и студенти до краја прописаног редовног школовања, а најкасније до 26. године живота;
2. жене у вези са планирањем породице, трудноћом, порођајем и материнством;
3. лица старија од 65 година живота;
4. хендикепирана и инвалидна лица, незапослена лица пријављена организацији за запошљавање која не остварују новчану накнаду по прописима о правима незапослених лица, материјално необезбеђена лица која примају материјално обезбјеђење по прописима о социјалној заштити и заштити бораца, војних и цивилних инвалида рата као и чланова њихових породица а која нису здравствено осигурани, корисници сталних новчаних помоћи и помоћи за смјештај у установе социјалне заштите или друге породице и корисници помоћи члановима породице чији је хранилац на одслужењу војног рока;
5. друга лица која болују од заразних болести, малигних обољења, шећерне болети, хемофилије, душевних болести и поремећаја, прогресивних нервно-мишићних обољења, церебралне парализе, мултипле склерозе, реуматске грознице, хипертензије, коронарне и церебро- васкуларне болести, система ауто- имуне болести, хроничне бубрежне инсуфицијенције и цистичне фиброзе и од других болести односно повреда у вези са пружањем хитне, односно ургентне здравствене заштите.

Ова лица имају право на здравствену заштиту која обухвата превентивне, дијагностичке, терапијске и рехабилитационе здравствене услуге у здравственој установи, укључујући и превоз у хитним случајевима, лијекове, помоћни материјал који служи за примјену лијекова, санитетски материјал потребан за лијечење и ортопедска помагала, према медицинским индикацијама.

За спровођење здравствене заштите ових групација становника Влада РС донијела је посебне програме за: здравствену заштиту дјеце, школске дјеце и студената, смањи- вање смртности одојчади и мале дјеце, планирање породице и здравствену заштиту жена, здравствену заштиту од заразних болести, здравствену заштиту од малигних болести, здравствену заштиту од душевних поремећаја и болести, здравствену заштиту од кардиоваскуларних болести, као и за спровођење програма Свјетске здравствене организације и за здравствену заштиту у другим приоритетним областима здравствене заштите.

Средства за обезбјеђивање здравствене заштите за лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем обезбјеђују се из буџета Републике.

Организација, функције и задаци здравствепих установа

Према важећем Закону о здравственој заштити здравствену дјелатност обављају здравствене установе које може основати свако правно и физичко лице, ако законом није другачије уређено.

Здравствене установе чијом се дјелатношћу обезбјеђује остваривање права грађана утврђених законом оснива Влада PS, град или општина, у складу са планом мреже здравствених установа.

Уколико планом мреже здравствених установа није другачије ріјешено, општина оснива дом здравља и апотеку, а град апотекарску установу и завод.

План мреже здравствених установа доноси се на основу:

1. стратегије, циљева и програма здравствене заштите и неопходне свеобухватности у њиховом спровођењу,
2. послова и задатака које поједине здравствене установе обављају у спровођењу здравствене заштите,
3. здравственог стања, броја и старосне структуре становништва,
4. неопходне доступности у здравственој заштити,
5. степена урбанизације и развијености појединих подручја,
6. броја и распореда здравствених установа и других облика обављања здравствене дјелатности која су основала друга правна и физичка лица и
7. исказаних потреба организација здравственог осигурања.

Планом мреже утврђује се врста, број, структура и распоред здравствених установа и болесничких постеља, као и референтне здравствене установе.

Кад друга правна и физичка лица оснивају установе одређене законом са дјелокругом утврђеним законом, у погледу услова за њихово оснивање примјењује се закон и акти министарства здравља.

Здравствена установа може почети са радом и обављати здравствену дјелатност ако има:

- одређен број здравствених радника са положеним стручним испитом, одговарајућег степена стручне спреме за одређене послове и са одговарајућом специјалношћу или научним или наставним звањем;
- опрему и уређаје за савремено и безбједно пружање здравствене заштите и здравствених услуга;
- одговарајуће врсте и количине ліјекова и других средстава за превенцију, дијагностику, ліјечење и рехабилизацију;
- одговарајуће просторије за пријем обоqелих, односно здравих, за пружање здравствене заштите, за чување ліјекова, за смјештај болесника и друго.

Ближе услове прописује министарство здравља.

Факултети здравствене струке могу обављати здравствену дјелатност преко својих организационих јединица ако испуњавају законом утврђене услове за клинику, институт или завод у погледу кадрова, простора и опреме.

Испуњеност услова у здравственим установама, чији су оснивачи општине и градови утврђује надлежни орган општине или града.

На оснивање, управљање, руковођење, надзор над законитошћу рада и укидање здравствених установа, примјењују се одредбе закона којим се уређује систем јавних служби.

У погледу права, обавеза и одговорности запослених у здравственој установи примењују се прописи о радним односима у привредним друштвима и колективни уговор.

Врсте здравствених установа

Здравствене установе су:

- дом здравља,
- болница,
- апотека,
- завод,
- завод за заштиту здравља,
- клиника,
- институт,
- апотекарска установа,
- здравствени центар,
- клиничко-болнички центар,
- клинички центар.

Поред ових установа, чији је оснивач држава (па и власник), здравствену дјелатност могу обављати, кроз власничку приватну здравствену дјелатност, друга правна лица и здравствени радници. Закон .те институције именује као ''други облици здравствене делатности".

Други облици здравствеие дјелатности

Други облици здравствене делатно- сти су:

- љекарска, односно стоматолошка ординација,
- диспанзер,
- здравствени кабинет,
- зравствени станица,
- здравствено савјетовалиште,
- апотека,
- лабораторија,
- патронажна служба,
- поликлиника,
- служба кућног лијечења и здравствене његе,
- амбуланта, медицинске сестре, техничар за медицинску његу,
- болница.

Ове установе морају да имају обезбјеђен одговарајући простор и опрему, а правна лица и запослених здравствених радника одговарајућег степена стручне спреме за обављање тих послова. Ближе услове је прописало Министарство за здравље, а испуњеност усло- ва утврђује надлежни орган општине.

Здравствену заштиту и послове здравствене дјелатности спроводе на начелујединства превентивних дијагностичко-терапијских ирехабилитационих мјера, свеобухватности, доступности, непрекидности, ефикасности као и на достигнућима медицинске и других наука.

Основие дужности и обавезе здравствених установа

Здравствена установа у оквиру своје дјелатности дужна је да:

- прати и поручава здравствено стање становништва и здравствену културу и хигијенске прилике и предлаже мјере за њихово санирање,
- спроводи мјере здравственог васпитања на формирању понашања које води унапређењу и очувању здравља,
- истражује и открива узроке и појаве ширења обољења и повреда као и начин и мјере њиховог спречавања, сузбијања, раног откривања, ефикасног и квалитетног лијечења, рехабилизације и спречавања инвалидности,
- прати и спроводи стручно и научно утврђивање метода дијагностике, лијечења и рехабилитације, а нарочито утврђене стручно-методолошке и доктринарне критеријуме (протоколе),
- организује и спроводи стручно усавршавање здравствених радника, здравствених сарадника и осталих радника,
- спроводи програме здравствене заштите,
- утврђује и спроводи мјере у елементарним непогодама и другим ванредним стањима,
- спроводи мјере ради спречавања нежељених компликација и последица при пружању здравствене заштите, као и мјере опште сигурности за вријеме боравка грађана у здравственој установи и да обезбиједи сталну контролу спровођења ових мјера,
- организује и спроводи унутрашњи надзор над стручним радом.

Клинике, институти, заводи и заводи за заштиту здравља поред ових мјера дужни су и да:

- испитују и примјењују нове методе превенције, дијагностике, лијечења и рехабилитације,
- утврђују стручно-медицинске и доктринарне ставове и пружају стручно-методолошку помоћ у њиховом спровођењу,
- врше уже специјализоване превентивне, дијагностичке, терапеутске и рехабилитационе здравствене услуге у амбулантно-поликлиничким и болничким условима,
- организују и прате школовање, стручно усавршавање, специјализацију и ужу специјализацију здравствених радника и здравствених сарадника.

Здравствене установе, као и сва друга правна и физичка лица која обављају здравствену дјелатност, дужни су да воде медицинску документацију и евиденције и да достављају индивидуалне, збирне и периодичне извјештаје надлежном заводу за заштиту здравља.

Медицинску документацију, евиденције и извештаје прописало је Министарство здравља.

Ради обављања одређених послова из области науке и струке именују се референтне здравствене установе које испуњавају сљедеће услове:

- да имају организовану службу, односно кадрове за праћење, проучавање и евалуацију здравствене заштите и здравствене службе у области за које су основане,
- да у свом араду примјењују најсавременија достигнућа медицинске науке и праксе,
- да имају признате резултате у фундаменталном и примијењеном научноистраживачком раду,
- да имају остварене резултате у обављању уже специјализоване здравствене заштите,
- да имају остварене резултате у области стручног усавршавања, послиједиспломског усавршавања, специјализације и субспецијализације у струци,
- да су, када је то предвиђено, израдили односно учествовали у изради програма здравствене заштите за одређену област здравствене заштите односно грану медицине, стоматологије и фармације.

Испуњеност ових услова утврђује министарство здравља.

Референтне здравствене установе јесу све клинике, институти, специјалне болнице, заводи и заводи за заштиту здравља, који испуњавају законом прописане услове за референтну здравствену установу.

Референтне здравствене установе врше стручно-методолошке, доктринарне и друге послове утврђене законом. Ови послови обезбеђују се и организују: за здравствену заштиту групација становништва изложених повећаном ризику оболијевања и за одговарајуће специјалности и уже специјалности; за здравствену заштиту од заразних болести и хроничних масовних незаразних болести од већег социјално-медицинског значаја и за одговарајуће специјалности и уже специјалности; за поједине односно две и више сродних области здравствене заштите и специјалности и одговарајуће уже специјалности;

Поред здравствених установа, које су овлашћене законом, *научно-истраживачку и образовну дјелатност* у складу са законом могу обављати и друге здравствене установе.

Образовну дјелатност здравствена установа може да обавља ако закључи уговор са одговарајућим факултетом односно школом. Овај уговор здравствена и образовна установа закључују у складу са критеријумима и мјерилима које заједнички утврде ми- нистарства надлежна за послове здравља и просвјете.

Ради планирања и ефикасног управљања системом здравствене заштите, као и ради прикупљања и обраде података у вези са здравственим стањем становништва, стањем и квалитетом животне средине, здравственом службом и здравственим осигурањем, организује се јединствени здравствени информациони систем. Планом мреже здравствених установа одређује се здравствена установа која, у сарадњи са заводима за заштиту здравља и другим здравственим установама, организује рад информационог система и предлаже програме рада и развоја овог система, које доноси Влада РС.

Здравствене установе и друга правна лица која обављају здравствену дјелатност, ради унапређења рада, економике пословања, заједничког медицинског снабдијевања, утврђивања и обезбјеђивања информатике и остваривања других задатака и циљева од заједничог интереса, могу основати *опште удружење здравствених установа (заједницу здравствених установа односно комору здравствених установа).*

Општем удружењу здравствених установа могу приступити и друга правна лица која обављају дјелатност од интереса за здравство.

Статутом општег удружења уређују се унутрашња организација, састав, избор и начин одлучивања органа, финансирање и друго.

Обезбјеђивање средстава за рад здравствених установа

Здравствена установа обезбјеђује средства за рад на сљедећи начин:

- од организације здравственог осигурања,
- из буџета,
- од продаје услуга и производа,
- обављањем научноистраживачке и образовне дјелатности,
- од промета робе,
- од издавања под закуп слободног капацитета,
- од легата, поклона, завештања, и из других извора.

Здравствена установа, и сва друга правна и физичка лица која обављају здравствену дјелатност, стичу средства за рад извршењем програма здравствене заштите према врстама, обиму и квалитету здравствених услуга који се вреднују цијенама појединачних услуга, програма у цјелини или по становнику, односно броју опредијељених грађана.

Цијене појединачних услуга, односно програма утврђују уговором здравствена установа, односно друга правна и физичка лица која обављају здравствену дјелатност и организација за здравствено осигурање.

Здравствене услуге које се на захтјев корисника пружају под посебним условима, преко стандарда утврђених у уговору између здравственог осигурања и здравствене установе, корисник доплаћује.

Средства здравствених установа, осим средстава завода за заштиту здравља, завода за испитивање и контролу лијекова и завода за трансфузију крви (изузев производње раствора и прибора за инфузију), могу се претварати у друге облике својине, у складу са законом, а на основу програма који доноси управни одбор здравствене установе, уз сагласност Владе РС.

Органи здравствепе установе у државној својини

Органи здравствене установе су:

- директор
- управни одбор
- надзорни одбор.

Статутом здравствене установе уређују се услови за именовање директора. Директора здравствене установе чији је оснивач Република именује и разријешава Влада РС, а директора здравствене установе чији су оснивачи друга правна и физичка лица именује и разријешава оснивач.

Управни и надзорни одбор здравствене установе чији је оснивач РС именује и разрешава Влада РС..

Управни одбор здравствене установе која послује средствима у државној својини доноси статут уз сагласност оснивача.

Надзорни одбор врши надзор над радом и пословањем здравствене установе.

Надзор над радом здравствених установа врши се као надзор над законитошћу рада и надзор над стручним радом.

Надзор над примјеном закона, других прописа и општих аката, као и над спровођењем прописаних мјера у области здравствене заштите, врши здравствена инспекција.

Директор здравствене установе одговоран је за законитост рада и пословање здравствене установе.

Надзор над законитошћу рада здравствених установа врши министарство надлежно за послове здравља.

Директор здравствене установе

Дужности, права и одговорности директора здравствене установе регулисана су у неколико закона: Закону о здравственој заштити, Закону о јавним службама, Закону о привредним друштвима и Закону о раду. Статут сваке здравствене установе мора да буде у складу са свим овим законима.

Директор руководи здравственом установом. Њега именује и разрјешва оснивач установе.

У оквиру својих права и обавеза директор здравствене установе мора да:

- организује и води пословање установе,
- заступа установу,
- обезбиједи законитост рада и одговора за то,
- донесе општи акт којим се утврђује врста и степен стручне спреме и други посебни услови рада на одређеном радном мјесту,
- доноси одлуке о потреби заснивања радног односа са радником и пријављује заводу за тржиште рада,
- врши избор између кандидата пријављених за запошљавање,
- закључује уговор о раду са радником,
- даје сагласност за допунски рад у другој установи и закључује уговор о допунском раду са радником,
- именује комисију која врши претходно провјеравање радних способности радника и начина његовог рада,
- одлучује о начину провјеравања пробног рада,
- утврђује начин оспособљавања приправника,

- закључује уговор о волонтерском раду са приправником односно не-запосленим лицем,
- доноси одлуке о трајном и привременом распоређивању радника,
- закључује споразум о упућивању радника на рад у другу установу,
- закључује споразум о преузимању радника,
- закључује споразум о заснивању радног односа радника у више установа у оквиру пуног радног времена,
- доноси одлуку о раду дужем од пуног радног времена,
- доноси одлуку о распореду, почетку и завршетку радног времена,
- одлучује о одморима и одсуству радника
- утврђује дисциплинску одговорност радника,
- подноси захтјев за покретање дисциплинског поступка за чије вођење он није надлежан,
- одлучује о удаљавању радника са радног мјеста и из установе,
- доноси одлуку о престанку радног односа, односно отказује уговор о раду,
- престане са радом пре истека отказног рока,
- извршава правоснажну одлуку суда донесену у поступку за заштиту права радника,
- закључује уговор о вршењу привремених или повремених послова,
- дозвољава синдикално организовање и дјеловање у складу са законом,
- доноси рјешење о исплати гарантоване зараде раднику,
- обавља и друге послове утврђене законом, оснивачким актом и статутом установе.

Директор здравствене установе мора, користећи своје знање, професионално искуство и стечене вјештине, да обавља сљедеће функције:

- организујв и сам планира рад своје установе,
- организује и спроводи делатност своје установе и одговарајућих програма,
- организује и врши непосредно реали- зацију активности,
- координира рад особља, комуницира са сарадницима и рјешава коифликте,
- мотивише и води своје сараднике,
- колаборира са другим установама, привредним друштвима, друштвено-политичким организацијама и заједницом,
- делегира одговарајућим личностима ауторитет и одговорност,
- доноси одговарајуће и правовремене одлуке на основу анализа и увида у ситуацију како би се постављени циљеви установе постигли што ефикасније и ефективније“.

Поступак и процедура за оснивање здравствеие установе

Оснивачи здравствених установа могу бити правна и физичка лица у складу са *Планом мреже здравствених установа.* На првом мјесту су:

- Влада Републике Српске,
- Градови,
- Општине.

План мреже здравствених установа донијела је Влада РС Уредбом о плану мреже здравствених установа.

План мреже здравствених установа утврђује:

- врсту, број, структуру и распоред здравствених установа,
- врсту, број, структуру и распоред болесничких постеља,
- референтне здравствене установе.

План мреже здравствених установа донесен је на основу:

- стратегије, циљева и програма здравствене заштите,
- послова и задатака које поједине здравствене установе обављају у здравственој заштити,
- здравственог стања, броја и структуре становништва,
- неопходне доступности у здравственој заштити,
- степена урбанизације и развијености региона,
- броја и распореда здравствених установа свих врста и облика влсништва,
- исказаних потреба организација здравственог осигурања.

Законом је регулисано да приватно правно лице (привредно друштво и сл.) и физичко лице (здравствени радник и други појединац) не може основати завод за заштиту здравља, завод за трансфузију крви и завод за фармацију. Те заводе могу оснивати искључиво државне институције.

Одлуку о томе да се одређене здрав-твене установе укину, споје или раздвоје и да се организује нова здравствена установа може донијети Влада РС за здравствене установе чији је оснивач, односно општина и град за здравствене установе чији су они оснивачи (а по добијеној сагласности Владе), под условима и на начин утврђен Планом мрежа здравствених установа.

На оснивање здравствене установе примјењују се прописи који се односе и на привредна друштва.

Оснивач здравствене установе обез-бјеђује средства потребна за оснивање и почетак рада здравствене установе и доноси акт о оснивању.

Оснивачки акт садржи:

- име (назив) оснивача;
- назив и сједиште здравствене установе;
- дјелатност здравствене установе;
- износ средстава потребних за оснивање и почетак рада здравствене установе и начин обезбјеђивања средстава;
- права и обавезе оснивача у погледу обављања дјелатности због које је здравствена установа основана;
- међусобна права и обавезе здравствене установе и оснивача;
- одређивање органа управљања здравствене установе у оснивању и његова овлашћења;
- лице које ће до именовања директора здравствене установе обављати његове послове и вршити његова овлашћења;
- рок за доношење статута, именовање директора и органа управљања.

Здравствена установа је правно лице. Уписује се у судски регистар када надлежни орган утврди да су испуњени услови за почетак његовог рада и обављања

здравствене дјелатности. Уписом у судски регистар здравствена установа стиче својство правног лица.

Услови за почетак рада здравствене установе

Законом о здравственој заштити прописани су услови за почетак рада здравствене установе и за обављање здравствених дјелатности. Здравствена установа може почети са радом и обављати здравствену делатност ако има:

- одређени број здравствених радника са положеним стручним испитом - одговарајућег степена стручне спреме за одређене послове и са одговарајућом специјалношћу, научним или наставним звањем,
- опрему и уређаје за савремено и безбједно пружање здравствене заштите и здравствених услуга,
- одговарајуће врсте и количине лијекова и других средстава за превенцију, дијагностику, лијечење и рехабилитацију,
- одговарајуће просторије за пријем обољелих, односно здравих за пружање здравствене заштите, чување лијекова, смјештај болесника и др.

Ближе услове за почетак рада и обављање здравствене дјелатности прописало је Министарство здравља Правилником о условима за обављање здравствене дјелатности у здравственим установама и другим облицима обављања здравствене дјелатности.

Услови за обављање здравствене дјелатности у здравственим установама и другим облицима обављања здравствене дјелатпости

Услове за оснивање и обављање здравствене делатности (поред општих услова регулисаним Законом о здравственој заштити), прописало је Министарство за здравље посебним актом - *Правилником о условима за обављање здравствене дјелатности у здравственим установама и другим облицима обављања здравствене дјелатносши.*

Према обавезујућој одредби овог Правилника здравствена установа, односно други облик обављања здравствене дјелатности може обављати здравствену дјелатност у одређеној области здравствене заштите, односно специјалистичкој грани под условом да има обезбјеђене одговарајуће кадрове, опрему, просторије и лијекове утврђене Правилником.

Услови погледу кадрова

Дом здравља

Дом здравља може обављати здравствену делатност ако има најмање следеће кадрове:

- *у области здравственог васпитања, опште медицине и здравствене заштите школске дјеце*: по једног доктора медицине, односно доктора

медицине специјалисту и једног здравственог радника са високом, односно средњом школском спремом у свакој области;

- *у области здравствене заштите жена, здравствене заштите предшколске дјеце и рендген дијагностике:* по једног доктора медицине специјалисту из одговарајуће гране медицине и два здравствена радника са високом, односно средњом стручном спремом у свакој области;
- *у области кућног лијечења и здравствене његе и хитне медицинске помоћи*: по једног доктора медицине односно доктора медицине специјалисту и два здравствена радника са високом, односно средњом стручном спремом у свакој области;
- *у области поливалентне патронаже*: једну медицинску сестру - медицинског техничара са високм, односно средњом стручном спремом;
- *у области стоматолошке здравствене заштите*: једног доктора стоматологије и једног доктора стоматологије специјалисту из дјечије и превентивне стоматологије и три здравствена радника са вишом односно средњом спремом, од којих је један зубни техничар;
- *у области лабораторијске дијагностике*: једног дипломираног фармацеута - медицинског биохемичара или специјалисту из медицинске биохемије и два здравствена радника са високом, односно средњом стручном спремом.

Дом здравља који обезбјеђује здравствену заштиту за општину са 10.000 и више становника, у односу на укупан број становника треба да има: једног доктора медицине на 900 становника, једног доктора стоматологије на 2.500 становника и два здравствена радника са високом, односно средњом стручном спремом на 1.000 становника, а најмање:

- *у областима утврђеним законом:* кадрове (предвиђени минимум) у свакој области;
- *у области хигијенско-епидемиолошке заштите, заштите менталног здравља и спортске медицине*: по једног доктора медицине односно доктора медицине специјалисту и једног здравственог радника са високом, односно средњом стручном спремом у свакој области;
- *у области пнеумофтизиолошке заштите, медицине рада и онколошке заштите:* по једног доктора медицине специјалисту из одговарајуће гране медицине и два здравствена радника са висоом односно средњом стручном спремом у свакој области;
- *у области физикалне медицине и рехабилитације:* једног доктора медицине специјалисту и четири здравствена односно физиотерапеутска техничара;
- *у области интерне медицине, офталмологије, оториноларингологије и у свакој другој области*: по једног доктора медицине специјалисту из одговарајуће гране медицине и једног здравственог радника са високом односно средњом стручном спремом.

У општинама са 10.000 и више становника, здравствене раднике, поред наведених, дом здравља обезбјеђује према сљедећем броју становника, односно анализа, и то:

1. *опште медицине:* на 2.000 одраслих становника; *здравствене заштите школске дјеце:* на 1.800 школске дјеце до 18 година; *кућног лијечења и здравствене његе:* на 15.000 становника; *хитне медицинске помоћи:* на 15.000 становника (а најмање и докора медицине и двије медицинске

сестре - медицинског техничара у свакој смјени); *хигијенско-епидемиолошке заштите:* на 50.000 становника;

2. *здравствене заштите жена:* на 8000 жена изнад 15 година старости; *здравствене заштите предшколске дјеце:* на 12.000 дјеце; *медицине рада*: на 4.000 запослених;
3. *рендген дијагностике, пнеумофизиолошке заштите, физикалне медицине и рехабилитације, онколошке заштите, заштите менталног здравља и спортске медицине*: на 50.000 становника;
4. *поливалентне патронаже:* на 5.000 становника;
5. *стоматолошке здравствене заштите предшколске и школске дјеце:* на 1.800 дјеце; *стоматолошке здравствене заштите одраслих*: на 2.200 становника - а у лабораторији за зубну технику на пет доктора стоматологије предвиђен је један зубни техничар;
6. *лабораторијске дијагностике*: на 100.000 до 120.000 анализа једног дипломираног фармацеута - медицинског биохемичара или специјалисту из медицинске биохемије и на 20.000 анализа једног здравственог радника са високом, односно средњом стручном спремом;
7. *у свакој другој области из које се обавља дјелатност дома здравља*: на 50.000 становника.

Уколико у сједишту дома здравља постоји друга здравствена установа која обавља здравствену дјелатност из хигијенско-епидемиолошке заштите, пнеумофизиолошке заштите, медицина рада, физикалне медицине и рехабилитације, онколошке заштите, заштите менталног здравља, стоматолошке здравствене заштите, хитне медицинске помоћи, интерне медицине, офталмологије, оториноларингологије и спортске медицине, здравствене раднике за ове области дом здраља обезеђује само ако се дјелатношћу тих здравствених установа не задовољавају потребе становништва у цјелини.

Дом здравља који има организовану здравствену станицу ван сједишта општине (за једно или више насељених мјеста са преко 3.000 становника која су удаљена десет и више километара од сједишта општине), односно дома здравља који у свом саставу има стационар и ванболничко породилиште, поред наведених кадрова, има и сљедеће здравствене раднике:

- *у здравственој станици*: једног доктора медицине и једног доктора стоматологије и два здравствена радника са високом или средњом стручном спремом;
- *у стационару: ++* једног доктора медицине и четири здравствена радника са вишом или средњом стручном спремом;
- *у ванболничком породилишту:* једног доктора медицине специјалисту из гинекологије и акушерства и пет медицинских сестара акушерског смјера са високом или средњом струч- ном спремом.

Апотека

Апотека, односно друга здравствена установа која обавља дјелатност апотеке, може обављати здравствену дјелатност ако има најмање два дипломирана фармацеута и једног фармацеутског техничара.

Здравствена установа која обавља послове медицинског снабдијевања у стационираним, односно специјализованим болничким установама (болничка апотека), може почети са радом односно може обављати те послове ако има: једног дипломираног фармацеута и једног фармацеутског техничра на 400 болничких постеља, а најмање једног дипломираног фармацеута и једног фармацеутског техничара.

Апотека, односно друга здравствена установа која обавља здравствену дјелатност за општину са 10.000 и више становника може почети са радом, односно може обављати те послове, ако у односу на укупан број становника има: једног дипломираног фармацеута на 5.000 становника и једног фармацеутског техничара на 10.000 становника.

Огранак апотеке може обављати те послове ако има једног дипломираног фармацеута.
Од укупног броја дипломираних фармацеута најмање 20 одсто су специјалисти из одговарајућих грана фармације.

Апотека, односно друга здравствена установа која организује галенску лабораторију, лабораторију за испитивање и контролу лијекова и фармако-информативну службу, као посебне организационе јединице, поред наведених здравствених радника, има и следеће кадрове:

- *у галенској лабораторији:* једног дипломираног фармацеута специјали-сту из фармацеутске технологије и два фармацеутска техничара;
- *у лабораторији за испитивање и контролу лијекова*: једног дипломираног фармацеута специјалисту за испитивање и контролу лијекова;
- *у фармакоинформативној служби:* једног дипломираног фармацеута специјалисту из фармакоинформатике.

Општа болница

Општа болница може обављати здравствену дјелатност ако у областима утврђеним законом има (најмање) сљедеће кадрове:

- *у области интерне медицине, педијатрије, опште хирургије, гиикологије и акушерства, анестезиологије са реаниматологијом и физикалне медицине и рехабилитације*: по једног доктора медицине специјалисту из одговарајуће гране медицине и четири здравствена радника са високшом, односно средњом стручном спремом у свакој области;
- *у области клиничко-биохемијске дијагностике:* једног дипломираног фармацеута - медицинског биохемичара или специјалисту из медицинске, односно клиничке биохемије и три здравствена радника са високом или средњом стручном спремом;
- *у области радиолошке дијагностике*: једног доктора медицине специјалисту и два здравствена радника са високом или средњом стручном спремом;
- *у области трансфузије крви и патолошке анатомије:* по једног доктора медицине специјалисту из одговарајуће гране медицине и два здравствена радника са високом односно средњом стручном спремом или да обављање

здравствене дјелатности из ових области обезбиједи преко друге здравствене установе.

Општа болница, чијом се дјелатношћу задовољавају потребе становништва из више или из свих општина у округу, може почети са радом, односно обављати здравствену делатност, ако у односу на укупан број болничких постеља има једног здравственог радника са високом стручном спремом специјалисту и пет здравствених радника са високом, односно средњом стручном спремом на десет болничких постеља, а најмање:

- *у областима утврђеним законом*: наведене кадрове у свакој области;
- *у областима утврђеним у складу са Уредбо.м о плану мреже здравствених усшанова, и то у области неурологије, психијатрије, пнеумофти- зиологије, дерматовенерологије, дјечије хирургије, урологије, ортопедије, нуклеарне медицине и друго:* по једног доктора медицине специјалисту из одговарајуће гране медицине и четири здравствена радника са високшом, односно средњом стручном спремом у свакој области у којој се обавља поликлиничка и стационарна дјелатност, односно по једног доктора медицине специјалисту из одговарајуће гране медицине и једног здравственог радника са вишом односно средњом стручном спремом у свакој области у којој се обавља само поликлиничка делатност.

У односу на укупан број болничких постеља, односно број болничких постеља у појединој области, ове здравствене раднике општа болница обезбјеђује на сљедећи број постеља односно анализа:

1. *у области интерне медицине, педијатрије и неурологије*: на 12 постеља; *пнеумофтизиологије и психијатрије*: на 20 постеља; *дерматовенерологије:* на 20 постеља; *физикалне медицине и рехабилитације:* на 200 постеља;
2. *у области опште хирургије, дјечије хирургије, урологије, ортопедије, оториноларингологије, офталмологије, гинекологије и акушерства*: на 10 постеља; *анестезиологије са реанимацијом:* на 50 хируршких постеља;
3. *у области радиологије,* на 200 постеља; *трансфузиологије*: на 300 постеља; *нуклеарне медицине и патолошке анатомије:* на 400 постеља;
4. *у области клиничко-биохемијске д јагностике*: на преко 10.000 становника.

Поред наведених здравствених радника, општа болница има и следеће кадрове:

1. *у операционој сали*: једну медицинску сестру - инструментара за рад у свакој смјени;
2. *у породајној сали*: једну медицинску сестру - бабицу за рад у свакој смјени;
3. *у интензивној њези*: једну медицинску сестру - медицинског техничара на двије постеље у свакој смјени;
4. *у области хемодијализе*: два доктора медицине специјалиста на десет дијализних мјеста и четири медицинске сестре - техничара у свакој смјени;
5. *у свакој области која има болничке постеље за специјалистичко-консу-лтативне прегледе спољних болесника*: једног доктора медицине специјалисту из одговарјауће гране медицине на пет специјалиста у тој грани медицине, а у областима са мањим бројем специјалиста - најмање једног специјалисту.

Уколико у сједишту опште болнице постоји друга здравствена установа која обавља здравствену дјелатност из пнеумофтизиолошке заштите, психијатрије и физикалне медицине и рехабилитације, здравствене раднике за те области општа

болница обезбеђује само ако се дјелатношћу других здравствених установа не задовољавају потребе становништва у целини.

Специјална болница

Специјална болница за лијечење акутних болести може обављати здраствену дјелатност ако у односу на укупан број болничких постеља има:

- у основној интернистичкој односно хируршкој области из које обавља здравствену дјелатност: једног доктора медицине специјалисту из одговарајуће гране медицине и четири здравствена радника са високом, односно средњом стручном спремом на десет постеља;
- у области клиничко-биохемијске дијагностике, рендгенолошке дијагностике, физикалне медицине и рехабилитације, патолошке анатомије, медицинског снабдијевања, а специјална хируршка болница и у области анестезиологије и трансфузије крви: одговарајуће здравствене раднике утврђене за ове области у општој болници.

Специјална болница за лијечење хроничних болести може обављати здравствену дјелатност ако у односу на укупан број болничких постеља има:

- у основној интернистичкој области из које обавља здравствену дјелатност: једног доктора медицине специјалисту из одговарајуће гране медицине и четири здравствена радника са високом односно средњом стручном спремом на 20 до 30 постеља;
- у области клиничко-биохемијске лабораторијске дијагностике, радиолошке дијагностике, физикалне медицине и рехабилитације, медицинског снабдијевања и патолошке анатомије: по једног доктора медицине специјалисту из одговарајуће гране медицине и једног здравственог радника са високом, односно средњом стручном спремом на 200 до 300 постеља.

Обављање здравствене дјелатности из клиничко-биохемијске дијагностике, рендгенолошке дијагностике, физикалне медицине и рехабилитације, трансфузије крви, медицинског снабдијевања, анестезиологије и патолошке анатомије, специјална болница може обезбјеђивати и преко других здравствених установа.

Завод

Завод који обавља ванболничку здравствену дјелатност из области утврђене Законом о здравственој дјелатности, може обављати здравствену дјелатност ако има најмање 10 здравствених радника и сарадника са високом стручном спремом, од којих су три специјалисти из одговарајуће гране медицине односно стоматологије, и 10 здравствених радника са високом, односно средњом стручном спремом.

Завод који обавља здравствену дјелатност може почети са радом, односно може обављати здравствену дјелатност, ако има најмање пет здравствених радника и сара- дника са високом стручном спремом, од којих су два специјалисти из

одговарајућих грана, и пет здравствених радника са високом односно средњом стручном спремом.

Завод који обавља болничко лијечење или болничку рехабилитацију може почети са радом ако има обезбјеђене одговарајуће здравствене раднике утврђене за општу односно специјалну болницу.

Завод за заштиту здравља

Завод за заштиту здравља може обављати здравствену дјелатност ако у односу на укупан број становника у округу има једног здравственог радника односно здравственог сарадника са високом стручном спремом специјалисту и три здравствена радника, односно сарадника, са високом, односно средњом стручном спремом на 15.000 становника, а најмање: у *области социјалне медицине, епидемиологије, микробиологије и хигијене*: по једног доктора медицине специјалисту из одговарајуће гране медицине и три здравствена радника односно здравствена сарадника са високом, или средњом стручном спремом у свакој области.

Завод за заштиту здравља који обавља здравствену дјелатност из здравственог васпитања, медицинске односно здравствене статистике, информатике, здравствене економике, санитарне хемије, токсиколошке хемије, санитарне технике, медицинске биохемије и медицинског снабдијевања, поред наведених здравствених радника и здравствених сарадника, има најмање: по једног здравственог радника или здравственог сарадника са високом стручном спремом одговарајуће специјалности и једног здравственог сарадника са високом или средњом стручном спремом у свакој области.

Клиника

Клиника може обављати здравствену дјелатност ако има прописан број и врсте здравствених радника прописане Законом о здравственој заштити.

Клиника која обавља и специјализовану болничку здравствену дјелатност може почети са радом, односно може обављати здравствену делатност, ако укупно са наведеним здравственим радницима има најмање једног доктора медицине, односно доктора стоматологије специјалисту, односно ужег специјалисту, и четири здравствена радника са високом, односно средњом стручном спремом на осам постеља, а у области клиничке биохемијске дијагностике и кадрове предвиђене за дом здравља са преко 10.000 становника.

Клиника која има организациону јединицу за интензивну његу, као и клиника која у оквиру своје дјелатности пружа здравствену заштиту из области хемодијализе, хируршких грана медицине, гинекологије и акушерства, поред наведених здравствених радника има и одговарајуће кардове утврђене за општу болницу.

Институт

Институт може обављати здравствену дјелатност ако има прописани број и врсте здравствених радника прописане Законом о здравственој заштити, односно Законом о научно-истраживачкој дјелатности.

Институт који обавља и специјализовану болничку здравствену дјелатност може обављати здравствену дјелатност ако укупно са наведеним здравственим радницима има најмање једног доктора медицине, односно доктора стоматологије специјалисту, односно ужег специјалисту и четири здравствена радника са високом, односно средњом стручном спремом на осам постеља, а у области клиничке биохемијске дијагностике и кадрове прописане за дом здравља за преко 10.000 становника.

Институт који има организациону јединицу за интензивну његу, као и институт који у оквиру своје дјелатности пружа здравствену заштиту из области хемодијализе, хируршких грана медицине, гинекологије и акушерства, поред наведених здравствених радника, може почети са радом, односно може обављати здравствену дјелатност, ако има и одговарајуће кадрове утврђене за општу болницу.

Институт за заштиту здравља може обављати здравствену дјелатност ако има обезбеђене кадрове прописане за завод и ако ти кадрови испуњавају и услове по прописима о научноистра- живачкој делатности.

Апотекарска установа

Апотекарска установа може обављати здравствену дјелатност ако у свакој апотеци у свом саставу има кадрове утврђене за апотеку, а у апотеци у сједишту апотекарске установе и кадрове утврђене за лабораторије (галенску и за контролу и испитивања лијекова) и за фармакоинформатичку службу.

Апотекарска установа чијом се дјелатношћу задовољавају потребе становништва за више општина или за све општине у округу може обављати здравствену дјелатност ако у свакој апотеци има кадрове утврђене за апотеку.

Здравствени центар

Здравствени центар може обављати здравствену дјелатност ако у сваком дому здравља и општој болници има обезбјеђене одговарајуће кадрове утврђене за те установе.

Клиничко - болнички центар

Клиничко-болнички центар може обављати здравствену дјелатност ако у свакој области из које обавља здравствену дјелатност има обезбјеђене кадрове утврђене за опште болнице, а најмање у једној области и кадрове утврђене за клинике.

Клинички центар

Клинички центар може обављати здравствену дјелатност ако у свакој области из које обавља здравствену дјелатност има обезбеђене кадрове утврђене за клинике и институте.

Уколико у сједишту клиничког центра постоји друга здравствена установа која обавља специјализовану поликлиничку и болничку здравствену делатност из области педијатрије, психијатрије, дјечије неурологије, дјечије психијатрије, дјечије хирургије, физикалне медицине и рехабилитације или радиолошке терапије, здравствене раднике за ове области клинички центар обезбјеђује само ако се дјелатношћу тих здравствених установа не задовољавају потребе становништва у цјелини.

Други облици обављања здравствепе дјелатности

Други облици обављања здравствене елатности могу обављати здравствену дјелатност ако имају сљедеће кадрове:

- *у љекарској односно стоматолошкој ординацији:* једног доктора медицине, односно доктора стоматологије или једног доктора медицине, односно доктора стоматологије са положеним специјалистичким испитом, а у ординацији из хируршких грана медицине, односно стоматологије и једног здравственог радника са високом, односно средњом стручном спремом;
- *у диспанзеру:* два доктора медицине специјалисте из одговарајуће гране медицине и два здравствена радника са високом, односно средњом стручном спремом;
- *у здравственом кабинету за хипербаричну односно хипобаричну медицину:* једног доктора медицине, ужег специјалисту из баромедицине или једног доктора медицине специјалисту из интерне односно хируршке гране медицине и два здравствена радника са високом, односно средњом стручном спремом; а *за физикалну медицину и рехабилитацију, офталмологију, оториноларингологију, ултра звук, радиологију, ендоскопију и друге:* једног доктора медицине, специјалисту из одговарајуће гране медицине и једног здравственог радника са високом, односно средњом стручном спремом;
- *у здравственој станици:* једног доктора медицине и једног доктора стоматологије и два здравствена радника са високом, односно средњом стручном спремом;
- *у здравственом савјетовалишту:* једног доктора медицине, односно доктора стоматологије;
- *у апотеци:* једног дипломираног фармацеута;
- *у лабораторији за медицинску биохемију односно клиничку биохемију:* једног дипломираног фармацеута - медицинског биохемичара или специјалисту из одговарајуће гране медицине, односно фармације и једног здравственог радника са високом, или средњом стручном спремом; *за микробиологију и патолошку анатомију.* једног доктора медицине, специјалисту из одговарајуће гране ме- дицине и једног здравственог радника са високом

или средњом стручном спремом; а *за зубну технику.* једног техничара са високом, или средњом стручном спремом;
- у *патронажној служби:* једну медицинску сестру са високом, или средњом стручном спремом;
- *у поликлиници:* три доктора медицине, односно доктора стоматологије различитих специјалности и два здравствена радника са високом, или средњом стручном спремом;
- *у служби кућног лијечења и здравствене његе:* једног доктора медицине и једног здравственог радника са високом, или средњом стручном спремом;
- *у амбуланти медицинске сестре - техничара за медицинску његу:* једну медицинску сестру - медицинског техничара са високом, или средњом стручном спремом.

Установа социјалне заштите која смјештеним лицима, у складу са законом, обезбјеђује и здравствену заштиту, може обављати здравствену дјелатност ако има, односно ако је обезбиједила преко здравствене установе, најмање једног доктора медицине и четири медицинске сестре.

У зависности од врсте социјалне и здравствене дјелатности коју обављају и броја смјештених лица, односно постеља, поједине установе социјалне заштите имају, односно обезбјеђују преко здравствене установе, сљедеће кадрове:

1. *у центру за заштиту одојчади, дјеце и омладине:* једног доктора медицине, односно доктора медицине специјалисту из педијатрије и три медицинске сестре на 30 до 40 постеља и једног здравственог радника - лабораторијског техничара са положеним стручним испитом;
2. *у дому за дјецу и омладину ометену у развоју:* једног доктора медицине, одосно доктора медицине специјалисту и пет медицинских сестара на 30 до 40 постеља и једног лаборторијског техничара са положеним стручним испитом;
3. *у дому за пензионере и стара лица односно у Геронтолошком центру*: једног доктора медицине, односно доктора медицине специјалисту, пет медицинских сестара и једног физиотерапеута на 80 до 120 постеља;
4. *у заводу за лица ометена у развоју и друштвено обољела лица*: једног доктора медицине, односно доктора медицине специјалисту, осам медицинских сестара на 150 до 200 постеља, једног физиотерапеутског и једног лабораторијског техничара на 400 постеља.

Услови у погледу опреме

Здравствена установа, односно други облик обављања здравствене дјелатности, може обављати здравствену дјелатност ако има одговарајућу опрему утврђену у Листи опреме за обављање здравствене дјелатности у оквиру Правилника.

Опрему предвиђену за интервенције, реанимацију, дијагностику, ултразвучну дијагностику, операциону салу и ин-тензивну његу здравствена установа може обезбиједити за више области здравствене заштите заједно, а за зубнотехничку лабораторију, лабораторијску дијагностику и радиолошку дијагностику за здравствену установу у цјелини.

