

СЛУЖБЕНИ ЛИСТ

== Града Крагујевца ==

КРАГУЈЕВАЦ
25. ФЕБРУАР 2011.

ГОДИНА XXI
БРОЈ 4

Скупштина града Крагујевца, на основу члана 32. став.1. тачка 20, а у вези члана 66. став 3. Закона о локалној самоуправи ("Службени гласник Републике Србије" бр.129/07) и члана 22. став 1. тачка 52. Статута града Крагујевца ("Службени лист града Крагујевца" бр.18/08 и 10/09) на седници одржаној дана 25.02.2011.године, доноси

О Д Л У К У

о усвајању Стратегије развоја примарне здравствене заштите града Крагујевца
за период 2011-2014. година

I Усваја се Стратегија развоја примарне здравствене заштите града Крагујевца за период 2011-2014.година, која је саставни део ове одлуке.

II Ова одлука ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у "Службеном листу града Крагујевца".

СКУПШТИНА ГРАДА КРАГУЈЕВЦА
Број:50-3/11-I
У Крагујевцу, 25.02.2011.год.

ЗАМЕНИК ПРЕДСЕДНИКА,
Миодраг Николић,с.р.



**Република Србија
Град Крагујевац**

**СТРАТЕГИЈА РАЗВОЈА
ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ
ГРАДА КРАГУЈЕВЦА
ЗА ПЕРИОД 2011-2014. ГОДИНА**

**Крагујевац
Фебруар 2011.година**

АУТОРИ И САРАДНИЦИ НА ИЗРАДИ СТРАТЕГИЈЕ РАЗВОЈА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА ТЕРИТОРИЈУ ГРАДА КРАГУЈЕВЦА 2011-2014.ГОДИНА

- **Комисија за израду Стратегије развоја примарне здравствене заштите за територију града Крагујевца за период 2011-2014. година:**

- Проф. др Александар Живановић, *члан Градског већа за здравствену заштиту, председник;*
- Славица Савелић, *члан Градског већа за социјалну политику и друштвену бригу о деци, члан;*
- др Срђан Матовић, *члан Градског већа за животну средину, одрживи развој и сарадњу са удружењима, члан;*
- Проф. др Александар Ђукић, *професор Медицинског факултета Универзитета у Крагујевцу, члан;*
- Проф. др Драгољуб Ђокић, *директор Института за јавно здравље Крагујевац, члан;*
- др Александар Кличковић, *помоћник директора Завода за хитну медицинску помоћ Крагујевац, члан;*
- др Јелена Крстић, *Дом здравља Крагујевац, члан .*

- **Радна група за израду Акционог плана:**

- др Предраг Поповић, *Институт за јавно здравље Крагујевац;*
- др Снежана Радовановић, *Институт за јавно здравље Крагујевац;*
- др Јелена Крстић, *Дом здравља Крагујевац;*
- Марија Ђорђевић, *Градска управа за здравство, социјалну политику и друштвену бригу о деци.*

- **Стручни сарадници Института за јавно здравље Крагујевац ангажовани на изради Анализе здравствених индикатора у становништву Града Крагујевца, трендова до 2014. године и предлога мера превенције:**

- Проф. др Драгољуб Ђокић;
- Прим др сци. Мила. Вучић-Јанковић;
- доц. др Сања Коцић;
- Проф. др Нела Ђоновић;
- Проф. др Весна Пантовић;
- Асс. др Гордана Ђорђевић;
- Асс. др Мирјана Милосављевић;
- Асс. др Снежана Радовановић;
- др Ружица Атанасковић;
- др Предраг Поповић.

- **Представници установа примарне здравствене заштите ангажовани на изради Анализе установа примарне здравствене заштите на територији града Крагујевца:**

- др Радмила Обрадовић, *Дом здравља Крагујевац;*
- др Славомир Петровић, *Дом здравља Крагујевац;*
- др Гордана Дамјановић, *Дом здравља Крагујевац;*
- др Нада Миловановић, *Дом здравља Крагујевац;*
- др Јелена Крстић, *Дом здравља Крагујевац;*
- Олга Срећковић, *Дом здравља Крагујевац;*
- Стана Арсенијевић, *Дом здравља Крагујевац;*
- Милинка Тодоровић-Баралић, *Застава Завод за здравствену заштиту радника доо Крагујевац – у реструктурирању;*
- др Милисав Кривокућа, *Застава Завод за здравствену заштиту радника доо Крагујевац – у реструктурирању;*
- др Снежана Игњатовић, *Застава Завод за здравствену заштиту радника доо Крагујевац – у реструктурирању;*
- др Снежана Стојановић, *Застава Завод за здравствену заштиту радника доо Крагујевац – у реструктурирању;*
- др Зоран Ћириновић, *Застава Завод за здравствену заштиту радника доо Крагујевац – у реструктурирању;*
- др Вера Радосављевић, *Застава Завод за здравствену заштиту радника доо Крагујевац – у реструктурирању;*
- др Вера Јовановић, *Застава Завод за здравствену заштиту радника доо Крагујевац – у реструктурирању;*
- др Славица Пуача, *Застава Завод за здравствену заштиту радника доо Крагујевац – у реструктурирању;*
- Радмио Стевановић, *Застава Завод за здравствену заштиту радника доо Крагујевац – у реструктурирању;*
- Љубица Ђуровљевић, *Апотека Крагујевац;*
- Драгана Ђорђевић, *Апотека Крагујевац;*
- Верица Милинковић, *Апотека Крагујевац;*
- Борис Милошевић, *Апотека Крагујевац;*
- др Александар Кличковић, *Завод за хитну медицинску помоћ Крагујевац;*
- др Ранко Голијанин, *Завод за стоматологију Крагујевац;*
- др Горан Вулић, *Завод за стоматологију Крагујевац;*
- др Светлана Јевтић, *Завод за стоматологију Крагујевац.*

• **Представници Градске управе града Крагујевца који су дали допринос у изради стратешког документа:**

- Драгица Домановић, *Градска управа за здравство, социјалну политику и друштвену бригу о деци;*
- др Ана Ненадовић-Живановић, *Градска управа за здравство, социјалну политику и друштвену бригу о деци;*
- др Катарина Димитријевић, *Градска управа за здравство, социјалну политику и друштвену бригу о деци;*
- др Јагода Аћимовић, *Градска управа за здравство, социјалну политику и друштвену бригу о деци;*
- Јелица Дедић, *Градска управа за здравство, социјалну политику и друштвену бригу о деци;*
- Андријана Мрвовић, *Градска управа за здравство, социјалну политику и друштвену бригу о деци;*
- Станислав Јаковљевић, *Градска управа за финансије, Одељење за информатику.*

УВОДНА РЕЧ ГРАДОНАЧЕЛНИКА

Доношењем новог Закона о здравственој заштити 2005.године, локалне самоуправе су добиле битне надлежности у области примарне здравствене заштите. Међу првима у Србији, град Крагујевац је преузео оснивачка права над установама које на примарном нивоу обављају здравствену делатност и почео да даје допринос адекватном функционисању система здравствене заштите нашег града. На том путу смо наилазили на многе препреке које је требало прећи, многе проблеме које је требало брзо решити, све у циљу побољшања здравља наших суграђана и повећања задовољства корисника и пружалаца услуга здравствене заштите.

Наравно да нам основни циљ, као одговорне и грађанима окренуте локалне самоуправе није и не може бити "гашење пожара" у ситуацијама у којима треба ургентно решавати већ настале проблеме, већ желимо да их предвидимо и спречимо њихово појављивање. Најбитнији корак на том путу свакако је доношење Стратегије посвећене управо примарној здравственој заштити, којом желимо да плански усмеравамо њен развој, дефинишемо приоритетне области деловања и поставимо достижне и сврсисходне циљеве, на чијем остварењу треба радити у предстојећем четворогодишњем периоду.

Само здрави Крагујевчани могу дати пун допринос развоју нашег града. У том смислу посебна пажња у овом документу је усмерена ка подизању квалитета услуга, ефикасности и доступности здравствене заштите, као највећим вредностима сваког друштва, као и унапређењу примарне здравствене заштите за посебно осетљиве групе становништва.

Наш циљ је очување здравља и побољшање квалитета живота Крагујевчана, померање тежишта активности наших здравствених установа са болести на детерминанте здравља и факторе ризика, рад на превенцији, креирање активности у области промоције здравља и здравих стилова живота. Треба развијати мултисекторску сарадњу, унапређивати партнерство на свим нивоима, јачати капацитете и опремљеност установа примарне здравствене заштите и наравно улагати у људске ресурсе, који су главни стуб читавог нашег здравственог система.

Не треба посебно наглашавати да је здравље најважнији предуслов за добар и срећан живот, а улагање у здравствени систем најсигурнија инвестиција у будућност. То је постулат којим смо се руководили на путу израде документа, који се налази пред вама.

Градоначелник града Крагујевца

Верољуб Стевановић

САДРЖАЈ

1. ДЕФИНИЦИЈА ЗДРАВЉА - ДЕФИНИЦИЈА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ	7
2. ЗАШТО ЈЕ ПОТРЕБНО ЈАЧАЊЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ	8
3. ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ	10
4. ПРОПИСИ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ-НАДЛЕЖНОСТИ ГРАДА	12
5. МЕЂУНАРОДНА ДОКУМЕНТА	18
6. ФИНАНСИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ	21
АНАЛИЗА УСТАНОВА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ НА ТЕРИТОРИЈИ ГРАДА КРАГУЈЕВЦА	26
7. ДОМ ЗДРАВЉА КРАГУЈЕВАЦ.....	26
7.1 Мрежа здравствене установе-организациони делови Дома здравља.....	26
7.2 Делатност.....	27
7.3 Кадрови.....	28
7.4 Опрема.....	30
7.5 Обим рада здравствене установе и обим коришћења здравствених услуга по службама.....	30
7.6 Превентивна здравствена заштита.....	36
7.7 Правци даљег развоја.....	37
8. ЗАСТАВА ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ РАДНИКА ДОО КРАГУЈЕВАЦ- У РЕСТРУКТУИРАЊУ	39
8.1 Делатност.....	39
8.2 Организација завода.....	39
8.3 Просторни капацитети.....	40
8.4 Кадрови.....	40
8.5 Опрема.....	41
8.6 Обим рада завода у области примарне здравствене заштите за период 2005-2009. године.....	42
8.7 Превентивна здравствена заштита.....	46
8.8 Пројекти који се планирају.....	47
8.9 Правци даљег развоја.....	48
9. ЗАВОД ЗА СТОМАТОЛОГИЈУ КРАГУЈЕВАЦ	49
9.1 Мрежа здравствене установе-организациони делови завода.....	49
9.2 Делатност.....	50
9.3 Кадрови.....	51
9.4 Опрема.....	52

10. АПОТЕКА КРАГУЈЕВАЦ ЗА ГРАД КРАГУЈЕВАЦ И ОПШТИНЕ БАТОЧИНА, ЛАПОВО, РАЧА, ТОПОЛА И КНИЋ.....	53
10.1 Мрежа здравствене установе-организациони делови Апотеке.....	54
10.2 Делатност.....	55
10.3 Кадрови.....	55
10.4 Опрема.....	56
11. ЗАВОД ЗА ХИТНУ МЕДИЦИНСКУ ПОМОЋ КРАГУЈЕВАЦ	58
11.1 Делатност завода	58
11.2 Организација завода.....	58
11.3 Кадрови.....	59
11.4 Опрема.....	59
11.5 Обим услуга.....	61
12. АНАЛИЗА ЗДРАВСТВЕНИХ ИНДИКАТОРА У СТАНОВНИШТВУ ГРАДА КРАГУЈЕВЦА, ТРЕНДОВИ ДО 2014. ГОДИНЕ И МЕРЕ ПРЕВЕНЦИЈЕ.....	62
12.1 Становништво.....	62
12.2 Услови живота-Физичка животна средина	64
12.3 Стили живота.....	70
12.4 Обољевање и умирање становништва	79
13. ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ СТАНОВНИШТВА.....	104
14. WOT.....	121
15. СТРАТЕШКИ И ОПЕРАТИВНИ ЦИЉЕВИ	122
16. ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА, ПРАЋЕЊЕ, ЕВАЛУАЦИЈА И ИЗВЕШТАВАЊЕ.....	122
АКЦИОНИ ПЛАН ЗА ПЕРИОД 2011-2014. ГОДИНА	123
СТРАТЕШКИ ЦИЉ 1	123
• Унапређење и очување здравља становништва и града Крагујевца	123
СТРАТЕШКИ ЦИЉ 2.....	134
• Унапређење физичких ресурса кроз капиталне инвестиције.....	134
СТРАТЕШКИ ЦИЉ 3.....	136
• Унапређење постојећих и увођење нових извора финансирања.....	136
СТРАТЕШКИ ЦИЉ 4.....	139
• Унапређење квалитета рада установа примарне здравствене заштите.....	139

1. ДЕФИНИЦИЈА ЗДРАВЉА ДЕФИНИЦИЈА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Светска здравствена организација (СЗО) је у свом Статуу 1946.године дефинисала здравље као "стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести или неспособности". Овакво разумевање здравља у знатној мери изједначава појмове "здравље" и "благостање". Појам "здрава особа" у овом случају подразумева и физичко и ментално здравље, али и друштвену прилагођеност и испуњеност. Претходна дефиниција је често допуњавана у другим СЗО извештајима, као што је Отавска декларација за промоцију здравља из 1986.године, која каже да је "здравље извор свакодневног живота, а не објекат живљења. Здравље је позитиван концепт, који наглашава социјалне и личне ресурсе, као и физичке капацитете."

Дефинисање примарне здравствене заштите није нимало лак задатак. Покушај да се дође до дефиниције примарне здравствене заштите у САД-у је довео до израде, ни мање ни више него 92 дефиниције. Такође, дефиниције примарне здравствене заштите у Европи разликују се од државе до државе.

У Декларацији из Алма Ате из 1978. године (СЗО и УНИЦЕФ) примарна здравствена заштита се дефинише као "Есенцијална здравствена заштита, заснована на практичним, научно исправним и друштвено прихватљивим методама и технологијама, опште приступачна појединцима и породицама у заједници уз њихово пуно учешће, по цени коју та заједница и земља могу да поднесу у свакој фази њиховог развоја, у духу ослањања на сопствене могућности и самоодлучивања. Она истовремено представља интегрални део здравственог система земље, чија је централна функција и главно жариште свеукупног социјалног и економског развоја заједнице. Она је први ниво контакта појединца, породице и заједнице са националним здравственим системом, приближавајући здравствену заштиту што је могуће више месту где људи живе и раде, конституишући први елемент у континуираном процесу здравствене заштите".

Оригинални принципи примарне здравствене заштите, који су прво описани у Декларацији из Алма Ате 1978. године и даље имају вредност и примењиви су на проблеме са којима се суочавају заједнице и здравствени системи у 21 столећу. Министарство здравља РС прихватило је те изворне принципе и они још увек представљају основу делотворне примарне здравствене заштите:

- универзална доступност примарној здравственој заштити и делотворна покривеност на бази потреба становништва;
- правичност/једнакост у здрављу као део развоја друштва оријентисаног ка социјалној правди;
- учешће заједнице у креирању и спровођењу здравствених планова и активности;
- мултисекторски приступ примарној здравственој заштити.

Примарна здравствена заштита дефинисана у Алма Ати поставила је веома високе стандарде здравствене заштите, што је водило различитим променама и модификацијама од њене оригиналне идеје и резултирало развојем примарне здравствене заштите познате као "селективна примарна здравствена заштита".

Селективна (конвенционална) примарна здравствена заштита је резултат потребе за највећим могућим утицајем на здравље по најмањем могућем трошку (изражена брига за политику и економичност). Фокус селективне заштите је болест и лечење појединца пружано само од стране здравствених професионалаца. Професионални здравствени радници се сматрају примарним фактором селективне здравствене заштите и њихова улога и одговорност је искључиво на лечењу болести те је оваква селективна заштита и једина одговорна за здравље.

Алтернатива "селективној (конвенционалној) примарној здравственој заштити" је тзв."свеобухватна примарна здравствена заштита" који се у великој мери користи у многим развијеним државама и који се састоји од широког распона здравствене едукације, промоције,

превенције, лечења и рехабилитације, као и палијативне неге. Овај облик здравствене заштите се усресређује на развој, а захтева и социјалне промене, социјалну правду и прерасподелу моћи и ресурса. Постоје мишљења да се свеобухватна примарна здравствена заштита такође може приуштити и пружати у државама у развоју.

Светски здравствени извештај из 2008.године залаже се за примарну здравствену заштиту усмерену на људе. У табели која следи приказани су аспекти, који разликују конвенционалну здравствену заштиту од примарне здравствене заштите усмерене на кориснике (Табела 1).

Табела 1. Разлика између конвенционалне и здравствене заштите усмерене на корисника.

Конвенционална амбулантна здравствена заштита у клиникама или диспанзерским одељењима	Програми контроле болести	Примарна здравствена заштита усмерена на кориснике
Усмерена на болест и лечења	Усмерена на приоритетна обољења	Усмерена на здравствене потребе
Однос ограничен на тренутне консултације	Однос ограничен на спровођење програма	Трајан лични однос
Епизодична (повремена) куративна заштита	Интервенције контроле болести дефинисане програмом	Свеобухватна, стална и на корисника усмерена заштита
Одговорност ограничена на делотворан и сигуран савет пацијенту у тренутку консултације	Одговорност за контролу болести усмерена на циљну популацију	Одговорност за здравље свих у заједници кроз животне циклусе; одговорност за бављење детерминатама болести-здравља
Корисници су конзументи заштите коју купују	Групе становништва су изабране за интервенције контроле болести	Људи су партнери у управљању сопственим здрављем и здрављем своје заједнице

2. ЗАШТО ЈЕ ПОТРЕБНО ЈАЧАЊЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

"Здравствени системи који се ослањају на систем примарне здравствене заштите дају боље здравствене исходе (представљене као укупни морталитет, превремени морталитет и морбидитет) у односу на остале детерминанте здравља становништва на макронивоу (брuto национални доходак по глави становника, укупан број лекара по глави становника, проценат старог становништва) и на микро нивоу (просечан број посета ванболничким/амбулантним службама, приходи по глави становника, потрошња дувана и алкохола)." Macinko et al 2003.

Приликом разматрања другог извештаја о реализацији Глобалне стратегије за остваривање циља "здравље за све" 1993.године, генерални директор СЗО је прокоментарисао: "Сан о здрављу за све споро, можда превише споро постаје реалност. Морамо укључити и развити нове приступе, нове механизме, ново партнерство и нове ресурсе да би се убрзао тај процес".

Према извештају СЗО из 2000.године многе државе нису успеле да осигурају довољну успешност свог здравственог система. Нема усаглашености у вези са оптималном структуром, садржајем и начином пружања економичних услуга које за циљ имају постизање оптималне здравствене заштите за становништво. Не постоје ни задовољавајућа решења која могу одговорити на растуће захтеве, која прецизно идентификују потребе различитих група становништва и која пружају програме за задовољавање тих потреба. Владе широм света покушавају изнаћи начине којима ће у здравственом сектору побољшати једнак приступ, ефикасноост, ефективност и способност здравственог сектора да одговори на све изазове.

Протеклих година је дошло до прихватања улоге примарне здравствене заштите у пружању економичније здравствене заштите. Систематска анализа емпиријских чињеница у смислу предности и мана система здравствене заштите заснованих на примарној здравственој заштити показала је да системи засновани на примарној здравственој заштити показују значајне предности. Постоје докази и сагласност да јак систем примарне здравствене заштите једне земље осигурава боље здравствене исходе за становништво и правичнију расподелу здравствених услуга. Делотворност примарне здравствене заштите је основа одрживог и доступног система здравствене заштите, јер рационализује рад и здравствену потрошњу у оквиру великог државног система.

Током последње две деценије многа истраживања су јасно показала какву улогу има примарна здравствена заштита у здравственом систему.

1. Најпре треба истаћи да истраживања показују да се оптималан број здравствених радника у примарној здравственој заштити повезује са нижом укупном стопом смртности, као и нижим специфичним стопама смртности од обољења кардиоваскуларног система, канцера и можданог удара. Такође се доводи у директну корелацију са нижом смртношћу одојчади и нижим стопама само-процењеног лошег здравља.

2. Особе које знају своје даваоце услуга у примарној здравственој заштити, више су обухваћене превентивним радом и мања је вероватноћа да ће имати новорођенчад са малом тежином, биће мања смртност одојчади, мање стопе смртности услед хипертензије, можданог удара и канцера, као и бољи исходи после хируршког лечења.

3. Степен до којег су развијене карактеристике система примарне здравствене заштите (континуитет, орјентисаност на кориснике, свеобухватност, координисаност...) доводи до боље реализације имунизација, више савета о здравим стиливима живота, боље превентивне здравствене заштите, мањег броја депресивних особа и боље самопроцене сопственог здравља.

4. Разлике у здравственој заштити засноване на демографским и социо-економским факторима су мање у земљама, односно регионима са бољим службама примарне здравствене заштите.

Бројне студије у свету, непобитно доказују да ће земље са здравственим системима који имају јаку основу у примарној здравственој заштити, вероватно имати праведнију расподелу здравствених услуга и здравију популацију. Такође, постоји све више доказа да улагање у здравље и здравствене системе доприноси економском развоју, конкурентности и продуктивности нације, као и да добро функционисање здравствених система доприноси развоју и благостању.

Талинска декларација коју су потписала Министарства здравља 53 земље чланице СЗО европског региона у јулу 2008.године утврђује основне циљеве чијем ће испуњењу тежити: инвестирање у здравствене системе, промовисање транспарентности, одговорност за учинке здравствених система, потребе, жеље и очекивања људи, спремност здравствених система да одговоре захтевима кризних ситуација, брига о осетљивим популационим групама... Потписнице ове повеље поштују различитост здравствених система, али стоје при ставу " да је делотворна здравствена заштита суштински важна за промоцију ових циљева и да даје основу за сарадњу здравствених служби са заједницом и породицама, као и за међусекторску и међупрофесионалну сарадњу и промоцију здравља".

3. ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Примарна здравствена заштита има јаку традицију још из времена СФРЈ у којој се овај сегмент здравственог система развијао уз примену изворних принципа декларације из Алма Ате (1978). Србија је наследила здравствени систем чији је циљ да се обезбеди универзални приступ здравственим услугама за целокупну популацију. Од касних 80-их година, стагнација економије је довела до битног смањења расположивих ресурса у здравственом сектору. Након деценије пуне конфликта и даљег пропадања целог јавног сектора, Србија је кренула путем реформе и јачања здравственог система кроз унапређење приступачности и доступности ефективним услугама здравствене заштите, као носећим стубовима здравствене политике.

Кључни институционални механизам за пружање услуга примарне здравствене заштите у Србији данас представља мрежа од 157 домова здравља, њихови огранци, здравствене станице и амбуланте, као и заводи за здравствену заштиту и апотеке. Практично сви градови и општине у Србији имају своје домове здравља (центри за примарну здравствену заштиту са дијагностичким услугама, специјалистичко-консултативним службама, изабраним докторима...). Неки домови здравља имају широку мрежу амбуланти и здравствених станица (мале станице за пружање услуга у примарној здравственој заштити које су раширене по општинама и градовима, како би биле ближе насељеним местима). Ту су још и јавне и приватне апотеке и приватне установе које пружају услуге у примарној здравственој заштити. Поред ових установа, у Београду, Новом Саду, Нишу, Крагујевцу равноправно у примарној здравственој заштити функционишу заводи за здравствену заштиту.

Здравствена делатност на примарном нивоу здравствене заштите, према члану 88. Закона о здравственој заштити, укључује следеће активности:

- заштиту и унапређење здравља, спречавање и рано откривање болести, лечење и рехабилитацију болесних и повређених;
- превентивну здравствену заштиту групација становништва изложених повећаном ризику обољевања и осталих становника, у складу са посебним програмом превентивне здравствене заштите;
- здравствено васпитање и саветовање за очување и унапређење здравља;
- спречавање, рано откривање и контролу малигних болести;
- спречавање, рано откривање и лечење болести уста и зуба;
- патронажне посете, лечење и рехабилитацију у кући;
- спречавање и рано откривање болести, здравствену негу и рехабилитацију за лица смештена у установе социјалног старања;
- хитну медицинску помоћ и санитетски превоз;
- фармацеутску здравствену делатност;
- рехабилитацију деце и омладине са сметњама у телесном и душевном развоју;
- заштиту менталног здравља;
- палијативно збрињавање;
- друге послове утврђене законом.

У истом члану Закона се наводи да у обављању здравствене делатности на примарном нивоу, здравствене установе остварују сарадњу са другим здравственим, социјалним, образовним и другим установама и организацијама за припремање и извођење програма за очување и унапређење здравља.

Минимум услуга које би требало да пружају домови здравља су:

- превентивне здравствене услуге;
- хитна медицинска помоћ;
- општа медицина;
- здравствена заштита деце и жена;
- кућна нега и лечење;
- лабораторијске услуге и остала основна дијагностика.