Услови у погледу просторија

Здравствена дјелатност се може обављати у грађевинском објекту у коме су обезбијеђени сљедећи општи услови:

1. да су грађени од материјала који не смије штетно да утиче на здравље људи и који обезбјеђује звучну и термохидро изолацију;
2. да су прикључени на електричну и телефонску мрежу;
3. да су обезбијеђени водовод, канализација и гријање;
4. да имају посебне просторије за оставу чистог и прљавог рубља;
5. да висина просторија буде најмање 2,80 метара;
6. да у радним просторијама, болесничким собама и санитарним чворовима постоји текућа хладна и топла вода;
7. да имају санитарни чвор са пред- простором уз чекаоницу, а у болници на 10 постеља санитарни чвор и туш са кадом;
8. да имају природну и вјештачку осветљеност: у ординацији и лабораторији 250 - 500 лукса, у чекаоници 100 лукса и у ходницима 50 лукса;
9. да у свим просторијама, у зависности од намјене, буде обезбеђена температура од 18 - 28°C;
10. да су подови и зидови изграђени од материјала који се може лако одржавати и дезинфиковати;
11. да свака грађевинско-техничка и функционална цјелина у здравственој установи има санитарни чвор за мушкарце и жене (одвојено за болеснике и за особље) и посебне просторије за оставу опреме и средстава за одржавање опште хигијене и за гардеробу особља;
12. да просторије у којима здравствену дјелатност обавља здравствена установа, диспанзер, здравствени кабинет за физикалну медицину и рехабилитацију, здравствени кабинет за радиологију, здравствени кабинет за хипербаричну односно хипобаричну медицину, здравствена станица, лабораторија за вирусолошку и микробиолошку дијагностику и поликлиника имају посебан (одвојен) улаз од улаза у стамбене и пословне просторије;
13. да просторије зе операциону салу, порођајну салу, хемодијализу и интензивну његу имају обезбјеђену климатизацију.

За обављање здравствених дјелатности у здравственој установи, односно другим облицима обављања здравствене дјелатности, поједине просторије, у зависности од намјене, треба да имају сљедеће површине:

1. *ординација:* 14 м2;
2. *просторије за интервенције и просторије за ендоскопију:* по 16 м2;
3. *лабораторија:* 40 м2; (25 м2 за биохемију и 15 м2 за хематологију и др-);
4. *аросторија за рендегнске прегледе и снимања:* према прописима о грађевинско-техничким условима за рад у простору са јонизујућим зрачењем;
5. *болесничка соба*: 5,5 м2 по болесничкој постељи за одрасле; 3,5 м2 по болесничкој постељи за дјецу до двије године; 4 м2 за дјецу до шест година, а у интензивној њези и шок соби 6,5 ш^2 по постељи (размак између постеља треба да износи 60 cm, у интензивној нези 100 cm, а удаљеност постеља од зида 20 cm у болесничким собама и 60 cm у интензивној њези и шок соби);
6. *операциона сала*\ 20 м2;
7. *порођајна сала*: 20 м^2;

8. *апотека:* 45 м^2 (официна 20 м^2, материјалка 8 м2;, лабораторија за магистралну израду лијекова и за прање посуђа 10 м^2 и гардероба са санитарним чвором 7 m^2); а *огранак апотеке и приватна апотека*: 30 м^2 (официна 15 м^2, материјал- ка 4 м“, лабораторија за магистралну израду лијекова са простором за прање лабораторијског посуђа 4 м^2 и санитарни чвор са гардеробом 5 м^2);
9. *здравствени кабинет за хипербаричну медицину -једномесна комора:* засебна просторија за припрему гасова и кисеоника 20 м^2, просторија за комору 20 м^2, чекаоница са административним пултом и картотеком 15 тм^2, просторија за стерилизацију 6 м^2, тоалет мушки 2 м2 и тоалет женски 2 m^2; а *вишвмјесна комора*: засебну просторију за припрему гасова и кисеоника 25 м^2, просторија за интервенције и реанимацију 12 м^2, амбуланта 16 м^2, магацин лијекова и санитетског материјала 6 м^2, просторија за медицинско особље 9 м^2, просторија за комору 40 м^2, чекаоница са административним пултом и картотеком 30 м^2, просторија за стерилизацију 6 м^{2,} тоалет мушки 2 м^2 и тоалет женски 2 м^2;
10. *галенска лабораторија, односно лабораторија за припрему инфузионих раствора:* 70 до 100 м^2.

У зависности од врсте здравствене дјелатности, здравствена установа, односно други облик обављања здравствене дјелатности, има и сљедеће *посебне просторије*:

1. *у рендген кабинету.* за развијање филмова и за припрему болесника;
2. *у операционој, односно породиљској сали*: за припрему и прање и за стерилизацију;
3. *у картотеци:* за чување и вођење медицинске документације;
4. *у болници:* за пријем и хигијенску обраду болесника, за гардеробу болесника, за медицинску документацију, за смјештај умрлих, као и потребан број просторија за пријем, складиштење, обраду и издавање хране (у зависности од укупног броја болничких постеља);
5. *у галенској лабораторији, односно лабораторији за припрему инфузионих раствора*: за пријем и складиштење љековитих супстанци и амбалаже; за прање лабораторијског посуђа и амбалаже; за израду и паковање производа; за контролу квалитета; за смјештај и чување готових производа.

Услови у погледу обезбјеђивања лијекова

Здравствена установа, односно други облик обављања здравствене дјелатности, може обављати здравствену дјелатност ако има обезбјеђене одговарајуће лијекове са Листе лијекова Републичког завода за здравствено осигурање и друга средства за пре- венцију, дијагностику, терапију и рехабилитацију и то:

1. *апотека и свака друга здравствена установа*: у асортиману и количини која је довољна за десетодневни рад;
2. *приватна апотека*: у асортиману и количини која је довољна за петодневни рад;
3. *остали облици обављања здравствене дјелатиости:* лијекове и друга средства за указивање хитне медицинске помоћи и антишок терапију.

ПРИНЦИПИ СИСТЕМА ИНТЕГРАЛНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Интегрисани приступ здравственој заштити популације данас представља одређени систем заштите здравља који бухвата и тзв. здравствену структуру и њене компоненте. Такав систем здравствене заштите узима у обзир и обухвата, поред здравствене службе, још и утицаје спољне средине, стил живота становништва, генетске факторе и психосоцијалне чиниоце.

Саму здравствену структуру чини пет међусобно повезаних компоненти:

1. здравствена служба тј. здравствене установе;
2. ресурси;
3. систем и облици финансирања заштите здравља и здравствене делатности;
4. организација и
5. менаџмент.

Према идејним творцима оваквог прилаза, основна функција здравствене структуре јесте - обезбјеђивање професионалне медицинске заштите становништва рјешавањем здравствених проблема појединаца и заједнице у цјелини. Здравствена инфраструктура доприноси и омогућава модификовање здравственог стања популације чинећи се медијатором између здравствених проблема насталих дјеловањем генетских фактора, спољне средине и социјално-економских услова на ту популацију.

У укупном комплексу здравствене инфраструктуре здравствена служба чини њену основну компоненту. При томе, организација здравствених служби (односно здравствених установа идентичних профила) представља компоненту здравствене инфраструктуре чији је „задатак“ да обезбјеђује ефикасно искоришћавање расположи- вих ресурса (кадровских, финансијских, техничких). Одговарајућа организација постиже дефинисање мјеста и улоге појединих врста здравствених установа, повезивањем процеса остваривања и коришћења здравствене заштите, адекватним усмјеравањем средстава на приоритетне нивое здравствене надлежности, односно на најважнију здравствену проблематику (са социјално-медицинског становишта).

Светска здравствена организација дефинише здравствени систем као комплекс међусобно повезаних елемената који својом свеобухватношћу доприносе здрављу у породици, образовним институцијама, на радним мјестима и заедници у цјелини и у физичкој и психосоцијалној средини, како у здравственом тако и у релевантним секторима. При томе се здравствени систем најчешће успоставља по разним нивоима заједнице од периферије, познате као локална заједница, односно примарни ниво (нпр. општина), преко тзв. интермедијарног нивоа, односно секундарног нивоа (нпр. округ, регион и сл.), до центра (централног нивоа), односно терцијарног (врхунског) нивоа.

Здравствене установе као саставни део здравственог система по правилу су међусобно повезане организационо у хоризонталном нивоу и функционално у вертикалном смеру. Врсте, облик и карактер ових веза регулисан је одговарајућим законом и неким подзаконским актима (правилницима, уредбама,

одлукама, и сл.). На тај начин успоставља се функционална цјелина коју сачињавају све здравствене институтције различитих профила и врста, које пружају здравствену заштиту на основама професионалног стручно- медицинског рада.

Друштвено-политички, еколошки, социјални, економски, психолошки и други утицаји пресудни су елементи за одржавање равнотеже између стања здравља и притајених, односно испољених болести и болесних стања једне групе људи или становништва као цјелине. Од карактера низа егзогених и ендогених фактора и типа њихових дејстава умногоме зависи одржавање равнотеже између здравља људи и појаве болести.

Полазећи од ових општих принципа, заштита здравља становништва у цјелини одвија се преко пет нивоа, који сваку здравствену установу обавезују на одређени систем активности. Нивоима или етапама здравствене заштите сматрају се групе општих или специфичних активности којима се, организовано и плански, позитивно утиче на унапређење или очување здравственог стања популације. Ове активности обично се означавају као:

1. унапређење здравља - које се остварује подизањем животног стандарда и обезбјеђењем услова за хигијенску исхрану, становање, рад, одмор и рекреацију, нормални физички и психички развитак личности, здраву животну средину итд,
2. спречавање обољевања - путем спровођења специфичних мера (имунизација и сл.), као и асанације и санитације околине и другим тзв. општим превентивним мјерама,
3. рана дијагностика и брзо лијечење обољелих - што обухвата активно праћење обољелих, превентивне прегледе, постављање тачне дијагнозе и спровођење одговарајуће терапије,
4. ограничавање и сузбијање инвалидитета и неспособности - што подразумијева спречавање компликације и обезбјеђење свих мјера ради ограничавања неспособности,
5. рехабилитација - која обухвата медицинско, психичко и социјално оспособљавање за активан живот.

Овако постављени основни принципи заштите здравља представљају принципе једне високо хумане и широке здравствене заштите, те је разумљиво што су се они, у условима нашег друштвеног система и социјализиране медицине, морали појавити у уставним и законским начелима.

Обим здравствене заштите се поставља различито у различитим друштвеним системима, па чак и у разним развојним фазама друштвеног система. Тако је било и код нас. Неминовно везан за материјалну базу која га омогућава, обим здравствене заштите се прогресивно проширивао паралелно са материјалним могућностима одговарајућих органа заједница и схватањем и вредновањем нивоа и квалитета неопходне заштите здравља грађана. У складу са тим мијењали су се и принципи и систем организације здравствене службе.

Здравствена заштита наших грађана, чији је обим постављен и позитивним законским прописима и који служи као основа за систем организације здравствене службе, подразумијева сљедеће елементе:

- спречавање и сузбијање обољења и повреда,

- рано постављање дијагнозе и благовремено и ефикасно лијечење коришћењем савремених достигнућа медицине,
- рехабилитацију обољелих и повријеђених лица,
- отклањање узрока болести,
- искоријењавање одређених болести,
- здравствено просвјећивање,
- унапређење здравственог стања уопште,
- унапређење и заштиту животне средине.

Овако конципиран и законски декларисан обим здравствене заштите грађана прихвата и афирмише све модерне принципе савремене социјалне медицине у условима одговарајуће материјалне базе.

Узимајући све то у обзир, одређен је и начин на који се декларисани обим здравствене заштите остварује, као и здравствене установе и основне методе који воде његовој потпуној реализацији. Заштита здравља грађана остварује се путем низа савремених и хуманитарних поступака и метода који представљају тзв. **комплексну здравствену заштиту**.

Овај комплекс сачињавају сљедећи сегменти:

- отклањање узрока обољења и повреда и сузбијање њихових посљедица,
- лијечење и обезбјеђивање лијекова и других медицинских средстава за превентиву и лијечење,
- санирање средине и унапређење хигијенских услова за живот и рад грађана,
- подизање здравствене и физичке културе грађана,
- обезбјеђивање повољних услова за здрав развитак дјеце и омладине, жена у време трудноће, порођаја и после порођаја, за раднике, за стара лица и друге угрожене или социјалне групације,
- унапређивање здравствене дјелатности у складу са потребама друштва и развитком науке,
- предузимање других мјера за ун пређивање здравственог стања народа.

Мјерама здравствене заштите обавезно се обухватају и:

- услови на радном мјесту,
- предмети за које се утврди или посумња да могу бити извор или преносилац заразних болести,
- предмети за које се утврди или посумња да могу изазвати тровање или оштећење радиокативним материјама,
- животне намирнице и објекти за њихову производњу и промет,
- установе за предшколско васпитање и образовање, школе, високошколске установе, здравствене установе, социјалне установе и објекти јавног саобраћаја,
- вода за пиће и уређаји за њено пречишћавање и природни водотоци,
- отпадне воде и материје и уређаји за њихово отклањање и санирање,
- објекти за становање, објекти за рекреацију, туристички објекти и други јавни објекти и јавна мјеста у погледу хигијенских и санитарних услова и друго,
- ваздух и уређаји за пречишћавање гаса, паре, дима, прашине и других отпадних материја,

- производња и промет лијекова и других средстава за спречавање болести и лијечење,
- земљишта.

Организација здравствене службе, што превасходно значи мрежа и капацитети здравствене дјелатности на подручју једног региона, условљени су, у првом реду, прихваћеним обимом здравствене заштите, материјалним могућностима друштвено политичке заједнице (односно заједница здравственог осигурања), концептом организације здравствене службе и постојањем одговарајућег контигента стручних кадрова.

Од ових фактора и зависи развој мреже и капацитета здравствених установа у појединим регионима.

При томе се полази од сљедећих начела:

1. Све здравствене установе се оргаиизују тако да се њиховим радом остварује начело јединства превентиве и куративне здравствене заштите.
2. Здравствене установе у амбулантно-поликлиничкој дјелатности обезбјеђују што потпунију и што доступнију здравствену заштиту становништва у оквиру општине.
3. Здравствене установе у болничкој, стационарној делатности обезбјеђују ефикасну специјалистичку дијагностику, болничко ај, рехабилитацију и слично у оквиру субрегије или региона.
4. Здравствене установе у социјално- медицинској и хигијенско-епидемиолошкој дјелатности обезбјеђују: спровођење одређеног обима специфичне превентивно-медицинске активности, евалуацију свих послова у области здравства у оквиру региона, стручно-методолошко руковођење, надзор над стручним радом, савремену социјално-медицинску дјелатност.
5. Све здравствене установе извршавају своје послове тако да сарађују међусобно и допуњују се у пружању здравствене заштите и у другим питањима од заједничког интереса.

Развој науке и технолошка достигнућа условљавају постојање великог броја специјалности и субспецијалности које захтијевају посебну стручну и техничку опремљеност здравствених установа. Поред тога, и многе индиције су такве да се мора очекивати да ће такозвана потраживања здравствених услуга уопште, па и специфичне здравствене заштите, непрекидно расти. Низ социјално-економских тенденција у великој мјери утичу на ова кретања, мијењајући и карактер те потражње. То кретање је очигледно и у нашој земљи, а нарочито у крајевима у којима је донедавно становни- штво било срећно ако је могло добити и имати заштиту здравља на нивоу љекара опште праксе, а последњих година, сада и све више, очекује се и тражи шири дијапазон савремене специјалистичке па и субспецијалистичке заштите.

Карактеру друштвено-економских и политичких односа у нашој земљи највише одговара да се у сваком конкретном случају стручно обради и дефинише један динамични концепт мреже здравствених установа који би обухватио потребне врсте и капацитете здравствених установа и служби, одредио начин повезивања и ограни- зованост појединих дјелатности, прокламовао заједничке регионалне институције и службе (регионалну болницу, завод за заштиту здравља и сл.), именовано стручне службе и формацију управног механизма, инаугурисао

подјелу рада и степен специјализованости одређених служби (интегришући их функционално кроз један интеррегионални центар), и који би одредио координате правних и економских од- носа у евентуалној асоцијацији здравствених установа региона итд.

Досадашња социолошко-економска истраживања и постојећа социјално-медицинска ситуација дали су основе да се прихвати захтјев да се мрежа и капацитети здравствених установа у оквиру одређеног региона планирају и развијају, у погледу капацитета и кадрова, тако да омогуће:

- потпуно спровођење свих мјера превентивне здравствене заштите (из примарног и секундарног круга превенције), свих мјера и активности из такозване основне, амбулантно-поликлиничке (дијагностичке и терапеутске) делатности и свих мјера и активности диспанзерске дјелатности,
- претежно задовољење (75 одсто) потреба за специјалистичком и су-бспецијалистичком (дијагностичком и терапеутском) дјелатношћу, ста- ционарном дјелатношћу (стационари у општим или специјалним болницама) и свих савремених медицинских рехабилитационих метода и поступака,
- дјелимично обезбјеђење (око 50 одсто) потребних капацитета и кадрова за извођење, односно учествовање у извођењу једног прикладног (научно) истраживачког програма у области здравствене заштите.

Велики број фактора и услова детерминирају основни модел мреже здравствених установа региона и токова у динамици коришћења здравствене заштите. Основно ткиво мреже здравствених установа једног региона може да буде сачињено од ра-знородних моновалентних служби, организационих јединица и установа распоређених и лоцираних у центрима већих општина, у мјестима најјачег удара или највиших потреба, приступачних корисницима. Чворне тачке ове мреже чине полиморфне институције, служба или установе специфичног карактера или дјелатности лоциране по критеријуму вишег стандарда, вишег стручног нивоа и оштрије економско-друштвене оправданости, у центрима субрегија, односно у центру региона.

У оваквом концепту регионалне организованости, здравствене службе су регионалног карактера, а прије свега:

- Регионална болница (болница у функцији регионалног болничког центра),
- Регионални завод за здравствену заштиту,
- Регионални институти, односно заводи (као стручно-методолошки центри проистекли из потреба рјешавања проблема специфичних за одређени регион).

Ове институције у нашим условима не конституишу се нити се развијају као искључиво стручно-методолошки центри. Они треба да дјлују и као оперативне службе за своју субрегију, али ће негдје и за неке дјелатности неминовно функционисати и као интер-регионални центри, односно као су-регионални.

Најинтензивнији обим основне и превентивне здравствене активности треба да остварују установе и службе на нивоу општине - локалне установе амбулантно-поликлиничког карактера, тј. домови здравља.

ПОТРЕБЕ И САДРЖАЈ НАУЧНО-ИСТРАЖИВАЧКОГ РАДА У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА

Савремена комплексна заштита здравља становништва подразумијева блиску повезаност, интерференцију и сарадњу превентивне са куративном медицинском дјелатношћу и службом. С друге стране, у постојећем еколошком, техничко-технолошком, економском и социјалном окружењу све ове области свој даљи напредак и развој не могу остварити без одговарајуће и перманентне научноистраживачке дјелатности, како базичних тако и примијењених истраживачких пројеката и програма.

Општеприхваћена стратегија и програм *„Здравље за све“* Свјетске здравствене организације посебан значај придају истраживачкој дјелатности у научним областима које су оријентисане на очување и унапређење здравља људи, њихове животне и социјалне средине. При томе се препоручује свим земљама чланицама СЗО да се ресурси усмјере на оне садржаје којима се традиционално баве научне области тзв. превентивне сфере - хигијена, епидемиологија, социјална медицина као и екологија и друге сродне дисциплине.

Свим професионалним радницима у медицинској дјелатности, нарочито у области превентивне здравствене заштите, данас је потпуно јасно да се због битно измењених социјално-еколошких околности, демографских кретања, позитивних доприноса ра- зних научних области - здравствено стање и потребе за заштитом здравља становништва битно мијењају, те да научна истраживања треба да слиједе тај ток и постају све значајнија за одржавање постигнутог али и за даљи напредак. Старе парадигме и концепти губе свој значај, куративна дјелатност поставља се у реалне оквире и социјално-медицински рационалне границе, промовишу се тзв. здрави стилови (начини) живота појединаца и еколошки концепт здравствене заштите као основа за очување и унапређење здравља људи.

Због свега тога, научна истраживања у областима медицинске дјелатности добијају прави значај и виши ниво вриједности и морају неминовно бити прихваћена и развијена и од научне и од друштвене заједнице. Она при томе не смију бити резултат традиције и интереса појединих истраживачких група и институција (мада ни то не треба оспоравати), већ, прије свега, утврђених програма са приоритетима везаним и за актуелне и за дугорочне проблеме и потребе здравствене заштите популације.

Приоритети у области медицинских истраживања треба да буду више оријентисани на нове садржаје као што су:

- истраживања чинилаца позитивног здравља,
- квантитативно и квалитативно дефинисање посљедица дјеловања комплекса фактора животне средине на здравље као и мјере за супресију или елиминисање таквих штетних чинилаца,
- испитивање и одређивање епидемиолошких и социјално-медицинских димензија хорничних масовних незаразних обољења,
- истраживање ефеката здравствених односно медицинских интервенција,

- евалуација резултата специфичних програма здравствене заштите,
- праћење, оцјена и облици унапређења квалитета аздравствене заштите,
- примијењена и развојна истраживања у области здравствене економике, информатике, маркетинга, менаџмента, управљања,
- избор и трансфер технологија,
- ефекти потенцијалне комбинације јавне (државне) и приватне здравствене дјелатности итд.

Ово су само неке од глобалних тематских области на којима би се методом „risk menagment-а“ могло учинити више и стимулисати интервенције које би имале и значајно практично значење у здравственој заштити становништва.

При одређивању глобалних истраживачких програма, тзв. макро пројеката, као и при избору појединих парцијалних тематских области, у истраживачком раду у области превентивно-медицинске дјелатности, као и у области тзв. базичних дисциплина, треба се придржавати сљедећих критеријума: релевантности за праксу, критичности, објективности, стварању нових сазнања, метода, поступака и посебно - апликабилности!

Акутне тематске области за истраживања у здравственој дјелатности:

- чиниоци позитивног здравља,
- посљедице дјеловања фактора животне средине,
- хронична масовна незаразна обољења - епидемиолошке и социјалне медицинске димензије,
- ефекти медицинских (здравствених) дијагностичких поступака и терапијских процедура,
- квалитет здравствене заштите - рационалност, ефективност, ефикасност,
- избор и трансфер технологија у медицинској дјелатности,
- здравствена економика, информатика, маркетинг, менаџмент,
- облици и ефекти потенцијалне ком- бинације државне и приватне здравствене дјелатности итд.

Већина од данас постојећих институција здравствене дјелатности у нашој земљи може и треба да активно учествује у научноистраживачкој дјелатности. Ово би се, практично, најефектније реализовало путем формирања конзорцијума и договора о избору, методама, начину обраде и финансирања укупног програма и појединих тема, односно пројеката. Одавно је већ признато да научне методе нису привилегија тзв. научних, академских медицинских институција, већ да треба да се дисеминирају изван њих у тзв. оперативне институције здравства, али тако да заједно чине интегралну, програмирану и координисану функционалну цјелину. У оквиру такве сарадње важно је да се постигне договор са референтним институцијама које посебно развијају поједине типове истраживања и поједине специфичне научне методе.

Тако се у систему здравствене заштите у цјелини, при анализи и рјешавању проблема у популацији, не би напречац доносили закључци који се заснивају на импресијама или на интересима појединих група односно институција или на априорно донесеним рјешењима. У области превентивно-медицинске дјелатности, као и у сфери базичних истраживања, научни приступ не смије бити

само аналитичан и критичан, већ је важнија синтеза и креирање нових гледишта, парадигми и рјешавања која се могу широко користити, а која могу бити лакше систематски евалуирана и евентуално коригована у пракси. Истраживачки тимови или групе истраживача при томе треба да остваре добре међусобне комуникације, да се редовно информишу о процесу и етапама истраживања, размјењују искуства и дјелују трансдисциплинарно и транспрофесионално.

Остваривању овакве стратегије не доприносе много неки крупни административни, организациони или структурални потези, већ су важније едукативне, информатичке, методолошке и финансијске претпоставке које треба да изазову професионалну знатижељу и мотивишу појединце или групу у здравственој установи да прију мукотрпном (научно) истраживачком послу (задатку, пројекту). Значајно мјесто при томе има стварање научноистраживачких језгара унутар здравствених установа које ће добити одговарајући третман, потребне ресурсе и подршку и које ће око себе окупљати одређен број учесника истраживачког процеса из других оперативних и научних институција. Тако ће се постићи и развој партиципативних метода договарања и омогу- ћити консултација универзитетских и других установа, професионалних група и стручњака из праксе, као и међународних научних и других релевантних институција и организација у облику својеврсног конзорцијума научних институција и здравствених установа.

Овакав конзорцијум треба да чине институције из круга здравства, али и из других научних области које изразе спремност да, поред свакодневне „оперативне“ праксе, прихвате и примјењују савремене (научно) истраживачке методе и приступају организованом, координираном и систематском раду на одређеним пројектима. Њих би бирало, „додељивало“ и верификовало изабрано координативно тијело састављено од врхунских стручњака из разних области науке.

Финансирање научноистраживачког рада у цјелини, па и овог сегмента везаног за превентивну медицинску дјелатност, мора постати предмет знатно већег интереса заједнице него што је до сада. Успјеси спроведених ј, као и резултати истраживања у овој области, морају у стручним као и у тзв. јавним медијима да буду бар равноправно третирани. Наша здравствена служба и медицинска наука већ годинама остварује запажене резултате у области свога рада и значајно доприносе добробити цјелокупне наше заједнице, струке односно науке, а о томе се мало говори и у медијима, у стручној јавности и уопште у јавности и на релевантним мјестима. Зато они морају бити професионално агресивнији како према друштвеној тако и према научној заједници!

Научноистраживачки рад у медицинској дјелатности мора бити на одговарајући, бољи начин и вреднован и финансиран. Зато томе морају више пажње и материјалне помоћи да посвете сљедеће институције и организације: Влада РС (преко министарства), Републички завод за здравствено осигурање, Републички фонд пензијско- инвалидског осигурања, привредна друштва, као и саме здравствене и друге установе учеснице у истраживачкој дјелатности. Значајну помоћ треба да пруже разне фондације као и донације.

Према томе, сигурно је да базичне услове за интензивнији научноистраживачки рад у медицинској дјелатности чине:

- избор правих тема и области истраживања,

- боље вредновање, схватање и разумијевање ове значајне сфере медицинске дјелатности од стране друштвене и научне заједнице,
- успјешније организовање и боље комуникације између здравствених установа, научних институција и истраживачких институција и тимова,
- обезбјеђење адекватних ресурса: кадровских, материјалних и техничких за извођење одабраних истраживања и имплементацију добијених позитивних резултата,
- мотивисање стручних радника у здравственим условима да се баве и научноистраживачким радом.

Значајан допринос научноистражи- вачкој дјелатности здравственој служби могу да дају специјалисти, магистри и доктори наука запослени у тим установама.

ЗДРАВСТВЕНО - ВАСПИТНЕ АКТИВНОСТИ У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА

Зпачај и циљеви здравствепог васпитања

У спровођењу здравствено-васпитиних мјера на подизању здравствне културе и измене односа појединаца, породице и колектива према сопственом здрављу и здрављу заједнице, носиоци здравствено-васпитних активности свој рад планирају и усмјеравају на:

- развијање свијести и формирање правилног става код људи у односу на здравље,
- формирање увјерења да се хигијенским и здравим начином живота непосредно утиче на правилан физичи и психички развој,
- развијање основних хигијенских навика у односу на животну и радну средину и сопствено здравље,
- развијање навика правилне исхране,
- развијање и његовање навика боравка на слободном простору и бављење физичко-рекреативним и спортским активностима,
- пружање основних знања о здрављу и актуелним питањима заштите здравље,
- развијање и његовање навика коришћења савремених санитарно-хигијенских уређаја, опреме и дезинфекционих средстава,
- упознавање са штетним факторима који могу постојати у животној и радној средини, а посебно са факторима који утичу на појаву хроничних болести и са мјерама које треба предузимати за спречавање или ширење ових болести,
- проширивање знања о заразним и паразираним болестима: изворима болести, путевима и начинима ширења и преношења инфекција, као и склоност људског организма према зарази и друго,
- упознавање са штетним чиниоцима који утичу на појаву болести зуба и са мјерама које треба предузимати за спречавање тих болести,
- упознавање са значајем превенције и благовременим откривањем и лијечењем болести и деформитета,
- објашњење значаја редовне здравствене контроле у циљу благовременог откривања болести и успјешног лијечења,
- пружање основних знања из самопомоћи, узајамне помоћи и РБХ заштите у мирнодопским и ванредним условима.

Спровођење здравствено-васпитних активности треба да постане континуиран процес здравствено-васпитног утицаја на појединце и групе у породици, у предшколским установама и свим другим васпитно-образовним установама (основним, средњим и високим школама). При томе треба да се рационално и организовано користе могућности средстава јавног информисања и да се створе услови за адекватну примјену савремених здравствено-васпитних средстава.

Здравствене установе су носиоци стручног рада и планске активности у здравствено-васпитном раду. Здравствени радници у току свакодневног рада учествују у координирању и спровођењу одговарајућих здравствено-васпитних програма и то како непосредно тако и посредно - образовањем и усмјеравањем кадрова и другим дјелатностима у образовању, јавном информисању, у привредним друштвима, мјесним заједницама итд.

За успјешну реализацију здравствено-васпитне активности морају се припремити планови и програми који обезбјеђују јединствени садржај, методологију и организацију рада. Они су саставни део програма здравствене заштите популације у цјелини. Стога здравствена служба сарађује са друштвеним и хуманитарним организацијама на својој територији.

Здравствене установе, посебно домови здравља (као носиоци основне здравствене заштите, укључујући све диспанзере и службе у њиховом саставу), стационарне здравствене установе, специјализоване здравствене организације - заводи и институти, основни су носиоци здравствено-васпитне дјелатности. У свом раду примјењују индивидуалне и групне методе здравствено-васпитног рада, уз коришћење савремених здравствено-васпитиних средстава.

Специфичности и садржај здравствено - васпитне дјелатности појединих здравствених установа и служби

Посебно значајну улогу у спровођењу здравствено-васпитних мјера имају сљедеће здравствене службе:

1. Служба за здравствену заштиту радника

Индивидуалним здравствено-васпитним радом у оквиру диспанзера обухватају се радници који раде на радним мјестима под посебним условима, како је предвиђено Правилником о поступку вршења претходних и периодичних љекарских прегледа радника, и радници са израженим факторима ризика и сл. *Групним* здравствено-васпитним радом обухватају се радници према интересу и потреби.

Задатак носилаца здравствено-васпитне дјелатности јесте да овој популацији омогући усвајање одређених знања, а нарочито о:

- условима рада и факторима радне средине и мјерама које треба предузети за спречавање обољења, повређивања, онеспособљености и инвалидности, развијању свијести да рано откривање болести и онеспособљености и њихово благовремено лијечење, односно отклањање представља интерес самог радника као појединца,
- значају хигијене везане за радно мјесто, а нарочито за она са посебним условима рада,
- значају хигијенског режима живота и рекреације радника,
- значају активног одмора у току рада и у слободно вријеме,
- значају хигијенске исхране радника, колективне исхране и условима колективне исхране,
- настанку професионалних обољења и заштити од њих,

- штетним последицама алкохолизма, пушења и других облика зависности по здравље и посебно опасностима везаним за процес рада,
- значају саобраћајног и радног трауматизма и њиховој превенцији,
- нези и хигијени зуба и друго.

Служба за здравствену заштиту одраслих лица (служба опште медицине)

Индивидуалним здравствено-васпитним радом обухватити одрасла лица, посебно старијих добних група, изложених ризику оболијевања од хроничних болести, малигних неоплазми и других социјално-медицинсих проблема.

Групним здравствено-васпитним радом обухватити одрасла лица према интересу и потреби.

Служба за заштиту менталног здравља

Индивидуалним здравствено-васпитним радом обухватити сва лица код којих су утврђени поремећаји менталног здравља, или се утврде индикације за појаву ових поремећаја. Посјетом у кући такође обухватити ова лица према потреби. *Групти* здравствено-васпитним радом (предавањима и сл.) обухватити посебно омладину и раднике у вези са савременом социјало-здравственом проблематиком нарочито у домовима омладине и установама за смјештај дјеце и омладине.

Служба за зубно - здравствену заштиту

Индивидуалним и *групним* здравствено-васпитним радом, нарочито са трудницама, предшколском и школском дјецом и омладином, ут цати на стварање здравствених на- вика правилне исхране и редовне зубно-здравствене контроле.

Служба за хигијенско-епидемиолошку заштиту

Задатак ове службе јесте да примјењује одговарајуће методе здравствено-васпитног рада у искоријењивању и одстрањивању одређених заразних болести, као и за зашти- ту и унапређење животне и радне средине, у складу са Програмом спречавања, сузбијања и одстрањивања заразних и паразитарних болести.

.

Служба за физикалну медицину и рехабилитацију

Индивидуалним здравствено-васпитним радом обухватити сва лица код којих су утврђена стања и обољења која захтијевају рехабилитационе методе оспособљавања. *Групним* здравствено-васпитним радом обухватити појединце и категорије са утврђеним сличним стањима и поремећајима

Служба поливалентне патронаже

Индивидаулним здравствено-васпитним радом обухватити труднице и жене послије порођаја; жене генеративног доба у вези са коришћењем контрацепције;

родитеље и чланове породице новорођенчади, одојчади, мале и предшколске дјеце; чланове породице и лица за које је обавезним видовима здравствене заштите предвиђена патронажна посјета, као и хроничне болеснике по потреби.

Групним здравствено-васпитним радом обухватити школску дјецу, омладину и одрасла лица према интересима и потребама.

Активности стационарних здравствених установа у здравственом васпитању

У оквиру укупне дјелатности на пружању здравствене заштите стационарних здравствених установа, здравствено васпитање мора бити интегрални дио те дјелатности.

Сви здравствени радници у оквиру своје редовне дјелатности примјењују индивидуални метод здравствено-васпитног рада у болничкој и специјализованој здравственој заштити.

Групни здравствено-васпитни рад са одређеним категоријама болесника (дјеца, дијабетичари, дијализирани и сл.) посебно је погодан облик рада за примјену у условима стационарних здравствених организација и треба га користити у што већој мјери.

Ове службе, као и сличне друге медицинске дјелатности, нарочиту пажњу треба да посвете здравствено-васпитном раду са родитељима, дјецом, омладином и студентима, женама и старим особама.

Организовање ове дјелатности треба да обавља служба за социјалну медицину и ХЕ заштиту болница.

Завод за заштиту здравља

У остваривању стручних послова и задатака координације стручно-методолошког рада заводи за заштиту здравља, заједно са другим здравственим установама, привредним друштвина и другим субјектима друштвене заједнице, учествује у организовању и спровођењу здравствено-васпитног рада.

Стручно-методолошки рад завода одвија се у смислу развијања и унапређења програмског здравствено-вас-рада, његове координације, праћења и евалуације у популацији у цјелини. У том смислу, завод обезбјеђује одговарајуће методологије и упутства здравствено-васпитног рада за поједине групације становништва и здравствене установе, прати и проучава овај рад. Организациони и оперативни здравствено-васпитни рад спроводи се у специфичним облицима путем специјализоване службе за здравствено васпитање.

Завод ради и на спровођењу организације појединих здравствено-васпитних метода рада, на изради савремених аудиовизуелних и штампаних здравствено-васпитних средстава и њиховој дистрибуцији и на организацији курсева и других облика здра- вственог васпитања и стручног усаврашвања из ове области.

Преко своје здравствено-васпитне филмотеке обезбјеђује коришћење научно популарних здравствено-васпитних филмова свим субјектима заједнице који учествују у организовању и спровођењу зравствено-васпитног рада (Црвеном крсту, хуманитарним и другим организацијама и интересним групама).

Садржај здравственог васпитања у раду одређеним групацијама становништва

Садржај здравствено - васпитног рада са родитељима мале и предшколске дјеце

Овај рад највећим дијелом односи се на рад са родитељима који треба да буду оспособљени за улогу здравственог васпитача и који треба да владају основним знањем која се односе на:

- основне тјелесне и душевне одлике одговарајућег узраста и развоја и факторе који утичу на правилан душевни и тјелесни развој дјетета,
- значај дојења, правилне и здраве исхране дјетета,
- његу одојчета и малог дјетета,
- значај раног отркивања урођеног ишчашења кука код одојчади,
- значај раног откривања поремећаја и корекцдје вида,
- значај обавезне имунизације од заразних болеети,
- факторе и услове који утичу на ментално здравље дјеце (шта је потребно сваком дјетету за добро душевно здравље),
- значај дјечје игре и физичких активности у слободном простору у кући (посебно пливање),
- најчешћа обољења мале и предшколске дјеце и начине заштите, као и мјере које је потребно предузети у случајевима појаве болести,
- опасност од несрећних случајева условљених начином становања (лифт, незаштићена степеништа, балкони, прозори и др.), на опасност од кућне употребе хемикалија и лијекова, неадекватних играчака, као и на саобраћај,
- његу и хигијену зуба, методе спречавања настанка каријеса.

Садржај здравствено - васпитног рада са дјецом, омладином и студентима

Здравствено-васпитни рад са овом популацијом треба да обезбиједи упознавање првенствено са:

- новим условима живота у колективу и режимом наставног процеса,
- значајним питањима школске хигијене (посебно правилно сједење, држање тела и др.),
- факторима значајним за саобраћајни, кућни и школски трауматизам,
- штетности пушења, алкохолизма, наркоманије,
- тјелесним емоцијама и промјена у пубертету.
- основним знањима о венеричним болестима и заштити од њих,
- питањима у вези са избором професије,
- савременом концепцијом развијања и његовања хуманих и одговорних односа међу половима,
- питањима у вези са припремањем за брак и породицу,
- основним знањима о планирању породице,
- проблемима адолесценције и адолесцентним кризама,
- психосексуалним проблемима адолесценције,
- проблемом успјешног учења,
- проблемом осамостаљивања и сл.

Садржај здравствено - васпитног рада са женама

Овој групацији становништва треба обезбједити стицање и прихватање одређених знања нарочито у вези са:

- начином и могућностима остваривања жељеног потомства,
- опасностима везаним за прекид трудноће,
- узроцима неплодности код жена и могућностима жељеног рађања,
- хигијеном полних органа и сексуалног живота,
- најчешћим обољењима код жена и мјерама за њихово спречавање и лијечење,
- значајем раног откривања рака гениталних органа и дојки и откривање осталих малигних неоплазми.

Труднице посебно треба упознати са:

- физиологијом трудноће,
- тјелесним и душевним променама у току трудноће,
- правилним режимом живота у трудноћи (исхрана, рад, рекреација и др.),
- значајем очувања од инфекција у трудноћи и послије порођаја,
- негом и хигијеном зуба,
- његом жена после порођаја,
- припремом породице за пријем новог члана и сл.

Садржај здравствено – васпитног рада са старим лицима

Овој популацији потребно је првентствено указати на значај:

- укључивања старих лица у акцију на заштити свога здравља и њихово придобијање за спровођење одговарајућих превентивних мјера и примјењивање хигијенско-здравствених норми,
- заштите здравља ове групације прилагођене условима животне средине,
- спровођења рехабилитационих поступака и мјера код свих врста онеспособљености и инвалидности, важности кретања и физичке активности, шетње у природи и слично
- редовне здравствене контроле у циљу благовременог откривања појединих обољења,
- штетности повећане тјелесне тежине,
- психичке активности за унапређење металног здравља старих особа (читање, дружење са околином, путовања, праћење штампе, телевизијских и радио програма и др.)
- чувања од физичких повреда, а посебно прелома костију,
- организоване рекреације уз коришћење климатских и других чинилаца,
- хигијене усне дупље и неопходност протетских надокнада зуба и сл.

4.
ОРГАНИЗАЦИЈА, ДЈЕЛАТНОСТ И СТРУКТУРА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

САВРЕМЕНИ ДОМ ЗДРАВЉА

Дом здравља као здравствена институција из реда установа основне амбулантно-поликлиничке дјелатности спроводи мјере примарне здравствене заштите на територији једне или више општина. У оквиру садржаја примарне здравствене заштите службе дома здравља приоритетно треба да спроводе превентивне мјере здра- вствене заштите и то на начелима јединства здравствене заштите, тимског рада, уз примјену диспанзерских, епидемиолошких и социјално-медицинских метода.

У спровођењу примарне здравствене заштите дом здравља треба да остварује сарадњу са општином, организацијом здравственог осигурања, другим установама, привредним друштвима, хуманитарним, спортским, вјерским и другим организацијама и удружењима, као и са другим здравственим установама.

У циљу што успјешнијег спровођења примарне здравствене заштите дом здравља обезбјеђује услове за заштиту здравља породице као цјелине.

Дом здравља обавља здравствену дјелатност најмање у сљедећим областима:

- здравствено васпитање,
- општа медицина,
- здравствена заштита жена,
- здравствена заштита дјеце,
- пливалентна патронажа,
- стоматолошка здравствена заштита,
- лабораторијска дијагностика,
- рендген дијагностика,
- кућно лијечење и здравствена њега,
- хитна медицинска помоћ.

Уколико на територији на којој дом здравља обезбјеђује здравствену заштиту постоји друга здравствена установа која спроводи здравствену заштиту из наведених области, дом здравља може да обавља здравствену дјелатност и из те области уколико је то предвиђено Планом мреже здравствених установа.

Планом мреже здравствених установа, утврђено је да дом здравља обавља делатност и из других области и специјалистичких грана (хигијенско-епидемиолошка заштита, пнеумофтизиолошка заштита, медицина рада, физикална медицина и рехабилитација, медицинско снабдијевање и др.)

Ради обезбјеђења доступне здравствене заштите у већим или удаљеним насељима, или већим привредним друштвима и установама, дом здравља може организовати здравствене станице или здравствене амбуланте, у складу са критеријумима утврђеним Планом мреже здравствених установа.

Узимајући у обзир све специфичности нашег подручја могло би се закључити да основне друштвено-политичке и територијалне заједнице - општине треба да организују на свом подручју једну установу по типу јединственог дома здравља, кроз чију би се дјелатност свом становништву осигурала цјелокупна, основна

здравствена заштита. Такав дом здравља мора постати носилац и гарант извршења здравствене заштите становништва своје општине или свога подручја.

Постављени концепт организације регионалне здравствене службе у центру региона проспективног је карактера, има лонгитудинални ток и захтијева стрпљиво и планско ангажовање и усмјеравање средстава, као и паралелну припрему кадрова. Развој здравствене заштите, измијењен карактер морбидитета, напредак медицинске науке и технологије, као и других научних области, неминовно условљава интерференцију граница општина, домова здравља и виших стручних центара.

Међутим, мјесто, функције, организација и дјелатности служби дома здравља, као организационог модела интегрисане здравствене службе на нивоу општине сасвим су јасно дефинисане. То је у складу са основним принципима организације здравствених установа који обухватају сљедеће поставке:

- здравствене установе - њихове основне јединице или службе - организују се тако да обезбјеђују што доступнију, потпунију и успјешнију здравствену заштиту становништву, како у редовним тако и ванредним приликама;
- организација и рад здравствених установа и здравствених радника мора бити таква да се њоме остварује начело јединства превентивног и куративног рада;
- здравствене установе - основне јединице и службе - спроводе своје основне дјелатности међусобном сарадњом и допуњавањем у пружању медицинске помоћи грађанима, спровођењу мјера здравствене заштите и другим питањима од заједничког интереса.

У том циљу је дјелатност организоване здравствене службе оријентисана у више праваца, од којих су најважнији сљедећи:

- истраживање, праћење и организација мјера ради отклањања узрока обољевања и повреда,
- сузбијање посљедица обољења и повреда путем одговарајућих интервенција и савремених метода лијечења
- организовање мјера за санирање животне и радне средине и побољшање хигијенских услова за живот и рад у циљу унапређења здравственог стања грађана,
- интензивно учешће у остваривању повољних услова за нормалан биолошки развитак и очување здравља специфичних, најугроженијих, групација становништва (дјеца, омладина, труднице и мајке, стара лица, хендикепирана лица, радници и др.).

Међутим, здравствена установа са поливалентном медицинском службом - домом здравља, представља виши, рационалнији облик дјелатности здравствене службе. Кроз њу се спроводи више видова здравствене заштите и често цјелокупна специфична заштита здравља одговарајућих групација становника или болесника.

Да би се правилно и сврсисходно организовале здравствене службе и здравствене установе у градским и економско развијеним подручјима са бројнијом популацијом (а на тим подручјима има разлога за формирање дома здравља оваквог типа), треба водити рачуна о многим специфичним факторима, на примјер:

- градска подручја по својим комуналним карактеристикама, општим хигијенским приликама, по структури становништва и густини насељености - не представљају јединствено подручје хомогеног типа;
- у градским подручјима здравствена служба често обухвата и шири регион, тј. осигурава основну и комплексну здравствену заштиту за становништво свога подручја, али пружа и одређене облике здравствене заштите грађанима са ширег региона;
- здравствена проблематика и спектар рада на свим нивоима здравствене заштите становништва подручја на којима се формира дом здравља оваквог типа много су већи, компликованији и тежи, с обзиром на велике агломерације станов- ништва на релативно малој територији, као и на све већи развој индустрије, што узрокује специфичну патологију становништва (хронична обољења респираторног система, психосоматске поремећаје, кардиоваскуларна обољења, трауматизам, професионалне болести итд.);
- објективни услови за оптималну организацију здравствене службе на градском подручју, нарочито у материјалном и кадровском погледу, много су повољнији;
- диференцијација дјелатности здравствених служби на градском подручју већа је и повољнија, а такође и могућности за едукацију здравствених радника.

Акцептирајући све ове специфичности, приступа се креирању *концепције организације здравствене службе и установа на ужим подручјима.* Цјелокупна здравствена заштита у једној општини спроводи се кроз - јединствени дом здравља. Такав дом здравља треба да има најмање сљедеће службе и јединице:

1. службу опште медицине;
2. службу хитне медицинске помоћи (самостално или у оквиру службе опште медицине);
3. диспанзерску службу која обухвата:
- диспанзер за жене (за здравствену заштиту жена)
- диспанзер за дјецу (за здравствену заштиту дјеце)
- школски диспанзер (за здравствену заштиту школске дјеце)
- диспанзер за антитуберкулозну заштиту
- диспанзер за кожне и венеричне болести
- диспанзер за ментално здравље
- диспанзер медицине рада (за здравствену заштиту радника) са станицама или амбулантама по привредним друштвима
- диспанзер за хронична масовна обољења;
4. службу социјалне медицине са хигијенско-епидемиолошким одсјеком (ако у мјесту нема завода за здравствену заштиту);
5. службу за стоматолошку заштиту (за дјецу и одрасле);
6. поливалентну патронажну службу;
7. биохемијско-клинички лабораторијум;
8. ренденолошку службу (кабинет и слично);
9. службу за физикалну медицину и рехабилитацију;
10. специјалистичку службу која може у свом оквиру (или у склопу болнице) да има:

- офталмолошки кабинет

- оториноларинголошку службу - кабинет, амбуланту
- интернистичку службу - амбуланту, кабинет
- хируршку службу - амбуланту, кабинет;

11. апотекарску службу.

Дом здравља, овако организован, постаје носилац основне здравствене заштите становништва, односно примарне здравствене заштите становни, своје општине или свог ширег региона и представља моћну институцију ванболничког карактера која заиста може да преузме бригу о здравственој заштити амбулантно-поликлиничког типа свих групација популације, на насавременији и најрационалнији начин.

Мултипрофилни карактер медицинског кора у оваквом дому здравља обезбеђује ванболничке видове здравствене заштите, примењујући диспанзерски метод рада у обављању слиједећих послова:

- праћење и проучавање здравственог стања, хигијенских прилика и услова живота и рада становништва,
- спровођење мјера за здравствену заштиту жена, трудница, одојчади, предшколске и школске дјеце, омладине и радника,
- спровођење мјера за спречавање, сузбијање, рано откривање и лијечење заразних и других масовних обољења и повреда,
- обављање патронажне службе, организовање рада на здравственом васпитању,
- лијечење и спровођење рехабилитације обољелих и повређених у установи и у стану болесника,
- спровођење мјера у циљу спречавања обољења уста и зуба и лијечење,
- обављање дезинфекције, дезинсекције и дератизације и сл.

Овакву концепцију, чији су праизвори још из праксе домова народног здравља, прихватила је у потпуности и Свјетска здравствена организација као препоручљиви основни и полазни модел за земље сличних демографских, социјално-медицинских и економских карактеристика.

Дом здравља, као виши облик организације комплетне здравствене установе амбулантно-поликлиничког типа, мора да задовољи све организационе услове који би омогућили обављање сљедећих дјелатности:

- систематски рад на унапређењу здравственог стања становништва,
- указивање медицинске помоћи грађанима од стране љекара опште медицине,
- обављање диспанзерске и савјетовалишне дјелатности,
- спровођење одговарајућих социјално-медицинских активности и хигијенско-епидемиолошких мјера,
- организовање (обављање) специјалистичких прегледа,
- организовање и спровођење рехабилитације болесних и повређених, спровођење и стационарног лијечења, ако у његовом сједишту нема болнице,
- обављање савремених дијагностичких процедура,
- иницирање и координација активности на заштити и унапређењу животне средине.

Организациона структура развијеног дома здравља

Узимајући у обзир задатке, социо- економске факторе, као и друге елементе који утичу на систем организације здравствене заштите и развијеност мреже здравствених установа на једној територији, оптимална структура медицинских јединица дома здравља била би сљедећа:

1. Социјално-медицинска и хигијенско-епидемиолошка служба:

- одјељење за епидемиологију (епидемиолошка служба)
- одјељење за хигијену (хигијенско - санитарна служба)
- одјељење за социјалну медицину (служба за социјалну медицину, организацију, здравствену статистику и информатику).

Ове дјелатности могу бити и јединствена организациона цјелина.

2. Служба (диспанзер) опште медицине:

- здравствене станице у насељу
- станица (служба) за хитну медицинску помоћ
- служба неодложне помоћи и кућног лијечења болесника
- здравствена станица за борце ослободилачких ратова.

3. Диспанзерска служба:

- дјечији диспанзер (диспанзер за здравствену заштиту дјеце):
- ординације педијатара
- савјетовалиште за здраву дјецу
- медицинско-педагошко савјетовалиште
- демонстрациона кухиња
- специјализована савјетовалишта и сл.
- школски диспанзер (диспанзер за здравствену заштиту школске дјеце):
- ординације педијатара
- савјетовалиште за здраву дјецу
- савјетовалиште за родитеље
- медицинско-педагошко савјетовалиште
- специјализована саветовали- шта и сл.
- диспанзер за жене (диспанзер за здравствену заштиту жена):
- ординације гинеколога
- савјетовалиште за труднице
- савјетовалиште за породиље
- савјетовалиште за контрацепцију
- савјетовалиште за стерилитет
- савјетовалиште за планирање породице
- кабинет за ултразвук и сл.
- кожно-венерични диспанзер:
- ординација дерматовенеролога
- савјетовалиште за венеричне болести.
- диспанзер за медицину рада (служба за здравствену заштиту радника):
- служба (одјељење) за хигијену рада и превентивну здравствену заштиту
- служба (одјељење) за дијагностику, лијечење и рехабилитацију обољелих радника

- заједничке парамедицинске службе (психолог, социјални радник, здравствено васпитање)
- станице медицине рада у радним организацијама.

- диспанзер за ментално здравље:

- кабинет за превенцију и епидемиологију менталних поремећаја
- савјетовалиште за лијечење алкохоличара и борбу против алкохолизма
- савјетовалиште за брак
- савјетовалиште за дјецу и омладину
- амбулантна за епилепсију
- социјално-рехабилитациони клубови
- ординације неуропсихијатара.

- диспанзер за хроничне масовне болести:

- кабинет за превенцију и епидемиологију хроничних масовних обољења
- кабинет за алергологију и имунологију
- кабинет за реуматологијукабинет за гастроентерологију и болести метаболизма,
- кабинет за кардиологију
- кабинет за ендокринологију (са савјетовалиштем за дијабетес)
- савјетовалиште за геријатрију
- савјетовалиште за онкологију (уколико се не организује онколошки диспанзер)
- саветовалиште за дијабетес.

- антитуберкулозни диспназер:

- кабинет за превенцију и епидемију пнеумофтизиолошких обољења
- ординација пнеумофтизиолога
- кабинет за пнеумофтизиол шку дијагностику
- приручни лабораторијум.

4. Стоматолошка поликлиника (служба за стоматолошку здравствену заштиту):

- одјељење за превентивну и дјечију стоматологију (са ортопедијом вилица)
- одјељење за конзервативно лијечење (болести уста и зуба)
- одјељење за тријажу, екстракцију зуба и оралну хирургију
- одјељење за протетику.зубно- технички лабораторијум.

5. Клинички биохемијско-хематолошки лабораторијум:

- кабинет за хематолошке анализе
- кабинет за испитивање урина
- кабинет за биохемијске анализе
- клинички лабораторијум за дјецу
- приручни лабораторијум.

6. Рендгенолошка служба (служба за рендген дијагностику):

- рендген кабинет за дјецу
- рендген кабинет за одрасле
- мрачна комора или апарат за аутоматско развијање и сушење филмова
- кабинет за ултразвучну дијагностику.

7. Служба медицинске патронаже

8. Апотека (служба за медицинско снабдевање):

- апотекарски огранци
- апотекарске станице
- апотекарско складиште
- депои лиекова.

9. Служба за физикалну медицину и рехабилитацију са специјализованим кабинетима

10. Специјалистичка поликлника (специјалистичко-консултативна служба):

- офталмолошки кабинет (ев. за дјецу посебно)
- ОРЛ кабинет
- хируршки кабинет
- уролошки кабинет
- кардиолошки кабинет и сл.

11. Стручна библиотека

12. Заједничке службе за опште и материјалне послове:

- одељење за опште послове:
- секретаријат установе и ар- хива
- служба за персоналне послове
- набавна служба са магацио-ном, односно складиштем.
- одељење за економско-финансиске послове:
- служба за аналитичко-финансијске послове
- књиговодство (финансијско и материјално)
- рачуноводство, благајна и ликвидатура.
- одељење техничких служби:
- возни парк са аутомеханичарском радионицом
- служба за одржавање зграда и просторија - (чистачице, електричар, бравар, ложачи, водоинсталатери итд).

У саставу дома здравља може бити и породилиште, као што се може организовати и специјалистичка служба. Уколико у сједишту дома здравља постоје специјализоване здравствене установе за антитуберкулозну, хигијенско-епидемиолошку и службу хи- тне медицинске помоћи, дом здравља није дужан да организује такве службе.

Дом здравља може имати једну или више здравствених станица. Ако је здравствена станица ван мјеста сједишта дома здравља - мора најмање да има:

- ординацију опште медицине,
- савјетовалиште за жене,
- савјетовалиште за дјецу,
- зубну ординацију,
- приручни лабораторијум.

Од здравствених радника мора да има најмање: љекара опште медицине, стоматолога, медицинску сестру, медицинску патронажну сестру, бабицу, лабораторијског техничара, фармацеутског техничара и др.

Дом здравља може организовати у удаљеним (сеоским) поручјима амбуланте са сталном медицинском сестром и бабицом које раде под надзором љекара.

Овим се сигурно испуњавају услови да здравствена установа оваквог типа постане комплетна институција за пружање јединствене здравствене заштите, за тимски рад и координацију свих потребних медицинских и парамедицинских јединица.

Обим медицинских служби и структуру организационих јединица дома здравља одређују одговарајући друштвено-економски и социјално-медицински елементи.

Њих можемо сврстати у неколико група, а то су нарочито сљедеће:

1. Величина и геоморфолошке особине подручја:

- величина подручја у km,
- укупан број становника,
- број и величина гравитирајућих насеља,
- комуникације и стање саобраћаја,
- доступност других сличних здравствених установа.

2. Структура становништва:

- број и проценат становништва разних добних група,
- структура становништва по полу, занимању, вјероисповести, здравственом осигурању и слично,
- број и проценат активног становништва у привреди према гранама дјелатности,
- пољопривредно становништво,
- ученици и омладина.

3. Динамика виталних догађаја:

- стопе основних виталних догађаја,
- наталитет,
- морталитет (општи и специфични),
- смртност дјеце,
- фертилитет и нупцијалитет,
- природни прираштај итд.

4. Хигијенске прилике и социјално стање:

- Исхрана становништва*:*
- тип исхране,
- квалитет и квантитет животних намирница,
- производња и промет животних намирница,
- снабдијевање и систем расподјеле намирница;
- Стамбене прилике:
- урбанистичко рјешење и уређење насеља,
- број станова према броју становника и породица,
- типови, квалитет и величина станова,
- санитарије и гријање у становима и слично;
- Радни услови:
- хигијенски и санитарни услови рада на радим мјестима (вода, освјетљење, гријање, вентилација),
- систем заштите на раду,

- могућност најбржег доласка и одласка са радног мјеста,
- исхрана у току радног времена и слично;
- Снабдијевање водом (водом за пиће и техничком водом):
- производња и дистрибуција пијаће воде,
- начин контроле квалитета,
- количина воде,
- водоводна мрежа,
- количина воде за индустрију и одржавање чистоће,
- ријеке и заштита водотокова и изворишта,
- евакуација отпадних вода и друго;
- Диспозиција и уништавање отпадних материја:
- уништавање и обрада смећа, индустријских отпадака и загађених вода,
- мрежа канализације - чишћења улица, тргова и слично,
- јавна купатила и др;
- Систем социјалне заштите и социјалне безбједности:
- организација друштвене заједнице,
- социјалне службе,
- службе за запошљавање,
- професионална оријентација,
- осигурање живота, имовине и др.

5. Економске прилике и животни стандард:

- тип и развој привреде (индустрија, земљорадња, терцијарне дјелатности),
- национални и друштвени доходак (укупни, по главни становника),
- приходи породица и просјечни приходи запослених,
- структура расхода (исхрана, стан, одијевање, комуналије, разонода итд),
- приходи из фондова здравственог осигурања.

6. Здравствепо осигурање становништва*:*

- радничко осигурање,
- осигурање пољопривредника (основно осигурање, проширено осигурање, обим права, партиципације и др),
- остала осигурана лица,
- неосигурани и слично.

7. Степен опште и здравствене просвећености:

- знања становништва у вези са хигијеном и здрављем,
- опште образовање становништва,
- обичаји и навике становништва и слично.

8. Социјална заштита породица:

- контрола рађања,
- могућности образовања и развоја дјеце,
- дјечији додатак итд.

Узимање у обзир свих ових елемената у планирању формирања једне комплетне здравствене установе - као што је овде дом здравља - значи прихватање социјално-медицинског становишта да конкретна спољна средина и разни социјални фактори имају пресудан утицај на здравствено стање људи одређеног подручја.

С друге стране, данас је и научно потврђено и ван сваке је сумње да је проблем унапређења здравља директно зависан од друштвених односа и економске снаге заједнице. У нашем систему финансирања здравствене заштите и организације здравствене службе однос између здравствене службе одређеног подручја и економске снаге те заједнице чини тзв. узајамни однос надградње (здравствена служба) и базе (економска снага). Од тих односа и конкретних могућности и потенцијала зависиће и развијеност дома здравља и његова организациона структура и капацитети.

Медицинска служба у оквиру дома здравља представља облик интеграције кадрова дијагностичко-терапијских капацитета и снага за пружање потребног обима здравствене заштите одређеним групацијама становника или болесника, у коме су физички и идејно здружени, у оквиру јединствене установе, одговарајућа служба амбулантног и диспанзерског карактера, а некада и стационар.

Овако развијен и организован дом здравља представља институцију која је спремна да спроводи и обезбиједи комплексну здравствену заштиту (иако не и комплетну) за становништво на свом подручју. У оваквој установи се омогућује грађанима брже и лакше коришћење права из здравственог осигурања (на тај начин ће се поштедјети болесници мукотрпног шетања од једне до друге здравствене установе или службе).

Оваквом организацијом домова здравља постиже се рационално коришћење кадрова и техничких капацитета (просторија, инструмената, апарата) и економичније трошење средстава која заједница улаже или алиментира за здравствену заштиту. На крају, побољшањем и усавршавањем радне технологије у овако поливалентној установи лакше се постиже снижење трошкова администрирања, а, с друге стране, стварају се могућности за формирање јачих фондова (издвајањем и концетрацијом већих средстава за улагање у крупне инвестиционе објекте).

Оваква концепција организационе структуре дома здравља (медицинске јединице и службе, парамедицинске, помоћне и техничке службе, савремена шема управљања радом и сл.) осигурава пружање интегралне здравствене заштите кроз обухватање три основне групе послова које мора обављати свака модерна здравствена установа оваквог типа:

1. спровођење активне здравствене заитите становништва (послови тзв. социјално-медицинске дијагностике и опште и специфичне профилаксе),
2. спровођење пасивне здравствене заштите (рутински рад на постављању дијагнозе, лијечењу и рехабилитацији обољелих) и
3. спровођење тзв. квантитативно-квалитативних медицинских анализа (социјално-медицинска терапија).

Минимум кадрова у дому здравља

Дом здравља може обављати здравствену дјелатност ако у појединој области има (најмање) сљедеће потребне кадрове:

1. у области социјалне медицине, здравствене заштите школске дјеце и хигијенско-епидемиолошке заштите: по једног доктора медицине

специјалисту и двије медицинске сестре, односно медицинска техничара, у свакој области;

2. у области опаште медицине, медицине рада, спортске медицине, кућног лијечења и здравствене његе и хитне медицинске помоћи: по једног доктора медицине специјалисту, односно доктора медицине, и двије медицинске сестре/ медицинска техничара, у свакој области;
3. у области здравствене заштите жена, здравствене заштите предшколске дјеце, рендген дијагностике, пнеумофтизиолошке заштите, онколошке заштите, заштите менталног здравља: по једног доктора медицине специјалисту из одговарајуће гране медицине и два здравствена радника са вишом односно средњом стручном спремом у свакој области;
4. у области физикалне медицине u рехабилитације: једног доктора медицине специјалисту и четири здравствена односно физиотерапеутска техничара;
5. у области поливалентне патронаже: двије медицинске сестре;
6. у области стоматолошке здравствене заштите: једног доктора стоматологије и једну стоматолошку сестру за здравствену заштиту одраслих, једног доктора стоматологије специјалисту из дјечије и превентивне стоматологије и једну сто- матолошку сестру за здравствену заштиту предшколске и школске дјеце и једног зубног техничара;
7. у области лабораторијске дијагностике: једног доктора медицине или дипломираног фармацеута - биохемичара који је специјалиста из медицинске биохемије, и два здравствена радника са високом односно средњом стручном спремом;
8. у свакој другој области из оквира дјелатности дома здравља: једног доктора медицине, односно доктора стоматологије, специјалисту из одговарајуће гране медицине, односно стоматологије, и једног здравственог радника са високом односно средњом стручном спремом.

У службама из ових области у дому здравља треба да буде 40 одсто специјалиста одговарајућих дисциплина.

Наведени минимум здравствених радника дом здравља обезбјеђује нормативима према броју становника и то:

- у области опште медицинв на 1.500 – 18.00 одраслих становника,
- у области здравствене заштите школске дјеце на 1.400 – 1.800 школске деце до 18 година,
- у области кућног лијечења и здравствене његе на 10.000 становника,
- у области хитне медицинске помоћи на 10.000 становника,
- у области социјалне медицинске и хигијенско-епидемиолошке заштите на 30.000 до 40.000 становника,
- у области здравствене заштите жена на 5.000 – 6.000 жена изнад 15 година старости,
- у области здравствене заштите предшколске деце на 800 до 1.200 дјеце,
- у области медицине рада на 3.000 до 4.000 запослених,
- у областима рендген дијагностике, пнеумофтизиолошке заштите, физикалне медицине и рехабилитације, онколошке заштите, заштите менталног здравља и спортске медицине на 30.000 до 50.000 становника,
- у области поливалентне патронаже на 4.000 до 5.000 становника,
- у области стоматолошке здравствене заштите предшколске и школске дјеце на 1.500 – 1.800 дјеце, а одраслих на 1.600 – 2.200 становника,

- у области лабораторијске дијагностике на 30.000 до 40.000 становника,
- у другим областима из којих обавља дјелатност дома здравља на 40 до 50.000 становника.

У службама ових области у дому здравља треба да буде најмање 80 одсто специјалиста одговарајућих дисциплина.

Здравствене раднике у области опште медицине и стоматолошке здравствене заштите дом здравља може обезбјеђивати и према броју опредељених становника, односно грађана.

Минимум опреме коју мора да има дом здравља

Дом здравља може обављати здравствену дјелатност ако обезбиједи и сљедећу потребну опрему:

1. у љекарској ординацији: радни сто, двије столице, отоман за прегледе, орман за инструменте и лијекове, лампу односно рефлектор, апарат за мјерење крвног притиска, чекић за рефлексе, топломјер, шпатуле, шприцеве, док у специјалистичкој и хируршкој ординацији, поред наведене, и одговарајућу другу специфичну медицинску опрему и санитетски материјал;
2. у стоматолошкој ординацији: унитапарат, стоматолошке столице за пацијенте, терапеутске столице, суви стерилизатор, апарат за испитивање виталитета зуба, орман за лијекове и инструменте, сточић за инструменте, комплет инструмената, медикамената и стоматолошких материјала неопходних за санацију и лијечење каријеса, његових компликација, обољења парадоицијума и вађење зуба;
3. у лабораторији: лабораторијски сто, микроскоп, спектрофотометар, центрифугу, сушионицу, стерилизатор, фрижидер, орман за чување хемикалија и лабораторијског посуђа, одговарајуће посуђе и прибор за хематолошка и биохемијска испитивања или, у зависности од врсте испитивања, другу неопходну и специфичну опрему;
4. у рендген-кабинету: Ro-апарат са ТВ ланцем који се састоји од статива, командног стола и генератора, као и аутомат за развијање филмова или опрему за развијање и сушење филмова, негатоскоп и другу прописану опрему и средства за општу и личну заштиту од јонизујућих зрачења, а уколико се ради са контрасним средствима мора да има и комплет за антишок терапију и прибор за давање кисеоника.

Поред наведене опреме дом здравља треба да има и сљедећу опрему: комплет за реанимацију и интервенције (боца са кисеоником, амбу апарат, ендотрахеални тубуси, системи за инфузије, дефибрилатор, специфична санитетаска опрема), сетове за хитну медицинску помоћ, комплет за мале хируршке интервенције, суви стерилизатор, водени стерилизатор, спирограф, прибор за аеросолтерапију са инхалацијом, ергобицикл, електро-кардиограф, дентални рендген апарат са апаратом за развијање и сушење филмова и прописаном опремом за заштиту од јонизујућих зрачења, колпоскоп, опрему за физикалну терапију, кабинет за здравствено васпитање и опрему за ортодонцију, оралну хирургију, стоматлошку протетику и зубнотехнички ла бораторијум.

Примјер организационе структуре и менаџмента дома здравља

Директор

- Помоћници директора за сваки огранак дома здравља и огранак медицине рада
- Руководилац заједничих медицинских служби
- Руководилац сектора заједничких немедицинских служби
- Представник руководства за квалитет
- Главна сестра дома здравља

По огранцима дома здравља:

Руководнлац - помоћник директора

- Служба за здравствену заштиту дјеце, школске дјеце и омладине
- Начелник службе
- Координатор за програмску здравствену заштиту мајке и дјетета
- Одговорна сестра
- Служба за здравствену заштиту одраслих грађана
- Начелник службе
- Координатор за програмску здравствену заштиту
- Одговорна сестра
- Одјељење кућног лијечења медицинске његе - са шефом одјељења
- Одјељење неодложне помоћи - са шефом одељења
- Савјетовалиите за дијабетес - са шефом одељења
- Одељење брзе дијагностике
- Служба за здравствену заштиту жена
- Начелник
- Координатор за програмску здравствену заштиту
- Одговорна сестра
- Служба стоматолошке здравствене заштите
- Начелник
- Координатор програмске здравствене заштите
- Одговорна сестра
- Одговорни зубни техничар
- Служба физикалне медицине
- Начелник
- Одговорна сестра
- Служба за заштиту менталног здравља
- Начелник
- Координатор за здравствену заштиту менталног здравља
- Одговорна сестра
- Служба поливалентне патронаже
- Начелник
- Координатор за здравствено-превентивни рад
- Одговорна сестра
- Служба рендген дијагностике
- Начелник
- Одговорни рендген техничар

- Служба ултразвучне дијагностике
- Начелник
- Одговорна сестра
- Служба лабораторијске дијагностике
- Начелник
- Одговорни лабораторијски техничар
- Интернистичка служба
- Начелник
- Одговорна сестра
- Офталмолошка служба
- Начелник
- Одговорна сестра
- Оториноларинголошка служба
- Начелник
- Одговорна сестра
- Хигијенско-епидемиолошка служба
- Начелник
- Одговорни санитарни техничар
- Служба функционалне дијагностике у сектору медицине рада
- Начелник
- Одговорна сестра
- Служба љекарских комисија
- Служба за утврђивање времена и узрока смрти
- Начелник
- Сектор социјалне медицине
- Руководшац сектора
- Служба развоја и маркетинга са руководиоцем службе
- Служба обезбеђења квалиШета са руководиоцем службе
- Служба информатике са руководиоцем службе
- Сектор заједничких немедицинских служби
- Руководшац сектора
- Служба за кадровске, правне и опште послове
- Економско-финансијска служба
- Техничка служба и текуће одржавање
- Служба снабдијевања.

СТАЦИОНАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

У нашем систему здравствене службе стационарне здравствене установе су:

- општа болница,
- специјална болница,
- клиника,
- клиничко - болнички центар,
- клинички центар и
- одређени заводи и институти.

Осим стационарне дјелатности свака болничка установа обавља и поликлиничку здравствену дјелатност, а одређене установе из овог сегмента система здравства обављају, или могу да обављају, још и образовну, стручно- методолошку и научну односно ноистраживачку дјелатност.

Општа је одлика да се здравствена дјелатност у стационарним здравственим установама, по правилу, обавља као наставак процеса дијагностике и лијечења у дому здравља и онда када је стационирање болесника, односно повређеног пацијента, неопходно због сложености и тежине обољења. Иначе, стационарна и специјалистичко-консултативна дјелатност (поликлиника) чини јединствену функционалну (а може и организациону) цјелину.

Основне карактеристике болнице су: 1) **општа болница** прима и пружа здравствену заштиту лицима свих узраста обољелих од разних врста патолошких стања; 2) **специјална болница,** односно специјализовани заводи и институти, пружају здравствену заштиту лицима одређених добних групација популације (дјеца, старе особе), односно обољелима од одређених болести (ТБЦ, малигна обољења, нар- комани и сл.)

Болница — општа и специјална

Болница, као специфична друштвена институција, значајна је и трајна тековина цивилизације. Историјске промјене које су потресале XIX и XX вијек на нашим, али и на другим, просторима показују колико је болница као институција утемељена у коријене цивилизованих друштава. У том погледу за њу се може рећи да је кроз историјски развој ишла строго у такту цивилизацијског хода.

Болнице као институције надживјеле су многе цивилизације и може се рећи да су оне својеврсно историјско, медицинско, социолошко и културно свједочанство протеклих времена и развоја цивилизације. Настајале су у разним временима, развијале се у разним облицима, дариване често народу у свечаним приликама и са различитим по- будама, својом хуманом намјеном премостиле су епохе и добиле свевременски значај и у овој нашој цивилизацији. Њихов историјски пут је један од најпоузданијих и најдрагоценијих свједочанстава разних историјских промјена, успона и падова држава или друштвених заједница, богаћења и сиромашења, процвата и замирања социјалних класа па и идеологија.

Болница се тако може сматрати значајном творевином духа човека, успона цивилизације, знаком социјализације људских односа и хуманизације друштва.

У ери велике технолошке револуције и напретка у свим областима науке, са сензационалним открићима на пољу електронике и роботике, нових енергија, нових материјала, генетског инжењеринга, биотехнологија, микрочипа, космичке медицине и многих других, догађају се и значајни идеолошки преокрети и превирања који се у великој мјери одражавају на социјалну, културну и сваку другу сферу друштвеног живота, а прије свега нови покрети који обухватају разне слојеве друштва: екологисти („зелени“), еманципација жена, враћање природи, нови синдикални покрет итд, што има и веома значајне социјално-медицинске импликације.

Са социјално-медицинског становишта овакав друштвено-економски развојни покрет довео је и до промјена демографске слике и традиционалне структуре узрока морталитета и морбидитета популације, односно квалитативне и квантитативне промјене потреба и захтијева за хоспитализацијом. У том смислу и савремена болница - по нашем концепту и моделу организације и функционисања у оквиру комплексног система здравствене заштите - треба да буде оспособљена да даје нове одговоре који нису понављање старих либералних или конзервативних позиција херметизоване болнице него отварање могућности за њен динамичан и центри- фугалан развој.

Стационарне здравствене установе (болнице) се укључују активно у систем здравствене заштите и дјелују у оквиру здравствене службе, како самостално по принципу тзв. отворене болнице, тако и преко своје поликлиничке специјалистичке службе и осталих служби и одјељења.

Основна функција болнице и даље остаје да обезбеђује стационарно лијечење обољелих и повређених лица, обавља специјалистичку службу, али и да учествује у спровођењу превентивних мјера у оквиру своје дјелатности.

Савремена болница обавља нарочито сљедеће послове:

- прегледа и лијечи обољела и повређена лица и спроводи њихову рехабилитацију,
- прима и збрињава хитне медицинске случајеве,
- обавља специјалистичку службу за спољне болеснике у својим ординацијама или у стану болесника,
- обавља кућно лијечење или учествује у њему,
- сарађује са здравственим установама на побољшању дијагностике, лијечења и рехабилитације обољелих и повријеђених,
- учествује у спровођењу превентивних мјера у циљу спречавања и сузбијања разних масовних обољења,
- ради на здравственом васпитању болесника и грађана у болници и ван ње,
- ради на стручном усавршавању здравствених радника и пружа стручну помоћ другим здравственим установама у погледу усавршавања здравствених радника.

Болница обавља поликлиничку и стационарну здравствену дјелатност, по правилу као наставак дијагностике, лијечења и рехабилитације у дому здравља, и када су због сложености и тежине обољења потребни посебни услови у погледу кадрова, опреме и смјештаја. Посебно се наглашава да је свака болница дужна да

сарађује и пружа стручну помоћ дому здравља на спровођењу мјера примарне здравствене заштите.

Стационарна и специјалистичко- консултативна дјелатност болнице чине јединствену функционалну и организациону цјелину.

Подсистем стационарних здравствених установа чини неколико типова ових институција које могу бити:

- стационарне:
- болница,
- клиника,
- клиничко-болнички центар,
- клинички центар.
- мјешовите (стационарно-поликлиничке):
- заводи са стационаром,
- институти са стационаром,
- здравствени центри са болницом у свом саставу.

Болница као стационарна здравствена установа може бити организована као општа болница и као специјална болница.

Општа болница пружа здравствену заштиту лицима свих узраста обољелих од разних врста болести.

Специјална болница пружа здравствену заштиту лицима одређених добних група, односно обољелим од одређених болести.

Минимални услови за организовање и рад **опште болнице** су:

1. да спроводи специјалистичко-консултативну и стационарну здравствену дјелатност најмање из: интерне медицине, педијатрије, опште хирургије и акушерства и гинекологије,
2. да има службе за: клиничко-биохемијска испитивања, радиолошку дијагностику, физикалну медицину и рехабилитацију, службу анестезиологије са реаниматологијом, организовану интензивну његу, службу клиничке патологије, службу трансфузије крви, службу за медицинско снабдијевање лијековима и санитетским материјалом,
3. да има обезбјеђену изолацију обољелих од заразних болести (ако нема организовано одјељење за акутне заразне болести),
4. да има обезбјеђен одговарајући смјештај за обољеле од акутних психоза (ако нема организовано одјељење за неуропсихијатрију) и др.

Специјална болница може обављати дјелатност ако испуњава услове које пропише Министарство здравља.

Минимални услови које мора испуњавати специјална болница ма кога типа јесу:

1. да спроводи специјалистичко-поликлиничку дјелатност из одговарајуће области,
2. да има организоване службе за: клиничко-биохемијска испитивања, радиолошку дијагностику, физикалну медицину и рехабилитацију, клиничку патологију, трансфузију крви, медицинско снабдијевање лијековима и санитетским материјалом.

Дио опште болнице, односно специјалне болнице, може обављати дјелатности само у току дневног рада (тзв. дневна болница).

Минимум и структура кадрова у болници

Законом је одређено да општа болница обавља здравствену дјелатност ако у појединој области има обезбјеђене најмање сљедеће кадрове:

1. *у области интерне медицине и другим специјалистичким и уже специјалистичким интернистичким областима медицине:* по једног доктора медицине специјалисту, односно ужег специјалисту из одговарајуће гране медицине и четири здравствена радника са високом односно средњом стручном спремом,
2. у области опште хирургије и другим специјалистичким и уже специјалистичким хируршким областима медицине: по једног доктора медицине специјалисту, односно ужег специјалисту из одговарајуће гране медицине и четири здравствена радника са високом односно средњом стручном спремом, и једног доктора медицине специјалисту из анестезиологије и четири медицинска техничара инструментара односно анестетичара,
3. у области физикалне медицине и рехабилитације: једног доктора медицине специјалисту и четири здравствена односно физиотерапеутска техничара,
4. у области трансфузије крви: једног доктора медицине специјалисту и два здравствена радника са високом односно средњом стручном спремом,
5. у области клиничко-биохемијске дијагностике: једног доктора медицине или дипломираног фармацеута, биохемичара који је специјалиста из медицинске биохемије, и три здравствена радника са високом односно средњом стручном спремом.

Здравствене раднике за ове службе опште болнице обезбјеђује према нормативу у односу на број болничких постеља и то у области:

- интерне медицине, педијатрије и неурологије на 10 до 12 постеља,
- пнеумофтизиологије и психијатрије на 15 до 20 постеља,
- дерматовенерологије на 20 постеља,
- физикалне медицине и рехабилита-ције на 200 постеља,
- опште хирургије, дјечје хирургије, урологије, ортопедије, ОРЈИ, офталмологије, гинекологије и акушерства на 8 до 10 постеља,
- анестезиолоЗије са реаниматологијом на 50 хируршких постеља,
- радиологије и клиничко-биохемијске дјелатности на 200 постеља,
- трансфузиологије на 300 постеља,
- нуклеарне медицине и патолошке анатомије на 400 постеља.

За обављање здравствене дјелатности општа болница посебно обезбјеђује још и сљедеће кадрове:

1. у области хемодијализе: два доктора медицине специјалиста на десет дијализних мјеста, и четири медицинске сестре - техничара у свакој смјени,
2. у операционој сали: једну медицинску сестру - инструментара за рад у свакој смјени,

3. у породајној сали: једну медицинску сестру - бабицу на 300 порођаја и за рад у свакој смјени,
4. у интензивној њези: једну медицинску сестру на двије постеље,
5. у специјалистичко консултативној служби и дијагностичким областима, за спољне болеснике: једног доктора медицине специјалисту и једну медицинску сестру - техничара у свакој специјалистичкој ординацији, односно дијагностичкој области.

Специјална болница за лијечење акутних болести може обављати здравствену дјелатност ако у основној интернистичкој области, односно хируршкој области из које обавља здравствену дјелатност, као и у области клиничко-биохемијске дијагностике, рендгенолошке дијагностике, физикалне медицине и рехабилитације, патолошке анатомије, а специјална хируршка болница и у области анестезиологије и трансфузије крви, има обезбјеђене одговарајуће здравствене раднике утврђене као минимум за општу болницу.

Специјална болница за лијечење хроничних болести може обављати здравствену дјелатност ако има у основној интернистичкој области из које обавља здравствену дјелатност - једног доктора медицине специјалисту из одговарајуће гране медицине и четири медицинске сестре на 20 до 30 постеља, а у областима биохемијске дијагностике, радиолошке дијагностике, физикалне медицине и рехабилитације, и патолошке анатомије по једног доктора медицине специјалисту из одговарајуће гране медицине и по једног медицинског техничара на 200 до 300 постеља.

Специјална болница за лијечење хроничних болести која има и организациону јединицу - одељење за пружање здравствене заштите обољелим од акутних болести, обезбјеђује у тој организационој јединици одговарајуће кадрове утврђене као минимум за општу болницу.

Обављање здравствене дјелатности, односно здравствене заштите из патолошке анатомије и трансфузиологије специјална болница може обезбјеђивати и преко других здравствених установа.

Минимум и асортиман опреме у болници

Општа болница може обављати здравствену делатност ако има сљедећу опрему:

1. у љекарској ординацији: радни сто, две стблице, отоман за прегледе, орман за инструменте и лијекове, лампу, односно рефлектор, апарат за мјерење крвног притиска, чекић за рефлексе, топломјер, шпатуле, шприцеве, а у специјалистичкој и хируршкој ординацији - и одговарајућу другу медицинску опрему и санитетски материјал,
2. у лабораторији: лабораторијски сто, микроскоп, спектрофотометар, центрифугу, сушионицу, стерилизатор, фрижидер, орман за чување хемикалија и лабораторијског посуђа, одговарајуће посуђе и прибор за хематолошка и биохемијска испитивања или, у зависности од врсте испитивања, и другу неопходну и специфичну опрему,
3. у рендген-кабинету: R6 - апарат са ТВ ланцем који се састоји од статива, командног стола и генератора, као и аутомат за развијање филмова или опрему за развијање и сушење филмова, негатоскоп и другу прописану опрему и средства за општу и личну заштиту од јонизујућих зрачења, а

уколико се ради са контрасним средствима, мора да има и комплет за антишок терапију и прибор за давање кисеоника,

4. специфичну опрему за: функционалну дијагностику и интервенције у области интерне медицине и других интернистичких грана; одговарајуће комплете за дијагностику и интервенције у области опште хирургије и других хируршких грана; уређаје за оксигену терапију; уређаје за ендотрахеалну и друге врсте анестезије; уређаје за стерилизацију; комплете за гинеколошко-акушерску дијагностику, абдоминалне и гинеколошке интервенције; комплет за непосредну и каснију реанимацију новорођенчади; опрему за физикалну, кинези и хидротерапију; апаратуру за клиничку и биохемијску дијагностику; опрему и ап рате за узимање, обраду и чување крви и компонената у крви,
5. у микробиолошкојлабораторији: лабораторијски сто, лабораторијску вагу, лабораторијску центрифугу, електрични вибратор, два термостата - бактериолошки, аутоклав, дестилациони апарат, суви стерилизатор, двије УВ-лампе (гермицидне лампе), водено купатило, бинуклеарни микроскоп, двије бутан боце са бренерима, два фрижидера - комбинована, орман за чување ма- теријала и посуђе.

Клиничко - болнички ценшар и клинички центар

У теорији о здравственој заштити и пракси савремених система здравства, болница има већи и свеобухватнији значај и улогу у систему организације здравствене дјелатности, тј. у том концепту примарна је дјелатност и служба болнице, а не болница као објекат.

У свеопштим напорима да се унапреди и одржи неопходни стандард здравствене заштите у заједници, захтијева се да свака болница - „изађе из себе“ и активно се укључи у заједницу. Од болница се данас очекује да организују стручну дјелатност у циљу помоћи служби опште медицине, осталим дијеловима система здравствене заштите и становништву коме је потребна заштита и медицинска помоћ у кућним условима. У многим студијама у више земаља свијета доказује се да су „болнице без ограда“ управо прави, рационалан пут да се остваре таква очекивања!

У том погледу чак и велики клиничко-болнички центри и клинички центри не могу да остану по страни. Њихово учешће у програмима основне здравствене заштите становништва свога подручја може се остварити у три специфичне области: 1) коришћењем њихове увијек технолошки богате дијагностичке базе за свакодневне по- требе амбулантно-поликлиничких дијелова система здравствене заштите; 2) организовањем или учешћем у испитивањима акутних проблема здравља и потреба популације и заједнице и 3) преоријентацијом и усмјеравањем програма наставе за студенте и постдипломце на реалне и приоритетне проблеме здравствене заштите.

У том смислу ми и пројектујемо клиничко-болнички и клинички центар и видимо њих у будућности и будућност у њима! Они су стицајем многих социјално-економских околности постали комперхензивне мултидисциплинарне и вишеслојне, у највећем свом дијелу, високоспецијализоване здравствено-образовно-научне институције!

Основне функције и дјелатности савременог клиничког и клиничко - болничког центра

Основне функције и дјелатности савременог клиничког и клиничко-болничког центра испољавају се у сљедећим активностима подијељеним у три групе:

Прва група основних функција и дјелатности:

1. дијагностика и терапија обољења и повреда особа које други подсистеми здравствене службе упућују,
2. настава и стручно усавршавање,
3. научноистраживачка дјелатност,
4. стручно-методолошка дјелатност,
5. сервиси дијагностичких уређаја високе технолошке вриједности (скенери, магнетна резонанца, нуклеарна медицина, ласери, ултра звук, ендоскопска техника и друго),
6. високо диференцирана дјелатност одређених медицинских служби,
7. стручно-информативна и публицистичка дјелатност.

Друга група основних функција и дјелатности:

1. стационар + „дневна“ болница + „ноћна“ болница и слично,
2. специјалистичка поликлиника + ургентни центар,
3. консултативно-конзилијарна дјелатност,
4. специјализована диспанзерско- савјетовалишна делатност.

Трећа група основних функција и дјелатности:

1. социјално-медицинска дјелатност:
2. здравствено-васпитна дјелатност,
3. здравствена информатика,
4. здравствена статистика,
5. организација рада и евалуација,
6. планирање, анализа, програмирање,
7. организовање стручног усавршавања и стручна публицистика.

Дакле, све стручне службе и организационе јединице савременог клиничког и клиничко-болничког центра (клинике, заводи, институти, центри, службе и самостална одјељења) треба да чине једну функционалну цјелину у којој ће се обављати послови: комплексне здравствене заштите, прије и послиједипломска настава, научноистра- живачки рад, стручно-методолошка дјелатност.

Тако постављен, адекватно опремљен, кадровски добро екипиран, стручно-медицински усмјерен и организован на принципима савремене социјалне медицине и савремене организације здравствене заштите популације, сваки клинички и клиничко-болнички центар ће моћи да обезбиједи одговарајући обим превентивно-медидинских дјелатности становништву и болесницима, у сарадњи са заводима за заштиту здравља и домовима здравља, најсавременију медицинску обраду болесника и њихов третман кроз јединствени систем обједињене поликлиничке и болничке заштите и ефикасан механизам ране и континуиране рехабилитације обољелих, повређених или оперисаних.