Када у области за коју је Дом здравља основан нема друге установе која би пружала одговарајуће услуге, Дом здравља би требало да пружа и услуге из области:

- стоматологије;
- медицине рада;
- физикалне медицине и рехабилитације;
- превоз до амбуланте.

Када покрива територију од преко 20.000 становника и налази се на удаљености од преко 20 километара од опште болнице, односно, када покрива територију са преко 15.000 становника, а удаљен је преко 50 километара од најближе опште болнице, Дом здравља пружа и специјалистичке услуге из следећих области:

- интерна медицина;
- пнеумофтизиологија;
- офталмологија;
- оториноларингологија;
- ментално здраље.

Носећи стожер реформе примарне здравствене заштите је и спровођење програма "изабраног лекара" у оквиру којег је предвиђена регистрација корисника код одређеног лекара, како би се обезбедили и промовисали континуитет и квалитет здравствене заштите. Готово 50% потенцијалних корисника/становника Србије се до краја 2009.године регистровао код изабраног лекара, што је предуслов за прелазак на нов систем финансирања примарне здравствене заштите - капитацију.

Општа ВИЗИЈА здравственог система је дефинисана и замишљена као еволуција садашњег система у систем који ће "становништву обезбедити здравствени систем, који у оквиру ефективне организације и рационалне употребе ресурса, обезбеђује једнаку приступачност услугама заснованим на модерним здравственим технологијама и последњим научним достигнућима, а који подржавају ефективне превентивне услуге и промоцију здравља".

Руковођени модерним приступом у организацији примарне здравствене заштите, али и ослонцем на дугу традицију, циљеви здравствене политике примарне здравствене заштите у Србији су дефинисани многобројним документима. Њихов основни смисао је унапређење ове области, уз примену принципа савремене организације рада, као и потреба и захтева грађана за квалитетним услугама које се пружају на примарном нивоу. Ти ЦИЉЕВИ су:

- унапређење доступности и квалитета примарне здравствене заштите;
- унапређење превенције болести и повреда, као и управљање хроничним незаразним болестима;
- учешће грађана/пацијената у очувању и унапређењу сопственог здравља и јачању система примарне здравствене заштите;
- јачање процеса децентрализације и могућности одлучивања о примарној здравственој заштити од стране грађана;
- унапређење вештина и радне средине давалаца здравствених услуга, квалитета здравствене заштите и задовољства радним местом.

ПРИНЦИПИ

Стратегија Примарне здравствене заштите ће се се руководити са пет основних принципа прихваћених од стране СЗО, а то су :

- правичност/ једнакост у здрављу као део развоја друштва оријентисаног ка социјалној правди;
- универзалана доступност примарној здравственој заштити са основним превентивним и куративним услугама, које промовишу здравље и превенирају и контролишу болест и делотворна покривеност према потребама становништва;
- мултисекторски приступ који уважава значај едукације, исхране, санитације и других фактора околине, као и улогу статуса жена и глобалног социоекономског развоја у здрављу и болести;

- укључивање заједнице у здравствене активности;
- промоција здравља (Бравеман 1994) .
ВРЕДНОСТИ
- правичност/једнакост;
- приступачност/доступност;
- ефикасност;
- заснованост на доказима;
- висок квалитет пружене здравствене заштите;
- костефективност;
- одговорност;
- оријентисаност ка кориснику.

4. ПРОПИСИ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ НАДЛЕЖНОСТИ ГРАДА

Свакако да је најважнији правни акт донет на нивоу Републике Србије, који начелно обрађује здравствену проблематику Устав Републике Србије. Овај документ као приоритет поставља побошање приступачности здравствених услуга, односно утврђује да је право сваког грађанина да заштити свој физички и психички интегритет, при чему се посебно указује на потребу бриге о здрављу за децу, труднице, мајке током породилшког одсуства, самохране родитеље са децом до седме године и старе.

Најважнија полазна документа, која се баве искључиво питањем здравља донета на нивоу Републике Србије, а која представљају полазни основ за доношење Стратегије развоја примарне здравствене заштите града Крагујевца су: Здравствена политика, Визија система здравствене заштите у Србији и Стратегија и Акциони план реформе система здравствене заштите у Републици Србији" (радна верзија), документа из периода 2002-2003.године. Они истичу значај примарне здравствене заштите и износе јасно опредељење Министарства здравља РС да ради на јачању система примарне здравствене заштите.

Документ "Здравствена политика" донет у фебруару месецу 2002.године исказује јасно опредељење Министарства здравља РС за спровођењем реформе здравственог система. Примарну здравствену заштиту документ дефинише као основу система здравствене заштите, која ће бити заснована на изабраном лекару примарне здравствене заштите и његовом тиму. Они су "чуvari капије" за улаз у систем. На овај начин се иде у правцу развоја одговорности за целокупно становништво, а не за поједине популационе групе и усмерености према породици, очувању и унапређењу њеног здравља. У циљу повећања ефикасности и ефеката здравствене заштите истиче се значај развијања и примене водича добре праксе, увођење система контроле квалитета и система акредитације, као и повезивање и сарадња општих болница и примарне здравствене заштите. У циљу унапређења здравствене заштите групација становништва које су у неповољном положају треба успоставити чврсто партнерство са другим секторима заједнице, посебно институција примарне здравствене заштите са институцијама социјалне заштите и образовно-васпитним и другим институцијама. Корисника (пацијента) треба поставити у центар система здравствене заштите и обезбедити и унапредити правичан и једнак приступ здравственој заштити за све грађане Србије. Накнада за рад здравствених установа у примарној здравственој заштити треба да се заснива на плаћању по слободно опредељеном грађанину (капитација). Такође, треба омогућити равноправно учествовање приватних лекара у конкуренцији за листу опредељених пацијената и уговарање њихове здравствене заштите са осигурањем.

Документ "Визија система здравствене заштите у Србији" поставља следеће основне принципе реформе здравственог сектора Србије:

- у циљу обезбеђивања прихватљиве и делотворне здравствене заштите становништву, систем пружања здравствене заштите треба организовати у три

функционална нивоа, при чему ће се примарна здравствена заштита састојати од заштите коју пружају лекари опште праксе и педијатри, стоматолошке заштите и одређене специјалистичке ванболничке здравствене заштите у области гинекологије и психијатрије;

- треба да постоји једнака приступачност за основни "пакет здравствених услуга" ;
- здравствене услуге треба пружати на најефикаснији начин уз најниже трошкове;
- висок приоритет у будућем систему здравствене заштите имаће превентивна и примарна здравствена заштита;
- повећати учешће приватног, профитног и непрофитног сектора у пружању здравствене заштите финансиране од стране Републичког Завода за здравствено осигурање;
- треба радити у правцу проширивања извора финансирања кроз допунско осигурање;
- јасно дефинисати и раздвојити улоге корисника, посредника у пружању услуга и давалаца услуга;
- развијати и обезбеђивати квалитет здравствених услуга на бази националног система за обезбеђивање квалитета и лиценцирање.

У документу "Стратегија и Акциони план реформе система здравствене заштите у Републици Србији" се истиче да су циљеви реформи да се постигне правичност у коришћењу и финансирању здравствене заштите, финансијска и институционална одрживост система, да се повећа алокативна и техничка ефикасност, унапреди квалитет рада и услуга и обезбеди прихватљивост таквог система за кориснике и даваоце услуга у здравству. Акценат се ставља на следеће области: организација јавно-здравствених услуга на заштити и промоцији здравља, обезбеђивање и пружање услуга примарне и болничке здравствене заштите и финансирање здравствене службе. Стратегија ставља корисника у средиште система здравствене заштите, настојећи да развије систем одржив за будућност. Утврђујући приоритетне области активности у здравственом сектору, које треба да обезбеде највеће добробити за становништво, уз уважавање тешкоћа и ограничења земље у транзицији, након детаљне анализе здравственог стања становништва Србије, Стратегија дефинише стратешка опредељења у наведеним областима и активности које треба да доведу до њихове реализације.

Основни циљ Стратегије за смањење сиромаштва (2003.година) у области здравства јесте унапређење здравља становништва и посебно смањење неједнакости у здрављу путем побољшања здравља угрожених група. Овај циљ треба да се оствари развијањем националних здравствених програма за сиромашне и угрожене групе (где је потребно најпре идентификовати посебне здравствене потребе ових групација, уз синхронизовано деловање на свим нивоима заједнице, а потребно је и повезивати институције примарне здравствене заштите са институцијама социјалне заштите и образовно-васпитним институцијама кроз развој мултидисциплинарног и тимског рада) и праведнијом прерасподелом ресурса у здравству. Наглашава се једнака приступачност основним здравственим услугама, која ће се финансирати за осигурана лица од стране Републичког завода за здравствено осигурање, односно из државног буџета за остале грађане. Истиче се неопходност да превентивна и примарна здравствена заштита имају висок приоритет, а пакет примарне здравствене заштите треба да укључује најважније превентивне мере.

Национална Стратегија одрживог развоја даје најцеловитији одговор наше државе на постављени циљ "остваривања потпуног физичког, психичког и социјалног благостања свих људи" (СЗО) у смислу прецизирања активности свих сегмената друштва. Стратегија истиче потребу унапређења здравствених услуга и квалитета живота, интегралног планирања заштите здравља, уз истицање посебног значаја јавног здравља. Као стратешки циљеви у области здравља, посебно се истиче потреба јачања превентивне здравствене заштите, смањења неједнакости у здрављу између популационих група, тако што ће се побољшати здравље осетљивих популационих група, а указује се и на основне претње по здравље, у вези са којима треба предузети конкретне активности.

Стратегија социјалне заштите указује на потребу израде превентивних програма здравственог просвећивања кроз тимски рад и интерсекторски приступ, заједничког рада у борби против болести зависности, а посебно на потребу раног откривања здравствених и развојних потешкоћа деце и унапређења палијативног збрињавања.

Стратегија јавног здравља се фокусира на промоцију здравља и примарну превенцију, наглашавајући потребу сталног унапређења квалитета, смањења неједнакости у здрављу, предузимања активности у вези са очувањем и унапређењем здравља и мултисекторског и интердисциплинарног рада, како би се обезбедила добробит за све грађане, уз истицање одговорности државе и друштва за здравље.

Стратегија развоја примарне здравствене заштите града Крагујевца се ослања и на друга стратешка документа донета од стране Владе РС, која дефинишу реформске циљеве у сектору здравства и активности за њихову реализацију, попут: Стратегије развоја здравља младих (2006), Стратегије развоја заштите менталног здравља (2007), Стратегије за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената (2009), Стратегије за палијативно збрињавање (2009), Стратегије за превенцију и контролу хроничних незаразних болести (2009) и др.

У складу са дефинисаним реформским циљевима, у циљу остваривања задатих промена у институционалној и законодавној сфери, било је потребно донети системске законе и пратећа подзаконска акта. Са реализацијом тог задатка кренуло се 2005.године, када су донети Закон о здравственој заштити, Закон о здравственом осигурању и Закон о коморама здравствених радника.

Закон о здравственој заштити утврђује да сваки грађанин РС има право на здравствену заштиту и дужност да чува и унапређује своје и здравље других грађана. У члану 13. Закона дефинишу се мере за обезбеђивање и спровођење здравствене заштите од интереса за грађане, кроз које се остварује друштвена брига за здравље на територији града, које обухватају:

- праћење здравственог стања становништва и рада здравствене службе на својој територији, као и старање о спровођењу утврђених приоритета у здравственој заштити;

- стварање услова за приступачност и уједначеност коришћења примарне здравствене заштите на својој територији;

- координирање, подстицање, организацију и усмеравање спровођења здравствене заштите која се остварује делатношћу органа јединица локалне самоуправе, грађана, предузећа, социјалних, образовних и других установа и других организација;

- планирање и остваривање сопственог програма за очување и заштиту здравља од загађене животне средине што је проузроковано штетним и опасним материјама у ваздуху, води и земљишту, одлагањем отпадних материја, опасних хемикалија, изворима јонизујућих и нејонизујућих зрачења, буком и вибрацијама на својој територији, као и вршењем систематских испитивања животних намирница, предмета опште употребе, минералних вода за пиће, воде за пиће и других вода које служе за производњу и прераду животних намирница и санитарно-хигијенске и рекреативне потребе, ради утврђивања њихове здравствене и хигијенске исправности и прописаног квалитета;

- обезбеђивање средстава за вршење оснивачких права над здравственим установама чији је оснивач, у складу са законом и Планом мреже здравствених установа, а које обухвата изградњу, одржавање и опремање здравствених установа, односно инвестиционо улагање, инвестиционо-текуће одржавање просторија, медицинске и немедицинске опреме и превозних средстава, опреме у области интегрисаног здравственог информационог система, као и за друге обавезе одређене законом и актом о оснивању;

- сарадњу са хуманитарним и стручним организацијама, савезима и удружењима, на пословима развоја здравствене заштите.