Савремени клинички центар, односно клиничко-болнички центар, представља комплексну здравствену установу састављену од клиника, завода, института, служби и сл. Структурална композиција свих медицинских јединица треба да чини једну функционалну цјелину организовану и оспособљену да може успјешно обављати послове и задатке везане за сљедеће основне дјелатности:

1. спровођење одговарајућих видова и ширег обима специјалистичке/специјализоване здравствене заштите популације,
2. образовно-наставне дјелатности (прије и послиједипломске) и
3. научноистраживачки рад из медицинских области којима се бави, фундаменталних научних области и социјално-медицинских односно превентивних медицинских области.

Клинички/клиничко-болнички центар треба да буде адекватно опремљен и екипиран, стручно-медицински усмјерен и организован на принципима савремене социјално-медицинске доктрине да би могао популацији свога подручја (од 300 до 400.000 становника) да обезбиједи одговарајући обим превентивно-медицинских дјелатности, савремени ниво обраде болесника и одговарајући третман, као и рану и континуирану рехабилитацију обољелих и повријеђених.

Велики број дјелујућих медицинских сегмената чини организационо-функционалну структуру добро развијеног клиничко-болничког центра:

1. специјалистичко поликлиничка служба,
2. служба функционалне дијагностике,
3. служба лабораторијске дијагностике,
4. група специфичних, дијагностичких и других медицинских служби,
5. група интернистичких дисциплина,
6. група хируршких дисциплина,
7. служба социјалне медицине и хигијенско-епидемиолошке заштите,
8. служба за опште, финансијске и правне послове,
9. техничка служба.

Сви дијелови ових групација треба да су постављени у однос узајамне спреге и усмјерени на извршавање јединственог циља - постизање ефикасне, рационалне и успјешне здравствене заштите популације којој служи клиничко-болнички центар, у склопу цијелог система здравства одређеног подручја и система здравствене заштите популације у цјелини.

Најважније функције и задаци клиничко - болничког центра

У нашем систему здравствене заштите становника најважније функције и задаци клиничко - болничког центра јесу:

1. пријем и збрињавање хитних медицинских случајева,
2. спровођење дијагностике, терапије и рехабилитације обољелих грађана свога подручја и шире у оквиру стационарне дјелатности,
3. вршење поликлиничке специјалистичке, консултативне и конзилијарне дјелатности у ординацијама, амбулантама, кабинетима и савјетовалиштима,

4. обављање специјалистичке и консултативне службе у домовима здравља свога подручја,
5. обављање и старање о развоју и унапређењу одређених субспецијалистичких медицинских дисциплина, односно служби за шире подручје,
6. обављање одређених социјално-медицинских задатака и спровођење или учествовање у спровођењу епидемиолошке области на подручју субрегиона и широј територији,
7. спровођење наставне дјелатности за потребе одговарајућих факултета и школа,
8. организовање и вршење стручног усавршавања и специјализације здравствених радника и сарадника за своје потребе и шире,
9. иницирање, организовање и активно бављење научноистраживачким радом,
10. утврђивање и спровођење стручно- медицинских доктрина из стручних области којима се баве стручне службе клиничко-болничког центра,
11. обављање одређених стручно-консултативних функција у области профилаксе, дијагностике, терапије односно третмана и рехабилитације обољелих и повређе- них, као и организације здравствене заштите,
12. спровођење здравственог васпитања болесника и учествовање у реализовању програма здравственог васпитања грађана у своме субрегиону,
13. спровођење и учествовање у вршењу надзора над стручним радом здравствених установа и здравствених радника, у оквиру установе и ван ње,
14. обављање одређених задатака и учешће у спровођењу посебних програма на спречавању, сузбијању и раном откривању обољења и повреда од већег социјално-медицинског значаја,
15. учешће у спровођењу система кућног лијечења грађана на подручју свога субрегиона,
16. учешће у реализацији плана прикупљања крви и стварању резерви крви, замјеника крви и деривата крви,
17. обезбјеђење непрекидног и благовременог снабдијевања болесника лијековима и другим средствима за лијечење и предохрану,
18. пружање помоћи другим институцијама и службама, организацији здравственог осигурања и друштвено-политичким заједницама и организацијама у спровођењу здравствене заштите, стручном усавршавању и другим пословима,
19. сарадња са научним, образовним и здравственим установама у циљу координације дјелатности и подјеле рада,
20. обављање стручне информативно- публицистичке дјелатности за своје потребе и шире,
21. други послови и задаци везани са овлашћењима, функцијама и дјелатношћу клиничко-болничких центара.

Сви набројани послови, задаци и функције савременог клиничко-болничког центра могу бити разврстани у три основне групације:

1. послови и задаци основне дјелатности опште болнице,
2. проширене функције субрегионалног карактера,

3. специфичне (специјализоване) регионалне, надрегионалне и међурегионалне функције и капацитети.

Организациона структура медицинских јединица, парамедицинских служби и техничких сервиса клиничко-болничког центра треба да обезбиједи рационалан и ефективан рад на спровођењу комплексне здравствене заштите за грађане и болеснике у поликлиничким јединицама и у стационарној бази. Овај циљ ће се најбоље постићи уколико се у систему рада и односа између служби и оперативних јединица успостави што интимнија општа и стручна сарадња и повезаност, а нарочито:

- јединствена концепција планирања и организације рада, подјеле послова и евалуација извршења програма,
- јединствени методолошки доктринаријум у превентивно-медицинској сфери дјеловања, дијагностици и терапији обољелих и повријеђених,
- јединствени систем процедура и стручних поступака при збрињавању ургентних случајева,
- јединствени систем обезбјеђења лијековима и санитетским материјалом, медицинским растворима, крвљу и дериватима крви,
- стварање усдова за тимски рад по сродним струкама или дјелатностима, примјена социјално-медицинског метода у свакодневном раду свих дисциплина, прожимање и усмерени развој приоритетних сегмената разних служби,
- савремени (значи компјутеризовани) систем медицинске документације и обраде података, стручно- медицинске информатике и публицистике итд.

Овакав прилаз, као и организациони и функционални чиниоци, треба да буду основа за конституисање јединства рада на здравственој заштити, научноистраживачкој дјелатности и наставном процесу.

Рад на пружању здравствене заштите популације у савременом клиничко-болничком центру представља комплексан чин који мора бити усмјерен истовремено у више смијерова. Комплексност дјеловања обухвата истодобност одвијања стручног рада у основним сегментима и облицима потпуне здравствене заштите:

- профилактичком односно социјално-медицинском смјеру,
- дијагностичким претрагама,
- терапијским процедурама и
- рехабилитацији обољелих и повријеђених.

Овакво усмјерење стручне дјелатности савременог клиничко-болничког центра води ка:

- постизању што ефикасније примјене достигнућа медицинских наука у превентивно медицинском раду и клиничкој пракси,
- повезаности и бољој координацији рада у процесу пружања специјалистичке поликлиничке помоћи,
- интимнијој функционалној и органској повезаности дијагностичких (поликлиничких и саветовалишних) и терапеутских служби и јединица (по осовини: саветовалиште односно диспанзер - специјалистичка поликлиничка служба - служба функционалне дијагностике - стационарна база),

- максиманој економичности пословања и коришћења опреме, кадрова и средстава рада,
- обезбеђењу ране и перманентне физикалне терапије и рехабилитације обољелих и повријеђених.

Научноистраживачка дјелатност у оквиру савременог клиничко-болничког центра треба да буде усмјерена на:

- клиничка истраживања појединих патолошких стања, етиолошких фактора болести, терапијских метода и технологија и слично,
- социјално-медицинска истраживања општег и специфичног карактера, (епидемиолошки проблеми масовног карактера, интрахоспиталне инфекције и друга питања значајна за очување здравља и спречавање обољевања),
- фундаментална медицинска истраживања итд.

Научноистраживачка дјелатност савременог клиничко-болничког центра треба да се одвија на основу утврђених програма и пројеката и то из базичних области и експерименталног рада, путем формираних тимова тимова у постојећим службама, а у примијењеним областима медицинске науке - путем повезивања клиничког рада са истраживањима у лабораторијама, институтима и популацији.

Наставни процес у оквиру савременог клиничко-болничког центра обухвата програмирану високообразовну дјелатност за сљедеће субјекте:

- студенте медицине и стоматологије за звање доктора медицине (љекара опште медицине), односно доктора стоматологије (стоматолога), (евентуално за студенте дефектологије, психологије и сличних научних болести),
- докторе медицине, односно докторе стоматологије, у оквиру послије-дипломских организованих течајева за стицање звања магистра и специјалисте,
- докторе медицине, односно докторе стоматологије, у оквиру организованих краћих курсева за допуну знања, иновација или усавршавање из ужих специјализованих области медицине, као и
- високе и средње медицинске раднике различитих профила - течајеви и курсеви за стручно усавршавање.

У циљу правилног и успјешног одвијања система стручног образовања, наставни процес у оквиру савременог клиничко-болничког центра треба да обезбиједи што ближи контакт студената са наставником (у виду семинара, консултација и сл.); активно учешће студената у извођењу вјежби и експеримената; увођење студената у клинички рад са болесницима (у стационарима и у поликлиничким јединицама); упознавање студената са савременим методама и начинима пружања помоћи, дијагностиковању и третману обољелих; практиковање социјално-медицинског метода и упознавање студената са социјалним аспектима здравља и болести; коришћење документације, литературе и техничких средстава; укључивање студената у научноистраживачки рад итд.

Специјалистичка поликлиника у савремеиој болничкој институцији

Добро организована и развијена специјалистичка поликлиника у савременој болничкој установи треба да омогући успјешно спровођење и остваривање великог броја различитих дијагностичких процедура бројних обољења и патолошких стања, у релативно кратком временском интервалу, примјеном клиничких, функционалних и лабораторијских испитивања и метода.

Специјалистичка поликлиника, у организационом смислу и функционално, представља саставни діо одговарајуће медицинске дисциплине и са стационарним капацитетом, одговарајућим функционалним кабинетима, лабораторијама и рендгенском службом чини јединствени функционални циклус.

Специјалистичку поликлинику треба да чине специјалистичке службе/ амбуланте/специјалистички консултативни кабинети, а у оквиру ње своје мјесто могу да нађу и савјетовалишта, па и диспанзери, за поједине групације болесника или групе болести од већег социјално-медицинског значаја.

Основни индикатори за процјену потребног обима и развоја овакве специјалистичке поликлинике у нашим условима су:

- очекивани тренд прираштаја становништва,
- оцјена потребе и могућности за увођење савремених дијагностичких поступака и метода,
- карактер и доминантни тип система здравствене заштите (претежно болнички или амбулантни),
- развијеност система кућног лијечења обољелих,
- карактер и структура обољења популације, а посебно повећање обима хроничних масовних незаразних обољења,
- тенденција геријатризације становништва и специфичност патологије ове популације итд.

Капацитет специјалистичке поликлинике у савременој болничкој установи одређује се по нормативу од (просјечно) годишње - 1 до 1,5 специјалистички преглед по једном становнику одређеног региона.

Радно вријеме поликлиничких јединица треба да је 14 сати, тј. у двије смјене. Ефективан рад се рачуна на 12 сати дневно.

Просјечно се за један сат могу обрадити четири болесника, што значи - 40 лица дневно, односно 200 недјељно (у петодневном радном интервалу). Овакав норматив омогућава да се кроз једну специјалистичку ординацију, амбуланту, кабинет и сл. може обрадити око 10.400 болесника (рачунајући 260 радних дана) годишње. Овим прорачуном нису обухваћене допунске претраге ни интервенције које се обављају амбулантно у поли- клиници.

Структура специјалистичких дисциплина које се обављају у специјалистичкој поликлиници треба да „покрије“ све потребе и да кореспондира, с једне стране, са структуром морбидитета популације а, с друге стране, са структуром стационарних капацитета. Оцјењује се да у специјалистичкој поликлиници обавезно морају бити развијене сљедеће јединице за:

- респираторна обољења,
- болести срца и крвних судова,

- болести ендокриног система,
- болести дигестивних органа,
- болести крви,
- болести органа за кретање,
- болести нервног система,
- менталне поремећаје,
- болести бубрега и урогениталних органа,
- имунолошке и алергијске пореме- ћаје,
- оториноларинголошке болести,
- офталмолошке болести,
- гинеколошка обољења,
- педијатријску патологију,
- општу хируршку патологију,
- дерматовенеролошка обољења,
- ортопедију и трауматологију,
- геријатрију и друго.

Поликлиничка специјалистичка и консултативна служба у савременој болничкој установи добија све већи значај и улогу у савременом систему здравствене заштите и у технологији рада здравствене службе. У оквиру развијене болничке установе, на коју се „наслања“ и већи број домова здравља са тог подручја, уз богате стационарне капацитете, налазе се три функционалне групације које иначе чине јединствену организациону цјелину:

1. специјалистичка поликлиничка служба,
2. консултативна специјалистичка служба у домовима здравља и систему кућног лијечења,
3. консултативна субспецијалистичка служба регионалног значаја.

Према томе, у оквиру специјалистичке поликлиничке службе, у форми кабинета и специјалистичких ординација, али и савјетовалишта, обухваћене су сљедеће дисциплине:

- општа интерна,
- кардиологија,
- пуломологија,
- ендокринологија,
- гастроентерологија,
- хематологија,
- реуматологија,
- алергологија са клиничком имуно- логијом,
- неуропсихијатрија,
- нефрологија,
- општа хирургија,
- трауматологија са ортопедијом,
- урологија,
- пластична хирургија,
- оториноларингологија,
- офталмологија.

Сви ови дијелови поликлинике савремене развијене болнице директно се и двосмјерно везују за одговарајућу стационарну једницу.

Служба (центар, завод, лабораторија) за функционалну дијагностику у савременој болничкој установи представља скуп кабинета и функционалних јединица у којима се, најчешће опремом високе технолошке вриједности, врши функционално испитивање органа, односно биолошких, менталних, физиолошких, метаболичких и других функција људског организма или појединих органа.

У савременој болничкој установи треба да буде организован рад ове службе у сљедећим организационим сегментима (кабинетима или сл.):

- функционална дијагностика плућа,
- функционална дијагностика срца и крвних судова,
- функционална дијагностика ендокриних органа,
- функционална дијагностика нервног система,
- функционална дијагностика бубрега и урогениталних органа,
- функционална дијагностика дигестивног тракта и јетре и сл.

У оквиру ове службе може да буде лоцирана и:

- јединица за примјену радиоизотопа у дијагностици,
- јединица за примјену ултразвука у дијагностици,
- јединица за компјутеризовану томографију (CT скенери сл.),
- јединица за магнетну резонанцу.

У оквиру дијагностичких испитивања плућних функција, поред осталог, обављају се и:

- тестови оптерећења плућа,
- испитивање алвеоларне вентилације и дифузије гасова,
- оцјењивање резидуалног волумена,
- анализа гасова,
- боди плетизмографија,
- спирометрија,
- бронхоспирографија, бронхоскопија, бронхографија и слично,
- радиографска и томографска снимања плућа врше се у оквиру централне рендгенолошке службе.

У оквиру функционалног испитивања срца и крвних судова, поред осталог, обавља се и:

- електрокардиографија и ергометрија,
- вектрокардиографија,
- фонокардиографија,
- ехоелектрокардиографија,
- осцилографија, плетисмографија и мјерење кожних температура,
- техника криве растварања,
- радиоизотопска дијагностика,
- анализа гасова,
- механографија и сл.

У одређеним болничким центрима врши се и катетеризација срца као дијагностичка процедура (уз снимање сине-техником и серијски).

У лабораторији-кабинету за функционална испитивања органа са ендокриним функцијама изводе се, поред осталог, сљедеће анализе и претраге:

- хроматографија,
- биолошко-ендокринолошке методе,
- ендокринолошка цитологија,
- дијететика и испитивање метаболизма,
- радиоизотопска дијагностика,
- ултразвучна дијагностика.

Функционална дијагностика дигестивног тракта и јетре, поред оста- лог, обухвата и следеће методе и дијагностичке поступке:

- езофагоскопију и гастроскопију,
- ректоскопију,
- одређену лабораторијску дијагностику,
- дијагностику ултразвуком,
- пункције јетре,
- ангиографију јетре и слезине,
- специфична метаболичка испитивања,
- радиографију дигестивног тракта и јетре,
- радиоизотопске дијагностичке методе и слично,
- ултразвучна дијагностика и сл.

Неке од наведених метода дијагностике врше се заједно са неким другим службама (рендген, радиоизото- пи и сл.).

Функционалнао испитивање нервног система, поред осталог, обухва-та сљедеће дијагностичке процедуре:

- електроенцефалографију,
- миографију,
- специфичне офталмолошке тестове,
- специфичне психолошке тестове и сл.

Јединица за функционално испитивање бубрега и урогениталних органа треба да је опремљена тако да се у њој могу, поред осталог, изводити и сљедећа испитивања:

- специфична испитивања урина и одређене биохемијске реакције (клиренс и сл),
- пункција бубрега,
- цистоскопија,
- рендгенографија бубрега, бешике, уретре,
- радиоренографија,
- сцинтиграфија,
- ултразвучна дијагностика.

Завод (центар, служба или сл.) за лабораторијску дијагностику мора бити оспособљен да задовољи потребе савремене дијагностике, наставе и

научноистраживачког рада. Велики број и стално растући обим нових метода претрага које се врше у разгранатим службама овакве институције претпоставља да постоје и раде најмање сљедеће лабораторијске јединице:

- биохемијска лабораторија,
- хематолошка лабораторија,
- токсиколошка лабораторија,
- алерголошка лабораторија,
- имунолошка лабораторија,
- хистопатолошка лабораторија,
- микробиолошка лабораторија,
- ензимолошка лабораторија,
- цитогенетска лабораторија и др.

По правилу све лабораторијске јединице једне савремене болнице треба да буду централизоване, лоциране на доступном простору, добро повезане између себе и пунктова одакле им долази материјал за обраду (специјалистичка поликлиника, боле- сничке собе, домови здравља) и у које се достављају резултати. То не значи да не треба да буде неких лабораторијских функционалних пунктова уз одговарајуће службе којима ове јединице служе као непосредни оперативни дијагностички кабинети (ургентни центар и сл).

Група иитернистичких дисциплина

Службе интерне медицине савремене болничке установе обухватају низ медицинских области које могу бити груписане у различите организационе форме (клинике, заводи, службе, центри) у зависности од развијености, опремљености и кадровских потенцијала установе.

У ову групацију најчешће улазе сљедеће области:

1. интерна медицина (центар, клиника или сл.) са одјељењима, посебно се организационо и функционално постављају специјализоване службе као што су:
- гастро-хепато-ентерологија
- нефрологија са центром за хемодијализу
- пулмологија
- кардиологија са коронарном јединицом
- геријатрија
- ендокринологија
- алергологија и имунологија
- реуматологија
- хематологија;
2. неуропсихијатрија (клиника, центар, служба) са одјељењима, диспанзером за ментално здравље и др. има и дневну болницу, а често и функционалну дијагностику и слично;
3. педијатрија (клиника, центар, одјељење);
4. дерматовенерологија (клиника, центар, одјељење);
5. физијатрија и рехабилитација (служба, центар).

У функционалном погледу све јединице интернистичке групације треба да остваре чврсту везу између одговарајућих погона функционалне дијагностике,

својих специјалистичких поликлиничких јединица, са својом стационарном базом, као и међусобно.

Група хируршких дисциплина

Хируршке службе савремене болничке установе садрже оне медицинске дисциплине за чију су дјелатност потребне операционе сале и друге специфичне јединице неопходне за практиковање хируршких терапијских или експлоративних метода. Ове службе могу бити груписане у форме клиника, института и служби.

У ову групацију најчешће улазе сљедеће службе:

1. хирургија (клиника, центар) са одјељењима за субспецијалистичке дисциплине; неке од хируршких служби могу бити издвојене у посебне веће организационе јединице, као на примјер:

- служба урологије (одјељење, центар)
- служба трауматологије са ортопедијом (одјељењс, центар)
- служба пластичне и реконструктивне хирургије са центром за опекотине
- посебно мјесто могу да заузимају још абдоминална хирургија са проктологијом, васкуларна хирургија са флебологијом, грудна хирургија, дјечија хирургија, неурохирургија, васкуларна хирургија, кардиохирургија и сл;

2. Гинекологија и акушерство (центар, служба) са одјељењима и одсјецима укључујући *породилиште, неонатолошку службу,* као и *савјетовалишта* за одређене програме рада у спровођењу шире здравствене заштите жена (за контрацепцију, за труднице, за малигне болести и сл);
3. оториноларингологија (центар, служба) у оквиру које посебно место заузимају:

- фоноаудиологија
- отологија
- бронхоезофагологија и сл;

4. офталмологија (центар, служба) са одјељењима, службама или кабинетима за:

- општу офталмолошку патологију
- ретинологију са електрофизио- логијом ока
- генетска офтамолошка обољења
- стробологију са ортоптиком и плеоптиком исл;

5. анестезиологија са реаниматологијом (центар, служба, одјељење) која води све послове анестезиологије у операционим салама, кабинетима за интервенције и разним дијагно- стичким претрагама, као и у случајевима реанимације.

Група заједничких дијагностичких и других медицинских служби

Велики број болесника на стационарном третману у једној болничкој установи (обично са 600 - 1.000 болесничких постеља), као и све развијенији капацитети специјалистичке поликлинике и функционалне дијагностике, захтијевају и

активни рад, помоћ и подршку неких других служби и институција у оквиру установе.

У ову групацију се убрајају, првенствено, сљедеће службе:

1. служба рендген дијагностике (центар, служба) са одговарајућим организационим јединицама и техничком базом, укључујући и техно-логију која користи ултразвук, компјутеризовану томографију (скенер), магнетну резонанцу и сл;
2. служба лабораторијске дијагностике (центар, служба) обухвата низ области специфичне и специјализоване лабораторијске технологије;
3. служба патолошке дијагностике - патологије (центар, служба);
4. служба за радиоизошопску дијагностику (лабораторија) служи, по правилу, за дијагностичке претраге које се врше примјеном изотопа и других метода нуклеарне медицине (ин виво и ин витро);
5. служба трансфузиологије (кабинет, станица) обавља послове клиничке трансфузиологије и службе прикупљања крви;
6. служба медицинског снабдијевања - централна апотека са одговарајућим организационим јединицама;
7. јединица клиничке физиологије;
8. јединица клиничке фармакологије;
9. централна стерилизација;
10. социјално-медицинска и хигијенско- епидемиолошка служба са одговарајућим организационим јединицама у функцији носиоца превентивно-медицинских задатака на подручју установе и шире;
11. служба физикалне медицине и рехабилитације (служба, центар) са одговарајућим јединицама;
12. служба клиничког инжењерства и информатике (компјутерски центар).

Сектор заједничких немедицинских служби
(административно - технички сервиси)

У савременој, добро развијеној, болничкој институцији сектор заједничких немедицинских служби мора бити добро организован, опремљен и екипиран тако да може обављати низ послова значајних за заједничко функционисање свих осталих служби и организационих сегмената такве болничке установе. Од залагања, усмјереног рада и програмиране активности овог сектора зависи у великој мјери оперативност, обим и квалитет рада свих стручних медицинских и парамедицинских служби, искористљивост техничке базе, стандард болесничке његе, исхрана болесника, лични стандард радника итд.

У сектору заједничких немедицинских служби налазе се сљедеће јединице:

- економско-финансијска (одсјек, одјељење),
- нормативно-правна (служба, одјсек, одјељење),
- планско-аналитичка,
- инвенстиције и инвестиционо одржавање (служба, одсјек, одјељење),
- општи послови, ХТЗ и друго (служба, одсек, одјељење),
- исхрана болесника (и особља) са централном кухињом (одсјек, одјељење, служба) и дијететиком,

- технички сервиси и радионице (служба, одјељење),
- централна перионица (одсјек),
- служба енергетике са топланом (одјељење).

У оквиру овог сектора обављају се одређени послови хигијенско-санитарне заштите и тзв. медико-санитарни послови у вези са хигијеном болесника, болничког простора, болесничке хране, спречавања интрахоспиталних инфекција итд. С обзиром на карактер и обим дјелатности, рекло би се да постоје ваљани разлози да се развијају и неке друге службе сличног карактера организацијски лоциране у оквиру овог сектора (нпр. главна сестра - техничар, служба транспорта - возни парк, служба за хортикултуру и сл.).

Клиника

Законом о здравственој заштити је прописано до клиника обавља специјализовану, поликлиничку и болничку здравствену дјелатност из одређене гране медицине, односно стоматологије.

Изузетно, клиника из одређене гране стоматологије може обављати само специјализовану поликлиничку здравствену дјелатност.

Клиника може обављати делатност ако има у радном односу најмање пет радника у звању научног сарадника или у вишем звању, од којих су најмање два наставника медицинског факултета, односно стоматолошког факултета.

Клиника обавља и образовну и научноистраживачку дјелатност.

Клиника може организовати медицинско снабдијевање за своје болеснике, под условима предвиђеним законом за апотеку.

Клиника може обављати здравствену дјелатност ако има прописани број и врсте здравствених радника, а најмање једног доктора медицине, односно доктора стоматологије специјалисту, односно ужег специјалисту, и три до четири здравствена радника са високом, односно средњом стручном спремом на шест до осам постеља.

Клинички центар

Законом о здравственој заштити је прописано да клинички центар обавља специјализовану поликлиничку и болничку здравствену дјелатност из више грана медицине, односно области здравствене заштите, као и образовну и научноистраживачку дјелатност.

Клинички центар може обављати здравствену дјелатност ако у својој области има обезбјеђене кадрове утврђене за клинику и институте.

Здравствени центар

Здравствени центар инглобира у својој структури дом(ове) здравља, болницу и апотеку. Он може обављати здравствену дјелатност ако у сваком дому здравља и општој болници има обезбеђене кадрове утврђене за те установе.

Здравствени центар који обавља и дјелатност апотекарске установе треба да има и кадрове прописане за апотеку.

Завод

Завод је здравствена установа која обавља здравствену дјелатност из једне или више грана медицине, фармације или стоматологије, односно области здравствене заштите, или за поједине групације становништва.

Завод се може основати за сљедеће области:

- трансфузију крви,
- специјализовану рехабилитацију,
- здравствену заштиту радника,
- пнеумофтизиолошку заштиту,
- онколошку здравствену заштиту,
- хитну медицинску помоћ,
- кожно-венеричне болести,
- за кућну његу и лијечење,
- испитивање и контролу лијекова,
- стоматологију,
- геронтологију,
- медицину спорта,
- заштиту менталног здравља,
- здравствену заштиту студената,
- производњу серума и вакцина и др.

Завод може да спроводи болничко лијечење и болничку рехабилитацију ако испуњава услове за специјалну болницу.

Завод може организовати и медицинско снабдевање за своје болеснике под условима утврђеним законом за апотеку.

Завод који у обављању дјелатности користи природни фактор лијечења (гас, минерална вода, пелоид и др.) дужан је да у току коришћења природног фактора прати његова љековита својства и најмање једном у три године изврши поновно испитивање његове љековитости у референтној здравственој установи.

Завод који у обављању делатности користи претежно природни фактор лијечења назива се *природно љечилиште.*

Минимум кадрова у заводу

Завод који обавља ванболничку здравствену дјелатност из једне или више грана медицине, стоматологије или фармације, односно области здравствене заштите,

може обављати здравствену дјелатност ако има најмање 10 здравствених радника и сарадника са високом стручном спремом, од којих су три специјалисти из одговарајућих грана; 10 здравствених радника и сарадника са високом стручном спремом, од којих су три специјалисти из одговарајућих грана и 10 здравствених радника са високом односно средњом стручном спремом.

Завод који обавља здравствену дјелатност из једне или више области предвиђених законом за дом здравља може обављати здравствену дјелатност ако има обезбјеђене кадрове утврђене за одговарајуће области у дому здравља.

Завод који спроводи болничко лијечење или болничку рехабилитацију може почети са радом, односно може обављати здравствену дјелатност, ако има обезбјеђене здравствене раднике утврђене за општу болницу.

Институт

Институт је здравствена установа која обавља специјализовану, поликлиничку и болничку или само специјализовану поликлиничку здравствену дјелатност.

Институт се може основати за обављање дјелатности из једне или више грана медицине, односно стоматологије, односно области здравствене заштите, а обавља и образовну и научноистраживачку дјелатност.

Институт може обављати дјелатност ако у складу са прописима о научној дјелатности има одговарајуће кадрове, опрему и просторије.

Институт који спроводи болничко лијечење и болничку рехабилитацију испуњава услове прописане за специјалну болницу.

Институт може организовати медицинско снабдијевање за своје болеснике, под условима предвиђеним за апотеку.

Институт може обављати здравствену дјелатност ако, у складу са прописима о научној дјелатности, има предвиђени број и врсте здравствених радника односно сарадника.

Институт који обавља и болничку здравствену дјелатност може почети са радом, односно може обављати здравствену дјелатност, ако има најмање једног доктора медицине специјалисту, односно ужег специјалисту и три до четири здравствена радника са високом или средњом стручном спремом, на шест до осам постеља.

ОСТАЛЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

Апотека

Апотека је здравствена установа која у оквиру своје дјелатности обавља сљедеће послове:

- врши медицинско снабдијевање становништва, здравствених установа и других организација лијековима и помоћним љековитим средствима и даје упутство за њихову правилну употребу, на основу планова набавке лијекова и помоћних љековитих средстава за редовне и ванредне потребе,
- израђује магистралне лијекове и галенске препарате,
- прати савремена стручна и научна достигнућа у области фармакотерапије и пружа грађанима информације о правилној употреби лијекова и хигијенско-дијететичких средстава.

За обављање своје дјелатности апотека може организовати огранак апотеке или јединицу за издавање готових лијекова, галенску или другу лабораторију.

Минимум кадрова у апотеци

Апотека може обављати здравствену дјелатност ако има најмање једног дипломираног фармацеута са положеним стручним испитом и једног фармацеутског техничара на три до пет хиљада становника свога подручја.

Ови кадрови обезбјеђују се и у огранку апотеке и у свакој здравственој установи која обавља дјелатност апотеке.

Минимум опреме у апотеци

Апотека може обављати здравствену дјелатност ако има сљедећу потребну опрему:

- намјештај за смјештај, израду, контролу и издавање лијекова, као и услове који обезбјеђују чување лијекова и помоћних љековитих средстава и хемикалија по прописима Југословенске фармакопеје (ормари, полице); дроге и фармацеутске хемикалије чувају се у одговарајућим судовима сигнираним према номенклатури Југословенске фармакологије,
- апарате и прибор за израду лијекова које израђују према прописима Југословенске фармакопеје, као и апарате и прибор за испитивање набављених дрога и фармацеутских хемикалија (ваге, фрижидери, посуђе),
- стручну литературу коју обухвата: Југословенску фармакопеју са свим измјенама и допунама, Formule magistrates et reagentia, Фармакотерапијски приручник, Актуелни регистар лијекова, Приручник о отровима и антидотима.

Апотекарска установа

Апотекарска установа може обављати здравствену дјелатност ако у свакој апотеци има обезбјеђене кадрове утврђене за апотеку.

Апотекарска установа која организује галенску лабораторију, фармакоинформативну службу и лабораторију за испитивање и контролу лијекова има најмање по једног дипломираног фармацеута специјалисту из одговарајуће гране фармације, у свакој лабораторији односно служби.

Апотека треба да има најмање сљедеће просторије:

- простор за издавање лијекова (официна),
- простор за чување лијекова,
- простор за израду лијекова (лабораторија),
- простор за чување запаљивих и токсичних материјала,
- санитарни чвор.

Завод и институт за заштиту здравља

Завод за заштиту здравља прати, истражује и проучава здравствено стање и здравствену културу становништва, стање и квалитет животне средине, узроке, појаву и ширење заразних и других болести социјално-медицинског значаја, утицаје еколошких фактора на здравље, али и организује и прати рад и развој здравствене службе и предлаже и предузима одговарајуће мјере у циљу заштите и унапређења здравља људи.

Дјелатност завода за заштиту здравља обухвата најмање сљедеће области:

- социјалну медицину са организацијом здравствене службе, здравствено васпитање, здравствену статистику, информатику и економику у здравству,
- епидемиологију са микробиологијом, паразитологијом и вирусологијом,
- хигијену са заштитом животне средине (дезинфекцију, дезинсекцију и дератизацију).

Завод, односно институт за заштиту здравља РС, који је одређен као референтна здравствена установа, обавља и сљедеће послове:

- координира стручни рад завода за заштиту здравља и других здравствених установа које обављају хигијенско-епидемиолошку и социјално-медицинску дјелатност у РС,
- изучава и у сарадњи са другим здравственим установама предлаже дугорочну стратегију здравствене заштите и методолошки руководи одговарајућим плановима и програмима у њеном спровођењу,
- утврђује потребне мјере и врши њихово спровођење у елементарним и другим већим непогодама и другим ванредним приликама.

Завод за заштиту здравља може обављати здравствену дјелатност ако у области социјалне медицине, епидемиологије, хигијене и микробиологије има најмање по једног доктора медицине специјалисту из одговарајуће гране медицине и три здравствена радника са високом, односно средњом стручном спремом, у свакој области.

У области здравственог васпитања завод има једног доктора медицине специјалисту, а у области здравствене статистике једног здравственог сарадника са високом стручном спремом, односно здравственог сарадника специјалисту.

Послови из дјелатности Завода за заштиту здравља обављају се у оквиру сљедећих сектора:

1. **Сектор социјалне медицине:**

- служба за планирање, унапређење и организацију здравствене заштите:
- одсјек за заштиту здравља жена, дјеце, омладине и студената
- одсјек за заштиту здравља одраслих грађана и медицину рада
- одсјек за заштиту здравља уста и зуба
- одсјек за болничку здравствену заштиту
- служба за здравствено васпитање, образовање и публицистику
- служба за здравствену статистику и информатику:
- одсјек за здравствену стати- стику
- одсјек за информатику
- одсјек за економику у здравству

2. **Сектор епидемиологије са микробиологијом и паразитологијом:**

- служба за епидемиологију:
- одсјек за епидемиологију заразних болести
- одсјек за епидемиологију хро- ничних незаразних обољења
- одсјек за здравствени надзор
- служба за микробиологију са паразитологијом:
- одсјек за бактериолошку ди- јагностику
- одсјек за тропске заразне, паразитарне болести и серологију
- одсјек за подлоге и стерилизацију
- биро за административно-техничке послове

3. **Сектор хигијене и заштите живот- не средине:**

- служба за хигијену и медицинску екологију
- служба за унапређење исхране
- служба за екотоксикологију
- лабораторија за хуману екологију:
- одсјек санитарне хемије
- одсјек санитарне микробиологије

4. **Сектор заједничких немедицинских послова:**

- служба за правне и опште послове
- служба за економско-финансиј- ске послове
- служба за техничке послове.

ДРУГИ ОБЛИЦИ ЗДРАВСТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ

Здравствене установе у приватној својини

Приватизација у области здравствене дјелатности представља се често као облик десоцијализације у систему здравствене заштите. Тема је, иначе, постала актуелна у многим земљама у свијету, а нарочито је актуелна у земљама у тзв. транзицији које су биле ситуиране у регионима социјалистичког друштвеног уређења. Свјетска здравствена организација се бави активно овим питањем посљедњих година, истражујући облике и ефекте приватне здравствене дјелатности. У оквиру тога дошло се до јединствене дефиниције да је „приватизација у здравству процес у коме невладини субјекти (или учесници у том процесу) постају укључени у обезбјеђивање здравствене заштите и финансирање тих услуга становништву“.

Ова дефиниција се не може у цјелини примјенити на статус приватне здравствене дјелатности у нашој земљи.

Сигурно је, иначе, да је процес приватизације у здравственој дјелатности (или тачније у РС - оснивање и развој здравствених установа у приватној својини) условљен и праћен промјенама политичко-социјалних прилика и околности. Посебан значај у томе је имао прелазак са, више или мање, централизоване или дириговане планске еконо- мије на тржишно оријентисану економију, чиме се ограничава или умањује улога државе и у секторима којима је прије тога доминирала, што значи и у здравственој дјелатности.

Декларацијом - стручна конференција о питањима приватизације у здравственој сфери - декларисала је да ће „однос јавног и приватног у области здравствене заштите бити једно од централних проблема у наредном периоду“. Апострофирајући да је здравствена политика одговорност државе, у Декларацији се предлажу и два облика (рјешења) тог проблема:

1. финансирање здравствене заштите треба да се врши из јавних и приватних извора, и
2. здравствене установе могу да припадају јавном и приватном сектору.

Данас још не постоји веродостојна евиденција о броју, врсти и капацитетима установа приватне здравствене дјелатности.

Структура и статус других облика здравствене дјелатности

Поред здравствених установа које су класичног типа и налазе се у државном, односно друштвеном власништу, у систему здравствене службе у РС је Законом постављена могућност оснивања и дјеловања и такозваних других облика здравствене дјелатности. Ове здравствене институције (службе, јединице, установе) могу оснивати правна лица (државна, друштвена или мјешовита) или

физичка лица здравствене струке (приватна својина грађана или групе грађана здравствених радника). То су:

1. љекарска ординација,
2. стоматолошка ординација,
3. диспанзер,
4. здравствена станица,
5. здравствено савјетовалиште,
6. апотека,
7. лабораторија,
8. поликлииика
9. спужба кућног лијечења и здравствене неге,
10. амбуланта медицинске сестре — техничара за медицинску његу,
11. болница и клиника.

За сваку од ових облика здравствене дјелатности, као и за здравствене установе, прописани су услови у погледу кадрова, опреме, просторија и лијекова.

Минимум и структура кадрова

Други облици обављања здравствене дјелатности могу обављати здравствену дјелатност ако имају (најмање) сљедеће потребне кадрове:

1. у љекарској одиосно стоматолошкој ординацији*:* једног доктора медицине, односно доктора стоматологије, са положеним стручним испитом или са положеним специјали- стичким испитом,
2. у диспанзеру: два доктора медицине специјалисте из одговарајуће гране медицине и два здравствена радника са високом, односно средњом стручном спремом,
3. у здравственом кабинету: једног доктора медицине специјалисту из одговарајуће гране медицине, *у здравственој станици:* једног доктора медицине специјалисту са положеним стручним испитом и
4. *у здравственом савјетовалшиту:* једног доктора медицине, односно доктора стоматологије са положеним стручним испитом,
5. у апотеци: једног дипломираног фармацеута са положеним стручним испитом,
6. у лабораторији: једног доктора медицине, односно дипломираног фармацеута специјалисту из одговарјауће гране медицине, односно фармације,
7. у патронажној служби: једну медицинску сестру са високом, односно средњом стручном спремом и положеним стручним испитом,
8. у поликлиници: три и више доктора медицине, односно доктора стоматологије различитих специјалности и три здравствена радника са високом, односно средњом стручном спремом,
9. у служби кућног лијечења и здравствене његе: најмање једног доктора медицине са положеним стручним испитом,
10. у амбуланти медицинске сестре - техничара за медицинску његу: једну медицинску сестру са високом, односно средњом стручном спремом и положеним стручним испитом.

Минимум и асортиман опреме

Други облици обављања здравствене дјелатности могу обављати здравствену дјелатност ако имају сљедећу потребну опрему:

1. *љекарска ординација, диспанзер и поликлиника:* радни сто, две столице, отоман за прегледе, орман за инструменте и лијекове, лампу, односно рефлектор, апарат за мјерење крвног притиска, чекић за рефлексе, топломјер, шпатуле, шприцеве, а у специјалистичкој и хируршкој ординацији - и одговарајућу другу медицинску опрему и санитетски материјал у свакој ординацији;
2. стоматолошка ординација и зубна поликлиника: унит-апарат, стоматолошке столице за пацијенте, терапеутске столице, суви стерилизатор, апарат за испитивање виталитета зуба, ормани за лијекове и инструменте, сточић за инструменте, комплет инструмената, медикамената и стоматолошких материјала неопходних за санацију и лијечење каријеса и његових компликација, обољења парадонцијума и вађење зуба у свакој ординацији, а када пружа рендгенске и зуботехничке услуге још и опрему за ортодонцију, оралну хирургију, стоматологију, протетику и зубно-технички лабораторијум;
3. здравствена станица: у љекарској ординацији*:* радни сто, две столице, отоман за прегледе, ормар за инструменте и лијекове, лампу, односно рефлектор, апарат за мерење крвног притиска, чекић за рефлексе, топломјер, шпатуле, шприцеве, а у специјалистичкој и хируршкој ординацији - и одговарајућу другу медицинску опрему и санитетски материјал; у стоматолошкој ординацији: унит-апарат, стоматолошке столице за пацијенте, терапеутске столице, суви стерилизатора, апарат за испитивање виталитета зуба, ормани за лијекове и инструменте, сточић за инструменте, комплет инструмената, медикамената и стома- толошких материјала неопходних за санацију и лијечење каријеса, његових компликација, обољења парадоицијума и вађење зуба;
4. здравствени кабинет: у рендген-кабинету: Ro-апарат са ТВ ланцем који се састоји од статива, командног стола и генератора, као и аутомат за развијање филмова или опрему за развијање и сушење филмова, негатоскоп и другу прописану опрему и средства за општу и личну заштиту од јонизујућих зра- чења, а уколико се ради са контрасним средствима мора да има комплет за антишок терапију и прибор за давање кисеоника; у другим здравственим кабинетима (за ендоскопију, за физикалну медицину и рехабилитацију и др.): специфичну опрему за њихову дјелатност;
5. здравствено савјетовалиште: у љекарској ординацији*:* радни сто, две столице, отоман за прегледе, орман за инструменте и лијекове, лампу, односно рефлектор, апарат за мјерење крвног притиска, чекић за рефлексе, топломјер, шпатуле, шприцеве, а у специјалистичкој и хируршкој ординацији и одговарајућу другу медицинску опрему и санитетски материјал; као и другу специфичну опрему и опрему и средства за здравствено васпитање.
6. *апотека:* намјештај за смјештај, израду, контролу и издавање лијекова као и услове који обезбјеђују чување лијекова и помоћних љековитих средстава и хемикалија по прописима Југословенске фармакопеје (ормари, полице),

дроге и фармацеутске хемикалије чувају се у одговарајућим судовима сигнираним према номенклатури Југословенске фармакопеје; апарате и прибор за израду лијекова које израђује према прописима Југословенске фармакопеје, као и апарате и прибор за испитивање и набављених дрога и фармацеутских хемикалија (ваге, фрижидери, посуђе); стручну литературу:

7. лабораторија: лабораторијски сто, микроскоп, спектрофотометар, центрифуга, сушионица, стерилизатор, фрижидер, орман за чување хемикалија и лабораторијског посуђа, одговарајуће посуђе и прибор за хематолошка и биохемијска испитивања или, у зависности од врсте испитивања, и другу неопходну и специфичну опрему; у микробиолошкој лабораторији: лабораторијски сто, лабораторијска вага, лабораторијска центрифуга, елек-трични вибратор, два термостата - бактериолошка, аутоклав, дестилациони апарат, суви стерилизатор, две УВ-лампе (гермицидне лампе), водено купатило, бинуклеарни микроскоп, две бутан боце са бренерима, два фрижидера - комбинована, орман за чување материјале и посуђе; у специјализованим лабораторијама за: токсиколошку хемију, санитарну хемију, патохистолошка лабораторија, галенска лабораторија и зуботехнички лабораторијум морају имати потребне радне просторије и одговарајућу специфичну опрему;
8. патронажна служба: опрема и средства за здравствено вастштање;
9. служба кућног лијечења и здравствене његе: специфичну опрему за пружање здравствених услуга у стану обољелог; апарат за мјерење крвног притиска, чекић за рефлексе, топломјер, шпатуле, шприцеве, а у специјалистичкој и хируршкој ординацији и одговарајућу другу медицинску опрему и санитетски материјал;
10. *амбуланта медицинске сеетре - техничара за медицинску његу:* опрему и средства за медицинску његу, а када по налогу доктора медицине спроводи терапију (давање инјекција, превијање, физиотерапијске услуге и др.) и другу специфичну опрему.