Град такође обезбеђује рад мртвозорске службе на својој територији, односно одређује докторе медицине за стручно утврђивање времена и узрока смрти умрлих изван здравствене установе и издавање потврде о смрти. Доктор медицине је дужан да у року од 12 сати од примљеног позива изврши непосредан преглед умрлог и

утврди време и узрок смрти. Средства за преглед умрлих лица и стручно утврђивање времена и узрока смрти за лица умрла ван здравствене установе обезбеђују се у буџету града. Уколико се као посебна мера утврђивања узрока смрти врши обдукција и то по захтеву мртвозорника, трошкове обдукције сноси Град.

Град такође може донети посебне програме здравствене заштите за поједине категорије становништва, односно врсте болести које су специфичне за њега, а за које није донет посебан програм здравствене заштите на републичком нивоу, у складу са својим могућностима и утврдити цене тих појединачних услуга, односно програма.

У складу са Законом, град може основати следеће здравствене установе: дом здравља, апотеку, завод на примарном новоу обављања здравствене делатности (завод за здравствену заштиту студената, завод за здравствену заштиту радника, завод за хитну медицинску помоћ, завод за геронтологију, завод за стоматологију, завод за плућне болести и туберкулозу, завод за кожно-венеричне болести.) као и клиничко-болнички центар.

Дом здравља је здравствена установа у којој се обавља здравствена делатност на примарном нивоу.

Дом здравља је здравствена установа у којој се обезбеђује најмање превентивна здравствена заштита за све категорије становника, хитна медицинска помоћ, општа медицина, здравствена заштита жена и деце, патронажна служба, као и лабораторијска и друга дијагностика.

У дому здравља обезбеђује се и превенција и лечење у области стоматолошке здравствене заштите, здравствена заштита запослених, односно медицина рада и физикална медицина и рехабилитација, ако обављање ове здравствене делатности није организовано у другој здравственој установи на територији за коју је основан дом здравља.

У Дому здравља обезбеђује се и санитетски превоз ако та служба није организована у болници или у другој здравственој установи на територији за коју је дом здравља основан.

Апотека је здравствена установа у којој се обавља фармацеутска здравствена делатност на примарном нивоу. У апотеци се обавља фармацеутска здравствена делатност која обухвата: промоцију здравља, односно здравствено васпитање и саветовање за очување и унапређење здравља правилном употребом лекова, промет на мало лекова и одређених врста медицинских средстава, а на основу планова за набавку лекова и медицинских средстава за редовне и ванредне потребе, праћење савремених стручних и научних достигнућа у области фармакотерапије и пружање грађанима, здравственим радницима, другим здравственим установама и приватној пракси, као и другим заинтересованим субјектима, информација о лековима и одређеним врстама медицинских средстава, давање пацијентима савета за правилну употребу лекова и одређених врста медицинских средстава, односно упутстава за њихову правилну употребу, израду магистралних лекова.

Завод је здравствена установа која обавља здравствену делатност на примарном нивоу и спроводи здравствену заштиту појединих групација становништва, односно здравствену делатност из поједине области здравствене заштите. Завод може обављати и специјалистичко-консултативну делатност.

Завод за здравствену заштиту студената је здравствена установа у којој се обавља здравствена заштита студената и организује превентивна и куративна здравствена заштита из области опште медицине, стоматологије, гинекологије, лабораторијске и друге дијагностике и терапије за потребе студената. У Заводу се може обављати и специјалистичко-консултативна и стационарна здравствена делатност.

Завод за здравствену заштиту радника је здравствена установа у којој се обавља здравствена заштита и очување здравља запослених у безбедној и здравој радној средини, обављањем делатности медицине рада.

Завод за хитну медицинску помоћ је здравствена установа у којој се обавља хитна медицинска помоћ и санитетски превоз акутно оболелих и повређених у друге

одговарајуће здравствене установе, превоз пацијената на дијализи, као и снабдевање лековима који се дају у хитним случајевима.

Завод за геронтологију је здравствена установа у којој се обавља здравствена заштита старих лица и спроводе мере за очување и унапређење здравља и превенцију болести ове популационе групе, односно која обавља и делатност кућног лечења и неге, палијативног збрињавања и рехабилитације старих лица.

Завод за стоматологију је здравствена установа у којој се обавља здравствена делатност из области стоматолошке здравствене заштите која обухвата превентивне, дијагностичке, терапијске и рехабилитационе здравствене услуге.

Завод за плућне болести и туберкулозу је здравствена установа у којој се обавља специјалистичко-консултативна делатност и пружају превентивне, дијагностичке, терапијске и рехабилитационе здравствене услуге из области здравствене заштите пацијената оболелих од туберкулозе и других плућних болести које се могу лечити на амбулантни начин.

Завод за кожне и венеричне болести је здравствена установа у којој се обавља специјалистичко-консултативна делатност и пружају превентивне, дијагностичке, терапијске и рехабилитационе здравствене услуге из области дерматовенерологије и микробиологије са паразитологијом.

Органи здравствене установе су: директор, управни одбор и надзорни одбор и њих именује и разрешава оснивач. Здравствена установа може имати и заменика директора који се именује и разрешава на исти начин као директор здравствене установе.

Оснивач даје сагласност на статут здравствене установе, који доноси управни одбор.

За здравствене установе које је основао, град утврђује недељни распоред рада, почетак и завршетак радног времена.

Такође треба напоменути да Закон о здравственој заштити утврђује још једну надлежност града. Наиме, ако здравствена установа није наплатила услугу пружања хитне медицинске помоћи од организације за здравствено осигурање у року од 90 дана од дана испостављања фактуре, накнаду за пружену помоћ плаћа оснивач здравствене установе.

У складу са обавезама које проистичу из Закона о здравственој заштити, донет је и Правилник о ближим условима за спровођење континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике ("Службени гласник РС" број 130/2007).

Законом о коморама здравствених радника ("Службени гласник РС" број 107/05 и 99/10) се у циљу унапређивања услова за обављање професије доктора медицине, доктора стоматологије, дипломираних фармацеута, дипломираних фармацеута медицинске биохемије и доктора медицине специјалиста клиничке биохемије, медицинских сестара и здравствених техничара, заштите њихових професионалних интереса, организованог учешћа на унапређивању и спровођењу здравствене заштите и заштите интереса грађана у остваривању права на здравствену заштиту - оснивају : Лекарска комора Србије, Стоматолошка комора Србије, Фармацеутска комора Србије, Комора биохемичара Србије, и Комора медицинских сестара и здравствених техничара Србије. Оснивањем наведених комора, обезбеђује се квалитет стручног рада у здравству РС.

Законом о здравственом осигурању ("Службени гласник РС" број 107/05 и 109/05-испр) уређују се права из обавезног здравственог осигурања уз прецизирање садржине права на здравствену заштиту, где се посебно наглашава значај превентивне здравствене заштите, а утврђују се лица чија се здравствена заштита финансира из буџета РС, где се омогућава одређеним угроженим групацијама становништва укључење у здравствено осигурање, у оквиру друштвене бриге за здравље на новоу Републике, дефинисане Законом о здравственој заштити. У вези са спровођењем овог Закона, донет је Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС" број 10/10, 18/10-испр, 46/10 и 52/10-испр. и 80/10) којим се прецизира начин и поступак остваривања права из обавезног здравственог осигурања, остављање права на здравствену заштиту код изабраног

лекара, уз детаљне одредбе о изабраном лекару. Донет је и Правилник о начину и поступку укључивања у обавезно здравствено осигурање лица која нису обавезно здравствено осигурана ("Службени гласник РС" број 24/06, 68/06 - др. правилник, 95/07 и 23/09), као и Правилник о месечном износу прихода као цензусу за стицање својства осигураног лица ("Службени гласник РС" број 112/06 и 5/09), а за сваку годину се доноси Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији.

У Уредби о плану мреже здравствених установа ("Службени гласник РС" број 42/06, 119/07, 84/08, 71/09, 85/09 и 24/10) разрађују се наведене одредбе Закона о здравственој заштити, у смислу прецизирања здравствене делатности на примарном нивоу, при чему се посебно истиче да се у Дому здравља који је основан за територију са преко 20.000 становника, а удаљен је преко 20 километара од најближе опште болнице, односно Дом здравља који је основан за територију са преко 15.000 становника, а удаљен је преко 50 километара од најближе опште болнице, може се обављати и специјалистичко-консултативна делатност из интерне медицине, пнеумофтизиологије, офталмологије, оториноларингологије, психијатрије (заштита менталног здравља), дерматовенерологије и медицине спорта. Према одредбама Уредбе, апотека се оснива за територију једне или више општина (за најмање 40.000 становника), односно града. Она такође може организовати огранак апотеке (за најмање 10.000 становника) или јединицу за издавање готових лекова.

Уредба разрађује и одредбе Закона о здравственој заштити у вези са оснивањем и радом завода. Завод се може основати само на територији на којој се налази седиште универзитета, који у свом саставу има факултет здравствене струке. Завод спроводи здравствену заштиту појединих групација становништва, односно здравствену делатност из поједине области здравствене заштите. Завод у оквиру обављања делатности прати, истражује и проучава здравствено стање становништва у области за коју је основан.

Завод за здравствену заштиту студената оснива се за најмање 10.000 студената и обавља превентивну и куративну здравствену заштиту студената из области опште медицине, стоматологије, гинекологије, лабораторијске и друге дијагностике и терапије за потребе студената. Завод за здравствену заштиту студената који обезбеђује здравствену заштиту за најмање 30.000 студената може обављати специјалистичко-консултативну делатност из интерне медицине, психијатрије (заштита менталног здравља), офталмологије, оториноларингологије, дерматовенерологије, физикалне медицине и рехабилитације, епидемиологије и социјалне медицине са информатиком. Завод за здравствену заштиту радника обавља здравствену заштиту запослених с циљем очувања здравља запослених у безбедној и здравој радној средини, утврђивања радне способности за обављање одређене делатности (претходни прегледи), раног откривања поремећаја здравља у вези са радом и радном средином (периодични и други превентивни прегледи), откривања фактора радне средине који могу неповољно утицати на здравље радника и спровођења других превентивних мера. Завод за здравствену заштиту радника може обављати и превентивну и куративну здравствену делатност из области опште медицине, гинекологије и стоматологије као и специјалистичко-консултативну делатност из области интерне медицине, психијатрије (неуропсихијатрије), оториноларингологије и офталмологије, првенствено ради обављања превентивних прегледа.

Завод за хитну медицинску помоћ обавља делатност хитне медицинске помоћи код акутно оболелих и повређених - на лицу места, у току транспорта и у здравственој установи. Завод за хитну медицинску помоћ обавља и санитетски превоз акутно оболелих и повређених лица у друге одговарајуће здравствене установе, врши превоз непокретних, ограничено покретних пацијената и пацијената на дијализи, ако ова делатност није обезбеђена преко друге здравствене установе, као и снабдевање лековима који се дају у хитним случајевима.

Завод за геронтологију обавља здравствену заштиту старих лица из области опште медицине, стоматологије, рехабилитације, палијативног збрињавања и неге у кућним

условима. Завод може обављати и специјалистичко-консултативну делатност из области интерне медицине, неурологије и психијатрије (неуропсихијатрије).

Завод за стоматологију обавља стоматолошку делатност из области превентивне и дечије стоматологије и опште стоматологије. Завод обавља и специјалистичко-консултативну делатност из области ортопедије вилица, стоматолошке протетике, пародонтологије и оралне медицине, болести зуба са ендодонцијом и оралне хирургије.

Завод за плућне болести и туберкулозу пружа превентивне, дијагностичке, терапијске и рехабилитационе здравствене услуге из области здравствене заштите пацијената оболелих од туберкулозе и других плућних болести, које се могу лечити на амбулантни начин. Завод обавља и специјалистичко-консултативну делатност из области интерне медицине и пнеумофтизиологије, а у склопу превентивне здравствене заштите организује и спроводи мере за спречавање, сузбијање, рано откривање и праћење туберкулозе и других плућних болести.

Завод за кожне и венеричне болести пружа превентивне, дијагностичке, терапијске и рехабилитационе здравствене услуге и обавља специјалистичко-консултативну делатност из области дерматовенерологије и микробиологије са паразитологијом. Завод у склопу превентивне здравствене делатности организује и спроводи мере за спречавање, сузбијање, рано откривање и праћење полно преносивих инфекција.

У Уредби о плану мреже здравствених установа такође се наводе врсте организационих јединица које се могу образовати при дому здравља. Такође, Уредба регулише и организацију службе хитне медицинске помоћи и даје табелу територијалног распореда здравствених установа у Републици Србији.

Два најзначајнија правилника, која треба поменути, а који представљају корак даље ка реализацији зацртаних циљева у оквиру реформе здравственог система, јесу Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе, којим се прописују услови у погледу кадра, опреме, простора и лекова које морају испуњавати здравствене установе и Правилник о условима и начину унутрашње организације здравствених установа, у коме се утврђују услови и начин унутрашње организације здравствених установа. У овом Правилнику се наводи да се у здравственим установама које обављају здравствену делатност на примарном нивоу образују организационе јединице по функционалном принципу за поједине области делатности и по територијалном принципу. Овај Правилник такође истиче значај превентивне здравствене делатности и уводи могућност оснивања развојног саветовалишта за децу предшколског узраста, саветовалишта за младе за децу школског узраста, а постоји и могућност оснивања центра за превентивне здравствене услуге за дом здравља у седишту управног округа, чији је задатак да повезује активности на промоцији здравља и реализацији превентивних програма. Члан 10. Правилника, који се односи на заводе за здравствену заштиту студената уводи могућност оснивања службе за унапређење и очување здравља студената са одељењем – саветовалиштем за превенцију ХИВ/сида и полно преносивих инфекција и одсецима за планирање и развој превентивних програма и евалуацију здравственог стања студената.

План развоја здравствене заштите Републике Србије је стручни и политички документ из 2010.године, на основу кога се усмерава развој здравственог система у складу са укупним развојем друштва. Акт дефинише основне циљеве и правце развоја здравствене заштите у Србији. План се заснива на кључних седам циљева дефинисаних "Здравственом политиком РС" при чему се као приоритет истиче очување и унапређење здравља становништва Србије и одрживост система здравствене заштите, што треба постићи кроз солидарност и једнакост са акцентом на посебно осетљиве групације становништва, уважавање права и указивање на обавезе грађана према сопственом здрављу. Документ детаљно анализира здравствено стање становника Србије, здравствену службу и финансирање здравствене заштите, уз дефинисање конкретних активности у правцу постизања постављених циљева и наглашавање значаја превентивне здравствене заштите.

5. МЕЂУНАРОДНА ДОКУМЕНТА

Као и већина других тековина међународног права и међународног деловања, превенција и промоција здравља, који се везују за примарну здравствену заштиту се развијала кроз међународне уговоре – конвенције, декларације и повеље – у светским оквирима првенствено под покровитељством Светске здравствене организације, а у европским оквирима под покровитељством Европске Уније.

Један од најзначајнијих међународних уговора овог типа је Декларација о примарној здравственој заштити СЗО из Алма Ате (1978), где су формулисани изворни принципи, који представљају основу делотворне здравствене заштите, а које је прихватило и Министарство здравља РС. То су следећи принципи:

- универзална доступност примарној здравственој заштити и делотворна покривеност на бази потреба становништва;
- правичност/једнакост у здрављу као део развоја друштва орјентисаног ка социјалној правди;
- учешће заједнице у креирању и спровођењу здравствених планова и активности;
- мултисекторски приступ примарној здравственој заштити.

Овај документ је пресудно утицао на развој ефикасне и економичне здравствене заштите, која је заснована на научним принципима.

Резолуција "Здравље за све до 2000.године" (1981.година) је најважнији документ који је донела СЗО током свог постојања и у њој је формулисан циљ ове организације, да се достигне такав ниво здравља, који ће сваком становнику света омогућити да води социјално и економски продуктиван живот. Активирани су сви расположиви друштвени механизми да се здравље посматра као један од најважнијих фактора развоја.

Прва међународна конференција о унапређењу/побољшању здравља одржана је у Отави 21.новембра 1986.године и тада је донета Повеља у којој је унапређење/побољшање здравља дефинисано као процес, који омогућује људима да повећају контролу и побољшају своје здравље. Здравље се дакле, сматра извором свакодневног живота, а не објектом живљења. Повеља се ослања на Декларацију из Алма Ате и залаже за акције на следећим пољима:

- формирање здравствене политике;
- преорјентисање здравствених организација;
- очување природне и друштвене околине које позитивно утичу на здравље;
- оснаживање друштвеног деловања;
- развијање персоналних вештина.

Придржавајући се концепта здравља као основног људског права, Повеља истиче поједине предуслове за здравље који подразумевају мир, адекватне економске ресурсе, храну и кров над главом, као и стабилност екосистема и рационално коришћење ресурса.

На Међународној конференцији о становништву и развоју одржаној у Каиру 1994.године утврђено је 15 водећих принципа у вези са основним људским правима утврђеним кроз документа УН-а, при чему се акценат ставља на побољшање положаја угрожених, подређених категорија становништва, посебно младих људи, потреби унапређења здравља кроз примарну здравствену заштиту, посебно репродуктивног здравља, побољшање квалитета живота свих људи кроз одговарајуће демографске и развојне политике и програме усмерене на борбу против сиромаштва и постизање одрживог развоја.

Учесници Љубљанске конференције 1996.године су се, уз позив за сарадњу грађанима, владама, институцијама система, поред осталог, обавезали да ће радити у правцу развоја здравствених система, који треба да буду вођени принципима људског достојанства, једнакости, солидарности и професионалне етике, усмерени ка унапређењу здравља, треба да одговоре потребама грађана и да буду орјентисани у правцу развоја примарне здравствене заштите.

Једна од важнијих Декларација усвојена је 1997. године у Џакарти, у којој се наглашава да је од фундаменталне важности преданост за инвестирање у стварање инфраструктуре за промоцију здравља. Декларација идентификује пет приоритета:

- промовисање друштвене одговорности за стање здравља;
- повећање инвестиција за развој здравља;
- развитак партнерства за промоцију здравља;
- повећање капацитета друштва и оспособљавање појединца;
- обезбеђивање инфраструктуре за промоцију здравља.

Европска канцеларија Светске здравствене организације је организовала низ састанака у периоду 1998-2000. година, који су постали познати као "Веронска Иницијатива". Иницијатива сагледава срж детерминанти здравља и развија модел инвестирања у здравље. Овај модел, познат као "The Verona Benchmark" могу да користе и регионалне и националне власти, како би развијале партнерство са комерцијалним и добровољним организацијама, као и са статутарним телима ван подручја здравља, у циљу побољшања здравља грађана.

Циљ "Здравље за све" представља трајни путоказ, који не треба мењати, али да би се он остварио, неопходно је повремено кориговати посебне циљеве и прилагодити их актуелној ситуацији. У складу са тим, након вишегодишњег рада, 1998. године усвојен је и нови документ "Здравље за све – политика за XXI век". Као основни циљеви ове глобалне политике издвојени су:

- повећање дужине здравог живота за све људе;
- обезбеђивање приступа свих адекватној и квалитетној здравственој заштити;
- једнакост у здрављу између земаља и унутар земаља.

У складу са циљевима СЗО, Европски регион је утврдио своју политику познату као "21 циљ за XXI век", чији је основни циљ "постигли пун здравствени потенцијал за све". Ка остварењу тог циља воде два правца:

- промоција и заштита људског здравља током целог живота и
- редукација инциденце и обољевања од водећих болести и повреда.

У оквиру Миленијумске Декларације Уједињених нација, укупно 191 земља чланица сагласила се око дефинисања осам миленијумских циљева, које би требало остварити до 2015. године, а међу њима се истиче потреба побољшања здравља мајки, смањење смртности деце, борба против сиде, маларије и других обољења, интегрисање принципа одрживог развоја у политике и програме држава, уз поклањање посебне пажње на најразвијеније земље, у циљу искорењивања сиромаштва.

Министарства здравља 53 земље чланице СЗО европског региона су у јулу 2008. године потписала Талинску Декларацију "Здравствени системи за здравље и благостање". Земље чланице су се обавезале да ће:

- промовисати заједничке вредности солидарности, праведности и учешћа формулисању здравствених политика, планирању и расподели ресурса и другим активностима које обезбеђују да се на тај начин посвећује пажња потребама сиромашних и других посебно осетљивих популационих група;

- инвестирати у здравствене системе и стимулисати инвестирање у друге секторе који утичу на здравље, користећи доказе о повезаности економског развоја и здравља;

- промовисати транспарентност и бити одговорни за учинке здравствених система, како би смо постигли мерљиве резултате;

- учинити здравствене системе одговорним за потребе, жеље и очекивања људи, у исто време поштујући њихова права и обавезе према сопственом здрављу;

- укључити све заинтересоване актере у развој и имплементацију здравствених политика;

- подстицати стичање знања и сарадњу између земаља у осмишљавању и примени реформи здравствених система на националним и субнационалним нивоима и

- обезбедити да здравствени системи буду буду спремни и способни да одговоре на кризне ситуације.

Министарства здравља потписница ове Повеље стоје при ставу да је делотворна примарна здравствена заштита суштински важна за промоцију ових циљева и да даје основу за сарадњу здравствених служби са заједницом и породицама, као и за међусекторску и међупрофесионалну сарадњу и промоцију здравља. Када говоримо о здравственој политици на нивоу Европске Уније, треба рећи да државе чланице имају примарну одговорност за заштиту и побољшање здравља својих грађана.

Политика јавног здравља је релативно нова на нивоу Европске Уније тј. Европске економске заједнице, јер је настала тек 1992.године када су у Уговор из Мастрихта укључене одредбе које охрабрују сарадњу међу државама чланицама, подстичу промоцију здравља и превенцију болести (члан 129).

Ова правна надлежност је ојачана 1997.године Амстердамским уговором када је Европској Унији дато овлашћење да обезбеди висок степен заштите здравља људи кроз дефинисање и примену свих политика Уније и активности и да ради заједно са државама чланицама, како би се унапредило јавно здравље, спречиле болести и уклонили извори опасности по здравље људи (члан 152).

С обзиром на то да члан 152. Уговора није довољан за спровођење здравствене политике Европске уније, Европска Комисија је користила члан 95. Уговора о Европској заједници (који се односи на правила конкуренције, опорезивања и усклађивање права), како би регулисала сектор здравства. На основу овог члана, ЕУ је на пример усвојила Директиву 98/43/ЕС, односно Директиву 2003/33/ ЕС која се односи на рекламирање и спонзорисање дуванских производа, који је усмерен у правцу заштите јавног здравља.

Европска социјална повеља, вођена максимом да се обезбеди ефикасно остваривање права на заштиту здравља, предвиђа предузимање одговарајућих активности, којима би се у што већој мери отклониле опасности по здравље, подстакла одговорност за сопствено здравље и створила адекватна инфраструктура за промоцију и унапређење здравља.

Први Здравствени програм (2003-2008.година) по први пут је сјединио један интегративни приступ у циљу заштите и промоције здравља. Програм је подстицајна мера "направљена тако да заштити и побољша здравље људи". Програм је фокусиран на три главна циља: унапређење информисања и знања о здрављу, брза реакција и одговор на претње по здравље и промоција здравља указивањем на детерминанте здравља.

Други Здравствени програм (2008-2013.година) поред поменутих, требало би да допринесе остваривању следећих циљева:

1. побољшање ефикасности и повећање одговорности у пружању здравствених услуга;
2. помоћ земљама у превенцији настанка болести и продужењу активно способног животног века људи;
3. унапређење кооперације између здравствених система земаља чланица и ширење знања у области јавног здравља.

Стратегија Европске Уније у области здравља "Заједно за здравље" (2008-2013.година) донета 2007.године обрађује суштинска питања у области здравства, начело "здравство у свим политикама" и глобална здравствена питања.

Стратегија поставља следеће циљеве:

1. унапређење здравствене сигурности грађана, што подразумева:
 - развијање капацитета Европске Уније и држава чланица да би се обезбедио што је могуће бољи одговор на претње по здравље;
 - предузимање акција повезаних са сигурношћу пацијената, спречавањем повреда и несрећа, процењивањем ризика и доношењем комунитарних прописа у области крви, ткива и ћелија.
2. Промоција здравља, укључујући смањење неједнакости у здрављу, што подразумева:
 - акције које се односе на детерминанте здравља – као што је исхрана, алкохол, пушење, употреба наркотика, као и социјалне и детерминанте животне средине;

- мере које се односе на превенцију најзаступљенијих болести и смањење неједнакости у здрављу широм Европске Уније;

- повећање година живота доброг здравља и промовисање здравог старења.