СОЦИЈЛНО - ЗДРАВСТВЕН Е УСТАНОВЕ

У нашем систему здравствене дјелатности, поред државних здравствених установа и здравствених установа у приватној својини, постоји и сегмент социјално-здравствених установа, превасходно у државној својини. То су:

- Центар за заштиту одојачади, дјеце и омладине
- Дом за дјецу и омладину ометену у развоју
- Дом за пеизионере и стара лица (геронтолошки центар)
- Завод за лица ометена у развоју и душевно обољела лица.

Поступак осиивања приватпе здравствеие установе

За оснивање приватне љекарске или стоматолошке ординације, апотеке или друге дјелатности у области здравства (рендген кабинет, амбулантно-поликлиничкаи стационарна установа, лабораторија и др.) надлежном органу подносе се сљедећи документи:

1. пријава за оснивање
2. љекарско уверење
3. фотокопија личне карте
4. диплома о завршеном одговарајућем факултету (зависно од врсте здравствених услуга које оснивач жели да пружа) и положеном стручном испиту односно одговарајућем специјалистичком испиту (када се оснива спе- цијалистичка ординација)
5. основ коришћења простора у којем ће се обављати тражена здравствена дјелатност (власнички лист, уговор о закупу просторија, уговор о коришћењу стана и сл.), сем кад се дјелатност обавља ван ординације
6. рјешење надлежних инспекцијских органа којим се утврђује да просторије у којима ће се обављати конкретна дјелатност испуњавају услове прописане Правилником о ближим условима за обављање здравствене делатности личним радом; ово рјешење се не тражи ако се дјелатност обавља ван ординације - на терену, у складу са Правилника о ближим условима за обављање здравствене дјелатности личним радом.
7. уредно овјерена санитарна књижица
8. изјава да му правоснажном судском пресудом није забрањено обављање тражене дјелатности и да одлуком органа старатељства није стављен под старатељство
9. изјава да ће здравствену дјелатност обављати као једино занимање
10. извод из Завода за запошљавање да се води на евиденцији незапослених лица или закључену радну књижицу уколико се налазило у радном односу.

Овај доказ је посебно значајан јер је здравствена дјелатност једна од ријетких дјелатности које се могу обављати само као једино занимање (за сада је то на такав начин регулисано Законом о здравственој заштити. Значи, оснивач радње у области здравства не може бити у радном односу.

Код обављања одређених здравствених услуга постоји изузетак када је у питању стручна спрема. Наиме, код зуботехничких лабораторија у којима се обављају

стручни послови зубне технике, осим лица које има завршени стоматолошки факултет, поло- жен стручни испит или завршену специјализацију из стоматолошке протетике, оснивач може бити и медицински техничар - зубни техничар са положеним стручним испитом.

И код пружања здравствених услуга постоји могућност да оснивач не испуњава Законом предвиђен услов стручне спреме.

Остаје обавеза оснивача да испуњава остале законом предвиђене услове.

Пријава оснивања са наведеним документима подноси се општинском органу надлежном за друштвене дјелатнсти. На територији општине то је Општински секретаријат за привреду, финансије и друштвене делатности.

У року од 3 дана по пријему пријаве за упис са свим неопходним горе наведеним доказима, надлежни орган издаје рјешење о упису оснивања и почетку рада у оговарајући Регистар и исто оглашава у Службеном гласникуј РС.

Привремени упис

Уколико оснивач жели да прије почетка опреми ординацију, може надлежном органу поднијети захтјев за такозвани привремени упис оснивања самосталне дјелатности у области здравства Уз захтјев за издавање оваквог рјешења подносе се сви докази осим доказа које се односе на просторију и санитарне књижице.

На основу овог рјешења, које има важност од једне године, не може се обављати дјелатност нити на основу њега проистичу било каква права и обавезе која ће почети да теку тек по доношењеу рјешења о оснивању и почетку рада, односно обављања здра- вствених дјелатности.

Минимум кадрова и опреме

У зависности од врсте социјално здравствене дјелатности коју обављају и броја смештених лица, односно постеља, поједине социјално-здрвствене установе имају, односно обезбјеђују преко здравствене установе, сљедеће кадрове:

1. Центар за заштиту одојчади, дјеце и омладине: једног доктора медицине, односно доктора медицине специјалисту из педијатрије и три медицинске сестре на 30 до 40 постеља и једног здравственог радника - лабораторијског техничара са положеним стручним испитом;
2. Дом за дјецу и омпадину ометену у развоју: једног доктора медицине, односно доктора медицине специјалисту и пет медицинских сестара на 30 до 40 постеља и једног лабораторијског и физиотерапетског техничара са положеним стручним испитом;
3. Дом за пензионере и стара лица (геронтолошки центар): једног доктора медицине, односно доктора медицине специјалисту, пет медицинских сестара и једног физиотерапеута на 80 до 120 постеља.
11. Завод за лица ометена у развоју и душевно обољела лица: једног доктора медицине, односно доктора медицине специјалисту и осам медицинских сестара на 150 до 200 постеља и једног физиотерапеутског и лабораторијског техничара на 400 постеља.

Социјално-здравствене установе морају да имају и минимум опреме која је прописана за љекарску односно стоматолошку ординацију у дому здравља.

Услови у погледу просторија које мора обезбједити свака здравствена устаиова

Здравствена дјелатност се може обављати у грађевинском објекту у коме су обезбјеђени сљедећи општи услови:

- да су грађени од материјала који обезбјеђују звучну и термо изолацију,
- да су прикључени на електричну и телефонску мрежу,
- да су обезбеђени водовод, канализација и гријање,
- да имају посебне просторије за оставу чистог и прљавог рубља,
- да висина просторија буде најмање 2,60 m (а изузетно 2,40 m),
- да у радним просторијама постоји текућа хладна и топла вода,
- да имају санитарни чвор уз чекаоницу, а у болници на 10 постеља санитарни чвор и туш са кадом.

За обављање здравствених дјелатности у здравственој установи, односно другим облицима обављања здравствене дјелатности, поједине просторије, у зависности од намјене, треба да имају сљедеће површине:

1. ординација: 8 до 12м^2,
2. просторије за интервенције: 10 до 15 м^2,
3. лабораторија: 10 до 15 м^2 ,
4. просторија за рендгенске прегледе и снимања: према прописима и грађевинско-техничким усдовима за рад у простору са јонизујућим зрачењем,
5. болесничка соба: 5 м^2 по болесничкој постељи за одрасле а 3,5 m^2 по болесничкој постељи за дјецу,
6. операциона сала: 16 до 25 м^2,
7. породјајна сала: 20 до 25 м^2,
8. апотека: просторија за издавање лијекова (официна) 10 до 20 м^2.

За обављање здравствене дјелатности здравствене установе, односно други облици обављања здравствене дјелатности, у зависности од врсте здравствене дјелатности, треба да имају и сљедеће посебне просторије:

1. у лабораторији: просторију за узимање узорака и за прање лабораторијског посуђа,
2. у рендген кабинету: просторију за развијање филмова,
3. у операционој односно породиљској сали: просторију за припрему и прање и за стерилизацију,
4. у дому здравља: просторију за картотеку,
5. у болници: просторију за пријем и хигијенску обраду болесника, за гардеробу, за припремање хране, за сервирање хране, за медицинску документацију и за смјештај умрлих,
6. у апотеци односно апотекарској установи: просторију за пријем и смјештај, односно чување лијекова, а када се организују и просторије за магистралну и галенску израду, односно производњу, чување и дистрибуцију лијекова.

Минимална количина и асортиман лијекова које мора имати свака здравствена установа

За почетак рада, односно обављања здравствене дјелатности, здравствене установе и други облици обављања здравствене дјелатности треба да имају седећу одговарајућу врсту и количину лијекова:

1. апотека: лекове са листе неопходних лијекова у количини која је довољна за петодневни рад,
2. апотекарска установа: лијекове са листе неопходних лијекова и листе лијекова који се могу прописати на терет здравственог осигурања у количини која је довољна за петодневни рад,
3. дом здравља: ампулиране лијекове у количини неопходној за петодневни рад,
4. општа болница, клиничко болнички центар, клинички центар: све лијекове са листе неопходних лијекова и листе лијекова који се могу прописивати на терет здравственог осигурања, у количини неопходној за пет дана рада,
5. остале здравствене установе које обављају стационарну, односно болничко-здравствену дјелатност: одговарајуће лијекове са листе неопходних лијекова и листе лијекова који се могу прописати на терет здравственог осигурања, у количини неопходној за пет дана рада,
6. други облици обављања здравствене дјелатности: одговарајуће лијекове за указивање хитне медицинске помоћи и анти шок терапију.

СЛУЖБА ХИТНЕ МЕДИЦИНСКЕ ПОМОЋИ

''Не желим да знам ни ко си, ни одакле си, већ само гдје те боли ''
(Луј Пастер)

Органиизација збрињавања хитних случајева и хитна медицииска помоћ

Пријеми и збрињавање хитних медицинских случајева обавеза је утврђена Законом о здравственој заштити. Према тим прописима здравствена установа, без обзира на своју ужу дјелатност, дужна је да пружи хитну медицинску помоћ. Ако она према својој дјелатности није у могућности да пружи потребну медицинску помоћ, обавезна је да организује одговарајући превоз и медицинско збрињавање до друге здравствене установе која може да пружи одговарајућу помоћ.

Ову дјелатност регулишу и општине својим прописом. Хитна медицинска помоћ организује у сљедећим дјелатностима:

1. општа медицина,
2. интерна медицина,
3. педијатрија,
4. хирургија,
5. дјечија хирургија,
6. трауматологија,
7. урологија,
8. неурохирургија,
9. пластична хирургија и опектине,
10. максилофацијална хирургија,
11. ТБЦ плућа и грудна хирургија,
12. гинекологија и акушерство,
13. офталмологија,
14. оториноларингологија,
15. неурологија,
16. психијатрија,
17. заразне болети,
18. дерматовенерологија,
19. хемодијализа за акутна стања,
20. стоматологија.

Посебне обавезе у пружању хитне медицинске помоћи имају домови здравља, заводи за хитну медицинску помоћ, клиничко-болнички центри и клинички центри.

Домови здравља обезбјеђују пружање хитне медицинске помоћи на свом подручју, у просторијама дома здравља и његовим истуреним јединицама

(огранак, здравствена станица, амбуланта) и преко екипе хитне и неодложне помоћи на терену, и то од 0 до 24 часа сваког дана!

За хитне медицинске случајеве који се у потпуности не могу збринути абулантно, дом здравља је дужан да организује одговарајући превоз и медицинску помоћ до друге здравствене установе која, у зависности од природе обољења или стања болесника, може обезбједити потпуно медицинско збрињавање. Иначе, према Закону о здравственој заштити, ако у мјесту постоји завод за хитну медицинску помоћ он обезбјеђује пружање хитне медицинске помоћи на терену и у својој амбуланти и то непрекидно од 0 до 24 часа, сваког дана, с тим да у времену од 7 до 20 часова хитну медицинску помоћ обезбјеђује само у случајевима који се не могу збринути у дому здравља.

У обављању својих задатака завод за хитну медицинску помоћ има сљедеће обавезе:

1. пружа хитну медицинску помоћ од стране општих и специјализованих екипа нагло обољелим, повређеним и отрованим, на мјесту разбољевања, односно повређивања и у току транспорта до дефинитивног збрињавања,
2. обавља санитетски превоз обољелих и повређених на захтјев друге здравствене установе и на захтјев корисника здравствене заштите,
3. обезбјеђује сталну приправност за вријеме одржавања јавних скупова, спортских манифестација и др.

У складу са планом развоја здравствене заштите, завод организује помоћне пунктове (станице) у општинама, у циљу што бржег пружања хитне медицинске помоћи.

Болнице, односно клиничко-болнички центри учествују у пружању хитне медицинске помоћи из области интерне медицине и хируршких дисциплина сваког дана.

Смјене у збрињавању ургентних стања трају од 7 часова тог дана када се дужност преузима до 7 часова наредног дана.

У обезбјеђивању хитне медицинске помоћи у овим установама, у оквиру свог редовног рада, учествују и љекари других специјалности, као консултанти или у непосредном пружању хитне медицинске помоћи.

Задаци Клиничког центра у обезбјеђивању хитне медицинске помоћи су сљедећи:

1. обезбеђује хитну медицинску помоћ за кориснике у случајевима најтежих обољења и стања и то:

- политрауме и теже коштано-зглобне повреде
- неуротрауме и неурохируршка обољења
- опекотине
- ампутације дијелова тела
- тровања
- тежи поремећаји срачног ритма где је неопходна уградња електростимулатора срца
- тежа неуролошка обољења
- кожне болести
- заразне болести
- ТБЦ и друге болести плућа

- повреде и обољења ока
- обољења и повреде уха, носа и грла
- криза стања у психијатрији (помоћ преко теле-апела)
- ургентна уролошка и нефролошка стања,

2. обезбјеђује хитну медицинску помоћ за остале случајеве и стања када се корисници непосредно обраћају за помоћ или их у циљу пружања хитне медицинске помоћи довозе до одговарајуће службе других здравствених установа.

Све здравствене установе које учествују у збрињавају хитних медицинских случајева обавезно организују рад дијагностичких служби (биохемијско-хематолошке лабораторије и радиолошке службе).

Здравствене установе су обавезне да у ај када обезбеђују хитну медицинску помоћ планирају одређени број слободних постеља које служе искључиво за смјештај хитних медицинских случајева.

Хитпа медицинска помоћ ваздушним путем

На иницијативу Ауто-мото савеза Југославије (1984), а у сарадњи са савезним органом за здравствену заштиту и службу, у оквиру АМСЈ основана је 1985. године прва хеликоптерска станица за хитну медицинску помоћ ваздушним путем. Већ 1986. године функционисало је на подручју СФРЈ шест станица за ваздушно спасавање са одговарајућим бројем санитетских хеликоптера, а обезбеђена је била и могућност коришћења посебног санитетског авиона за санитетске транспорте повређених и обољелих ургентних случајева на дужим релацијама. У 1987. години Савезни комитет за рад, здравство и социјалну заштиту прописао је и посебан Правилник о ме- дицинским индикацијама и критеријумима за коришћење санитетских хеликоптера за превожење повређених односно обољелих лица. Тако је цијели овај пројекат укључен у укупни систем здравствене службе и постао је значајан сегмент подсистема хитне медицинске помоћи у СФРЈ.

Основни задаци ове службе били су остварење најбрже, поуздане, безбједне и ефикасне помоћи витално угроженим, повређеним или обољелим лицима. У хеликоптерима је уграђена специјална савремена медицинска опрема за реанимацију а, уз пилота и копилота, налази се љекар специјалиста анестезиолог - реаниматор (по потреби и љекар друге одговарајуће специјалности) и медицински техничар, сви оспособљени за указивање хитне медицинске помоћи и реанимацију. Одлуку о ангажовању хеликоптера доноси љекар на терену који пружа помоћ повређеном или обољелом ако оцијени да се ради о првом реду хитности, према већ утврђеним и прописаним индикацијама за потребну хитну медицинску помоћ вадушним путем. Поред љекара позив могу упутити и органи МУП-а.

ОРГАНИЗАЦИЈА И ОСНОВИ МЕТОДОЛОГИЈЕ СИСТЕМА КУЋНОГ ЛИЈЕЧЕЊА БОЛЕСНИКА

Основни социјално-медицински и економски фактори за развој кућног лијечења

У теорији и пракси организоване здравствене заштите становништва систем кућног лијечења и бриге о болеснику у правом смислу ријечи - као интерпонирана етапа у комплексној борби за обољелога између неопходног ванболничког а потребног интрахоспиталног третмана болесника - јавља се тек у овом вијеку. Тек су развој медицине, технологије и саобраћаја, с једне стране, и измјене општих друштвено-политичких односа и учвршћење схватања о међузависности психофизичких капацитета појединаца и средине у којој живе и раде, с друге стране, довели до рађања идеје о могућностима и предностима кућног третмана обољелих.

Данас већ велики број земаља спроводи организовано кућно лијечење. У нашој земљи почело се са организованим кућним лијечењем извјесних категорија туберкулозних болесника тек педесетих година, да би се касније таква пракса проширила и на извјесне групе других врста болести. Промјена структуре општег морбидитета, с карактеристичним падом и сужавањем обима обољелих од заразних болести и порастом, односно проширењем, обима хроничних дегенеративних болести, наметнула је потребу систематског праћења ових болесника, првенствено у условима дневног боравка и рада. Интензивнији развој овог вида здравствене заштите намећу такође еволуција савремене болнице и економски фактори.

Захваљујући савременим техничким достигнућима у погледу медицинске опреме (која се лако може транспоратовати и користити у стамбеним објектима), затим саобраћајним средствима (којих је све више), као и све већем броју здравствених радника разних профила, кућно лијечење обољелих је могуће подићи на ниво лијечења у самој болници. Улога савремених институција за хоспитализацију значајно је измијењена. Њихова функција није само куративни рад унутар установе, него све више излази из класичних норми и проширује се на подручје ван болнице. Поликли- нике, диспанзери, активно праћење болесника и сл. постају неопходни дијелови данашњег болничког система. Давно су прошла времена када је болница била право изоловано острво куративне медицине. Савремена болница, поред свог основног дијагностичког и терапеутског задатка и рехабилитације, усавршавања здравственог особља и научноистраживачког рада, преузима и низ задатака из шире области јавног здравства.

Комитет стручњака за организацију медицинске његе Свјетске здравствене организације дошао је до закључка да се амбулантно лијечење и лијечење код куће може препоручити, а под извјесним условима и за извјесне болести чак и нарочито препоручити. Исти Комитет сматра службу за његу код куће допуном болничке његе. Она треба да буде дио болничких служби уколико је болнички систем у одређеном региону адекватно развијен.

Поред организационих и економских фактора, битан утицај на развој система кућног лијечења добија обим и структура обољевања и повреда и све присутнији феномен неуротизације популације, а посебно најактивнијих њених сегмената, које све више утичу на биланс здравља људи и активност здравствене службе.

Број прегледа, разних дијагностичких и терапеутских процедура, као и хоспитализација расте из године у годину у свим здравственим установама, далеко изнад захтјева изазваних позитивним демографским кретањима.

У свему овоме нарочито су евидентне значајне социјално-медицинске и економске посљедице које су настале усљед непрекидног пораста хоспитализованих болесника који су лијечени у разним стационарним установама. Њихов број енормно расте утицајем многобројних фактора.

Најчешћа појединачна обољења и патолошка стања која су узрок одсуствовања са посла су сљедећа:

1. респираторна обољења органа за дисање,
2. болести органа за варење,
3. обољења мишића и костију,
4. повреде на раду,
5. порођај, компликације и трудноћа,
6. повреде ван рада,
7. обољења коже и поткожног ткива,
8. болести нервног система и чула,
9. обољења урогенитално-мокраћних органа,
10. психичка и психонеуротична обољења,
11. обољења срца и крвних судова,
12. паразитарне и остале инфективне болести.

Запажено је да међу посматраним обољењима једна показују континуирано опадање, друга континуирани пораст, а трећа циклично нестабилно кретање (пораст и пад случајева боловања). Најучесталија су обољења органа за дисање, обољења срца и крвних судова, затим повреде, обољења органа за варење и обољења органа за кретање (мишићи и кости). Остала обољења нису тако учестала.

У новије вријеме, у систему лијечења уопште, а такође и у кућном лијечењу, рехабилитација добија све универзалнији значај; она се примјењује свугдје гдје тјелесно или психичко оштећење доводи у питање способност самосталног сналажења, способност за рад, способност за самостално привређивање. Амбијент стана, микро- клима и породица у овоме имају још значајнију улогу.

Здравствени радник је превасходно тај који, својим ангажовањем и примјеном одговарајућих медицинских и психолошких мјера, треба да поврати болесника у стање телесне и менталне равнотеже, да га учини способним за социјалне и професионалне активности у друштву. Добро здравствено стање популације и појединца услов је за задовољавање и постизање свих животних циљева јединке и друштва у цјелини, а при појави тјелесних или психичких симптома болести људи западају у стање неспокојства, конфликта и несигурности због неизвјестности о даљем току болести. У погледу ме- нталног здравља и борбе против иманенте „плиме неуроза“, нову суштину и нову садржину чине напори да се упоредо с потребним физичким оспособљавањем врши и методични психо- терапеутски

рад који треба да адаптира болесника на новонасталу ситуацију, да предупреди и разријеши све комплексе, трауме, кризе и сумње у даље нормално функционисање. Та неуротична суперпозиција, која се према схватањима психијатара појављује у форми ресентимента (комплексно осећање огорчења и прекора на људе, на живот), веома је изражена код болесника са тјелесним оштећењима и осакаћењима, нарочито усљед несреће. И у том погледу комплексно кућно лијечење, добро ситуирани тим здравствених и других радника и модерно усмјерена патронажна служба могу да имају заначјну улогу.

Принципи хуманости у медицини у савременим условима живота, нарочито у систему социјализиране здравствене заштите, добијају нове форме и суштинске квалитете. Односи болесник - здравствени радник могу се много повољније успоставити на „болесниковом терену“ (у стану, у породици), што није у супротности са савременим развитком медицинске науке.

Психијатрија је већ неопозиво утврдила да болесник од љекара очекује свестрану подршку и помоћ бар у фази настанка болести, и то више него што се претпоставља. Такође је познато да психолошка помоћ чланова породице и пријатеља и реалистичка подршка, коју љекар у периоду болести пружи болеснику, нису мање значајни од примјене планиране медикаментозне терапије или предузете хируршке интервенције и других мјера које се примењују у ијечењу.

С друге стране, пледира се да став терапеута према болеснику мора бити реалистичан и одмјерен. Негативне ефекте у лијечењу могу створити и разне медицинске процедуре које су непотребне или сувишне, а изводе се у стационарима рутински за све болеснике.

Одвајање болесника од домаће средине и утицај болничког амбијента и становање у истој соби с непознатим особама изазива у неких болесника, нарочито дјеце, стрес с негативним посљедицама, како на психу болесника, тако и на ток његовог лијечења.

И неки хуманитарни разлози намећу потребу увођења и интезивирања система (праксе) кућног лијечења. Многи старији, тешки и неизлијечиви болесници желе да своје посљедње дане проведу у кругу својих најмилијих. Не мање важни од споменутих јесу и економски разлози. Болничко лијечење је скупље и од најбоље организованог кућног лијечења. Пошто трошкови стана, хране, свијетла и огрева у болницама падају на терет фондова здравственог осигурања, односно болесника и његове породице, то је кућно лијечење за висину ових трошкова јефтиније од болничког.

Поред истакнутих психолошких, хуманитарних и економских елемената, организовано и успјешно спровођено кућно лијечење има и низ других предности, као на примјер:

- могућност да се поред лијечења спроводи здравствено просвећивање болесника и цијеле породице (савјети о њези, о хигијенском начину живота и исхрани),
- могућност рада на превенцији обољења и превентиви уопште, као и отклањању штетних навика чланова породице,
- постизање скраћења дужине апсентизма итд.

Због ових, и низа других сличних фактора, субјективних или социјално - економског карактера, систем лијечења (дијагностике, терапије и рехабилитације) болесника у кућним условима представља један од прихватљивих видова комплексне здравствене заштите становништва.

Делокруг, спровођење и организација службе кућног лијечења

Кућним лијечењем се сматра пракса указивања организоване и контролисане медицинске помоћи у стану оним болесницима који, због природе или карактера болести или ране, не могу да долазе на амбулантно лијечење, а којима није неопходан смјештај и третман у стационарној здравственој установи. При томе, кућно лијечење мора бити тако организовано и спровођено да болесницима пружи комплетан и са- времен медицински третман.

Кућно лијечење може да буде *примарно,* када се спроводи од самог почетка обољења, на нивоу поликлиника односно диспанзер - стан пацијента; и *секундарно,* када је оно наставак болничког лијечења које на извјесном степену болести није више безусловно потребно, а болесник још није потпуно излијечен.

Спровођење кућног лијечења треба да обавља љекар опште праксе са својим тимом. Кућно лијечење тежих болесника захтијева проширени тим који чини, осим чланова редовног тима, и љекар - специјалиста одговарајуће гране медицине као консултант, а ако је у питању вид продуженог стационарног третмана, још и љекар који је болесника лијечио у болници, такође као консултант. Поред ових, проширени тим треба да сачињавају још и кућна његоватељица и социјални радник, који ће умногоме допринијети што бржем рјешавању неких проблема и оздрављењу болесника. Бабица ће, у случају потребе, у оквиру свога звања указивати одговарајућу стручну помоћ. У појединим случајевима неће бити потребни сви чланови проширеног тима, па ће се у тим случајевима кућно лијечење и тежих болесника моћи успјешно спроводити и без неких чланова проширеног тима.

У поступку при спровођењу примарног кућног лијечења обично љекар опште медицине поставља дијагнозу, одређује терапију, прописује све потребне дијеталне, терапеутске и опште хигијенске мјере и оцјењује радну способност активних осигураника. Медицинска сестра, као члан тима, аплицира одређену терапију, води потребну документацију и евиденцију, мјери температуру, објашњава и контролише узимање лијекова и спровођење одређене терапије и укључује чланове породице у спровођење терапеутских мјера.

Патронажна служба у свему има превасходно важне задатке. Кућна његоватељица је важан фактор у кућном лијечењу, нарочито у случајевима гдје нема таквих чланова породице који би болеснику могли и хтјели ефикасно да укажу потребну његу.

Социјални радник, као члан тима или патронажне службе, има тежак и деликатан задатак да учествује у рјешавању разних проблема социјалне, материјалне или личне природе, нарочито када је ријеч о тешким и неизлијечивим болесницима.

У систему организације кућног лијечења неопходно је, дакле, да буде омогућено и да љекари-специјалисти, ванболничке или болничке службе, дођу у кућу болесника, на позив љекара опште медицине, у циљу вршења конзилијарног прегледа и по- стављања правилне дијагнозе и терапије.

За ефикасно и успјешно обављање кућног лијечења треба да буду испуњени сљедећи предуслови:

- постојање кућног љекара, односно љекара који може водити бригу о здрављу читаве породице,
- тачно постављена дијагноза као услов да би се што раније отпочело са каузалном терапијом;
- одговарајући стамбени, економски и социјални услови такође морају да буду испуњени (болесник има свој кревет односно собу, одговарајућу исхрану итд.),
- обезбјеђен превоз љекара до болесника,
- искључење сваке контраиндикације за кућни третман.

Добро организовано и спровођено кућно лијечење претпоставља да се за сваког болесника води „листа кућног лијечења“, у којој ће се евидентирати подаци из анамнезе, статуса, дијагнозе, терапије и радне способности, као и о лабораторијским, рендгенским, ЕКГ и другим налазима, затим налазима конзилијарних прегледа, евиденција о промјенама у току лијечења, као и о завршетку и исходу лечења.

Спроводећи кућно лијечење љекар посјећује болесника редовно дневно или повремено, по позиву или по свом нахођењу, већ према тежини болести и стању болесника. Основне дужности љекара су да:

(1) поставља дијагнозу,

(2) одређује терапију,

(3) цијени радну способност,

(4) одређује најцелисходнију дијету,

(5) прописује прикладан начин понашања болесника за вријеме болести,

(6) одређује послове и задатке медицинској и патронажној сестри, кућној неговатељици и социјалном раднику (према потреби),

(7) одређује које лабораторијске, рендгенске и друге специјлне прегледе треба извршити и

(8) сазива конзилијарне прегледе;

Медицинске и патронажне сестре, односно социјални радник, иду у кућне посјете дневно, односно повремено, већ према потреби. Они контролишу узимање лијекова, спровођење одређене терапије и придржавање упутстава љекара, дају препоруке за отклањање свих штетних утицаја, упућују укућане у правилну његу болесника, рјешавају евентуалне социјалне проблеме. Посебна пажња се посвећује благовременом спровођењу мјера у циљу што бржег оспособљавања и рехабилитације болесника.

Кућне посјете се врше у одређено вријеме, уз обезбјеђење могућности да се кућни љекар, у случају хитне потребе, може позвати у свако доба.

О свеукупном раду води се одређена медицинске евиденција и статистика која је идентична болничкој.

Улога патронажне службе дома здравља у кућном лијечењу

Поливалентна патронажна служба се организује у оквиру дома здравља као посебна организациона јединица. Таква установа најчешће осигурава цјелокупну ванболничку здравствену заштиту становништва, па према томе и заштиту здравља породице као цјелине, а патронажна служба чини интегрални дио те здравствене службе и саставни дио овакве установе.

Служба медицинске патронаже мора да се, поред здравствених служби, чврсто повеже и са службама здравственог осигурања, социјалне помоћи (центром за социјални рад), са органима за превентиву при МУП-у, као и другим одговарајућим комуналним службама. Заједничком акцијом свих ових заинтересованих органа и служби често су ријешени, не само многи социјални, већ и медицински проблеми обољелих појединаца или читавих породица.

Дјелатношћу у оквиру свог обима рада патронажна служба извршава сљедеће задатке:

- активно учествује у спровођењу кућног лијечења - контролом извршавања љекарских налога, учешћем у спровођењу терапије, хигијенско- дијететског режима исхране и осталих процедура у вези с лијечењем. Медицинска сестра из патронажне службе обавјештава љекара свакодневно о стању болесника, току и резултатима лијечења, као и потреби нових кућних посјета од стране љекара;
- учествује у спровођењу евентуалних потребних вакцинација и ревакцинација, како у припремној фази тако и у самом извођењу, осигурава кућну његу и изолацију обољелих од заразних болести, редовним обиласцима породица учествује у проналажењу првих знакова и у раном откривању акутних или хроничних заразних или других обољења;
- учествује у спровођењу одговарајућих мјера у циљу одржавања радне способности хроничних болесника и бржег опорављања рековалесцената, као и старих и изнемоглих лица којима је неопходна кућна њега, остварује и организује учешће и помоћпри кућној њези активиста Црвеног крста припремљених за кућну његу болесника.
- учествује у спровођењу медицинске, социјалне, психолошке, а дјелимично и физикалне рехабилитације болесника с разним врстама оштећења привременог или трајног карактера и стара се о упућивању инвалидних лица на рехабилитацију;
- учествује у спровођењу здравствене заштите жена, нарочито у вези с трудноћом, порођајем, пауперијумом - остваривањем везе с бабицом и диспанзером за жене;
- учествује и помаже у спровођењу специфичне здравствене заштите одојчади, дјеце предшколског и школског узраста, како код куће тако и здравственим, социјалним и школским установама;
- учествују активно у спречавању, лијечењу и искорјењивању разних видова социјално-медицинских болести, нарочито алколизма, проституције, ширења венеричних болести итд;
- пружа помоћ у рјешавању разних социјално-економских проблема породице и појединаца, довођењем штићеника у везу са одговарајућим друштвеним факторима у органима управе надлежним за ове проблеме.

Болести и патолошка стања код којих је индицирано кућно лијечење

Уколико се систем кућног лечења озбиљно постави и буде организовано и одговорно спровођен, може постати значајан чинилац у рационалној и ефикасној заштити здравља популације.

Најзначајније групе патолошких стања у којима је кућно лечење нарочито примењиво су следеће:

1. акутне болести разних генеза без озбиљних компликација,
2. хроничне болести органа за дисање,
3. хорнична компензована стања срца,
4. субдекомпензована кардиоваскуларна обољења,
5. хорнична реуматска обољења,
6. хронична и акутна БК негативна туберкулозна обољења,
7. хорнична обољења гастроинтестиналних органа,
8. одређени поремећаји неуровегетативног система без опасности по околину,
9. неке неурозе и неки лакши психотични синдроми,
10. акутна заразна обољења дјеце без компликација,
11. повреде доњих екстремитета, фиксиране фрактуре екстремитета и кичме,
12. реконвалесценти и рехабилитанти,
13. многи геријатријски и социо-медицински „проблеми",
14. такозвани безнадежни случајеви (терминални) могу бити подесни за кућно лијечење ако се чланови породице упознају са стварним стањем и прогнозом обољења.

Добром организацијом у повољним стамбеним, социјалним и економским условима могу се у кући болесника лијечити све болести за које не постоје контраиндикације. Мора се, међутим, пазити да се у кућном лијечењу не пређе у сваштарење, чиме би се оно могло компромитовати.

При избору болесника којима се може пружити кућно лијечење води се по правилу рачуна о општим индикацијама и контраиндикацијама за кућно лијечење, о стамбеним, економским и социјалним условима, као и удаљености мјеста становања и о комуникацијама. Често хуманитарни и психолошки разлози имају одлучујућу улогу у одређивању индикација за кућно лијечење (тешки декомпензовани кардиопати, тешка стања узетости након апоплектичног инзулта итд).

Природа хроничних кардиоваскуларних обољења је таква да поред медикаментозног третирања захтијевају и одређени хигијенско-дијететски режим. Већина ових болесника приморана је да се, због тежине и природе болести, прво хоспитализује, а касније се продужује са амбулантним или кућним лијечењем. То се нарочито односи на сљедећа обољења:

- акутна исхемична обољења срца,
- декомпензовани реуматички вицијуми,
- артериосклеротична и дегенеративна обољења срца,
- апоплектични инзулти и слично,
- артериосклеротична и дегенеративна обољења миокарда,
- хипертензија,
- реуматични вицијум и миокардтитис,

- стање након саниранога акутног инфаркта миокарда,
- стање послије апоплексије мозга,
- облитерирајућа обољења артерија доњих удова итд.

С обзиром на тежину и озбиљност обољења, сви болесници у субдекомпензованом и декомпензованом стању приморани су да леже и мирују. Уз то, већини болесника се аплицирају парентерално кардиотоници, те се мировање таквих болесника током лијечења сматра и примарном индикацијом за потребу спровођења кућног лијечења.

Након завршеног кућног лијечења болесник се преводи на амбулантно-диспанзерско лијечење, односно на болничко лечење у случајевима погрошања обољења или појаве тежих компликација. Према потреби врше се и повремени конзилијарни или консултативни прегледи од других специјалиста.

Према искуствима из неких земаља, одлични резултати су постизани кућним лијечењем психијатријских болесника, а посебно оних са неуролошким проблемима.

Према савременим схватањима, природа већине неуролошких обољења је таква да њихово лијечење уз медикаментозну и физикалну терапију захтијева мировање, нарочито у болној фази. Искуство показује да ови болесници веома оптерећују ординације љекара опште праксе и неуропсихијатријске амбуланте. Већина ових боле- сника, нарочито у почетном стадијуму болести, не може бити хоспитализована због оптерећености неуролошких одјељења, па су упућени на амбулантно лијечење које се углавном састоји од медикаментозне терапије, уз веома честу контролу у амбуланти. Ако је медикамент ординиран у виду инјекција, болесник је приморан да свакодневно долази да би примио инјекцију, а тиме је нарушен основни захтјев у лијечењу ове болести - мировање. Поред тога, доминантан фактор је и сазнање да већина болесника нерадо пристаје на болничко лијечење, због психолошких момената у вези с промјеном средине, због нарушавања комодитета, а и због предрасуда према неуропсихијатријским одјељењима које још нису ишчезле.

Основна индикација од које се мора поћи у кућном лијечењу оваквих болесника јесте да такво неуролошко или психијатријско обољење, уз осталу медикаментозну и физикалну терапију, захтијева мировање. То су најчешће сљедећа обољења:

- лумбоишиалгије,
- обољења других периферних нерава,
- хемипареза после апоплектичног инзулта,
- мултипла склероза,
- цереброваскуларне кризе,
- лакши облици неуроза и психоза, изузетно.

За спровођење кућног лијечења ангажује се обучена медицинска сестра која свакодневно обилази болесника, аплицира лијекове, негује болесника и даје упутства њему и укућанима, а по потреби примењује и физикалну терапију (електрофорезу, електростимулацију, кинезитерапију, КТ терапију). Неуропсихијатар обилази болесника два до три пута недељно, врши контролни преглед и даје упутства болеснику и укућанима о лијечењу и њези болесника.

Кућно лечење по правилу траје док се не постигне побољшање у толиком степену да се болесник без већих тешкоћа може кретати. Тада се лијечење наставља у дому здравља или болничкој поликлиници даљом медикаментозном и физикалном терапијом све до оспособљења за рад. При томе је јасно да кућно лијечење не може бити замена за болничко лијечење ових болесника, већ се као вид лијечења интер- понира између амбулантног и болничкоглијечења .

5.

ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ И ЗДРАВСТВЕНИ САРАДНИЦИ

''... небеским сводом не постоји нико тако достојан поштовања као здравствени радник који има знања и осјећање бриге за своје пацијенте, као и нико достојнији презрења него здравствени радник који то нема...''

(проф. др Аведис Донабедиан, свјетски експерт за квалитет у здравству

ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА

Стручно-медицинске мјере, поступке и активности у здравственој дјелатности, у зависности од њихове сложености, обављају здравствени радници и здравствени сарадници са одговарајућом школском спремом и положеним стручним испитом, а одређене послове и задатке и са одговарајућом специјализацијом.

Здравствени радник је лице са завршеном медицинском школом или другом школом медицинске односно здравствене струке, као и лице са завршеним медицинским, стоматолошким и фармацеутским факултетом које испуњава и друге услове утврђене законом.

Здравствени сарадник је лице са завршеним средњим односно вишим или високим образовањем других занимања које обавља одређене послове здравствене дјелатности у здравственој установи.

Здравствени радници, у зависности од степена школске спреме и послова здравствене дјелатности које обављају јесу:

1. доктор медицине, доктор стоматологије, дипломирани фармацеут, дипломирани фармацеут - медицински биохемичар;
2. медицинска сестра са високом стручном спремом , медицински техничар са високом стручном спремом, здравствени техничар (са ближом ознаком смјера);
3. медицинска сестра - техничар, лабораторијски техничар, фармацеутски техничар, зубни техничар.

Да би здравствени радник могао да обавља здравствену дјелатност мора да има одговарајуће стручно образовање и то:

1. доктор медицине - завршен медицински факултет, доктор стоматологије - стоматолошки факултет, дипломирани фармацеут и дипломирани фармацеут/медицински биохемичар - фармацеутски факултет, а за одређене послове и задатке и одговарајућу специјализа-цију;
2. виша медицинска сестра/виши медицински техничар, виши здравствени техничар и виши зубар - завршену одговарајућу високу медицинску школу;
3. медицинска сестра-техничар - завршену средњу медицинску школу одго-варајућег смјера.

Законом је регулисано и да су здравствени радници приликом пријема дипломе о завршеном школовању, а здравствени сарадници приликом пријема на рад у здравствену установу, дужни да потпишу изјаву - заклетву да ће се у обављању свога позива придржавати начела утврђених у Хипократовој заклетви и Кодексу етике здравствених радника.

Здравствени радници и здравстве- ни сарадници дужни су да у спровођењу здравствене заштите примјењују само провјерене и научно доказане методе и поступке у превенцији, дијагностицирању, лијечењу и рехабилитацији, као и у пракси потврђене традиционалне методе и поступке које одобри одговарајућа референтна здравствена установа.

Забрањено је обављање здравствене дјелатности од стране лица која се у смислу закона не сматрају здравственим радницима и здравственим сарадницима.

С обзиром на укупне професионалне, етичке и хумане обзире, као и на законске обавезе, с правом су неки аутори основне етичко-дентолошке обавезе здравствених радника сврстали у сљедеће групе:

1. **Дужност према болеснику:**

- да пружају здравствене услуге корисницима на начин који је утемељен на савременој медицинској науци и пракси,
- да лијече свакога ко им се обрати без обзира на расу, вјеру, националност и политичко увјерење,
- да не повреде ничију личност нити његово достојанство,
- да поштују права корисника и њихову психолошку интимност,
- да чувају тајност чињеница из личног живота откривених у току лијечења,
- да користе конзилијарна мишљења љекара специјалиста кад је то потребно,
- да траже сагласност болесника за све дијагностичке и терапијске поступке,
- да не напуштају започето лијечење.

2. **Дужност према себи и колегама:**

- да пазе на уредност и чистоћу,
- да спроводе моралан живот,
- да не излажу опасности свој живот и здравље и избјегавају штетности по здравље,
- да се непрестано стручно усавршавају,
- да гаје тимски рад и другарство,
- да бране колегу од неоправданих тужби и клевета.

3. **Дужности према друштвеној заједници:**

- да развијају заједничку одговорност за здравље с корисницима и њиховим заједницама,
- да развијају судјеловање корисника у пословима планирања, организирања и спровођења мјера здравствене заштите,
- да развијају сарадњу здравства и других дјелатности у здравственој заштити,
- да осигуравају права корисницима на здравствену заштиту,
- да рационално користе средства намијењена за рад здравства и спровођење мјера здравствене заштите и здравственог осигурања.

ОПИС ПОСЛОВА И ЗАДАТАКА ПО ОДРЕЂЕНИМ РАДНИМ МЈЕСТИМА У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ

На основу статута здравствене установе и правилника о организацији рада и снстематизацији радних мјеста, а у складу са листом радних мјеста, директор доноси преглед описа послова и задатака по радним мјестима.

Под пословима радног мјеста подразумевају се перманентне активности радника којима се извршавају дјелатности организационих јединица, а под задацима се подразумијева скуп утврђених поступака које радник треба да изврши на радном мјесту, односно активности које представљају дио укупних радних задатака организационих јединица.

Заједнички послови радних мјеста систематизовапих у болничким јединицама

Начелник

1. Руководи радом и одговоран је за цјелокупни стручни рад и организацију процеса рада; наредбодавац је за све послове;
2. стара се о извршавању планова и програма рада болничке јединице којом руководи и организационих јединица у њеном саставу;
3. предлаже организацију и план рада;
4. координише и усклађује рад руководилаа организационих јединица;
5. врши надзор над радом свих радника;
6. стара се да се лијечење и њега болесника обављају у складу са токовима савремене медицинске науке;
7. непосредно је одговоран за рад специјалистичких и субспецијалистичких поликлиника и организује консултативну и конзилијарну службу;
8. организује семинаре за медицинско особље, првенствено за љекаре, у циљу праћења најновијих достигнућа медицинске науке у лијечењу, њези, исхрани и рехабилитацији болесника;
9. стара се о правилној обуци љекара на специјализацији и љекара на стажу;
10. организује научно - истраживачки рад и руководи њиме;
11. стара се о спровођењу мјера заштите на раду и противпожарне заштите;
12. обавља визите и учествује у клиничком и поликлиничком раду у оквиру своје специјалности односно уже специјалности, а у свему према опису послова љекара специјалисте своје организационе јединице.
13. Спроводи одлуке и закључке директора, управног одбора и стручног колегију- ма.
14. Дужан је да у свему поступа према обавезама из уговора о спровођењу здравствене заштите, научноистраживачког рада, испитивања и атестирања лијекова и друго.

За свој рад непосрендо је одговоран директору.

Начелник центра или службе

1. Организује и одговара за цјелокупни стручни рад;
2. наредбодавац је за све послове;
3. одговоран је за извршење годишњег плана рада своје организационе јединице;
4. по договору и овлашћењу начелника организује сарадњу са другим институцијама и службама у оквиру центра (службе) и изван њега;
5. стара се да се лијечење и њега болесника обавља у складу са токовима савре- мене медицинске науке;
6. непосредно је одговоран за рад субспецијалистичке поликлинике и организује консултативну и конзилијарну службу;
7. организује семинаре за медицинско особље;
8. утврђује дневни распоред рада особља;
9. обавља визите према утврђеном распореду и потреби;
10. контролише рад одјељења, одсјека и кабинета у саставу и врши непосредну контролу рада свих радника;
11. обавља и надзире рад у субспецијалистичким дијагностичко- терапеутским поступцима;
12. рјешава спорове између болесника и радника;
13. учествује у клиничком и поликлиничком раду у оквиру своје специјалности односно уже специјалности, а у свему према опису послова љекара специјалисте своје организационе јединице.

За свој рад одговара начелнику.

Начелник одјељења

1. Организује рад одељења и распоређује послове на поједине раднике одјељења;
2. свакодневно утврђује програм рада одељења;
3. одговара за примјену дијагностике, терапије и његе болесника и ради на њиховом унапређењу;
4. координира рад одјељења са другим одјељењима и другим медицинским орга- низационим јединицама;
5. брине се о квалитетној обради болесника и уредном вођењу историја болести;
6. у заједници са осталим љекарима специјалистима одјељења поставља индикације за допунска испитивања и терапијске процедуре које имају одређене ризике;
7. надзире рад здравствених и других радника на одјељењу и одржава радну и другу дисциплину, предлаже план стручног усавршавања и научноистраживачког рада одјељења;
8. одржава радну и другу дисциплину;
9. предлаже план стручног усавршавања и научноистраживачког рада одјељења;
10. одржава в зите на одјељењу и учествује у клиничком и поликлиничком раду у оквиру своје специјалности, а у свему према опису послова љекара специјалисте своје организационе јединице;

11. учествује у дежурству односно раду у смјенама.

За свој рад је непосредно одговаран начелнику.

Шеф одсјека

1. Води болеснике одсјека и у том смислу врши све послове у вези са дијагностиком и терапијом, одређивањем врсте дијета и његе болесника;
2. обавља конзиларне и консултативне прегледе;
3. учествује у клиничком и поликлиничком раду у оквиру своје специјалности односно уже специјалности, а у свему према опису послова љекара специјалисте своје организационе јединице;
4. проучава посебну стручну проблематику којом се одсјек бави и усавршава методолошке поступке и активности у рјешавању ове проблематике;
5. брине се за коришћење савремених терапијских метода у лијечењу болесника, као и о благовременом и уредном ординирању терапије;
6. учествује у организовању рада на одсјеку, распореду рада на одсјеку и амбуланти и сарадњи са начелником;
7. самостлано или заједно са начелником одјељења одређује болеснике за приказ на јутарњим састанцима, семинарима;
8. брине се за етички и хуман став према болеснику;
9. при отпусту болесника даје своје мишљење о завршној дијагнози, даљем поступку и потписује отпусне листе;
10. подстиче стручно-научни рад и стручно усавршавање радника одсјека;
11. учествује у дежурству или раду у смјенама.
12. у кабинету прегледа пацијенте помоћу метода које се примјењују у том кабинету, стара се о одржавању постојеће опреме кабинета;
13. врши надзор над осталим особљем које ради у кабинету и организује послове у вези са радом његове службе.

За свој рад непосредно је одговаран начелнику.

Љекар специјалиста

1. Обавља све дијагностичке и терапеутске послове своје специјалности односно уже специјалности. Дужан је да ради у свим организационим дијеловима по налогу начелника.
2. У стационару води болеснике које му одреди непосредни стручни руководилац;
3. редовно, свакодневно прегледа болеснике у болесничким собама, обавља потребне медицинске интервенције, разматра добијене резултате лабораторијских анализа и других дијаностичких претрага, одређује дијете и терапије својих болесника, планира даље испитивање и на крају лијечења пише отпуснице са епикризом и отпусним писмом, уз савет о даљим контролама и евентуалном продужењу лијечења послије отпуста;
4. непосредно је одговоран за лијечење и његу болесника који су му повјерени;

5. прати и примјењује најновија достигнућа у медицинској науци;
6. обавља консултативне прегледе према утврђеном рапосреду;
7. дужан је да ради на било ком дијелу и у ординацијама супспецијалистичке поликлинике;
8. дужан је да присуствује визитама које организује стручни руководилац јединице у којој ради и да реферише о стању болесника које води;
9. обавезан је да учествује на јутарњим састанцима и договорима око дневног рада;
10. води историје болести и другу прописану медицинску документацију;
11. надзире рад медицинских и других радника са којима ради, у смислу извршавања издатих наређења;
12. учествује у обучавању љекара на специјализацији, клиничких љекара и љекара стажера;
13. дужан је да ради у смјенама или дежура према распореду који сачини непосредни руководилац.
14. у супспецијалистичкој поликлиници води болеснике којима није потребна хоспитализација, или им није омогућена, и у том смислу утврђује дијагностику, одређује терапију, исхрану и његу својих болесника;
15. даје стручна мишљења о стању болесника, врши оцјену здравствене и радне способности на тражење љекара примарне заштите, инвалидске и пензионе комисије; у кабинету прегледа пацијенте и испитује их помоћу метода које се примењују у том кабинету;
16. врши надзор над особљем које ради у кабинету.
17. Љекар специјалиста са стручним звањем **примаријус**, поред горе побројаних послова и задатака, врши конзилијарне прегледе у поликлиници и стационару;
18. унапређује стручни рад у својој организационој јединици предлажући увођење нових метода и поступака и непосредно ради на стручном усавршавању љекара на специјализацији и клиничких лекара.
19. Љекар специјалиста са научним звањем **магистар медицинских наука**, поред послова љекара специјалисте односно супспецијалисте, бави се научнои- страживачким радом као методом;
20. публикује своје научноистраживачке радове и сарађује са другим институци- јама које се баве научноистраживачким радом.
21. Љекар специјалиста са научним звањем **доктор медицинских наука**, поред послова љекара специјалисте, бави се унапређењем научноистраживачог рада и носилац је научноистрживачких пројеката;
22. предлаже увођење нових метода и поступака у циљу побољшања стручно медицинског рада;
23. сарађује се другим институцијама које се баве научноистрживачким радом.

За свој рад је непосредно одговоран начелнику одјељења односно одсјека на коме ради.

Љекар на специјализацији

Обавља све послове љекара које му ставе у задатак начелник одјељења, односно шеф одсјека и љекар специјалиста ментор коме је додијељен на обучавање; помаже лекару специјалисти код интервенција или их сам спроводи када за то

буде оспособљен; врши лично усавршавање у организационим јединицама или изван њих и испуњава све обавезе које проистичу из програма о специјализацији; дужан је да ради у сменама или дежура према утврђеном распореду.

За свој рад одговара начелнику одељења, односно шефу одсека и од- говарајућем лекару специјалисти - ментору.

Главна медицинска сестра / техничар радне јединице

1. Организује и координира рад медицинских сестара/техничара и помоћног особља на нивоу радне јединице;
2. организује преко главних медицинских сестара одговарајућу интензивну, полуинтензивну и општу његу болесника и обезбјеђује да се благовремено спроводе све одређене дијагностичко- терапеутске и рехабилитационе процедуре код болесника;
3. редовним обиласцима контролише реализацију стручног рада и правилан ток његе;
4. обавезно присуствује јутарњим састанцима код начелника и рапорту дежурног љекара;
5. учествује у главним визитама које прави начелник и прима одређене задатке које затим распоређује на извршиоце;
6. прави визите са главним сестрама/техничарима;
7. одговорна је за примјену кућног реда; организује стручно усавршавање медицинских сестара/техничара путем семинара и ради на сопственом стручном усавршавању;
8. контролише ниво хигијене;
9. води и одговорна је за инвентар и предлаже друга одговорна лица;
10. требује лијекове и одговорна је за њихову дистрибуцију;
11. учествује у организацији здравствено-васпитног рада са болесницима;
12. учествује у контроли мјера заштите на раду и ХТЗ мјера.

За свој рад одговара начелнику и главном медицинском техничару уста- нове.

Главна медицинска сестра/техничар центра (одјељења)

1. Организује рад свих медицинских сестара/техичара и осталог помоћног особља;
2. прави распоред рада особља за његу и помоћног особља по смјенама, одређује им радне задатке и врши надзор над њиховим радом;
3. координише рад унутар центра и са другим у оквиру центра;
4. организује одговарајућу интензивну, полуинтензивну и општу његу; одговорна је за благовремено спровођење одређених дијагностичких, терапеутских и рехабилитационих процедура код болесника;
5. одговорна је за тачно спровођење љекарских налога у домену својих задатака;
6. ангажује се код болесника у извођењу захвата које изискују веће стручно знање и техничку вјештину;
7. учествује у главним визитама;

8. сваког јутра одржава кратке састанке са медицинским сестрама/техничарима који предају ноћну смјену;
9. лично или преко одговорних сестара болесничких јединица, одсјека или смјене прима нове болеснике и одређује врсту његе према налогу ординирајућег љекара;
10. посвећује одговарајућу пажњу при отпусту болесника;
11. организује премјештај болесника у друге организационе јединице или другу здравствену установу;
12. прима и уводи нове раднике на посао, стурчно едуцира медицинске сестре за самосталан рад према предвиђеном програму;
13. требује и контролише дистрибуцију лијекова, чува и контролише дистрибуцију наркотика;
14. организује слање болесника на прегледе у друге организационе јединице и изван центра;
15. организује стручно усавршавање медицинских сестара/техничара путем семинара и ради на сопственом стручном усавршавању;
16. стара се о правилном и досљедном спровођењу кућног реда;
17. учествује у организовању здравствено - васпитног рада са болесницима;
18. води и одговорна је за инвентар;
19. требује и одговорна је за исправност медицинске опреме;
20. врши требовање одјељенске хране и контролише њену дистрибуцију;
21. обезбјеђује потребно болничко рубље и контролише сакупљање и отпремање употребљеног рубља на прање, стара се о редовном санитарном и другом прегледу особља и води евиденцију о њима и оба- вља и друге послове из свог дјелокруга рада.

За свој рад одговорна је начелнику и главној сестри центра.

Виша медицинска сестра/техничар

1. Обавља све послове медицинске сестре/техничара у општој њези, пру- жа специјалну његу сврсисходну врсти и намјени болесничке јединице, врши реанимационе поступке код болесника у вези терапије, дијагностике и рехабилитације, врши најсложеније сестринске интервенције;
2. врши припрему болесиика и асистира љекару при интервенцијама које захтевају већу стручност и вјештину, рукује и брине о правилној примјени медицинских апарата код прегледа болесника;
3. обезбјеђује неометано обављање визита, учествује у визити и обавјештава љекара о стању болесника;
4. спроводи вјештачку исхрану болесника;
5. врши подјелу терапије;
6. даје инфузије;
7. узима крв за крвну групу, требује и даје трансфузије крви и крвних деривата;
8. припрема болеснике за разне дијагностичко-терапијске претраге;
9. уредно води медицинску документацију неопходну за добар увид у медицински третман и здравствено стање болесника;

10. активно учествује у спровођењу здравствено-васпитних метода у болничкој јединици;
11. помаже средње медицинском кадру у стручном усавршавању и едукацији;
12. учествује у стручном оспособљавању здравствених радника тако што своје знање и радно искуство преноси медицинским сестрама приправницама и ученицима и студентима медицинских школа и ради на реализацији програма из здравственог васпитања.
13. Ради и све друге послове из домена медицинских сестара које јој одре- де непосредно претпостављени.

За свој рад непосредно је одговорна главној медицинској сестри/техничару института или одјељења.

Виша медицинска сестра / техничар у **интензивној њези**

1. Обавља све послове више медицинске сестре/техничара у општој њези и спроводи свакодневну специјалну његу болесника сврсиходну врсти и намјени болесничке јединице, спроводи одговарајуће мјере реанимације и неопходне мјере дисања и друге једноставније методе физикалне терапије;
2. спроводи активну заштиту болесника од инфекција, од настанка декубитусних рана, као и заштиту од порем ћаја функције дигестивног и уринарног тракта;
3. његује болесника непосредно послије пружених хируршких и других медицинских интервенција и помаже им код првих устајања из по-стеља;
4. посматра промјене код тешких болесника, прати и региструје, по по-треби и налогу љекара, стање свијести, понашање, боју коже и видљивих слузокожа, стање респираторног, дигестивног, уринарног тракта и локомоторног система;
5. асистира љекару код прегледа болесника или код вршења одговарајућих медицинско-техничких радњи;
6. припрема болеснике за разне дијагностичко-терапеутске интервенције; води листу биланса примљене и излучене течности из организма болесника;
7. правилно рукује, чува и одговарна је за опрему и санитетски и други материјал који користи у раду, у случају смрти болесника лично или заједно са средње медицинским сестрама спроводи прописане поступке код обраде умрлог и слања посмртних остатака са болничке јединице и скупа са љекаром одговорна је за правилност поступака од момента смрти болесника до отпремања леша са болничке јединице.

Обавља све друге послове медицинске сестре/техничара у интернзивној њези своје болничке јединице.

За свој рад непосрендо је одговорна главној медицинској сестри/техничару института или одјељења односно одсјека.

Медицинска сестра/техничар

1. На пословима у општој њези болесника намјешта болесничке постеље, пресвлачи постељно и лично рубље болесника;
2. прати и региструје температуру и пулс болесника;
3. стара се да амбијент болесничке собе повољно психички утиче на болесника;
4. прати стање болесника и уочене објективне промјене и субјективне тешкоће и саопштава љекару или одговорној медицинској сестри;
5. помаже љекару код прегледа или вршења одређених медицинско-техничких радњи код болесника;
6. пружа помоћ медицинским сестрама/техичарима са вишом спремом код спровођења специјалне његе болесника и пружања најсложенијих сестринских интервендија;
7. врши припрему болесника за дијагностичке прегледе и претраге;
8. врши припрему материјала, прибора и медицинских апарата за рад;
9. врши подјелу ординиране терапије;
10. стара се да сваки болесник добије дијету која му је прописана;
11. припрема отопине за дезинфекције и врши дезинфекцију предмета;
12. узима од болесника биолошки материјал за разне лабораторијске претраге и прегледе по налогу љекара;
13. даје клизме болесницима;
14. мјери сакупљену диурезу, предузима потребне мјере за спречавање интрахоспиталних инфекција;
15. уредно води медицинску документацију неопходну за добар увид у медицински третман и здравствено стање болесника, из домена њеног рада;
16. спроводи одговарајуће методе здравственог васпитања болесника ради усвајања хигијенских навика и неопходних знања из опште и менталне хигијене;
17. по сачињеном распореду укључује се у смјенски рад.
18. Ради и све друге послове из домена медицинских сестара које јој одреде непосредно претпостављени.

За свој рад непосредно је одговорна главној медицинској сестри/техничару института и одељења односно одсјека.

Медицинска сестра / техничар у **интензивној њези**

1. На пословима на полуинтензивној и интензивној њези у болесничкој јединици, поред послова медицинске сестре/техничара у општој њези врши и пресвлачење постељног и личног рубља болесника више пута у току дана по потреби;
2. умивање и његу болесника у болесничкој постељи;
3. купање и пребрисавање болесника у болесничкој постељи;
4. обављање свакодневне масаже болесника ради спречавања настанка декубитуса и промјену положаја болесника у кревету, по потреби више пута;
5. давање болеснику у постељи посуде за мокрење или дефекацију и његу гениталних органа, по потреби;

6. вршење физичке и психичке припреме код болесника за очуваном свешћу прије узимања хране и храњење болесника који не могу сами да се послуже;
7. спровођење вјештачке исхране болесника;
8. давање опште и локалне терапије у постељи;
9. спровођење једноставнијих мјера реанимације;
10. у случају смрти болесника врши спровођење прописаних поступака код обраде умрлог и слања посмртних остатака из болничке јединице и скупа са љекаром и вишом медицинском сестром/техничарем одговорна је за правилност поступака од момента смрти болесника до отпремања леша из болничке јединице;
11. помаже медицинским сестрама/техничарима са вишом спремом код припремања болесника за разне медицинске интервенције и код спровођења специјалне његе болесника;
12. по сачињеном распореду ради у смјенама.
13. Ради и све друге послове из домена медицинских сестара које јој одреде непосредно претпостављени.

За свој рад непосредно је одговорна главној медицинској сестри/техничару института и одјељења односно одсјека.

Медицинска сестра/техничар у функционалној дијагностици

1. Обавља специјализоване и више сложене послове у поступку функционалног испитивања и дијагностичког третмана болесника на лијечењу и третману у болесничкој јединици;
2. асистира љекару код прегледа и функцоналног испитивања и пружања одговарајућих стручно-медицинских услуга;
3. рукује апаратима и уређајима јединице функционалне дијагностике и само-стално обавља одређене медицинско- техничке радње на функционалном ис- питивању болесника из домена њеног рада;
4. одговорна је за тачност добијених вриједности функционалног испитивања;
5. припрема потребан материјал, прибор, апаратуру и медицинске инструменте за обављање функционалног испитивања и дијагностичких поступака, било да неке самостално изводи или асистира љекару приликом њиховог извођења;
6. води рачуна о исправности апаратуре, инструментарија и прибора функционалне дијагностике и одговорна је за њихову припремљеност за употребу и могућност брзе примјене;
7. врши припрему болесника за функционална испитивања и дијагностичке прегледе и претраге;
8. обавља послове здравствене његе на медицинском збрињавању болесника док је на функционалном испитивању;
9. дужна је да уредно води медицинску документацију неопходну за добар увид у медицински третман болесника из домена њеног рада.
10. Ради и све друге послове у функционалној дијагностици које јој одреде непосредно претпостављени.

За свој рад непосредно је одговорна главној медицинској сестри/техничару института и одјељења односно одсјека.

Болничар

1. Обавља све послове који су везани за општу хигијену болесника и болесничке постеље;
2. купа и пресвлачи болесника и врши пресвлачење и намјештање болесничких постеља;
3. одржава чистоћу кревета и ноћних ормарића;
4. стара се о редовној дистрибуцији чистог и прљавог веша;
5. носи узети материјал на анализе и лабораторију;
6. даје клизме и опрема болеснике за разне рендген претраге;
7. води тешке болеснике на рендгенолошке прегледе и друге прегледе у центру и изван њега;
8. храни тешке болеснике;
9. транспортује тешке болеснике носилима и врши друге помоћне медицинске послове.
10. Ради и све друге послове из домена свога рада које му одреди главна сестра/техничар института односно одјељења.

За свој рад непосредно је одговоран главној медицинској сестри/техничару института и одељења односно од- сека.

Административни радник

1. Обавља све административно-техничке послове у болничкој јединици и њеној амбулантно-поликлиничкој служби;
2. формира историје болести за примљене болеснике, узима потребне податке од болесника или њихових пратилаца;
3. води матичну књигу болесника цијеле болничке јединице;
4. разводи историје болести и архивира их;
5. издаје отпусне листе болесницима;
6. куца и доставља одговарајуће извјештаје о раду болничке јединице;
7. свакодневно води евиденцију о кретању болесника на одјељењу и доставља одговарајуће статистичке дневне и мјесечне извештаје;
8. одговоран је за тачно узете податке о лежећим и амбулатним болесницима и о евиденцији пружених здравствених услуга;
9. обрачунава лијекове из историје болести;
10. свакодневно носи рачуне са отпусним листама пријемној служби и доноси пошту из архиве, како за запослене тако и за болеснике и дистрибуира је;
11. припрема одговарајућа љекарска увјерења, као и дупликате отпусних листа и другу медицинску документацију у сарадњи са ординирајућим љекаром и прослеђује их за отпрему;
12. два пута седмично врши попис болесника по собама и списак ставља на огласну талбу;
13. у случају смрти болесника, обавјештава родбину телеграмом и испуњава сву потребну документацију;
14. све приспеле резултате по отпусту болесника улаже у историју болести и сва- кодневно пакује историје болести болесника који су отпуштени;
15. у амбулантној служби води амбулантни протокол и обезбјеђује административни дио за издавање рецепата и упута за анализе;

16. према распореду који утврди начелник болничке јединице, дужан је да обавља послове свог радног мјеста у било ком дијелу болничке јединице.

За свој рад одговара начелнику.

6.

НАДЗОР НАД РАДОМ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

ОБЛИЦИ И НАЧИН СПРОВОЂЕЊА НАДЗОРА НАД РАДОМ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА, ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА И САРАДНИКА

Здравствена служба као јавна друштвена дјелатност изложена је вишеструком надзору и контроли свога рада. У нашем друштвено-политичком систему институирано је чак седам врста надзора:

1. надзор над стручним радом здрав- ствених радника и здравствених установа,
2. надзор путем здравствене инспекције,
3. надзор путем санитарне инспекције,
4. надзор путем инспекције рада,
5. контрола пословања путем финансијске инспекције,
6. надзор који врши надзорни одбор при свакој здравственој установи,
7. контрола извршења планова рада односно уговора о пружању здра- вствених услуга.

Разумије се да и пацијенти - корисници услуга здравствених радника односно здравствених установа, представљају својствен механизам ''тихог'' надзора над радом здравствене установе и здравствених радника са којима долазе у контакт.

С обзиром на развоја приватне здравствене дјелатности и ширење лепезе услуга за које директно сносе трошкове, с једне стране, и пораста броја здравствених институција, са друге, овај облик надзора добијаће све већи значај.

Због важности здравствене дјелатности успостављен је правни основ за спровођење ових облика надзора законима република (Закон о јавним службама, Закон о здравственој заштити и др.) Пошто је здравство проглашено јавном службом, одређено је да тај систем обавља дјелатност којом се, у општем интересу, обезбеђују одређена права грађана, задовољење њихових потреба и остваривање и других општих интереса, утврђених другим законима.

Законом о здравственој заштити и ''Упутством министра за здравље о спровођењу надзора над стручним радом здравствених установа, здравствених радника и здравствених сарадника'' одређено је да се врши надзор ради увида у квалитет стручног рада, спровођења стручно-медицинских доктирна као и провјере услова за обављање здравствене дјелатности.

Законом су декларисана и следећа правила о извођењу овог надзора:

1. Здравствени радници и здравствени сарадници за стручни рад одговарају стручном руководиоцу организационе јединице односно службе, односно руководиоцу тима здравствених радника; стручни руководилац за свој рад и рад јединице, односно службе одговара директору здравствене установе.
2. Надзор над стручним радом врши се као спољни надзор и као унутра- шњи надзор. Спољни надзор над стручним радом организује мини- старство за здравље преко истакнутих здравствених радника односно здравствених установа и факултета. Спољни надзор може бити редован и ванредан. Редован надзор се врши стално.

3. Здравствена установа дужна је да обезбиједи сталан унутрашњи надзор као и спољну контролу квалитета рада, у складу са законом.
4. Министарство здравља може забранити обављање одређених послова здравственој установи или њеном делу и другим облицима обављања здравствене дјелатности, у потпуности или дјелимично, ако на основу извештаја о извршеном надзору над стручним радом утврди да су недостаци у раду такве природе да могу изазвати теже посљедице по здравље грађана.
5. Надзор над стручним радом здравствених радника и здравствених сарадника са високом стручном спремом врши се и провјером њихове оспособљености за примјену савремених достигнућа медицинске и других наука. Организацију и начин спровођења провјере утврђује министарство здравља, по прибављеном мишљењу Српског љекарског друштва, Фармацеутског друштва и одговарајућег факултета и републичке организације за здравствено осигурање.
6. Захтјев да се изврши надзор над стручним радом може поднијети грађанин, ппривредно друштво, установа, организација здравственог осигурања, надлежни орган управе и правосудни орган. Захтјев се подноси министарству здравља које разматра захтјев за вршење надзора над стручним радом и у свом закључку обавјештава подносиоца захтјева о утврђеном чињеничном стању и предузетим мјерама.
7. Министарство здравља иначе уређује начин и поступак спровођења спољног и унутрашњег надзора над стручним радом и мјере за отклањање уочених недостатака као и друга питања од значаја за спровођење надзора над стручним радом.

Према Закону о јавним службама оснивач здравствене установе може бити: република, општина и друго правно или физичко лице, у складу са Законом прописаним условима. При томе, основно начело за рад и функционисање овакве установе јесте остваривање циљева ради којих је основана. У оквиру тих начела обавеза сваке установе јесте да под једнаким условима, уредно и квалитетно обезбиједи остваривање права грађана и задовољавање потреба корисника као и остваривање другог општег интереса ради којег је институција и основана. Својим статутом и другим општим актима установа је овлашћена да уреди начин пружања услуга и њиховог коришћења од стране грађана.

С обзиром на овако постављена начела и важност здравствених установа, законом је утврђено право државних органа да врше: надзор над њиховим радом (управни надзор), право контроле услова под којима се њихова дјелатност одвија (инспекцијски надзор) и обавеза организовања (одн. и спровођења) надзора над стручним радом здравствених радника па и здравствених установа (без обзира на облик својине).

Са социјално-медицинског аспекта, по свом садржају и посљедицама, највећи значај и вриједност за развој и рад здравствене дјелатности има надзор над стручним радом здравствених радника и здравствених установа.

Надзор над стручним радом је општеприхваћени термин којим се означава програм и дјелатност чији су основни циљеви - праћење и анализирање услова рада, коришћење савремене дијагностичке технологије и терапијских доктрина, квалитета пружања здравствених услуга и медицинске његе, задовољства корисника здравствене заштите и сл. Оваква дјелатност је и у свијету све више предмет интереса надлежних државних организација и институција, али и стручних и сталешких. Све више се сада користи термин евалуација или контрола квалитета здравствене заштите, односно механизама обезбјеђења квалитетне здравствене заштите. У сваком случају, оваква дјелатност, остваривана перманентно одговарајућом методологијом унутар здравствене установе (интерни надзор) или споља (екстерни стручни надзор), представља саставни дио цјелокупног савременог система здравствене заштите.

Савремена здравствена дјелатност у многим аспектима постала је слична једном врло сложеном технолошки и организационо разуђеном комплексном производном процесу у коме бројни профили стручњака, обично тимски, рјешавају појединачне здравствене проблеме, али све чешће и здравствене проблеме групе грађана или болесника. При томе је разумљиво да су развој и достигнућа медицинске технологије, као и измијењено стање у погледу морбидитета и морталитета у популацији, условиле преоријентацију усмјерења здравства, избор правних приоритета и промјене у програмима дјеловања. Све то, уз све веће захтјеве корисника да здравствене установе брже и квалитетније рјешавају нарасле здравствене проблеме, довело је до нужности да се осигура одговарајући стандард квалитета рада. Тај квалитет мора директно кореспондирати са достигнутим нивоом медицинске и других наука, чија се достигнућа користе у процесу пружања здравствене заштите, уз обавезно поштовање етичких принципа и начела хуманизма, али и са захтјевима ефикасности коју здравствени систем мора приказати.

Одавно се у пракси у свијету, а и код нас, законом прописује надзор над стручним радом или оцјена (евалуација) квалитета који пружају здравствене установе. При томе се користе утврђене *стручно-методолошке доктрине, нормативи и стандарди* чија је основна функција да се оцјењује или мјери ниво и квалитет медицинских услуга и оцјењује рационалност рада здравствене установе, службе или појединих љекара.

Основни циљ спровођења надзора над стручним радом јесте провјера примјене у пракси познатих и признатих научних и стручних метода, технологија и поступака од стране љекара и других здравствених радника.

Овај надзор се у пракси остварује путем:

1. процјене услова и облика организације као и начина рада здравствених радника са становишта оптималности, ефикасности, рационалности и доступности,
2. процјене услова за примјену и примјена у пракси савремених метода и поступака у дијагностици и терапији обољелих и повређених, односно становништва у цјелини (или одређених групација популације),
3. извршења програма здравствене заштите с обзиром на постављене циљеве, приоритете и задатке,

4. оцјене спровођења одговарајућих прописа из области здравствене заштите и здравственог осигурања,
5. евалуације степена стручне спреме и спровођења програма стручног усавршавања здравствених и других радника,
6. оцјене односа према грађанима и болесницима.

У методологији спровођења надзора над стручним радом здравствених радника неопходно је обезбиједити:

- да тај надзор буде континуиран процес у самој установи (интерни стручни надзор),
- да се институира таква технологија рада која ће обезбиједити да та ''контрола'' постане дио садржаја рада здравствених радника и
- да инструментаријум и мјере овог облика надзора буду јединствени за све учеснике у процесу надзора и да буду прихватљиве у пракси.

Континуираност надзора над стручним радом се осигурава мотивисањем радника за самоконтролу, затим узајамном контролом и институционалном формом надзора (интерне комисије за стручни надзор).

Прихватљивост надзора се осигурава јасним дефинисањем предмета надзора, обезбјеђењем временских и техничких услова за то, коришћењем стручних норматива, стандарда, норми и доктрине у вршењу надзора, доступношћу и могућности провјере свих резултата спроведеног надзора као највећим доказом да је он у функцији унапређења стручног рада и развоја дјелатности.

Комплексан процес надзора над стручним радом састоји се од неколико облика, који чине цјелину и један другог допуњују, а то су: самоконтрола, узјамна контрола, контрола путем интериих комисија, контрола путем екстерних комисија (спољни надзор).

1. Самоконтрола (лична евалуација сопственог рада) као облик надзора над стручним радом представља контролисање сопственог рада путем прихватања и пажљивог спровођења утврђених савремених научних и стручних поступака, метода и вештина.
2. Узајамна контрола представља међусобну контролу, односно контролу рада чланова тима у извршавању задатака од стране руководиоца тима односно службе, као стални садржај рада. При томе се оцјењују сарадници и утиче се на њих да усвајају и у раду примјењују савремене методе, да се стручно усавршавају, да се етички понашају и хумано односе према болесницима и да његују пристојне међусобне односе.
3. Интерна комисија врши контролу над стручним радом а именује је директор здравствене установе из редова руководилаца и истакнутих стручњака. У оквиру ове дјелатности могу се укључити и Етички комитет, Комисија за стручно усавршавање, Научни одбор установе и слично, што се регулише Правилником о унутрашњем надзору над стручним радом установе.
4. Комисија за надзор над стручним радом, коју именује министар здравља или овлашћена здравствена установа референтног нивоа, спроводи екстерни надзор над стручним радом и непосредним увидом посебно оцјењује следеће:

- извршење планова и програма,

- кадровске и просторне капацитете установе односно појединих служби,
- техничке услове рада и стандарде опреме,
- организацију рада појединаца, тимова и служби (одељења),
- постојање и спровођење програма стручног усавршавања, одржавање стручних састанака и радних договора,
- организацију пријема болесника (заказивање прегледа, систем консултативне службе, поликлиничка дјелатност стационарних установа, пријем хитних случајева и обрада и сл.),
- примену јединствене номенклатуре,
- постојање и примјену стручно- методолошких протокола, каталога вјештина и метода и сл.,
- могућности коришћења и практиковање савремених метода у дијагностици, терапији и рехабилитацији,
- социјално-медицинску дјелатност, хигијенско-санитарни надзор и спровођење мјера профилаксе против интрахоспиталних инфекција,
- здравствено-васпитну дјелатност (у установи и изван ње),
- коришћење савременог информационог система,
- начин вођења медицинске документације и евиденције,
- истраживачки и научноистраживачки рад у цјелини и по појединим дјелатностима,
- стручно-пубдицистичку дјелатност појединаца и установе у цјелини,
- кретање структуре морбидитета и узрока морталитета у популацији (или међу обољелима),
- извршење специфичних послова (као што су мртвозорство, вјештачење, обдукције, љекарске комисије),
- обим и облике едукације стручних кадрова са стране (обавезни стаж, специјализације, магистратуре и докторати),
- испитивање и обраду мишљења и оцјена болесника односно грађана о односу здравствених и других радника према њима (примјена деонтолошких начела), организацију пријема и рада са њима; доступност служби - временска, територијална, економска и сл.

Кључни мотиви за установљавање институције надзора над стручним радом здравствених радника и здравствених установа јесу обезбјеђење професионалног квалитетног свакодневног рада на пружању медицинских услуга односно здравствене заштите становништва. Постоји, иначе, дужност сваког здравственог радника да, по природи свог позива, пружа најбољу здравствену заштиту, и то не само са аспекта стручности већ и са аспекта медицинске етике. И док се раније љекарска етика сводила само на дефиницију да је то скуп правила о моралном *(етикос =* моралан) понашању које укључује начела хуманости и праведности, у новије вријеме ови принципи су постали и дужност, па се сада говори о љекарској деонтологији *(деон* = дужност, *логос* - мјера, наука). И док се раније здравствена заштита сводила на односе љекар - болесник, данашња здравствена дјелатност постаје јавна служба па тај комплекс односа постаје знатно шири и чине га љекар (и други здравствени радници) - болесник - друштво.

Социјално-медицинска конотација здравствене дјелатности и здравственог радника у њој дају квалитетно другачији значај овој служби, али и намећу шире

одговорности: моралне, радне, правне, друштвене и друге. Тиме се проширује и круг етичко-деонтолошких обавеза здравствених радника које се заснивају не само на Хипократовој заклетви већ и на Кодексу здравствених радника и обавезама из Закона о здравственој заштити итд. Те обавезе се могу сврстати формално у три групе: дужности према болеснику, дужности према себи и колегама и дужности према друштвеној заједници.

Дакле, сврха надзора над стручним радом љекара и других здравствених радника и установа у којима раде превасходно и јесте да се изврши евалуација квалитета испуњавања обавеза које проистичу из те три групе дужности. При томе се полази, прије свега, од тога да је сваки љекар, односно сваки здравствени радник, прије „ступања у радни однос“, у току едукације (путем каталога знања и вјештина) и у току рада (кроз праксу) утемељио у себи најважније етичко-деонтолошке особине и стекао суму знања и вјештина којима може квалификовано и квалитетно да пружа здравствену заштиту.

На важност надзора над стручним радом, с друштвеног аспекта, указују такође дужности и права у остваривању здравствене заштите која проистичу из Закона о здравственој заштити и Закона о здравственом осигурању, а та права и дужности су:

1. Основпе законске дужности корисиика (грађана):

- чување здравља,
- брига о здрављу других, посебно особа о којима се обавезно брину,
- пружање прве помоћи другоме,
- обавјештавање здравствених установа о појави опасности за здравље других, заразних бодести, случајева смрти, док су остале дужности регулисане другим прописима, нарочито правилницима о коришћењу здравствене заштите у здравственим установама.

2. Основне законске дужности здравствених радника:

- поштовање права корисника,
- пружање хитне медицинске помоћи,
- обављање одређених послова здравствене заштите,
- примјена диспанзерских метода и тимског рада,
- међусобна сарадња здравствених радника и сарадња с другим појединцима, организацијама и удружењима у провођењу здравствене заштите,
- стално образовање и усавршавање,
- поштовање личности и достојанства корисника и поступање у складу с Кодексом етике здравствених радника и друштвеним нормама,
- чување професионалне тајне,
- давање обавјештења о здравственом стању болесника и резултатима подузетим у току лијечења,
- чување тајности идентитета (пацијента) кад се обавља преглед или претрага у научне и наставне сврхе.

3. Законске дужности здравствених установа:

- планирање потреба у здравственој заштити,

- осигурање потребног броја здравствених радника и њиховог стручног усавршавања,
- организовање здравствене дјелатности у смислу се веће доступности и приступачности корисницима,
- подешавање рада својих дјелатности корисницима,
- извјештавање друштвено-политичке заједнице о свом раду,
- пружање хитне медицинске помоћи и предузимања мјера за њено реализовање,
- обучавање приправника,
- поступање по приговору корисника који сматра да му се заштита не пружа у складу са Законом,
- организовање унутрашњег надзора над стручним радом итд.

Са правне тачке гледишта, одговорност здравствених радника је лична и свако одговара за дио послова за које је задужен. Према законима, у здравству нема објективне одговорности већ субјективне одговорности, па се сваком здравственом раднику мора доказати оно што је из свог дјелокруга рада пропустио да уради, а то је био дужан према правилима струке, усљед чега је наступила штетна посљедица. Одговорност у љекарском тиму је уз то сразмјерна дужности, што значи да је више одговоран онај који има више задужења, односно који је више радњи пропустио. При томе се разликује нехат (немарност) и умишљај (свјесно или намјерно чињење или пропуштање неке недопуштене радње); и једно или друго потпада под удар кривичног или других закона.

Надзор над стручним радом нема задатак да утврђује одговорност здравствених радника за појединачне грешке, пропусте или очигледне штетне радње појединаца. Налази ових комисија и њихова мишљења и оцјене не могу бити подлога за вођење било којег поступка. Једини циљ надзора над стручним радом јесте унапређење и побољшање квалитета здравствене заштите.

Модел упуства о вршењу унутрашњег надзора над стручним радом у болници

На основу одредаба Закона о здравственој заштити и Правилника о унутрашњем надзору над стручним радом Управни одбор на својој сједници одржаној дана _____ године, донио је сљедеће

Стручно упутство о унутрашњем надзору над стручним радом здравствених радника и сарадника

I

У установи се обезбеђује стални надзор над стручним радом здравствених радника и здравствених сарадника на начин и по поступку који су утврђени овим Упутством.

II

Сви здравствени радници дужни су да квалитетно, савјесно, одговорно и ефикасно извршавају своје послове и радне задатке и да у извршавању тих послова и радних задатака примјењују стручно знање и савремена достигнућа медицинске и других наука и да се придржавају упутства и налога радника који врше надзор над њихоеим стручним радом и одредаба Правилиика о унутрашњем надзору над стручним радом и овог Упуства.

III

Надзор над стручним радом здравствених радника и здравствених сарадника врши се:

1. Свакодневно - контролом обављања послова и задатака тих радника у току обављања послова и радних задатака и на јутарњим састанцима.
2. Повремено — на приказима, курсевима, савјетовањима и другим стручним састанцима.
3. Провјером стручног знања, познавања стручне и научнв литературе и сл.

IV

Надзором над стручним радом здравствених радника и здравствених сарадника нарочито се оцјењује:

- да ли степен weге одговара стању болесника и његovим потребама,
- да ли су послови његе болесника организовани на одговарајући начин,
- да ли је прописана апликација лијека,
- да ли је припрема, ток и завршетак медицинске интервенције у складу са прописаним поступком,
- да ли се уредно води медициска документација из домена његе и да ли се из ње може доносити оцјена о квалитету његе,
- да ли се општа администрација добро води,
- да ли се спроводи прописна примопредаја дужности,
- да ли болесник добија одговарајућу исхрану и да ли је на адекватан начин послужен,
- да ли стенепн надзора над стањем болесника и примењена њега одговара његовом здравственом стању, узимајући у обзир принципе прогресивне његе,
- да ли се адекватно спроводе мјере дезинфекције и стерилизације и да ли се у раду поштују принципи асепсе и антисепсе,
- да ли се дијагностички поступци и прегледи благовремено извршавају,
- да ли се врши контрола тачности извршених анализа,
- какав је однос здравствених радника према корисницима здравствених услуга,
- да ли здравствени радници поштују норме кодекса медицинске етике у току свог рада,
- да ли се спроводи одговарајућа едукација младих кадрова и приправника,
- да ли је план спроеођења дијагностике у складу са подацима о симптоматологији и клиничким прегледима пацијента,

- да ли је дијагностика на одговарајућој стручној висини према савременим достигнућима медицинске науке,
- вријеме потребно за постављање дијагнозе и оцјена квалитета дијагностике и терапије,
- да ли се примјењује начин терапије адекватан постављеним дијагнозама,
- да ли се почетна дијагноза слаже са завршном дијагнозом, односно дијагнозом добијеном од другог специјалисте,
- да ли се провјером стручне документације о раду љекара може цијенити степен самосталности љекара у дијагностици и терапији,
- да ли се воде историје болести и друга медицинска документација према захтјевима савремене медицинске науке и потребама исказивања стручног рада установе и стручног рада здравствених радника,
- да ли има полипрагмазије у одређивању медикаментне Шерапије,
- степен самосталности љекара у обављању терапијских интервенција,
- да ли се спроводе заједнички доктринарни ставови у току потупака дијагностике и терапије,
- да ли се спроводи перманентно и повремено стручно усавршавање здравствених радника и здравствених сарадника и да ли је (и колико) у складу са Планом стручног усавршавања,
- да ли је квалитет исхране болесника у складу са предвиђеним дијететским режимом и сл.

V

Непосредно, стручни надзор над радом здравствених радника врше начелник одјељења, односно службе, шеф одсјека, главна сестра одјељења, надзорна сестра одсјека, дежурни qекар и одговорна сестра смјене.

У случају потребе поменути радници могу вршити контролу над стручним радом појединог здравственог радника и здравственог сарадника преко одређеног стручњака или преко посебне стручне комисије. Посебну стручну комисију образује директор.

VI

Посредно, преко начелника одјељења односно службе, шефова одсјека и главних сестара, стручни надзор врше директор или замјеник директора као и главна сестра-техничар за област његе болесника и друго.

Сви здравствени радници дужни су да радницима који врше надзор над њиховим стручним радом омогуће вршење тог надзора и у том циљу да им пруже потпун увид у свој стручни рад (у послове и радне задатке које врше, у медицинску и другу документацију и евиденцију и да им пруже све податке о свом стручном раду и вршењу свог стручног рада).

VII

Стручни надзор над радом начелника одељења односно служби и главних медицинских сестара-техничара непосредно врше директор или замјеник директора и главни медицински техничар у складу са својим овлашћењима из Правилника о организацији и систематизацији послова и задатака.

VIII

О сваком пропусту у свом стручном раду, недоумици или сумњи радник је дужан да обавијести радника који спроводи надзор над његовим радом и да затражи одговарајућу стручну помоћ.

IX

Радник који врши надзор над стручним радом здравствених радника дужан је да у вршењу тог надзора поступа савјесно и одговорно, уз уважавање стручности и личности радника чији стручни рад контролише.

Радник чији се стручни рад контролише дужан је да се према стручној контроли и према раднику који врши ту контролу односи са дужном пажњом и да не избјегава вршење те контроле.

X

Радници који врше надзор над стручним радом здравствених радника дужни су да о вршењу тог надзора воде посебну евиденцију („Протокол надзора над стручним радом “). Директору се подноси извјештај о вршењу надзора и резултатима контроле о појединим службама (и здравственим радницима).