3. промоција информисаности и знања о здрављу, што подразумева следеће активности:

- акције које се односе на здравствене индикаторе и начине како би се информације преносиле грађанима;

- фокусирати се на значајније активности заједнице усмерене ка размени знања у областима као што су родна равноправност, здравље деце и ретке болести.

Документ који додатно наглашава значај примарне здравствене заштите је Луксембуршка Декларација о безбедности пацијената, која даје одговор на питање зашто је потребан даљи развој примарне здравствене заштите:" Доступност здравственој заштити високог квалитета је једно од кључних људских права које препознају и цене Европска Унија, њене институције и грађани и грађанке..."

6. ФИНАНСИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Укупни расходи за здравствену заштиту могу се поделити на јавне и приватне. Јавни расходи представљају расходе из јавних прихода (обавезно здравствено осигурање и републички, покрајински и општински буџети). Такође, јавни расходи су и инвестиције у систем здравствене заштите из државних фондова попут фонда Националног инвестиционог плана, за изградњу инфраструктуре и финансирање набавке медицинске опреме.

Приватни расходи за здравствену заштиту су из приватних извора, као што су директно плаћање (партиципација и плаћање из џепа) и добровољног осигурања.

Централна установа која је одговорна за финансијско функционисање система здравствене заштите у РС је Републички Завод за здравствено осигурање и на нивоу Републичког Завода за здравствено осигурање је централизовано прикупљање свих средстава. Ова средства се расподељују према Правилнику о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад, који за сваку годину доноси је Републички Завод за здравствено осигурање.

Најважнији извор финансирања здравственог сектора у Србији су обавезни доприноси кроз систем здравственог осигурања, који се прикупљају кроз плате запослених (12,3% бруто личног дохотка). Доприносе плаћају у једнаким процентима запослени и послодавци, а такође их плаћају пољопривредници и samozапослени.

Када говоримо о приходима из републичког буџета, треба најпре поменути трансфере Министарства финансија из буџета РС према Републичком Заводу за здравствено осигурање, како би се покрили трошкови здравствене заштите лица која право на здравствену заштиту остварују на основу члана 22. Закона о здравственом осигурању. То су лица која припадају групацијама становништва које су изложене повећаном ризику обољевања, лица у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лечењем болести од већег социјално-медицинског значаја, као и социјално угрожене категорије становништва, уколико право на здравствену заштиту не остварују по другом основу.

Министарство правде је одговорно за финансирање система здравствене заштите у казнено-поправним установама у Србији.

Министарство одбране финансира здравствену заштиту из три извора: а)део буџета Министарства се издваја за здравствену заштиту активног војног кадра за време њихове активне службе; б)постоји посебни фонд за осигурање, који покрива трошкове здравствене заштите за војно особље и њихове породице; в) други приходи који укључују плаћања од стране дипломата, странаца и 2 % цивилних лица, која траже

услуге без упута одобреног од стране Републичког Завода за здравствено осигурање, а која морају да плате за те услуге из џепа.

Локалне самоуправе су одговорне за финансирање капиталних инвестиција, опреме и текућих поправки и одржавања. Када говоримо о расподели буџетских средстава на локалном нивоу, треба нагласити да је значајно више средстава локалних самоуправа, преко половине, усмерено на развојне компоненте – привреду и образовање. Међутим, нужно је истаћи да, доношење новог Закона о здравственој заштити и преношење оснивачких права над установама примарне здравствене заштите на локалне самоуправе, није пратио и процес децентрализације финансијских средстава, односно додела наменских средстава локалним самоуправама, чиме је у великој мери доведена у питање њихова ефикасност у погледу вршења законске обавезе. Ова област је регулисана новим Законом о финансирању локалне самоуправе, који је ступио на снагу 01.01.2007.године, али до овог тренутка није било јавних дискусија о децентрализацији средстава. Треба нагласити да је економска криза додатно смањила трансферна средства намењена локалним самоуправама и тиме додатно отежала њихову финансијску ситуацију, у погледу способности за испуњавање законских обавеза.

Средства у оквиру Националног инвестиционог плана намењена здравственом сектору, предвиђена су за решавање проблема неодговарајуће инфраструктуре, застареле опреме, неадекватног простора. За реализацију пројеката у области здравства у 2009.години Законом о буџету РС одобрено је 592.000.000 динара, а за 2010.годину 296.787.347 динара, која су планирана за изградњу, доградњу, реконструкцију здравствених установа – домова здравља, амбуланти, болница, института, набавке опреме – скенера, сала за катетеризацију срца и слично.

Доступност здравствених услуга, посебно за сиромашно становништво, ограничена је значајним плаћањима од стране корисника. Проценат учешћа приватних расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу у периоду од 2003. до 2008.године имао је сталну тенденцију раста.(Графикон 1.)

Графикон 1. Проценат учешћа приватних расхода у бруто домаћем производу у периоду 2003.-2008.година



Према националном истраживању здравственог стања становништва у Србији, спроведеном 2006.године, просечно годишње издвајање по глави становника је износило 14.696,70 динара. Преко две петине ове суме је, према овом истраживању издвајано за лекове.

Ако приватне издатке за здравствену заштиту посматрамо кроз призму издвајања домаћинства за ову намену, намеће се закључак да више од половине домаћинства има издатке за здравствену заштиту. Највише се плаћају медицинска снимања, стоматолошке услуге, лабораторијске услуге и специјалистичке лекарске услуге. Посматрано по секторима својине, према подацима Републичког Завода за статистику, 36,9% укупних издатака односи се на државни сектор, а 63,1% на приватни. Исти извор, наводи да Република Србија спада у земље где "плаћање из џепа" чини највећи део приватних здравствених трошкова (85%). У развијеним земљама, ова средства се користе не за "плаћање из џепа" већ за приватно здравствено осигурање, тако да су погођени богатији слојеве становништва, док се код нас намеће закључак да оваква потрошња сигнализира препреку у приступу услугама здравствене заштите за најсиромашније.

Ако говоримо језиком процената, Републички Завод за здравствено осигурање остварује следеће приходе: доприноси за социјално осигурање (70,31%), трансфери од организације обавезног социјалног осигурања (26,19%), трансфери од буџета (2,63%), меморандумске ставке за рефундацију расхода (0,37%) и други приходи – од имовине, продаје добара и услуга, добровољне трансфере и слично (0,49%). Ако посматрамо расходе Републичког Завода за здравствено осигурање, они су у погледу трошкова за примарну здравствену заштиту 2008.године износили 23,01% укупних расхода, а за секундарну и терцијарну здравствену заштиту износили су 50,03% укупних расхода. Упоредивањем са расходима за примарну здравствену заштиту у 2006.години (23,08%), односно за секундарну и терцијарну здравствену заштиту (44,91%), закључује се да је улагање је Републичког Завода за здравствено осигурање у примарну здравствену заштиту, супротно очекивањима, смањено.

Средства за здравствене услуге у Републици Србији се расподељују у складу са уговорима са здравственим установама. Креирање буџета и уговарање услуга здравствене заштите између здравствених установа и Републичког Завода за здравствено осигурање се заснива на линијском буџету. Део уговора је и план рада за годину за коју се закључује уговор, који се прави у складу са здравственим потребама становништва, које гравитира ка одређеној здравственој установи. План рада садржи број и врсту здравствених услуга и број и структуру запослених. Овај план одобравају надлежни заводи тј. институти за јавно здравље. Републички Завод за здравствено осигурање врши расподелу средстава за надокнаде здравственим установама за пружање здравствених услуга (зараде запослених) и за друге трошкове (трошкове превоза, утрошене енергије, трошкове лекова, санитетског и уградног материјала, исхране и других потреба корисника/осигураника). Плате запослених у здравственој заштити исплаћују се у складу са Законом о платама у државним органима и јавним службама ("Сл. гласник РС", бр. 34/01, 62/06) и чланом 1. тачка 13. Уредбе о коефицијентима за обрачун и исплату плата запослених у јавним службама. За извршење плана рада давалац здравствених услуга доставља извештаје (фактуре) о извршеним здравственим услугама у складу са актом је Републичког завода за здравствено осигурање којим је уређено фактурисање здравствених услуга. У структури расхода из средстава обавезног здравственог осигурања у 2008. години највећи проценат су имале зараде 104.000 запослених (уговорени број) у здравственим установама – 56,3%, трошкови услуга здравствене заштите (енергенти, вакцине, лекови, потрошни и уградни материјал и сл) – 22,8%, лекови издати на рецепт – 12,1%, накнаде за боловања и путне трошкове – 3,9%, надокнаде (за помагала и погребне трошкове) – 1%, док су трошкови спровођење здравственог осигурања и отплата камата и кредита износили 2,6% укупних расхода. Уколико се расходи Републичког Завода за здравствено осигурање за рад и остале трошкове запослених посматрају као део трошкова здравствене заштите, онда је тај проценат знатно већи и износи 70,1%. Иначе, према Националном здравственом рачуну за 2007. годину, учешће укупних расхода за запослене у јавним расходима за здравствену заштиту износило је 61,2%, а у јавним и приватним 69,1%.

Плаћање давалаца услуга здравствене заштите још увек се не заснива на излазним резултатима, оствареним резултатима рада, већ на улазним премисама и у том смислу се вредно ради на осмишљавању нових начина плаћања, како би се унапредила ефикасност система и квалитет пружених здравствених услуга, а посебна пажња се жели посветити побољшању приступачности и доступности услуга у примарној здравственој заштити. Још увек се ради на дефинисању капитационе формуле и успоставља начин плаћања здравствених радника примарне здравствене заштите на основу извршења. У сарадњи Републичког Завода за здравствено осигурање и Министарства здравља, као приоритет дефинисана је тзв "тежинска" капитација, са нагласком на квалитету, која поред броја опредељених корисника, може да узме у обзир старосну структуру, густину насељености, развијеност подручја, путну инфраструктуру итд. Као предуслов за увођење капитације припремљена је база осигураника и успостављена мрежа свих филијала и испостава Републичког Завода за здравствено осигурање. У неколико домова здравља спроведени су пилот пројекти у вези са применом електронског здравственог картона, који су дали одличне резултате и дошло је до њиховог проширења са опште медицине на друге области здравствене заштите (педијатрија, гинекологија, стоматологија...). У вези са тим, у плану је информатизација свих домова здравља, њих укупно 157. На овом пољу је већ одобрено доста средстава кроз пројекте из Националног инвестиционог плана, као и донације Европске Уније, а ДИЛС пројекат Министарства здравља треба да заокружи њихову информатизацију до краја 2011.године, а у току 2012.године би требало да се изврши повезивање са осталим ресорима, јер је ДИЛС међуресорни пројекат и обухвата, поред здравства, још и локалну самоуправу, образовање, социјалну заштиту.

Алокација средстава Републичког Завода за здравствено осигурање за превентивну здравствену заштиту, мада недовољна, показује тенденцију благог повећања са 3,47% у 2003.години, на 3,73% у 2005.години. Приликом преласка на модел капитације, питање издвајања за превентиву за сада није потпуно решено. Центри за превентивни рад, који су основани при домовима здравља на територији Републике Србије, усмерени су на рано откривање обољења путем интегрисаних активности примарне здравствене заштите и уз коришћење мобилних јединица за рад у подручјима где становништву центар није физички доступан.

Према подацима Националног здравственог рачуна, укупни расходи за здравствену заштиту, показују стабилан раст у периоду 2003-2007.година, да би 2007.године достигли ниво од 384 евра, односно 525 УС\$ по становнику. (Табела 2.)

Табела 2. Укупни расходи за здравствену заштиту по становнику.

Година	Износ расхода
2003.	200 €
2004.	212 €
2005.	237 €
2006.	284 €
2007.	384 €

При томе јавни расходи за здравствену заштиту износе у 2007.години 245 евра по становнику, док су расходи Републичког Завода за здравствено осигурање 229 евра по становнику.

Учешће расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу, уз извесне осцилације, такође показује раст у периоду 2006-2008.године.

Графикон 2. Учешће расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу у периоду 2006 - 2008.година



Учешће јавних расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу у 2006.години износило је 5,9%, односно 6,1% у 2007. и 2008.години. Посматрајући издвајања за здравствену заштиту као проценат од бруто домаћег производа, Србија је 2006.године имала већа издвајања од просека Европске Уније (8,9% у 2006.години), а од земаља у региону мање је издвајала од Босне и Херцеговине (9,5%), док је у 2007.години нагло порасло издвајање за здравствену заштиту на 9,9%. Иако је Србија изнад просека Европске Уније, у погледу издвајања за здравствену заштиту као проценат од бруто домаћег производа, посматрано у апсолутном износу она издваја мала средства за здравствену заштиту, што је последица релативно ниског нивоа бруто домаћег производа.