XI

Непосредни и свакодневни надзор над стручним радом здравствених радника врши се надзором и контролом обављања послова и радних задатака ових радника у току њиховог рада, на јутарњим састанцима, јутарњим визитама и на други погодан начин.

У стационарним службама болнице одржавају се јутарњи радни састанци на којима присуствују сви љекари одјељења или службе и главна сестра. Радни састанци се по правилу одржавају иа почетку радног времена. Јутарњим састанком руководи руководилац службе.

На јутарњем састанку размјењују се стручна мишљења и ставови поводом реферисаних случајева и даљег медицинског третмана и лијечења болесника и издају се потребна упутства и налози радницима присутним на јутарњем радном састанку.

Старији дежурни љекар, односно дежурни љекар одређених служби, извјештава о стању тешких болесника и о болесницима који су примљени на стационирно лијечење у поподневним и ноћним часовима. У ту сврху установљава се Књига извештаја дежурног љекара у коју се, уз потпис старијег дежурног љекара, односно дежурног љекара, уноси све што је зиичајно о стању тешких и новопримљених болесника као и о ванредним догађајима и околностима који су угрожавали или су могли угрозити животе или здравље болесника или радника.

Главна сестра одељења извештава о свему што је значајно у погледу његе болесника и рада медицинских сестара-техничара и других радника на одјељењу. Одговорна сестра смјене води Књигу примопредаје дужности која садржи следеће елементе:

- оцјену стања болесника са посебним освртом на болесника са најугроженијим здравственим стањем,
- информацију о извршешш задацима,
- све информације које се односе на умрлог болесника,
- све промјене које су се догодиле у вези са пријемом, отпустом и смрћу болесника,
- измјене терапије код болесника коју је ординирао дежурни љекар,
- лабораторијске анализе урађене у току смјене и резултати,
- догађаји у извршавању задатака радника,
- примједбе у вези са исхраном болесника, посјета и слично,
- све друго што је значајно за нормално пружање здравствене заштите болесника.

XII

Најмање два пута седмично у болничкој установи руководилац обилази одјељење и болеснике одјељења (визита), а шефови одсјека и служби то чине сваког дана.

Визита на одјељењу почиње најкасније у 9 часова, а трајање визите мора бити тако подешено да се go краја радног времена могу нормално обавити сви послови на ојељењу.

За вријеме визите собни љекар презентира комплетну медицинску документацију за сваког болесника, написану историју болести, рендген филмове, лабораторијске анализе и др.

XIII

У хируршким службама вријеме визите се подешава према програму операција. На јутарњем састанку одјељења односно служби хируршке дјелатности прави се оперативни програм за сљедећи дан. Оперативни програм садржи: имена болесника које треба оперисати, дијагнозу болести, имена љекара који ће вршити операцију и друге потребне податке.

Приликом вршења визите оцјењује се извршење стручнах послова (по питањима из члана IV. овог Упутства) а нарочито: уредно вођење историје болести и друге медицииске документације за сваког болесника, праћење стања болесниковог здравља, предузимање потребних мјера за његово лечење, уношење у историју болести свих релевантних података и елемената потребних за његово лијечење, стручне консултације о стању здравља болесника итд. Према потреби издају се потребна упутства и налози о даљем третману болесника.

На приказима и конзилијарним прегледима, које организује начелник службе, по потреби се организују стручне консултације и расправе о одређеном случају, односно одређеним случајевима, ради заузимања става у лијечењу и третману болесника и оцјене досадашњег лијечења и третмана болесника.

XV

Директор установе и главна медицинска сестра-техничар у оквиру своје надлежности послова и задатака, обилазе одјељења односно службе и болеснике, у циљу личног увида у начин и квалитет пружаља здравствене заштите.

XVI

Учесници на курсевима, семинарима, савјетовањима и другим стручним састанцима који се одржавају ван болнице морају, најкасније у року од три дана по повратку, да поднесу извјештај о свом учешћу, о излагањима осталих учесника, о ставовима и закључцима који су на њима заузети, са посебним освртом иа лично мишљење и оцјену. Извјештај се подноси на стручном састанку који организује начелник службе.

XVII

Надзорне и одговорне сестре служби и смјена одговорне су главној сестри одјељења за стручни рад медицинских сестара-техничара и других радника, а главна сестра одјељења начелнику одељења и главној сестри-техничару.

Главна сестра-техничар одговоран(а) је за стручни рад медицинских сестара-техничара директору установе.

XVIII

Стручни Колегијум утврђује, а директор доноси, Стручно упуство о начину и критеријумима за вршење надзора над стручним радом здравствених радника.

Непоступање по одредбама Упутства је тежа повреда радне дужности и против радника се мора покренути дисциплински поступак, у складу са Законом, Правилником о унутрашњем надзору над стручним радом и Правилником о дисциплинској и материјалној одговорности радника.

Љекарска комора

С правом је оцијењено да је формирање Љекарске коморе РС веома сложен процес, с обзиром да до сада таква институција није постојала.

Многи имају своју личну визију како љекарска комора треба да изгледа и шта су њени задаци, права и обавезе. Очекује се чак да ће оснивањем и постојањем Љекарске коморе РС бити ријешени сви сталешки, професионални и егзистенцијални проблеми љекара. То се не може догодити, јер оваква институција није и не може бити замјена за синдикалну организацију, тј. није облик синдикалне борбе.

Иначе, последњих година у нашој земљи љекарска комора добија прерогативе неопходног живог сегмента у истинској реформи система здравства. Она треба, уз остале елементе реформе система здравствене заштите, да увелико помогне и

омогући да се достигну европски стандарди у овој области и у нашој земљи. У том смислу оснивање и адекватно позиционирање љекарске коморе РС значиће прогресиван корак изван границе уобичајеног у нашим друштвеним околностима.

Љекарска комора РС, као што је то случај са љекарским коморама у свеијту, представља у ствари аутономну, професионалну, сталешку и друштвену институцију која у себи сублимира највише категорије етике, морала, стручности и права, у циљу обезбјеђења високог квалитета здравствене заштите своје популације. Она не припада никоме, већ самој себи, тј. своме чланству, односно свим љекарима који се баве професионалном праксом. Најзначајнија дјелатност љекарске коморе у основи јесте старање да се љекари у свом раду усмјере на упознавање и примјену савремених стандарда дијагностике и терапије и профилаксе обољења, као и да се успостави и одржава повјерење јавности у љекаре (а преко њих и у здравствену службу у цјелини). При томе се претпоставља да су способни за самоконтролу и саморегулативу. Ово се, пак, постиже и потврђује јачањем базичне улоге љекарске коморе - издавањем лиценци за рад љекарима и одређеним механизмима регулисања стручног рада љекарске професије, што обухвата гаранцију компетентности љекара али и праћење квалитета рада, помоћ у стицању и пружању квалитета, као и у информацији и комуникацији са љекарским сталежом.

Четири су основне области дјеловања љекарске коморе:

1. регулација односа (етички кодекс и стандарди),
2. квалитетна професионална пракса и оспособљеност,
3. едукација (акредитација школа и институција, студија и курсева),
4. регистрација професионалаца (издавање лиценци за рад, сертификата и сл.).

Оперативна дјелатност по овим областима одвија се преко сталних или привремених или „ad hoc“ одбора, комисија и комитета састављених од изабраних чланова коморе и уз учешће делегираних грађана као представника друштвене заједнице, тј. корисника здравствене дјелатности.

Љекарска комора има свој статут и правилнике, њоме руководи управни одбор и председник, а организује се у подружнице. Оперативне послове обављају комисије и одбори, а административно-техничке - канцеларија извршног секретара коморе и благајник. Љекарска комора се потпуно или дјелимично самофинансира из цијене регистрације и издавања лиценци за рад љекара, што је законска обавеза.

Структура, улога и циљеви љекарске коморе, као и процедуре, документи и административни поступак око издавања лиценци за рад и акредитације, регулишу се Законом о комори (или Уредбом Владе). На основу тог закона се формулишу детаљна ријешења у статуту коморе, којим се омогућава конституисање коморе и дефинише њено функционисање.

Љекарска комора није љекарско друштво, „удружење грађана", већ законом конституисан лиценцни биро од кога сваки љекар мора да прибавља лиценцу која му дозвољава да обавља љекарску праксу. Међутим, љекарска комора као институција тијесно сарађује са љекарским друштвом(има) и не ограничава својом функцијом удружење(а) љекара да се унутар свога чланства баве

сталешким, етичким, едукационим, савјетодавним, правним па и синдикалним активностима.

Овакав приступ љекарској комори заснива се на позицијама ових институција у многим земљама у свијету. Међутим, у нашој земљи, како су Законом о здравственој заштити (измјенама и допунама из 1996. године) дате/прописане основе за формирање и рад љекарске коморе и вршене озбиљне припреме за оснивање коморе, то се није још остварило. Треба напоменути да приступ љекарској комори у овом Закону у основи не кореспондира са рјешењима која постоје у пракси развијених демократских земаља у свијету.

Према Закону о здравственој за- штити РС обавеза љекарске коморе (и фармацеутске коморе) јесте удруживања љекара ради унапређења услова за обављање професије, заштите њихових интереса и интереса грађана у пружању здравствене заштите, организованог учешћа и утицаја на уређивање и спровођење здравствене заштите, као и остваривања других циљева.

Овим законом су прописана сљедећа права, обавезе и послови Љекарске коморе РС:

- утврђује професионална права и дужности и етичке норме понашања љекара у обављању здравствене дјелатности и заступа њихове интересе,
- даје мишљење на програме приправничког стажа, специјализација и ужих специјализација, иновација знања и провјере оспособљености љекара за примјену савремених достигнућа,
- прати садржаје и остваривање програма образовних установа здравствене струке,
- учествује у спровођењу надзора над стручним радом љекара,
- утврђује стручне доктрине и упутства,
- води именике љекара који обављају приватну праксу; по пријави врши упис у именик и о томе доноси рјешење, на основу доказа о испуњености прописаних услова за обављање здравствене дјелатности, одобрава примјену метода и поступака традиционалне медицине у здравственој заштити и провјерава оспособљености љекара за њихово обављање,
- организује суд части ради утврђивања повреде професионалне дужности и одговорности љекара и изриче мјере за утврђене повреде,
- посредује у споровима између ле- кара, као и између љекара и грађана,
- обавља и друге послове утврђене Статутом Коморе.

МОДЕЛ ОРГАНИЗАЦИЈЕ НЕМЕДИЦИНСКИХ СЛУЖБИ У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ

Највећи број немедицинских радника у свакој здравственој установи, па и у болници, запослено је на техничким и помоћним пословима без којих се не могу обављати и извршавати основни задаци здравствене заштите. Међу њима је висок удио радника који раде у такозваној чистој администрацији (правни и економски послови).

Број радника и њихова квалификациона структура и профил у здравственој установи може се конкретније уређивати и на основу сљедећих елемената:

- величине и структуре установе, обима услуга односно рада свих служби у њој и односа броја здравствених и нездравствених радника,
- просторне удаљености организационих дијелова, саобраћајних услова, потреба дислоцираних јединица, степена самосталности у доношењу и спровођењу одлука,
- начина вођења књиговодства и других чинилаца организационог, економског и социјално-медицинског карактера.

Рад овакве стручне службе организује и води руководилац стручне службе. Руководилац или директор стручне службе истовремено може бити помоћник директора установе, а мора бити или дипломирани правник или дипломирани економиста.

Организациона структура

I. **Сектор за опште послове** (правне, кадровске и административно-биротехничке послове). Сектором руководи начелник - дипломирани правник.
II. **Сектор за финансијско-рачуноводствене и комерцијалне послове.** Сектором руководи начелник - ди- пломирани економиста.
III. **Сервис (сектор, служба) за техничко одржавање** (техничка служба). Сервисом руководи начелник сервиса који мора имати завршен факултет (машинског или техничког смјера или факултет организације рада).

I. У оквиру **Сектора за опште послове** послови и задаци су распоређени по службама, на примјер:

1. Служба за опште и кадровске послове

Службом руководи шеф који мора имати завршен Правни факултет (дипломирани правник), Факултет политичких наука (дипломирани политиколог) или Факултет организационих наука. У оквиру ове организационе јединице нарочито се обављају сљедећи послови:

- пријем и експедиција поште (пи- сарница),
- архивирање и чување предмета,

- послови курира, чистачица и други технички послови,
- телефон, централа и сл.,
- планови кадрова, специјализације, приправници и др.,
- послови за кадровска тела, ко- мисије и др.

2. Служба за правне и управне послове

Службом руководи шеф - ди-пломирани правник.

У оквиру ове организационе јединице нарочито се обављају сљедећи послови:

- заступање установе,
- писање (састав) свих врста поднесака,
- послови регистрације,
- правна мишљења,
- наплата потраживања, нормативна делатност, радни односи,
- послови око припреме сједница управних органа,
- стручна обрада материјала и поднесака за седнице,
- вођење записника и учешће у из- ради нацрта одлука,
- стручни и административни по- слови (технички) око избора ор- гана, рада комисија и др.

Кадровска структура (минимална)

1. Служба за опште и кадровске послове

Шеф Службе мора бити дипломи- рани правник или политиколог.

2. Служба за правне и управне послове

Шеф Службе мора бити дипломи- рани правник.

Предвиђени број извршилаца зависи од развијености и величине радних јединица. За сваку јединицу мора се дати још одговарајући број радника веза- них за рад тих јединица (три радника на општим пословима, до пет радника на рачуноводственим пословима).

II. Сектор за економско-финансијске и комерцијалне послове

Руководилац Сектора мора имати завршен Економски факултет (дипломирани економиста). У оквиру Сектора за економско-финансијске и комерцијалне послове организују се сљедеће службе:

1. Служба рачуноводства

Службом руководи дипломирани економиста. Служба рачуноводства има два одсека:

- Одсјек књиговодства.

Одсеком руководи Шеф Одсјека - дипломирани економиста.

- Одсјек финансијске оперативе

Одсеком руководи Шеф Одсјека - дипломирани економиста.

2. Служба за комерцијално-набавне послове

3. Служба плана, статистике, анализе, развоја и инвестиција.

Службом руководи дипломирани економиста.

III. Сервис за техничко одржавање

Сервисом руководи Шеф Сервиса који има завршен Машински факултет, Електротехнички факултет или Факултет организације рада.

Организациона шема Економско-финансијске службе предвиђена је према пословима и задацима који морају да се обављају у складу са обавезама које проистичу из Закона о финансијама, Закона о рачуноводству, Закона о Друштвеном плану и о друштвеном планирању.

Конкретна организациона шема, број радника и њихова квалификациона структура за одређени профил здравствене установе може се утврдити полазећи од:

- величине и структуре здравствене установе, водећи рачуна о величини, обиму, карактеру односно типу дјелатности у оквиру такве установе,
- просторне удаљености, односно разуђености организационих дјелова који улазе у састав установе, густине насељености и саобраћајних услова на територији коју покрива установа,
- потребе дислоцирања истурених одјељења и пунктова економско-финансијске службе (исплатна места, децентрализовано вођење књиговодства, децентрализовано снабдијевање потрошним материјалом и средствима, степен самосталности у доношењу одлука и извршењу плана трошкова и приходи од других конкретних околности),
- начина вођења књиговодства (ручно, машинско, компјутерско, комбиновано),
- начина уговарања здравствене заштите и начина фактурисања извршених здравствених услуга,
- степена развијености компјутеризације послова, других разлога који се могу идентификовати само при утврђивању конкретне организације сваке установе.

7.

ЗДРАВСТВЕНА СТАТИСТИКА И ИНФОРМАТИКА У ЗДРАВСТВЕНОЈ ДЕЛАТНОСТИ

ЗДРАВСТВЕНА СТАТИСТИККА И ОБАВЕЗНЕ ЕВИДЕНЦИЈЕ У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА

Евиденција и статистички параметри у основној здравственој дјелатности

Статистички подаци који се прикупљају у здравственим установама служе као основ за планирање здравствне заштите, за предузимање конкретних мјера, за организовање и унапређивање рада здравствене службе, за унапређивање превентивне дјелатности, за доношење одговарајућих законских прописа као и за вођење усмјерене политике у здравственој заштити.

Патологија популације, као и општи принцип модерне социјализиране здравствене заштите у нас, захтијевају постојање система за здравствену заштиту цјелокупне популације. Ово претпоставља да сваки здравствени радник треба да влада основним знањем из статистике како би сазнања до којих дође статистичким праћењем могао да користи у свом научном и стручном раду и пракси. Ефикасност система здравствене заштите нашег типа не може да се постиже и остварује лијечењем појединачних случајева. Сваком љекару је постало већ сасвим јасно да посматрајући појединачни случај посматра појаву у цјелини и све узрочне факторе који су до те појаве довели или могу довести.

Законом о евиденцијама у области здравствене заштите у Републици Србији уређују се средства за вођење евиденције установљене Законом о евиденцијама у области здравства од интереса за цијелу земљу, органи и здравствене организације које прикупљају и обрађују статистичке податке евидентиране на територији Републике и начин финансирања, прикупљања и обрађивања статистичких података.

Вођење евиденције, састављање и достављање извјештаја, као и обрада статистичких података саставни је дио стручног рада здравствених радника и здравствених установа.

Евиденција је уписивање података у сљедећа средства за вођење евиденције:

1. здравствени картон,
2. протокол,
3. регистар-картотека,
4. дневна евиденција о раду,
5. текућа евиденција о утврђеним обо- љењима и стањима,
6. књига евиденције,
7. пријаве: порођаја, заразне болести, болести од већег социјално-медицинског значаја и друго,
8. пријава уживаоца опојних дрога,
9. картон повређеног,
10. листа рехабилитације.

Здравствени картони у службама дома здравља су:

1. здравствени картон у служби опште медицине,

2. здравствени картон медицине рада,
3. дјечји здравствени картон,
4. ђачки здравствени картон,
5. здравствени картон за жене,
6. основни картон у антитуберкулозном диспанзеру,
7. здравствени картон болесника од активне туберкулозе,
8. омот домаћинства за лице у контакту,
9. БГГ картон,
10. здравствени картон обољелог од кожно-венеричних обољења,
11. здравствени картон планирања породице,
12. стоматолошки здравствени картон и друго.

Протокол у дому здравља подразумијева:

- протокол болесника за тзв. пролазне болеснике,
- протокол лабораторије,
- протокол пружене хитне медицинске помоћи,
- протокол обављених кућних посјета,
- протокол о раду рендген службе и сл.

Књиге евиденције у дому здраља су:

- књига евиденције издатих лијекова,
- књига евиденције о уживаоцима опојних дрога,
- књига евиденције о примању и издавању опојних дрога,
- књига евиденције о стању и мерама заштите човекове средине,
- књига евиденције о заразним болестима,
- књига евиденције о обољењима од већег социјално-медицинског значаја.

Дом здравља је дужан и да доствља одређене дневне, десетодневне, мјесвчне, тромјесечне и годишње извјештаје и то:

1. извјештаје о утврђеној заразној болести и извештаје о утврђеној зависности лица од опојних дрога - одмах,
2. извјештаје о кретању заразних болести - првог, десетог и двадесетог у мјесецу,
3. извјештај о обољењима, стањима и повредама-до 15. априла, 15. јула, 15. октобра и 15.јануара за протекло тромесечје,
4. извјештаје: о имунизацији против заразних болести; о промету лијекова и отрова; о примању и издавању опојних дрога; о стању и мјерама о заштите човјекове средине и о дјелатностима у вези са планирањем породице, до 31. јануара за протеклу годину,
5. извјештаје о кадровима, са стањем на дан 31. децембра протекле године.

Дом здравља је дужан да чува евиденције и периодичне извјештаје о обољењима и стањима и извјештаје о службама као документе трајне вриједности, а појединачне извјештаје о обољењима, повредама и стањима, пет година од дана њихове обраде.

Подаци из ових евиденција користе се за праћење здравственог стања становништва, за програмирање и предлагање, односно предузимање потребних

мјера у области здравствене заштите, за потребе научног истраживања, за потребе општенародне одбране, за обавјештавање јавности и за извршавање међународних обавеза у области здравства.

Евиденције се воде у одређеним роковима уписивањем података у средства за вођење евиденције која су одређена прописом републике.

Статистички подаци из евиденција установљених овим законом су јавни, осим података за које је прописано да представљају професионалну, државну, војну, пословну или службену тајну.

Ради остваривања јединственог система статистичких истраживања, обезбеђивања могућности за поређења и што потпунијег коришћења података, при вођењу евиденција примјењују се јединствени методолошки принципи и статистички стандарди (дефиниције, класификације, номенклатуре и др.) које утврђује Савезни завод за здравствену заштиту.

Евиденција о здравствепим прегледима, обољењима, стањима и повредама садржи сљедеће податке:

1. датум пружања здравствене заштите и врсту пружене помоћи,
2. дијагнозу и трајање лијечења,
3. терапију и исход лијечења,
4. компликације за време лијечења,
5. рехабилитацију,
6. узрок смрти,
7. процјену радне способности,
8. назив интересне заједнице која плаћа трошкове лијечења,
9. узрок привремене неспособности - спријечености за рад,
10. трајање привремене неспособности - спријечености за рад.

Евиденција о кретању заразних болести садржи сљедеће податке:

1. дијагнозу (клиничку и лабораторијску),
2. датум почетка болести,
3. контакте обољелог лица са изворима заразе,
4. кретање обољелог лица до утврђивања обољења и мјере које су предузете за изолацију и лијечење,
5. да ли је и кад вршена имунизација обољелог лица,
6. датум подношења пријаве о утврђеној заразној болести,
7. исход болести - лијечења.

Евиденција о имунизацији против заразних болести води се за свако лице које подлеже обавезној имунизацији и садржи сљедеће податке:

1. врсту извршене имунизације,
2. датум извршене имунизације,
3. успјех извршене имунизације,
4. врсту и серију средстава која су употребљена за имунизацију и назив произвођача тог средства,
5. количину средстава утрошеног за имунизацију,
6. име и презиме здравственог радника који је извршио имунизацију,

7. разлог због кога евентуално није извршена имунизација.

Евиденцију о промету лијекова воде апотеке и друге здравствене установе које се у оквиру своје дјелатности баве издавањем лијекова.

Евиденција о промету лијекова садржи сљедеће податке:

1. назив издатог лијека,
2. врсту издатог ијека,
3. количину издатог лијека,
4. вриједност издатог лијека.

Евиденцију о примању и издавању опојних дрога воде апотеке и друге здравствене установе, односно здравствени радници који пружају здравствену заштиту у виду самосталне дјелатности, који у оквиру своје дјелатности набављају и употребљавају опојне дроге.

Евиденција о примању и издавању опојних дрога садржи следеће податке:

1. врсту примљене односно издате опојне дроге,
2. количину примљене односно издате опојне дроге,
3. име и презиме, пребивалиште односно боравиште и адресу лица коме је издата опојна дрога,
4. врсту обољења лица коме је издата опојна дрога,
5. назив здравствене организације којој је издата опојна дрога,
6. име и презиме здравственог радника који је издао рецепт за издавање опојне дроге, односно који је примио опојну дрогу у терапији.

Евиденцију о уживаоцима опојних дрога воде здравствене установе које утврде зависност лица од опојних дрога.

Евиденција о уживаоцима опојних дрога садржи сљедеће податке:

1. врсту опојне дроге коју лице ужива,
2. почетак (мјесец и година) уживања опојне дроге,
3. социјалне прилике уживаоца опојне дроге,
4. терапију и резултат лечења.

Евиденцију о стању и мјерама заштите човјекове средине воде органи управе надлежни за послове санитарне инспекције, здравствене установе и друге институције које се у оквиру своје дјелатности баве проблемима заштите ваздуха, вода и земљишта од јонизујућих зрачења и других штетних материја које угрожавају живот или здравље људи.

Евиденција о стању и мјерама заштите човјекове средине садржи сљедеће податке:

1. извор загађења,
2. узрок загађења,
3. мјесто загађења,
4. датум прегледа,
5. врсту и количину штетних материја које се испуштају из појединог извора загађења,
6. степена загађености од појединог извора загађења,

7. посљедице загађености ваздуха, вода и земљишта за живот или здравље људи,
8. врсту предузетих мјера за заштиту односно деконтаминацију ваздуха, вода и земљишта од појединих извора загађења.

Евиденцију о порођајима и прекидима трудноће воде здравствене установе које пружају здравствене услуге у вези са порођајима односно прекидима трудноће.

Евиденција о порођајима садржи следеће одвојене податке:

1. број ранијих порођаја и прекида трудноће,
2. здравствено стање породице,
3. порођај, положај плода и број новорођене дјеце,
4. пол дјетета,
5. дужина и тежина дјетета,
6. патолошка стања дјетета,
7. дужину боравка и стање здравља породиље и дјетета при одласку из здравствене организације,
8. узрок смрти породиље или дјетета.

Евиденција о прекидима трудноће садржи сљедеће податке:

1. седмицу трудноће,
2. категорију прекида трудноће,
3. компликације у току прекида трудноће,
4. број порођаја живе дјеце и побачаја пре последњег прекида трудноће,
5. коришћена средства за спречавање нежељене трудноће.

Евиденција о дјелатностима у вези са планирањем породице садржи податке о услугама које се пружају појединцима и податке о осталим дјелатностима у вези са планирањем породице.

Евиденција о делатностима у вези са планирањем породице садржи следе- ће податке:

1. датум посјете савјетовалишту за планирање породице,
2. врсту пружене услуге приликом посјете,
3. врсту издатих средстава за спречавање нежељене трудноће,
4. количину издатих средстава за спречавање нежељене трудноће.

Евиденције о пруженим услугама садрже прописане опште податке о прегледаним, обољелим, повријеђеним, лијеченим, другим лицима којима је пружена здравствена заштита.

Евиденције о кадровима садрже прописане податке о броју, врсти, структури, полу, школској - стручној спреми, специјалностима и др.

ОСНОВНИ ПОКАЗАТЕЉИ РАДА У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА

Показатељ рада и спровођења здравствене заштите у осиовној здравствеиој дјелатности

Постоји читав низ разноврсних социјалних и материјалних елемената и разноврсних биолошких и еколошких фактора од којих зависи здравствено стање становништва као цјелине и структура здравствене службе на одређеном подручју. Познавање ових чинилаца условљава постојање читавог спектра разноврсних општих и специфичних показатеља који могу дати изјвесну слику о активностима здравствене службе, односно одређене здравствене установе, о квалитету рада појединих медицинских служби или здравствене установе, о обезбјеђености становништва здравственом службом и здравственим радницима и потенцијалним могућностима за пружање медицинске помоћи грађанима и болесницима.

Савремени дом здравља, у складу са својим функцијама, мора редовно процијењивати и провјеравати рад свих својих служби, затим хигијенске прилике, услове за спровођење здравствене заштите и организацију здравствене службе на свом подручју. Поред општих показатеља који служе за утврђивање постојећег стања, одговарајућа служба треба да користи и оне параметре који проистичу директно из оперативе појединих радних јединица.

Основни показатељи рада медицинских јединица дома здравља и најједноставније методе њиховог израчуиавања

1. Показатељи рада службе опште медицине и стоматолошке службе

Развој и активности службе опште медицине и стоматолошке службе оцјењују се на основу сљедећих показатеља:

- број становника којима се обезбе- ђује здравствена заштита,
- број организационих јединица и њихова територијална распоређеност (у граду и на селу),
- број љекара опште медицине односно стоматолога и број радника са високом и средњом медицинском спремом,
- број становника на једног љекара опште медицине, односно стоматолога, и на једну медицинску сестру, проценат систематски прегледаног становништва,
- проценат обухваћености одговарајућег становништва радом савето- валишта,
- проценат вакцинисаног становништва, односно одговарајућих групација,
- укупан број прегледа и укупан број првих прегледа по организационим јединицама и у служби као цјелини,
- укупан број осталих услуга - по врстама,
- просјечан број прегледа по љекару опште медицине односно стоматологу (годишње, на дан и на радни сат),

- просјечан број осталих услуга по једном љекару опште медицине односно стоматологу (годишње, на дан и радни сат),
- просјечан број кућних посјета по једном љекару опште медицине годишње,
- просјечан број прегледа и просјечан број првих прегледа по једном становнику годишње,
- однос броја првих према броју поновних прегледа,
- просјечан број лабораторијских и рендген услуга по једном првом прегледу,
- проценат упућених на специјалистичке прегледе од укупног броја прегледаних,
- проценат учешћа броја превентивних прегледа и услуга у укупном броју прегледа и услуга у служби опште медицине, стоматолошкој служби и др.

***2.* Показатељи рада дјечјег и школског диспанзера**

Развој и активности службе дечјег и школског диспанзера оцењују се на основу следећих показатеља:

- број предшколске дјеце којима диспанзер обезбјеђује здравствену заштиту (дјеца до 7 година),
- број организационих јединица диспанзера за предшколску дјецу и њ хова територијална распоређеност (у граду и на селу),
- број љекара педијатара у свакој организационој јединици и у диспанзеру као цјелини,
- број љекара на специјализацији из педијатрије,
- број радника са високом и средњом медицинском спремом по организационим јединицама и у диспанзеру као цјелини,
- смјештај, услови и ниво опремљености диспанзера,
- број предшколске дјеце по једном љекару и по једној медицинској сестри,
- укупан број савјетовалишних прегледа предшколске дјеце,
- укупан број и проценат вакцинисане дјеце обухваћене радом диспанзера, од укупног броја дјеце која подлијежу обавезним вакцинацијама,
- број саветовања у погледу његе и исхране дјеце,
- број услуга у демонстрационој кухињи,
- укупан број осталих услуга - по врстама, по организационим јединицама и за диспанзер као целину**,**
- просјечан број прегледа по једном љекару педијатру (годишње, на дан и на радни сат),
- просјечан број осталих услуга по једном љекару педијатру (годишње, на дан и на радни сат),
- просјечан број услуга по једној медицинској сестри (годишње, на дан и на радни сат),
- просјечан број кућних посјета по једном љекару педијатру годишње,
- просјечан број првих прегледа по једном предшколском дјетету годишње,
- просјечан број првих прегледа по једном предшколском дјетету годишње,
- однос броја првих према броју поновних прегледа,

- просјечан број лабораторијских и рендген услуга по једном првом прегледу,
- проценат недефинисаних обољења и стања од укупног броја прегледа- не дјеце у диспанзеру,
- проценат упућене предшколске дјеце на специјалистичке прегледе и стационарно лијечење од укупног броја прегледане дјеце,
- проценат учешћа броја превентивних прегледа и услуга у укупном броју прегледа и услуга у диспанзеру за предшколску дјецу.

3. Показатељи рада диспанзера за жене

Развој и активности диспанзера за жене оцењују се на основу сљедећих параметара:

- број жена старих преко 15 година,
- број жена генеративног периода (15 до 49 г.),
- број и проценат жена обухваћених радом диспанзера,
- број организованих савјетовалишта у диспанзеру (навести број и назив саветовалишта),
- укупан број систематски прегледаних жена,
- проценат жена старих преко 30 година обухваћених систематским прегледом,
- број трудница,
- број љекарских прегледа у савјетовалишту за труднице,
- просјечан број прегледа по једној трудници у савјетовалишту за труднице,
- број поновних љекарских прегледа у саветовалишту трудница,
- укупан број патронажних посјета бабињари и новорођенчету,
- број љекарских прегледа у савјетовалишту за контрацепцију,
- број и проценат жена обухваћених радом савјетовалишта за контрацепцију од укупног броја породиља и броја жена код којих је извршен побачај,
- број и проценат жена генеративног доба обухваћених радом савјетовалишта за контрацепцију од укупног броја жена генеративног периода,
- укупан број и проценат жена код којих је порођај обављен уз стручну помоћ,
- укупан број цитолошких прегледа на малигнитет.

Поред наведених, треба користити и друге показатеље за анализу организације и рада диспанзерских служби, који су приказани код дјечјег и школског диспанзера.

4. Показатељи рада службе за медицину рада

Развој и активности службе за медицину рада оцјењују се на основу сљедећих параметара:

- број радника запослених у радним организацијама на датом подручју,
- број радника обухваћених радом диспанзера медицине рада,
- укупан број систематских прегледа радника,
- проценат радника обухваћених систематским прегледом,

- број радника који раде у условима штетним по здравље,
- број и проценат радника који раде у условима штстним по здравље обу-хваћених периодичним прегледима,
- број прегледа прије заснивања радног односа,
- укупан број извршених хигијенско- епидемиолошких надзора над радним простором, објектима за исхрану, водообјектима и објектима за рекреацију,
- укупан број и проценат повређених радника на радном мјесту у односу на укупан број запослених радника,
- број радника са смањеном радном способношћу (инвалиди рада, хронични болесници, потхрањена и малокрвна лица и др.),
- број радника који су одсуствовали са посла због болести и повреда и њихов проценат у односу на укупан број запослених,
- укупан број дана одсуства са посла због болести и повреда и проценат у односу на укупан број радних дана свих запослених радника и др.

За оцјену организације и рада овог диспанзера треба користити и друге индикаторе изнијете код службе опште медицине.

8.
ПРАВА И ОБАВЕЗЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА И ГРАЂАНА ПРИ ОСТВАРИВАЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

ОБАВЕЗЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ У ОСТВАРИВАЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Законом о здравственој заштити одређена су права и обавезе грађана и здравствених установа у остваривању здравствене заштите. Према том закону грађанин има право да захтијева пружање здравствене заштите од сваке здравствене установе која пружа одговарајућу врсту здравствене заштите.

Здравствена установа је обавезна да грађанину пружи захтевану здравствену услугу. Уколико то због врсте послова и других разлога није у могућности, дужна је да га упути другој одговарајућој здравственој установи, односно да предузме потребне мјере да му се та помоћ укаже.

Од овога се изузима болница која може одбити да прими грађанина на стационарно лијечење само ако нема слободних капацитета и ако случај није хитан, или ако одговорни љекар оцијени да стационарно лијечење није потребно.

У остваривању свог права на здравствену заштиту грађанин се може слободно опредељивати за здравствену установу и љекара који ће му трајније пружати медицинску помоћ. Ова законска одредба има, прије свега, за циљ да омогући грађанину да изабере љекара и установу у које има највише повјерења, али и да омогући љекару да континуирано прати стање здравља грађана.

У случају спречености изабраног љекара (болест, одсуство и сл.) да указује медицинску помоћ, установа је дужна да одреди љекара који ће га замијенити.
Упућивање на специјалистички преглед и болничко лијечење по правилу се врши преко здравствене установе за коју се грађанин опредијелио.

Здравствена установа, односно љекар за кога се грађанин опредијелио, дужни су да узму у обзир жељу грађанина у погледу избора здравствене установе и љекара при упуту на специјалистички преглед односно болничко лијечење. Законом и актима донесеним на основу Закона може се одредити да грађани непосредно бирају и поједине љекаре специјалисте. То се у првом реду односи на љекаре који раде у диспанзерима.

У случајевима када је грађанин упућен од стране изабране здравствене установе односно љекара да користи услуге љекара специјалисте, овај вид медицинске помоћи грађанин непосредно остварује све док таква потреба траје.

Здравствена установа која пружа специјалистичку медицинску помоћ, односно болничко лијечење, дужна је да о налазима, исходу лијечења и другим потребним подацима у вези са лијечењем обавјештава здравствену установу за коју се грађанин опредијелио.

Права грађана приликом коришћења здравствених услуга

Остваривање здравствене заштите, осим лица коме је потребна здравствена заштита, имају право да захтијевају и родитељи, односно старалац ако је обољело лице малолетно или лишено пословне способности, затим најближи сродници,

привредно друштво односно установа, синдикална или друга заинтересована организација чији је он члан, као и завод за здравствено осигурање.
Хируршке и друге сложехије медицинске интервенције могу се предузимати само по претходном пристанку обољелог лица, односно родитеља или старатеља ако је оно малољетно или је лишено пословне способности. Међутим, у хитним случајевима, када је у опасности живот обољелог лица, хируршке и друге интервенције могу се предузимати и без претходног пристанка ако је обољело лице у таквом стању да не може само одлучивати а усљед хитности није могуће прибавити пристанак родитеља односно стараоца. Уколико обољело лице, родитељ или старалац не пристане на предложену интервенцију, надлежни љекар је дужан да о томе прибави одговарајућу писмену изјаву која се чува у документацији о лијечењу.

Грађанин има право у току лијечења да захтијева конзилијарни преглед или консултацију љекара кога сам изабере, без обзира да ли се трошкови конзилијарног прегледа сматрају правом из здравственог осигурања. Начин коришћења овог права у стационарним установама утврђује се прописом саме установе, а у складу са законом.

Ако грађанин није примљен на лијечење или није задовољан указаном медицинском помоћи и лијечењем или неким другим поступцима радника здравствене установе, може да захтијева од директора установе да његове наводе размотри и испита. Дикретор здравствене установе дужан је одмах, а најдаље у року од три дана по пријему захтијева, да случај ријеши и предузме одговарајуће мјере уколико је потребно.

Уколико грађанин није задовољан рјешењем директора, може на то рјешење да изјави жалбу управном одбору у року од осам дана од дана пријема рјешења директора здравствене установе. Захтјев и жалбу у вези са овим питањима може поднијети и завод за здравствено осигурање, привредно друштво, односно установа или синдикална или друга заинтересована организација чији је он члан.

Грађанин такође има право да захтијева и провјеру стручног рада љекара и другог здравственог радника у погледу медицинске помоћи која му је указана.

Здравствени и други радници у здравственој установи дужни су да приликом указивања медицинске помоћи и боравка грађанина у здравственој установи поштују његову личност и достојанство.

Обавезе болесника за вријеме лијечења

Поред обавеза здравствених установа и здравствених радника законом су прецизиране и обавезе грађана.

За време лијечења и остваривања других видова здравствене заштите грађани су дужни да се придржавају упутства здравствених радника и одредаба општих аката здравствене установе о условима боравка и понашања у здравственој установи.

Општим актима здравствене установе може се предвидјети да се грађанину ускрати лијечење у здравственој установи због његових поступака који онемогућавају правилно указивање медицинске помоћи другим болесницима, због

непридржавања одређеног начина лијечења, или због других грубих повреда прописаног кућног реда здравствене установе - али само ако је болесник претходно упозорен или опоменут.

Међутим, здравствена установа не може ускратити даље лијечење, односно указивање медицинске помоћи грађанину ако би због тога дошло до тешких посљедица по његово здравље.

Детаљно се права и обавезе регулишу посебним актом о унутрашњој организацији установе - такозвани кућни ред.

Казпене одредбе за прекршаје при пружању здравствене заштите у здравственој установи

Законом су предвиђене и казне за прекршаје у раду здравствених установа и здравствених радника.

1. Новчаном казиом казниће се за прекршај здравствена установа ако:

- не пружи здравствену заштиту у оквиру своје дјелатности свим грађанима,
- не упути грађанина у другу одговарајућу здравствену установу,
- не обезбиједи минимум здравствене заштите за вријеме штрајка,
- изврши хируршку или другу медицинску интервенцију без прехтодног пристанка одређеног лица,
- не укаже на посљедице које могу да настану због одбијања медицинске интервенције,
- не упозна грађанина са документацијом о његовом здравственом стању или га не обавијести о стању његовог здравља,
- отпочне са радом и обавља здравствену дјелатност без оцјене испуњености прописаних услова,
- не води медицинску документацију и евиденцију и не доставља одговарајуће извјештаје надлежном заводу за заштиту здравља,
- у спровођењу здравствене заштите не поступа у складу са законом,
- утврди цијену здравствене услуге и програма рада мимо критеријума и мјерила из закона,
- не донесе план стручног усавршавања и специјализације здравствених радника и здравствених сарадника или не обезбиједи услове за његово остваривање,
- не изврши обдукцију на лешу у случајевима захтијева органа, не усагласи организацију и општа акта са законом.

За све ове прекршаје казниће се новчаном казном и одговорно лице здравствене установе.

2. Новчаном казном казниће се за прекршај друго правно лице које обавља здравствену дјелатност ако:

- отпочне обављање здравствене дјелатности без утврђене испуњености услова за обављање дјелатности,

- не води медицинску документацију и евиденцију и не доставља одговарајуће извјештаје надлежном заводу за заштиту здравља,
- утврди цијену здравствене услуге односно програма рада мимо критеријума и мјерила из закона.

За ове прекршаје казниће се и одговорно лице то друштвеног правног лица новчаном казном.

3. Новчаном казном казниће се за прекршај здравствени радник који обавља здравствену дјелатност ако:

- не укаже хитну медицинску по- моћ,
- изврши хируршке или друге медицинске интервенције без претходног пристанка одређеног лица,
- обавља здравствену дјелатност супротно одредби закона,
- не води медицинску документацију и евиденцију и не доставља одговарајуће извјештаје надлежном заводу за заштиту здравља,
- утврди цијену здравствених услуга мимо критеријума и мјерила из закона,
- не потпише изјаву (заклетву) из закона,
- у спровођењу здравствене заштите примењује непровјерене и научно недоказане методе и поступке у превенцији, дијагностици, лијечењу и рехабилитацији као и непотврђене традиционалне методе и поступке.

За ове прекршаје може се казнити здравствени радник новчаном казном.

Кривичиа одговорност у здравствеиој дјелатности кажњива затвором

У нашој земљи, као и у многим другим, кривична дјела против здравља људи издвојена су у посебну групу у законодавству. Обично су тиме санкционисана дјела уперена против здравља више особа или против интегритета и живота појединца.

Кривична дела против здравља људи у свијету постала су све масовнија, па тиме ове законодавне мјере добијају још већи значај него раније, а нарочито из сљедећих разлога:

- последњих година се придаје све већи значај права човјека на здраву животну средину,
- проблем кривичних дјела се још више актуелизира продајом нових технолошких средстава у дијагностици и терапији,
- мобилност и велика концентрација становништва доводи до пораста опасности од заразних болести и других контаминација,
- напретком науке повећавају и одговорности љекара и других здравствених радника и установа у којима раде,
- пристанак болесника на примјену метода дијагностике и терапије добија све већи значај,
- дошло је до детаљнијег и новог диференцирања унутар појма ''љекарска интервенција'' (захват) између тзв. неопходних рутинских захвата од оних који то нису (нпр. стерилизација, промјена пола, абортус, пресађивање ткива односно органа, козметички захвати односно естетска хирургија и томе слично).

Посебно се истиче неколико типова кривичне одговорности здравствених радника које могу бити кажњиве затвором:

1. Несавјесно лијечење болесника

Кривичној одговорности, односно казни затвором, подлијеже љекар који при обављању своје дјелатности примјени очигледно неподесно средство или очигледно неподесан начин лијечења или не примијени одговарајуће хигијенске мјере или уопште несавјесно поступа и тиме из нехата изазове погоршање болести или нарушење здравственог стања неке особе.

Казни подлијеже и сваки други здравствени радник који очигледно несавјесно потупи при пружању здравствене услуге (помоћи).

2. Недопуштено пресађивање дијелова људског тијела

Казном затвором кажњава се здра- вствени радник који:

- изврши медицински оправдано пресађивање дијелова људског тијела без пристанка даваоца или ко изврши медицински неоправдано пресађивање дијела људског тијела са пристанком даваоца;
- изврши медицински неоправдано пресађивање дијела људског тијела без пристанка даваоца;
- у сврху пресађивања узме с људског тијела неки дио прије него што је смрт на прописани начин утврђена.

3. Непружање љекарске помоћи

Кривичној одговорности, односно казни затвором, подлијеже љекар који не пружи неодложну љекарску помоћ лицу коме је таква помоћ потребна, иако је свјестан, или је могао бити свјестан, да усљед тога може наступити тешко нарушење здравља или смрт лица.

4. Преношење заразних болести

Кривичној одговорности, односно казни затвором, подлијеже ко не поступи по прописима или наредбама којима надлежни орган одређује прегледе, де-зинфекцију, издвајање болесника или другу мјеру за сузбијање или спречавање заразних болести код људи, и тиме из нехата изазове преношење заразне болести.

5. Загађивање животне средине

Кад појединац или установа кршењем прописа о заштити и унапређењу животне средине загади ваздух, земљиште, водоток, храну и слично, у већем опсегу или на ширем подручју, и тиме изазове опасност за живот и здравље људи или проузрокује уништење жвотињског или биљног свијета већих размјера, подлеже кривичној одговорности, односно казни затвором.

6. Остале врсте инкриминације

Постоји још знатан број радњи (корупција, примање мита, уцјене, давање лажних увјерења и слично) које су подложне кривичним санкцијама како здравствених радника тако и здравствених установа. Ту су и остале врсте и облици кривичних дјела која се односе на све грађане - без обзира на професију - или на установе и привредна друштва независно од врсте дјелатности коју обављају. Она су регулисана кривичним законима.

9.

МЕНАЏМЕНТ У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ

РУКОВОЂЕЊЕ, УПРАВЉАЊЕ И РУКОВОДИЛАЦ У САВРЕМЕНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ

Руководилац савремене здравствене установе

Систем здравствене заштите и свака здравствена установа у њему све до скора су бивствовали у превише заштићеним друштвеним околностима. Међутим, друштвено-економско промјене последњих година, као и промјена социјалних односа, изњедриле су квалитетно нове услове рада и развоја укупног друштвеног живота, па и здравствене дјелатности. Заштита здравља популације није више, или је све мање, искључиво витална друштвена фунцкија, она је изгубила идеолошки ореол позитивне социјалне пеформансе у мосту за превазилажење стварности изнад понора економске депресије у земљи. Од опште друштвене категорије, здравствена заштита је све више у сфери интереса породице, појединца и секундарних социјалних група, а само дијелом остаје у функцији државе.

Држава ће сигурно имати (одвајати) све мање средстава за заштиту здравља становништва, што значи и за здравствене установе, и зато се у здравству мора све више мислити на друге изворе средстава непходних за опстанак. Руководилац здравствене установе то мора прихватити као реалност.

Са друге стране, за доброг руководиоца здравствене установе не може да важи оно Ладламово првило да „нема ничега што мораш да урадиш и нема ничега што не можеш да урадиш„! У свакодневој пракси и животу мора се признати да има ствари које руководилац мора да уради, као што има и оних које не може да учини. За разли- ку од личности из литературе руководилац је ријетко свој сопствени изум! И уз то се не смије занемарити правило - да такав никада не може бити сам; за праву љубав је увек потребно двоје, за успјешно руковођење и управљање неопходан је тим! Прави успјешно школован и обучеп руководилац ствара свој тим, елиминише послушнике који дисциплиновано марширају, а промовише уз себе самоувјерене, самосвојне, хумане, стручне и креативне личности. Едукован и ауторитетан руководилац неће се бојати ни устручавати да у свој тим одабере јаке људе, сараднике великог угледа, снажног и узвишеног карактера, радне, креативне, слободоумне и оперативне, смионе, поуздане, па чак и оне тзв. неукротиве и поносите.

Ако је руководилац израстао (стасао) у признатог вођу, он може његовати однос једнакости у разликама међу члановима свога руководећег тима, па и на тај начин допринијети неопходној радној и оперативној хомогенизацији. При томе, не треба да се занемари савјет великог Бертолда Брехта ... „Кад говориш - чуј оне који те слушају“.

Руководиоци здравствених установа, а руководиоци болница прије свега, данас морају бити и предузетници - личности који своје снове не остварују само кроз пласирање идеја већ ангажовано дјелају и иницирају догађаје и активности. Ово је суштинска карактеристика успјешног руководиоца у здравству, стаменог и ситуираног у ово вријеме искушења, криза и вријеме ру- шења многих илузија и заблуда које, иначе, школованом руководиоцу може бити изазов за испољавање

критичког мишљења и конструктивног дјеловања. А у суштини, такво мишљење и дје- ловање постају дио неускраћене и освојене слободе, засноване на добијеном знању и развијеној духовности којима се затиру униформност и једноумност и поништавају се бројне сумње, страхови и неизвјесност свакодневнице.

Са друге стране, међузависност и интеракцијско дјеловање технологије и организације узрокује непосредни утицај технолошких промјена, како на моделе организовања људи, значи живот једне популације, тако и на њихово здравствено стање, и обрнуто, жељ ни позитиви ефекти технолошких промјена како на моделе организовања људи, значи живот једне популације, тако и на њихово здравствено стање. Жељени позитивни ефекти технолошких промјена могу се постићи само ефикасном организацијом чији је основни циљ и задатак да савремену технологију чини што делотворнијом и ефикаснијом.

У средишту пажње и интересовања руководилаца у здравству морају бити:

- актуелни здравствени проблеми популације коју опслужује,
- питање успјешног предузетништва,
- вођење свеукупне пословне активности установе,
- управљање и руковођење радом и дјелатношћу служби, финансијама, шех- нологијом, кадровима, истраживањем и развојем,
- као и проблеми планирања и одређивања стратегије развоја и успјешне „ пословне “ позиције и функције установе у цјелини.

Полазећи од ових правила, савремени менаџмент у здравственој установи се и утемељује на дометима психологије, економије, организационих наука и методама социјалне медицине.

У свакодневом раду, односно при планирању рада и развоја своје установе, директор сваке здравствене установе данас мора да научи и како да природан организациони синкретизам између различитих радних јединица преобрати у функционалну спрегу! Организациони синкретизам, на примјер у болничкој установи, представља спајање два или више супротстављена сегмента или јединица, односно специјалистичких служби, ради постизања вишег циља (квалитета). Функционални синкретизам у том погледу значи уједињавање и усмјеравање дјелатности два или више различитих подсистема (нпр. хирургија - интерно!), јединица или служби ради боље, ефикасније и рационалније функције укупног система, тј. установе у цјелини. У бити овог другог је тимски рад, кооперативност и, у савременим условима, незаобилазна интердисциплинарност.

А једно и друго заједно чини основу за постизање значајног квалитета сваке савремене здравствене установе, односно њене интегралности, ма чије власништво она била.

Сигурно је да, далеко више него у другим областима друштвеног живота, баш у здравственој дјелатности најмање требају руководиоци са ореолом идеолошких пистолероса. Посебно данас морају се цијенити прави професионалци који, поред високог степена медицинског знања, посједују и одговарајући ниво познавања правила управљања, руковођења и економике. Управо данас руководиоци здравстве- них установа треба да постигну она три квалитета које је још Марко Аурелије на почетку овог миленијума молио да добије као дар од богова: *храброст* - да мијењају оно што се може или мора промијенити, *снагу* - да поднесу оно што се не може промијенити и *мудрост* - да разликују прво од другог.

Само се тако руковођење здравственим установама може исказати као комбинација знања, заната и духовности. Ријеч је, дакле, о оригиналном и осетљивом складу за који треба доста времена, праксе и учења да би се пронашла она врста руководеће тех- нике, да би сазрео онај вид поимања и потребан степен професионалне одговорности којим се појединa личност руководиоца најпотпуније креативно испољава.

Директор савремене здравствене установе, ма ког профила, као и сваки професионални руководилац неке друге институције, треба да се труди да мијења учмале форме, отклања препреке на путу прогресивних токова и развоја дјелатности и служби и личним примјером доказује да се радом, знањем и образовањем, креацијом и стваралаштвом може остварити свака замисао, сваки план. Директорски „положај“ за љекара-руководиоца је често само формалност, јер он, по правилу, ради и свој професионални љекарски посао, у коме се несумњиво већ доказао и стекао стручну или научну титулу (примаријус, доктор медицинских наука и сл.). Као такав он око себе окупља и едукује сараднике, или их сам обучава, који и њега и специјалистичку дисциплину којом се бави обогајућу новом стручном сензибилношћу.

Директор здравствене установе, за разлику од руководилаца свих других институција, има специфичну професионалну привилегију да, поред тога што као и други упознаје и прати друштвено-- економске токове и управља сарадницима и ресурсима, истовремено и доживљава људе као болеснике, дијели њихову судбину и утиче на њу и, слободно се може рећи, даје дио свог живота својим болесницима. Ова димензија налази се само у оквиру одговорности директора здравствене установе а не и ру-ководилаца других институција или привредних друштава. Отуда и прозилази његов посебан социјални статус и поштовање које му исказује друштвена заједница.

Са друге стране, колектив којим управља подржаће га, цијенити и прихватити ако, поред ових особина и квалитета, искаже и умјешност, односно осјећање за провођење одговарајућег модела флексибилне организације рада, уз поклањање пажње примјереном маркетингу и менаџерству; ако ствара услове за мотивисаност (односно мотивацију радника), оријентисаност на пацијенте али и популацију у цјелини, као и на примјену савремених метода дијагностике и терапије, висок степен пословне (професионалне) етике и сл.

Руководилац здравствене установе поготово не смије да се понаша као добродушни тиранин који је љубазан, великодушан, чак и њежан према сарадницима, али који воли да све држи у својим рукама и да сараднике држи у поданичком односу.

Рационалан рад и дјелатност свих служби савремене здравствене установе почива и на знању руководиоца установе - и свих одговорних рандика, што подразумијева категорију - „штедња у здравству“. Теорија и пракса су показали да је то прије свега - рационалан и економичан рад свих дијелова здравствене службе и здравствених установа. Рационалан рад подразумева првенствено стручан рад, евалуацију стручних активности и усмјеравање стручног рада на приоритетне проблеме у здравственој заштити становништва. У цјелини посматрано, то је наглашена програмска оријентаци- ја и активност на заштити здравља грађана, тј. на спречавању појаве и ширења болести, а исто тако у случају настанка болести: тачно и брзо постављање дијагнозе и ефектно лијечење.

У тој програмској оријентацији посебну улогу имају болнице, јер у случају појаве болести, након постављања тачне дијагнозе, ефикасним лијечењем (прави лијек за одређену болест, у право вријеме, са дјелотворним ефектом), успјешном рехабилитацијом, скраћењем времена хоспитализације, самањењем периода боловања и враћањем обољелог у стање радне и животне способности. Тај сегмент рационалности у стручном раду и активностима у здравству највише долази до изражаја својим позитивним ефектима.

Дакле, у сваком од ових сегмената штедње и рационализације рада у укупном систему здравства и здравствене заштите популације, савремена болница може и треба да има значајну улогу. Улога директора болнице и руководилаца служби јесте и овдје од примарног значаја.

У склопу укупне комплексне здравствене дјелатности руководећи тим сваке појединачне здравствене установе треба да буде оспособљен да класификује и процијени приоритет и значај појединих здравствених проблема са социјално-медицинског становишта, примјеном неких од важнијих показатеља као што су: процјена утицаја групе болести на квалитет живота одређене групације становништва; вјероватност фаталног исхода; структура и морбидитет становништва, карактер посљедица обољевања, а нарочито апсентизам и инвалидност и сл.

Коришћењем ових показатеља успоставља се ранг листа значајности здравствених проблема у популацији о којој се стара одређена здравствена установа. Данас су то најчешће сљедећа патолошка стања:

1. Проблеми највишег приоритета:

- болести циркулторног система,
- болести респираторног система,
- несрећни случајеви, тровања и насиља,
- неоплазме, болести дигестивног система.

2. Проблеми врло високог приоритета:

- перинатални морбидитет и морталитет,
- душевни поремећаји,
- болести урогениталног система.

3. Проблеми високог приоритета:

- инфективне и паразитарне болести,
- ендокрине болести,
- болести метаболизма и исхране,
- болести нервног система и чула,
- болести мишићно-коштаног система и везивног ткива.

4. *Остали значајнији здравствени проблеми:*

- компликације трудноће, порођаја и бабиња,
- конгениталне аномалије,
- болести крви и крвотворних органа,
- болести коже и поткожног ткива.

У рјешавању или умањењу посљедица свих ових проблема свака здравствена установа у свом делокругу има, може и треба да има веома значајну улогу. Укупни менаџмент здравствене установе, а посебно руководилац - директор установе и руководиоци појединих служби у њој, носиоци су одговарајућих програма и дјелатности. У тој улози им може значајно помоћи усмјерена едукација у области менаџмента (руковођења и управљања), па и специфични принципи маркетинга у области здравствене дјелатности.

Руководилац здравствене установе и потреба организоване обуке за управљање у здравству

Познато је да је и код нас, као и у већини развијених европских земаља, дипломац високе школе оспособљен више за интелектуалне него за практичне изазове живота и професије. Ово правило важи и за свакога од нас, поготову се то односи на љекаре, прије свих, који поред своје професионалне дужности преузму и улогу руководиоца здравствене установе или неке од служби односно организационих јединица у оквиру здравствене установе. Иако дужности руководиоца у здравству нису до скоро вредноване према правилима менаџерства у привредним организацијама, промијењени друштвено-економски односи и измијењен статус здравствених установа и у тој области, намеће нове савремене односе, критеријуме и мерила.

Менаџерство и маркетинг интензивно постају неминовност свакодневног живота и рада сваке иоле проспективније фирме, било из области привреде, било из неког од сегмената ко- мплекса тзв. друштвених дјелатности. Ови појмови, њихов садржај и значење данас се подразумијевају као стварност, неминовност и суштина пословања и наших здравствених установа, разумије се у специфичној, хуманијој форми прикладној за дјелатност на здравственој заштити популације.

Руководилац здравствене установе и у нас све ће више и чвшће долазити у ситуацију да брзо доноси пословну одлуку значајну за установу или дио установе, за коју мора да узме у обзир читав низ елемената који у буквалном смислу ријечи нису ни у каквој директној вези са професијом, одпосно послом који им се бави.

Разумије се да се он за такве ситуације мора оспособити, припремити и обучити. Све више ће и за руководиоце здравствених установа важити правило да они „мисле унапријед и са стране, не заборављајући да погледају уназад и изнад себе“.

Иначе, љекари су као професија „осуђени" на перманентно усавршавање према начелу: „медицина је доживотни студиј“. Ова обавеза и потреба посебно важи за здравствене раднике руководиоце у здравственој служби. Познате су нам поставке о важности трајног стручног усавршавања као фактора стручног напретка и квалитета рада сваког здравственог радника. Данас нема никога ко би посумњао у исправност таквих захтијева који, иначе, имају и пуну научну, друштвену и законску подршку.

У обуци кадрова за управљање у здравству потребно је да се избјегну познати разлози релативног неуспјеха уобичајених облика стручног усавршавања.

У овој врсти едукације треба обезбједити сљедеће полазне поставке:

1. да сви формални облици обуке буду прије свега инструктивног карактера,
2. да понуђени садржаји обуке одговоре потребама и говоре о проблемима који су прије свега важни за праксу,
3. да настава у обуци буде што мање теоријска и вербална, да теме обрађују и своје виђење проблема износе личности највишег научног и стручног ауторитета и да се омогући да своје мишљење и сазнања о проблемима слободно излажу они који имају и непосредна искуства у раду,
4. да се у обуци примијене и користе методе које ће мотивисати учеснике да буду активни учесници расправе, а мање пасивни слушачи,
5. да се здравствени радници у процесу обуке још више оспособе за мукотрпни, а тако одговорни, вишезначајан и слојевит, посао руковођења и управљања.

Из оваквог приступа овом специјализованом облику едукације, дакле једном облику стручног усавршавања вишег нивоа, није довољно само *присуствовање учесника.* Ради постизања правих, жељених резултата, веома је важно да се нови научни и стручни садржаји који ће се излагати током едукативних сесија не примају пасивно, већ уз активно учествовање свих. Насупрот уобичајеном традиционалном начину „наставе“, овај облик едукације треба да омогући и стимулише комуникацију у струци, да даје информације, да поставља проблеме које ће учесници, у сарадњи са предавачима, рјешавати на темељу својих искустава и добијених сазнања.

Битно је у свему томе да се кроз сам процес обуке увећа сума знања из области руковођења и управљања, одлучивања и организовања рада, све у сврху повећања поуздања сваког појединца у самог себе, јер, по правилу, нико у овом послу не полази од нуле!

У конципирању овог облика едукацције треба поћи и од оцјене да у савременом систему односа у друштвеној заједиици, па и у здравственој установи, стручни руководилац институције мора:

- да се постави тако да стриктно поштује одређена ограничења своје функције, али да предузимљиво дјелује као да тих ограпичења нема;
- он мора на дискретан начи активирати рјешавање најзамршенијих дилема и осетљивих спорова; он треба да осети процедуралне и тактичке замке настале због „ околности свјесно или несвјесно „ креиране “ од стране сарадника, и да их избегне или разрјешава када је то корисно за установу али и за болеснике.

Такав руководилац треба унапријед да зна да не може све да уради што је потребно, или се захтијева, али тако дјествовати као да се то не зна. У односима са не- посредним сарадницима он је често у ситуацији да у правој сразмјери комбинује опора указивања, енергична убјеђивања и блага наређивања. Он мора да ствара прецизну, циљану, свеобухватну и конструктивну равнотежу у колективу, гдје често долази go напетих и дубоких неравнотежа, он мора да прихвати многобројна искушења и да се одрекне права на разочарење и умор. Свим својим силама руководилац здравствене установе мора да брани дух и слово Хипократове заклетве и законских аката установе и друштва.

Мисија руководиоца здравствене установе подразумева један веома комплексан опус активности, обавеза, креативности, стручног ангажовања, али и умног и

физичког напора. Руководилац здравствене установе је њен службеник највишег ранга, и далеко од тога да је само то!

Снагом своје личности и стручношћу добар руководилац савремене здравствене установе или службе треба да стекне професионалну моћ да фасцинира, инспирише, сублимира и координира рад својих сарадника и односе здравствених радника и болесника.
Организованом едукацијом и обуком треба да се помогне садашњем, актуелном пословодству здравствене службе у незаобилазној акцији на рјешењу традиционалних стереотипа насталих из укорењених представа у супремацији медицинске професије (медицине) над осталим научним дисциплинама у области руковођења и управљања здравственим установама. Нагласак је на *здравственим,* што је, разумије се, шире него када кажемо - *медицинским установама.*

Прошла су, такође, и времена заваравања када смо сматрали апсурдом или јересом и саму помисао на увођење неких облика тржишних односа у области здравствене заштите популације. Данас се извјесни тржишни односи у области здравства подразумевају као неизбјежна и неопходна стварност, и све ће се интензивније захтијевати да свака савремена здравствена установа, а нарочито установа болничког типа и карактера, треба да има свој програм маркетинга тзв. маркетиншку подршку својих стручних делатности.

Када је ријеч о здравственим дјелатностима и установама, маркетинг има специфичне циљеве да, прије свега, идентификује актуелне потребе и очекиване захтјеве популације у цјелини, а посебно подручја која „покрива", и да онда представи своје програме, кадровске и просторне ресурсе, своју дјелатност и правце развојних опредјељења усмјерене ка линији успјешног реализовања тих потреба или очекиваних захтијева за медицинском помоћи, односно здравственом заштитом тог ста- новништва.

У друштвено-економским односима, који се непрекидно мијењају, атрактивност и успјешност здравствене установе зависиће све више од тога колико је она успјела да се избави, извуче и израсте из сивила безличности; колико је успјела да наметне своју аутохтону концепцију; специфичие програме, високо специјализоване службе, доказану стручност свога кадра и пријатни социјално-психолошки миље за болеснике (које прима као драге госте у невољи). Таква институција мора да његује своју традицију, али и да покаже да рачуна, планира и развија себе на дуги рок зарад популације којој се посветила. Нудећи програме за унапређење своје дјелатности, његујући добре односе са друштвеном средином, стварајући климу узајамне потребе омогућава истовремено да и та друштвена околина прихвати здравствену установу као своју институцију, као незаобилазну компоненту, а не само потребу свога цивили- зацијског развоја, те да јој као таквој пружа одговарајућу материјалну, моралну и сваку другу помоћ и подршку.

Полазећи од прихваћених оцјена да успостављање здравствене политике на реформском курсу подразумијева савремену организацију рада, чисте односе и слободну конкуренцију знања, квалитета, ефикасности и продуктивности, веома је важно схватити да су за успостављање таквих односа неопходне, поред осталог, стандардизоване процедуре, поуздане, тачне и контролисане базе података и квалитетне информације, као и руководећи кадар који то све треба да обезбиједи и користи у процесу управљања, руковођења и одлучивања.

Зато обука руководилаца здравствених установа управо треба да буде усмјерена у правцу таквих потреба и циљева да би одговорила императиву времена у коме се налази здравствена дјелатност и изазовима које намећу реформе и промјене укупних друштвено-економских околности и односа у нас и у свијету. Времена која долазе за нас неће бити тежа, јер не знамо када су уопште и била лака, али ће околности у којима се одвија рад, као и сам статус здравствених установа, бити комплекснији, компликовани- ји и још више трауматогени.

Организована, специјализована обука из менаџмента мора помоћи да руководиоци здравствених установа, као и сама здравствена дјелатност, лакше и са бољим резултатима прихвате изазове нових друштвено-економских односа и социјално-медицинских прилика.

Оваква обука треба да је постављена у облику савременог мултидисциплинарног пројекта са израженим мултисекторским едукационим карактером и садржајем. У таквом контексту мање је важно ко су формални носиоци организације обуке и да ли њеној вриједности доприноси, прије свега, ауторитативан стручни кор састављен од познатих и признатих научних радника, стручњака, личности одабраних из одговарају- ћих институција, великих здравствених установа и ауторитативних органа и организација система здравства.

Обуку треба организовати у сарадњи са истакнутим институцијама за здравствени менаџмент, водећим националним, европским и свјетским центрима за ову област, који имају велико искуство и доказане и признате резултате у едукацији кадрова широм свијета као колаборативни центри Свјетске здравствене организације.

Таква обука треба да помогне и омогући „меко слетање“ наших здравствених установа у нове социјалне и економске услове рада и развоја друштвених дјелатности и система самог здравства, али и да менаџери стекну што више знања о предусловима и тех- нологијама управљања у здравству и о њиховим могућностима и ограничењима. Тако ће менаџери и руководиоци здравствених установа бити у стању да оцењују вриједности појединих метода и техника примјенљивих у процесу руковођења, да се оспособе да изаберу најбоља могућа рјешења за одређене ситуације на различитим нивоима (почев од одјељења до установе у цјелости или пак система здравства на вишем степену).

Руководилац здравствене установе не треба да буде политичар него лидер. Лидер који умије и може да мотивише, инспирише, охрабрује, да улива повјерење и наду у будућност; да личним примјером убиједи сараднике како је све могуће урадити и постићи уз велики рад, сарадњу, образовање и усавршавање на свим пољима струке и живота уопште. Он треба да ужива углед и поштовање, али и да посједује уљудност, храброст и моћ ауторитативности да каже *Не* стварима које се не могу у реалном времену приуштити, али и да своје позитивне намјере, идеје и стручне изазове, као и својих сарадника, преточи у иоле ваљану и дјелотворну акцију, а то може само ако има креативно знање и памет да успостави прихватљиву провокативну атмосферу и дух око себе!

Управљачки процес и руковођење у здравству

''...Руковођење и организација здравствене службе, координација, кооперација, колаборација и интеграција са свим осталим секторима развитка друштва у

складном и хармоничном систему, планирање и утврђивање приоритета, праћење и евалуација траже како знање тако и етички приступ као и савременог менаџера и руководиоца. Избор правог човјека у право вријеме на правом мјесту је такође етички проблем.

Да би руководилац могао да организује друге да ефикасно раде, не смије да буде:

1. Игнорант, онај који прелази преко нечега и некога као да не постоји, неспособан да уочава проблеме, слабости, недостатке и не зна начин и путеве рјешавања проблема.
2. Дилетант, површан, недоучен, без стручне спреме.
3. Медиокритет, средњих али и површних и уских способности и знања.
4. Бирократа, човјек коме није важно ни знање ни стручност. Он је човјек организације коме та организација и таква средина омогућава не само *status quo* него и пењање уз степенице пирамиде. То је систем руковођења који је створио строге, круте, надмене, свемоћне шупљоглавце и као такви све рјешавају за канцеларијским столом, без критичког духа, а увијек апсолутно послушни надређеним, способни за аклиматизацију у свим приликама.
5. Технократе, или влада технике и технологије. Они виде кључ и рјешење у високој технологији и сматрају да све треба потчинити високој технологији. А кад технократе усвоје бирократске методе и добију бирократску моћ и уз то стоје иза политичког центра моћи, онда они разорно дјелују и уништавају све што им смета. Организација здравствене службе је наука која има за циљ да сваком грађанину омогући да ужива своје урођено право на здравље и живот до крајње биолошких граница. Технократи не знају, нити имају интереса за спровођење здравствене политике на научним принципима. Они су једностра- но усмјерени. „Бојим се човека који је прочитао само једну књигу“, рекао је Тома Аквински. Бојимо се руководилаца који су сав рад и знање усмјерили на један субспецијалистички програм као што су бубрег, око, крвни судови, ректум итд. За разлику од осталих, технократа може бити добар руководилац своје струке и специјалности ако нема бирократских наслага.
6. Политбирократи су јавни, друштвени и политички радници који у име центра моћи одлучују о спровођењу здравствене политике. Они не знају нити познају здравствене проблеме нити стратегију здравствене заштите. Хегел је с правом рекао да је најопаснија ствар кад незнање постане активно. Они често имају комплексе кад решавају проблеме које не знају, а да би своје одлуке покрили струком, траће рјешења у избору послушних технократа. Отуда постоји опасност негативне селекције и могућности да се руковођење здравственом службом препусти незналицама, лакејима и слугама политичара. Свако правило има изузетке, па се ни ова мисао не треба уопштавати.

У свијету, а и код нас, сусрећемо се са три врсте радника који се баве здравственом политиком и њеним руковођењем:

1. Они који знају и знају да знају,
2. Оии који не знају, а мисле да знају,
3. Они који не знају и не знају да знају.

Основни постулат јавног здравља је истина. Најгорча истина боља је од најслађе заблуде. Незналице радо живе у слатким заблудама. Без ефикасног руковођења и добрих руководилаца покушаји да се унаприједи руковођење, организација, структура и функционисање здравствене службе, унапређење и заштита здравља неће дати веће успјехе. Оркестар не може да води неко ко не зна да чита ноте. Идеологија није довољна сама за себе, јер и она пати од склерозе. Али велике идеје као што су' „здравље за све“ не смију да се угуше због слабости друштва у једном одређеном периоду.
Управљачки процес за развој здравства не може се, нити се одвија у вакууму, односно безваздушном простору, већ у друштвеном, политичком, економском, социјалном и здравственом систему. Здравствени систем није прост систем збира здравствених установа. Здравствени систем, како га савремена наука о здрављу разумије, састоји се од међузависних компонената живота и рада у кући, радном месту, школским установама, заједници, здравственим и осталим секторима развоја друштва који утичу на здравље човјека и породице. Систем, дакле, укључује цјелокупну инфраструктуру здравствених установа које спороводе здравствену заштиту појединцу, породици и заједници и који спроводи све нивое здравствене заштите, почев од унапређења здравља, спречавања обољења, раног откривања обољења, лијечења и рехабилитације.

Управљачки процес за развој здравства са посебним освртом на „здравље за све“ или процес управљања, односно менаџмент, састоји се од неколико битних дијелова који чине једну логичну цјелину:

1. Дијагноза ситуације, односно свестрано сагледавање стања и проблема здравља и свих средстава за остваривање здравствене политике.

Информације су и очи, и огледало, и рендген, и магнетна резонанца и зелено свјетло. Информације указују на стање, проблеме, правац акције, развој и резултате рада у току цијелог процеса. Информације треба знати сакупити и одабрати. Често се налазимо у дилеми о количини и тачности информација. Прави менаџери савјетују да је боље имати приближно одговарајуће информације у право вријеме, него прецизне информације сувише касно.

2. Формулисање здравствене политике и дефинисање циља и приоритета.

Национална здравствена политика, стратегија и план рада чине непрекидни ланац и цјелину и нема оштрих линија између њих. Национална здравствена политика је скуп свих циљева за унапређење здравља, здравственог стања и здравствене ситуације, приоритета између постављених циљева и главних праваца за њихово остваривање.

Национална стратегија укључује све секторе који могу да допринесу остваривању циљева и приоритета. Национални план обухвата све секторе који могу да доприносе остваривању националне и здравствене политике, указује шта има да се уради, ко ће да ураqu, у ком времену и са којим средствима. То је оквир рада који води де- таљнијем програмирању, буџетирању, остваривању и евалуацији.

3. Програмираље.

Послије формулације здравствене политике и дефинисања циља и приоритета долази до зараде и презентирања поступка остваривања здравствене политике на разним степенима планирања и јасно постављених циљева и, гдје год је могуће, утврђивање времена и рока остваривања тих циљева. Ова разрада почиње са

поновним разма- трањем и проучавањем информација о здравственом стању, што ће помоћи да се утврде здравствени проблеми као и други проблеми и фактори који утичу на здравље. Ови проблеми неће бити свугдје исти, па консеквентно томе неће свугдје бити исти ни приоритети, али све мора бити засновано на чињеницама и доказима. У складу са тим треба да буду адекватно распоређена и средства за поједине компоненте и унутар њих за поједине програме.

4. Буџетирање програма.

Утврђивање програма према приоритету тражи исто тако приоритет у додељивању финансијских средстава. Овај процес у ствари почиње са формулацијом здравствене политике, а посебно у процесу програмирања.

Програми се утврђују према циљевима, а буџетирање према програмима.

5. Генерални, главни план акције.

Послије разраде и утврђивања програма за остваривање здравствене политике и делегирања адекватних средстава доноси се генерални, глобални план који садржи детаље свих специфичних планова који чине цјелину, укључујући и програм буџетирања финансијских средстава, из којих се види акција, њен главни правац, стратегија која следује како на сектору здавља, тако и осталим секторима који се укључују у план и програм.

Овај генерални, главни план, између осталог, мора специфицирати сљедеће:

- националну здравствену политику и циљеве који ће се остварити, као и вријеме за њихово остваривање,
- политичке, социјалне, економске и административне процесе, потребну технологију, укључујући потребне законодавне мјере, као и друге мјере које изискује процес управљања,
- приоритет здравствених проблема, изабрану стратегију и временски период за њихово рјешавање,
- потребе кадрова,
- потребна финансијска средства,
- организацију и спровођење рада на остваривању програма.

У процесу остваривања плана несумњиво да може да дође до потребе за модификацијом утврђених задатака, било због неких новоискрслих проблема општег развоја земље, било због настале здравствене ситуације и неких специфичних проблема.

Овај план се сматра најзначајнијим за стратегију у остваривању „здравља за све“. То је „Библија“ за развој здравства.

6. Детаљно програмирање.

Детаљно програмирање је следећа фаза. То је претварање стратегије у акцију, спецификација циљева и вријеме њихових остварења, као и спецификација технологије, кадрова, инфраструктуре, финансијских средстава и времена за њихово извршење итд. То значи корак даље - од општег у конкретно. За сваки програм мора бити именован одговорни руководилац, менаџер, а некад, зависно од програма, морају бити именовни менаџери за поједине дијелове програма. Ови руководиоци по правилу морају да до краја воде односно руководе програмом и управљају установом.

Програм мора бити разрађен на свим нивоима, односно шта, ко и кад мора да ради, која и колика средства, методи остваривања, укључујући приоритет и одговорности сваког члана.

7. Остваривање ирограма.

Спровођење и остваривање плана значи претварање детаљног програма у акцију и оперативно извршење као интегралног дијела здравственог система. Свакодневно руковођење програмима, службама и институцијама које спроводе оперативни план и стално праћење активности ради обезбеђења њиховог спровођења како је планирано.

8. Евалуација.

Евалуација је анализа остваривања здравствене политике, здравствене стратегије планова и програма „здравље за све“. Она треба да одговори на:

- однос између жељеног и оствареног у спровођењу програма,
- однос између додијељених средстава и остварених резултата.

Евалуација мора бити заснована на објективним чиниоцима. Уношење личног, субјективног умјесто објективног у процјени резултата рада и остваривања програма у супротности је са љекарском етиком и савременим руковођењем постављеним на научним принципима.

9. Репрограмирање.

Ако се евалуацијом утврди било да програми нису прихваћени од народа, било да нијесу постигнути резултати адекватни потребама, или да су се појавиле поједине потребе за већим приоритетом, које нису биле предвиђене, обавезно мора да дође до промјена у плану, односно до репрограмирања.

Треба напоменути да у пракси може да се почне од сваког од поменутих процеса. Ако је то потребно и у складу са општом политиком. Не мора се увијек почети од почетка, а ствар је руководиоца да у том процесу оствари склад у одвијању процеса.

Процес руковођења ако га спроводи онај који зна, и који зна да зна, биће и демистификован и симплифициран.

Знање за руководиоце, односно менаџере, стиче се сталним праћењем науке, анализом својих и туђих искустава. Боље је изучавати успјехе и грешке других него се учити само на сопственим грешкама. Организација, координација, кооперација, колаборација, интеграција, планирање, усмјеравање, надзор и евалуација су дијелови процеса руковођења. Руководилац и менаџер мора:

- да зна проблеме и задатке сектора којим руководи,
- да брзо уочава и брзо реагује,
- да је стваралац идеја и иницијатор,
- да може да мотивише, мобилише и покрене,
- да је пожртвован, ревностан, одан, интелектуално и срцем везан за проблем,
- да је поштен и свјестан одговорности свога задатка,
- да зна и да може комуницирати са сарадницима,
- да зна и може да слуша и саслуша друге,

- да је флексибилан ако треба, да није тврдоглав, али и да је упоран борац за истину и да није опортуниста,
- да зна да демонстрира, представи и покреће нове задатке,
- да је стратег и организатор,
- да зна да врши контролу и евалуацију и изнад свега да је лично поштен и прихваћен до сарадника и заједнице.

Руковођење тражи знање, искуство и умијеће да читав оркестар хармонично ради и да су сви чланови оркестра мотивисани за продуктивни, стваралачки рад.“

Актуелне дјелатности руководства развијених здравствених установа

Прилагођавање савременом концепту организовања, пружања и коришћења здравствене заштите захтијева, нарочито од афирмисаних и развијених установа као што су клиничко- болнички центри, клинички центри, клинике, институти, да одмах предузму низ мјера и активности које треба да омогуће реализацију новог, савре- меног, динамичног концепта и право мјесто односно одговарајући статус у систему здравства.

Програм најважнијих мјера у том. смислу требало би да обухвати сљедеће:

1. материјална и организациона консолидација установе,
2. обезбјеђење дијагностичких и терапијских средстава као и материјала за хируршке и друге интервенције предвиђене планом,
3. ревитализација (занављање и набавка нових) дијагностичких апарата. и инструмената,
4. побољшање материјалног положаја запослених и повећање степена њихове мотивисаности за рад са болесницима,
5. реализовање плана и програма инвестиционог одржавања у најакутнијим случајевима,
6. припрема и спровођење програма приватне здравствене дјелатности у оквиру установе;
7. припрема програма инвестиција улагањем заинтересованих приватних и правних и других лица у објекте установе,
8. реализација плана и програма стручног усавршавања здравствених и других радника;
9. побољшање и унапређење хигијенско-техничких услова хоспитализованих болесника, уз умањење степена деперсонализације и дехуманизације у односима према болеснику,
10. побољшање исхране хоспитализованих болесника,
11. припреме програма и почетак реализације савременог болничког ин- формационог система компјутеризацијом радних процеса,
12. постизање боље сарадње са одговарајућим државним органима, ве- ледрогеријама, произвођачима лијекова и значајним добављачима,
13. стварање бољих услова и подршка (научно) истраживачким пројектима у оквиру установе или са научним институцијама из земље и иностранства,
14. јачање улоге и одговорности научног одбора и етичког комитета установе,

ИСПИТНА ПИТАЊА

1. КОЛОКВИЈУМ :

1. Шта је организација?
2. Шта је предмет изучавања организације?
3. Наведите подручја науке о организацији.
4. Шта проучава наука о организацији?
5. Наведите једну од метафора организације према Моргану.
6. Наведите важну поруку коју је Карнеги оставио за дизајн савремених организација.
7. Зашто је организација централно подручје науке о менаџменту?
8. Зашто је организација базична менаџерска дисциплина?
9. Које су улоге и вјештине менаџера?
10. Наведите теорије организације и зашто су оне важне.
11. Наведите шта су изучавале теорије организације у оквиру класичне школе
12. Наведите и објасните принципе на којима је Тејлор засновао концепт нау - чног управљања.
13. Према Анри Фејоовом концепту, укупна активност привредног друштва се дијели на 6 међусобно повезаних и зависних група послова. Наведите их.
14. Објасните ''специјализацију'', Веберове теорије бирократије.
15. Суштина »Хоторн ефекта«, је у поруци за менаџмент привредног друштва:
16. Наведите и објасните категорије системске теорије.
17. Наведите и објасните категорије ситуационе теорије.
18. Који су изазови за организацију у будућности?
19. Наведите и објасните битне особине организације.
20. Објасните шта карактерише староиндијску медицину.
21. Наведите шта је Хипократ, у старој Грчкој, свјетовао љекарима.
22. У чему се састоји, у римској медицини, главна Галенова заслуга за развитак медицине?
23. 30 година прије оснивања прве апотеке у Енглеској, основана је прва апотека у нашим крајевима. Гдје и када?
24. На којем је нивоу била организација здравствене службе у Кнежевини Србији?
25. Наведите 5 услови од којих зависи облик и структура организације здравствене дјелатности.
26. Наведите 5 основна начела савремене здравствене политике.
27. Дефинишите појма здравље, према дефиницији СЗО.
28. Према Општем закону о здравственој заштити и здравственој служби сврха здравствене заштите је:
29. На основу чега се доноси план мреже здравствених установа?

30. Здравствена установа може почети са радом и обављати здравствену дјелатност ако има:
31. Наведите врсте здравствених установа.
32. Здравствена установа у оквиру своје дјелатности дужна је да:
33. Здравствена установа обезбјеђује средства за рад на сљедећи начин:
34. Органи здравствене установе су:
35. Здравствена установа може почети са радом и обављати здравствену делатност ако има:
36. Дом здравља може обављати здравствену делатност ако има најмање следеће кадрове:
37. Општа болница може обављати здравствену дјелатност ако у областима утврђеним законом има (најмање) сљедеће кадрове:
38. Специјална болница за лијечење хроничних болести може обављати здравствену дјелатност ако у односу на укупан број болничких постеља има:
39. Саму здравствену структуру чини пет међусобно повезаних компоненти:
40. Здравствена заштита наших грађана подразумијева сљедеће елементе:
41. Комплексну здравствену заштиту сачињавају сљедећи сегменти:
42. Базичне услове за интензивнији научноистраживачки рад у медицинској дјелатности чине:
43. Задатак носилаца здравствено-васпитне дјелатности јесте да овој популацији омогући усвајање одређених знања, а нарочито о:
44. Шта је садржај здравствено - васпитне дјелатности у служб за здравствену заштиту радника?
45. Шта је садржај здравствено - васпитне дјелатности у служби опште медицине?
46. Шта је садржај здравствено - васпитне дјелатности у служби за заштиту менталног здравља?
47. Шта је садржај здравствено - васпитне дјелатности у служби за зубно - здравствену заштиту?
48. Шта је садржај здравствено - васпитне дјелатности у служби за хигијенско-епидемиоло шку заштиту
49. Шта је садржај здравствено - васпитне дјелатности у служби за физикалну медицину и рехабилитацију?
50. Шта је садржај здравствено - васпитне дјелатности у служби поливалентне патронаже?

2. КОЛОКВИЈУМ :

1. Дом здравља обавља здравствену делатност најмање у следећим областима:
2. Наведите основне принцпие организације здравствених установа.
3. Дјелатност организоване здравствене службе оријентисана на сљедеће праваце:
4. Да би се правилно и сврсисходно организовале здравствене службе и здравствене установе у градским и економско развијеним подручјима са бројнијом популацијом треба водити рачуна о многим специфичним факторима, на примјер:

5. Обим медицинских служби и структуру организационих јединица дома здравља одређују одговарајући друштвено-економски и социјално-медицински елементи. Њих можемо сврстати у неколико група. Наведите их!:
6. Интегрална здравствена заштита обухвата три основне групе послова које мора обављати свака модерна здравствена установа оваквог типа:
7. Савремена болница обавља нарочито сљедеће послове:
8. Минимални услови за организовање и рад опште болнице су:
9. Минимални услови које мора испуњавати специјална болница ма кога типа јесу:
10. Наведите пет најважнијих функција и задатака клиничко - болничког центра.
11. Апотека је здравствена установа која у оквиру своје дјелатности обавља сљедеће послове:
12. Дјелатност завода за заштиту здравља обухвата најмање сљедеће области:
13. Завод, односно институт за заштиту здравља РС обавља и сљедеће послове:
14. Здравствена дјелатност се може обављати у грађевинском објекту у коме су обезбјеђени сљедећи општи услови:
15. У обављању својих задатака завод за хитну медицинску помоћ има сљедеће обавезе:
16. Наведите предности успјешно спровођеног кућног лијечења.
17. Да би руководилац могао да организује друге да ефикасно раде, не смије да буде:
18. Садржај здравствено - васпитног рада са родитељима мале и предшколске дјеце
19. Садржај здравствено - васпитног рада са дјецом, омладином и студентима
20. Садржај здравствено - васпитног рада са женама
21. Здравствени радник је:
22. Здравствени сарадник је:
23. Шта је основни циљ спровођења надзора над стручним радом?
24. Једини циљ надзора над стручним радом јесте:
25. Наведите четири су основне области дјеловања љекарске коморе:
26. Протокол у дому здравља подразумијева:
27. Дом здравља је дужан и да доствља одређене дневне, десетодневне, мјесвчне, тромјесечне и годишње извјештаје и то:
28. Евиденција о промету лијекова садржи сљедеће податке:
29. Новчаном казном казниће се за прекршај здравствени радник који обавља здравствену дјелатност ако:
30. У средишту пажње и интересовања руководилаца у здравству морају бити:

ЛИТЕРАТУРА:

1. ''ОРГАНИЗАЦИЈА'', Др Мирјана Петовић, Др Небојша Јанићијевић, Др Биљана Богићевић Миликић и Др Ана Алексић Мирић, Економски факултет Београд, 2014. Година;
2. ''САВРЕМЕНА ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ И УСТАНОВА'', Проф. др Предраг Довијанић, ''Обележја'' Београд, 2003. година