АНАЛИЗА УСТАНОВА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ НА ТЕРИТОРИЈИ ГРАДА КРАГУЈЕВЦА

7. ДОМ ЗДРАВЉА КРАГУЈЕВАЦ

Дом здравља Крагујевац је установа примарне здравствене заштите, која пружа превентивне, дијагностичке и терапијске услуге становништву на територији града Крагујевца.

Дом здравља Крагујевац чини окосницу примарне здравствене заштите, како за урбано тако и за рурално становништво и представља први елемент у континуираном процесу здравствене заштите, први ниво контакта појединца и породице са системом, односно капију здравственог система. У свом садашњем облику Дом здравља Крагујевац образован је Одлуком Владе Републике Србије 1998. године. Примарна здравствена заштита има дугу традицију у нашем граду, а као посебан функционални облик оформљена је 1966. године у оквиру Медицинског центра Крагујевца. До 1990.године организационо је функционисала у оквиру ООУР-а Дом здравља, а од 1990.године Медицински центар је конституисан као Здравствени центар "Др Михаило Илић", у оквиру кога је постојала РЈ Дом здравља у Крагујевцу. Дом здравља Крагујевац у свом садашњем облику основан је у децембру 1998.године, Одлуком Владе РС. Град Крагујевац је преузео оснивачка права над овом установом децембра месеца 2006.године.

7.1 МРЕЖА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ-ОРГАНИЗАЦИОНИ ДЕЛОВИ ДОМА ЗДРАВЉА

У циљу боље ефикасности, рационалности, доступности, сродности послова и њихове организационе и техничке повезаности, у складу са Правилником о унутрашњој организацији Дома здравља, образоване су следеће организационе јединице:

ОГРАНЦИ- по вертикалној просторној повезаности

- **ОГРАНАК АЕРОДРОМ**, коме организационо припадају здравствена станица Страгари и здравствене амбуланте Чумић, Угљаревац, Десимировац, Грбице, Јарушице и Лужнице.

- **ОГРАНАК СТАНОВО**, коме организационо припадају здравствена станица бр.2 Палилула, здравствене амбуланте Ердеч, Грошница и Драгобраћа.

- **ОГРАНАК БРЕСНИЦА**, коме организационо припадају здравствена станица бр.3 и здравствене амбуланте у Горњој Сабанти и Великим Пчелицама

- **ОГРАНАК ЕРДОГЛИЈА**, коме организационо припадају здравствена станица бр.1 и здравствена станица бр.4, здравствене амбуланте у Илићеву, Доњим Комарицама, Горњим Комарицама и Реснику.

Поред наведених Огранака, организационо у Дому здравља Крагујевац постоје и централни објекти следећих служби:

- Службе за здравствену заштиту предшколске деце;
- Службе за здравствену заштиту школске деце;
- Службе за здравствену заштиту жена;
- Службе за специјалистичко- консултативну делатност.

Укупно: 4 Огранка, 5 здравствених станица, 15 здравствених амбуланти и 4 централна објекта служби.

Највећи број објеката Дома здравља Крагујевац саграђен је педесетих година прошлог века. У претходном дугогодишњем периоду улагано је у текуће одржавање у складу са расположивим финансијским средствима, што је недовољно у односу на садашње потребе и захтеве, а у складу са Реформом система примарне здравствене заштите и акредитационим стандардима.

У циљу унапређења квалитета рада, увођења тимског рада кроз институцију изабраног лекара, а све у складу са акредитационим захтевима, извршити одговарајуће адаптације како би се одговорило свим захтевима. Неопходно је раздвојити сале за интервенције од превијалишта, обезбедити адекватне услове за централну стерилизацију поштујући путеве стерилизације, уклонити баријере шалтера и омогућити изградњу отворених шалтер пултова, изградити приступне рампе за особе за инвалидитетом, обезбедити посебне просторије за смештај инфективног медицинског отпада до његовог преузимања.

Просторно - технички услови не задовољавају у потпуности потребе Дома здравља, с обзиром на то да се у ранијем периоду јако мало улагало.

Током 2007.године реновиран је објекат Службе за специјалистичко-консултативну делатност у оквиру Пројекта Националног инвестиционог плана. Захваљујући донацијама Јужноморавске Агенције за регионални развој отворене су и опремљене амбуланте у Десимировцу и Драгобраћи. Дом здравља Крагујевац нема централни објекат Дома здравља у ужем градском језгру, чија је изградња планирана из Пројекта НИП-а, извршена замена непокретности између Дома здравља и Клиничког центра Крагујевац ради обезбеђивања локације. Службе за здравствену заштиту деце предшколског и деце школског узраста налазе се у објектима Клиничког центра Крагујевац, а здравствена станица број 4, у којој се лечи становништво ужег градског језгра - месне заједнице Центар, (бивши Уред- зграда уступљена због оснивања Апелационог суда), се тренутно налази у згради у Улици " Јанка Веселиновића бр 91", у простору чији закуп финансира оснивач. У предходном периоду од преузимања оснивачких права од стране града над Домом здравља, захваљујући подршци локалне самоуправе, али и сопственом ангажовању Дома здравља адаптиран је простор Службе опште медицине у огранку Станово, у складу са акредитационим стандардима, реконструисани мокри чворови и урађена је хидроизолација равног крова. Извршена је

замена столарије у приземљу Огранка Ердоглија. Извршена је замена великог санитарног бојлера у здравственој стабици бр. 2, у току је замена подова у истом објекту, као и кречење унутрашњег простора у здравственој станици бр. 1 и бр. 5. Такође је извршена реконструкција четири мокра чвора у Огранку Бресница, адаптација амбуланте у Доњим Комарицама, Грбицама и Јарушицама. Ремонтована је подстаница у Служби за специјалистичко-консултативну делатност. Извршена је уградња педесет три бојлера и у циљу унапређења хигијенско - санитарних услова уграђени су дозери за течни сапун, дозери за папирне убрусе.

У наредном периоду треба извршити реконструкцију здравствених амбуланти Грошница и Ердеч, хидроизолацију равног крова огранка Аеродром. Поред наведеног приоритет представља комплетна реконструкција здравствене станице бр.1 и адаптација и реконструкција осталих приградских амбуланти и изградња централног објекта Дома здравља у ужем градском језгру у оквиру пројекта НИП-а.

7.2 ДЕЛАТНОСТ

Чланом 15. Статут Дома здравља Крагујевац дефинисана је здравствена делатност на примарном нивоу у Дому здравља Крагујевац.

У обављању здравствене делатности, Дом здравља Крагујевац пружа превентивне, дијагностичке и терапијске услуге из следећих области здравствене заштите:

- здравственог васпитања;
- здравствене заштите одраслог становништва;
- здравствене заштите жена;
- здравствене заштите деце;
- поливалентне патронаже;
- кућног лечења и здравствене неге;
- специјалистичко - консултативне делатности (интерне медицине, медицине рада, пнеумофтизиологије, психијатрије, офталмологије, дерматовенерологије, оториноларингологије, медицине спорта и социјалне медицине);
- лабораторијске и рентген дијагностике.

Чланом 16. Статута, у циљу ефикаснијег и рационалнијег обављања делатности и контроле стручног рада у Дому здравља се по функционалном принципу образују следеће службе:

- Служба опште медицине;
- Служба за здравствену заштиту предшколске деце;
- Служба за здравствену заштиту школске деце;

- Служба за здравствену заштиту студената;
- Служба за здравствену заштиту жена;
- Служба за здравствену заштиту радника;
- Служба кућног лечења и здравствене неге;
- Служба поливалентне патронаже;
- Служба лабораториске дијагностике;
- Служба радиолошке дијагностике;
- Служба за специјалистичко-консултативну делатност;
- Служба за правне, економско-финансијске послове и социјалну медицину са информатиком;
- Служба за техничке послове и друге сличне послове.

7.3 КАДРОВИ

Уговорени број радника у Дому здравља Крагујевац са РЗЗО-ом је 654. Од овог броја је 530 здравствена радника, (203 лекара и 327 медицинске сестре/техничара), 7 здравствених сарадника и 117 немедицинских радника.

На одређано радно време ангажовано је укупно 70 радника и то 7 лекара, 17 медицинских сестара/техничара и 46 немедицинских радника.

Кадровска структура по специјалностима: Од 203 лекара у Дому здравља 138 су специјалисти (69%) и то: педијатрија-36 (18%), општа медицина-34 (17%), гинекологија – 14 (7%), интерна медицина 16 (8%), пнеумофтизиологија -5 (3%), биохемија-4(2%), ургентна медицина-2 (1%), радиологија-1 (0,5%), медицина рада-2 (1%), дерматовенерологија-5 (2,5%), офталмологија-4 (2%), психијатрија-2 (1%), неуропсихијатрија-2 (1%), неурологија-1 (0,5%), реуматологија-2 (1%), оториноларингологија-4 (2%), спортска медицина-3 (1,5%), социјална медицина-1 (0,5%).

У претходном периоду кретање кадра: Процесима рационализације је у 2005. години, Дом здравља Крагујевац напустило 45 радника и то 29 медицинских и 16 немедицинских. У току 2006. године, је кроз процес рационализације Дом здравља Крагујевац напустило 14 немедицинских радника. Кадровска структура у предходних пет година: на дан 31.12. 2005. године у Дому здравља Крагујевац је било 798 радника од тога 793 на неодређено и 53 на одређено радно време, што чини укупно 846 радника. На дан 31.12 2006. године у Дому здравља Крагујевац је било 786 радника и то 781 на неодређено радно време и 68 на одређено радно време што чини укупно 849 радника. Обзиром да је дошло до издвајања Службе за хитну медицинску помоћ из Дома здравља и формирање Завода за хитну медицинску помоћ Крагујевац, уговорени број радника за 2008. годину је 653. Током 2008 године у Дому здравља Крагујевац има 646 на неодређено и 76 на одређено радно време, укупно 722. Уговорени број радника са филијалом РЗЗО-а за 2009. годину је био 654. У Дому здравља Крагујевац на неодређено радно време је био 651 радник и 94 на одређено, што чини укупно 745.

Табела 3. Квалификациона структура запослених.

	Неодређено	Одређено
Др мед сци.	5	/
Магистри	2	/
Специјалисти	138	/
VII степен	78	8
Виша СС	30	/
Средња СС	340	18
ВК	5	1
КВ	15	12
НК	39	31
УКУПНО	654	70

Табела 4. Обезбеђеност становника лекарским кадром по службама у односу на стандард.

	Уговорени број	Норматив	Разлика (уговорени број-норматив)
Здравствена заштита предшколске деце	17	15	2
Развојно саветовалиште	2	2	0
Здравствена заштита школске деце	19	17	2
Саветовалиште за младе	3	3	0
Здравствена заштита жена	14	12	2
Здравствена заштита одраслих	85	83	2

Кућно лечење и здравствена нега	6	5	1
Радиолошка дијагностика	1	4	-3
Физикална медицина и рехабилитација		4	-4
Дерматовенерологија	5	4	1
Интерна медицина	16	9	7
Пнеумофтизиологија	6	4	2
Оториноларингологија	4	6	-2
Офталмологија	6	6	0
Психијатрија	4	4	0
Социјална медицина са информатиком	1	2	-1
Спортска медицина	3	2	1
*Остало (**студентска, реуматологија, неурологија)	7	/	7
Лабораторијска дијагностика	4	4	0
УКУПНО	203	186	17

*За кадар у овој колони није могуће израчунати норматив зато што није предвиђен Правилником о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе.

** Напомена: У плану је оснивање Завода за здравствену заштиту студената.

7.4 ОПРЕМА

Због дугогодишњег недовољног улагања у инфраструктуру и опрему, степен застарелости опреме је био висок, а према последњем књиговодственом податку износи 63,17%. Током претходне три године, у периоду када је оснивачка права над Домом здравља преузео град Крагујевац обезбеђен је знатан део недостајуће медицинске опреме, а у складу са Правилником о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама (Службени гласник РС бр. 43/2006).

У 2007. години обезбеђена је следећа медицинска опрема (екг апарати - 6 комада, тимпанометар - 1, ларингоскоп - 1, инхалатори - 3, негатоскопи - 10, рефлактори на стативу - 10, отоскопи - 10, реанимациони лежај - 1, ваге са висиномером - 10, офталмоскопи - 2, апарати за кисеоник - 10, стерилизатори - 4, аспиратори вакуум електрични - 6, дефибрилатори - 2, амбубалони - 10, инхалатори - 3, гинеколошки сто - 1, ваге за бебе - 4, отоскопи - 10, кардиотокограф - 1 и електрокоагулатор - 1.

У 2008. години обезбеђена је следећа медицинска опрема: апарати за кисеоник са резервним боцама - 5, УВ лампе - 15, дефибрилатори - 2, аутоклави - 2, стерилизатор - 1, апарати за мерење притиска са манометром - 30, апарати за мерење притиска са живом - 20, амбубалони - 5, отоскопи - 10, рефлатори на стативу - 10. Набављена је специјална гинеколошка столица за жене са инвалидитетом и два амбулантна возила за лежеће пацијенте. Током 2008. године набављена су 2 аутомобила Пунто, а у 2009. години 3 Заставе 101.

У складу са Правилником о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама спроведена је набавка и у 2009.години и опрема Дома здравља употпуњена са још: 3 екг апарата, 2 апарата за кисеоник са резервним боцама, 2 инхалатора, 5 терапијских колиџа, 1 микроскопом, 1 офталмоскопом, 1 рамом за пробна стакла и колпоскопом. Овим набавкама током претходне три године углавном је на адекватан начин и у складу са Правилником, обезбеђена медицинска опрема.

Недостајућа опрема, у складу са Правилником: апланациони тонометар са биомикроскопом, микроскоп за ухо, тредмил трака, савремени ултразвучни апарат ЗД, бинокуларни микроскоп, машина за прање лабораторијског посуђа, колпоскоп.

У наредном периоду неопходно је осавремењавање возног парка Дома здравља имајући у виду дотрајалост возила и све веће потребе за развијање Службе кућног лечења и здравствене неге у правцу палијативног збрињавања.

Убрзани развој информационих технологија и неопходност да се одговори захтевима Републичког завода за здравствено осигурање, како у погледу електронског фактурисања, тако и у свим осталим аспектима пословања, стављају у први план потребу умрежавања објеката Дома здравља. Дом здравља је кроз досадашње пројекте добио потребне рачунаре, штампаче и сервер, захваљујући сопственим средствима урађена је интерна мрежа у десет објеката, а захваљујући ангажовању локалне самоуправе набављен је софтвер за електронски здравствени картон пацијента. У наредном периоду неопходно је мрежно повезивање објеката Дома здравља.

7.5 ОБИМ РАДА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ И ОБИМ КОРИШЋЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА ПО СЛУЖБАМА СЛУЖБА ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

На 25 пунктова у Служби опште медицине Дома здравља Крагујевац у 2009.години било је запослено 84 лекара и 114 здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом. Број становника којима се у 2009.години пружала здравствена заштита у овој служби је био 125119, па је број становника на једног лекара износио 1496, док Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе, предвиђа једног лекара на 1600 становника. Истим Правилником прописано је да на једног доктора медицине долази по један радник са вишом или средњом стручном спремом, а на десет оваквих тимова још једна медицинска сестра-техничар, те је постојећи однос лекар/медицинска сестра-техничар, који у овој служби износи 1:1,4 у границама кадровске обезбеђености за примарну здравствену заштиту. Просечан број посета по одраслом становништву у 2009.години је 5,1. Сваки лекар у Служби опште медицине имао је просечно 34,7 посета на дан (табела 5.)

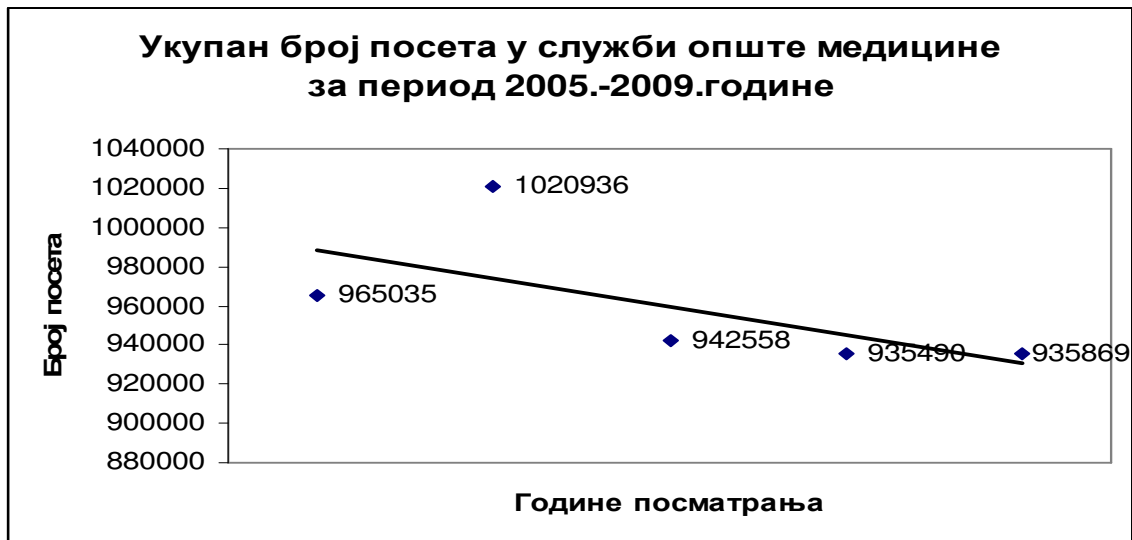
Табела 5. Број посета у 2009.години

Посете	Број
Укупан број посета код лекара	610.548
Просечан број посета годишње по лекару	7.268
Процена дневног оптерећења лекара	33
Број посета годишње по становнику	4,8

Табела 6. Укупан број посета у Служби опште медицине

Служба опште медицине		
Укупан број посета	2005. год.	965.035
	2006. год.	1.020.936
	2007. год.	942.558
	2008. год.	935.490
	2009. год.	935.869

Графикон 3. Укупан број посета у Служби опште медицине



Укупан број посета у Служби опште медицине за период 2005 -2009. године показује тренд опадања (графикон 3.).

СЛУЖБА ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ПРЕДШКОЛСКЕ ДЕЦЕ

У Дому здравља Крагујевац на 4 пункта Службе за здравствену заштиту предшколске деце узраста од 0 до 6 година (12134) ради 19 лекара и 31 медицинска сестра са средњом и вишом стручном спремом. У овој служби просечно на 1 лекара долази 638 деце предшколског узраста, тако да је покривеност лекарским кадром ове вулнерабилне категорије задовољавајућа (Правилник предвиђа на 1 лекара до 850 деце овог узраста). Према истом Правилнику неопходно је кадровски обезбедити на 2 лекара 3 медицинске сестре-техничара и овај однос у служби за здравствену заштиту деце Дома здравља Крагујевац је у потпуности задовољен. Дневна оптерећеност лекара у 2007.години износила је 31 посете, док је просечан број посета по детету 10,8 (табела 7.).

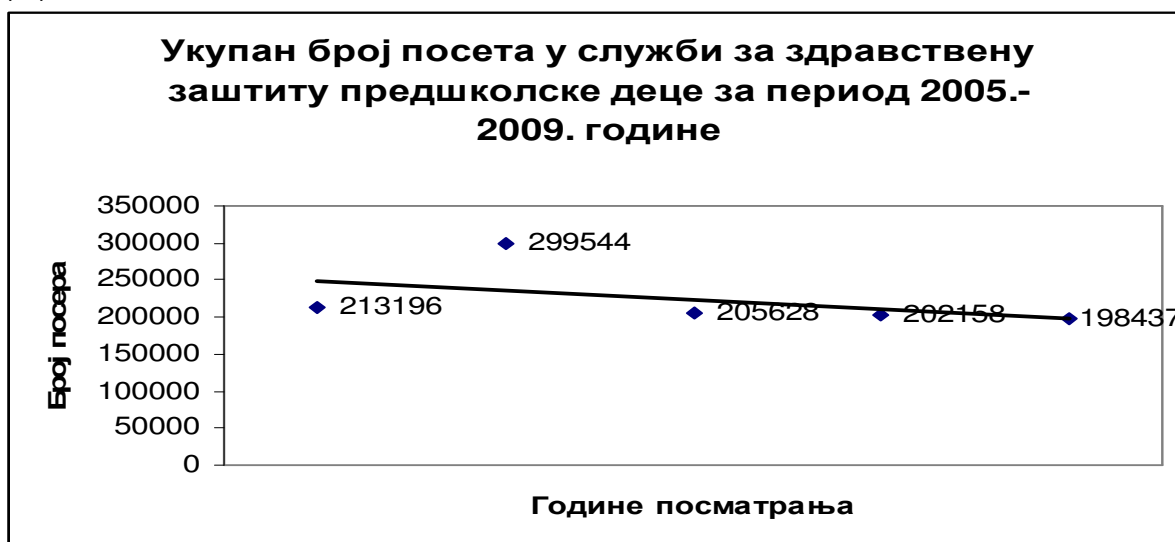
Табела 7. Број посета у 2009.години

Посете	Број
Укупан број посета код лекара	130.573
Просечан број посета годишње по лекару	6.872
Процена дневног оптерећења лекара	31
Број посета годишње по становнику	10,8

Табела 8. Укупан број посета у Служби за здравствену заштиту предшколске деце

Служба за здравствену заштиту предшколске деце		
Укупан број посета	2005. год.	213.196
	2006. год.	229.544
	2007. год.	205.628
	2008. год.	202.158
	2009. год.	198.437

Графикон 4. Укупан број посета у Служби за здравствену заштиту предшколске деце



Укупан број посета у Служби за здравствену заштиту предшколске деце за период 2005 -2009. године показује тренд опадања (графикон 4).

СЛУЖБА ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ШКОЛСКЕ ДЕЦЕ

Дом здравља Крагујевац на 6 пунктова има организовану Службу за здравствену заштиту школске деце узраста од 7 до 18 година (24.630) са 22 лекара и 23 медицинске сестре-техничара са средњом и вишом стручном спремом. Покривеност здравственим радницима у примарној здравственој заштити ове вулнерабилне категорије становништва је добра – 1 лекар на 1.119 деце. (Правилник предвиђа до 1.500). Однос лекара и осталих здравствених радника износи 1:1,1 (Правилник предвиђа најмање 1 здравственог радника на 1 лекара ове службе, а на 10 оваквих тимова још једну вишу медицинску сестру). Просечан број посета лекару у току дана је 26,4, а свако дете је просечно посетило лекара 5,1 пута током 2009.године (табела 9.).

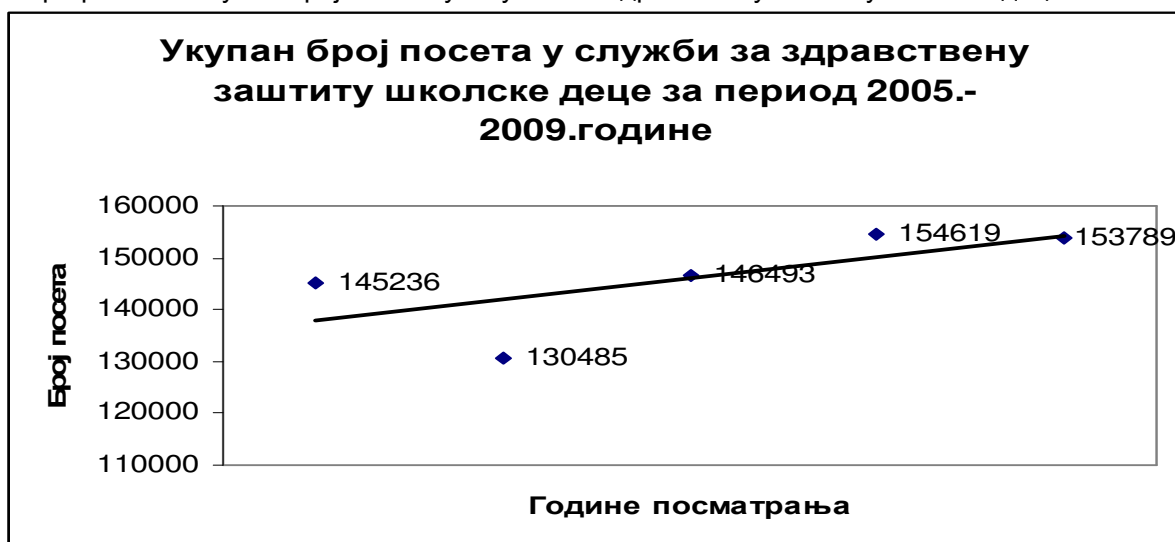
Табела 9. Број посета у 2009.години

Посете	Број
Укупан број посета код лекара	127.824
Просечан број посета годишње по лекару	5.810
Процена дневног оптерећења лекара	26,4
Број посета годишње по становнику	5,1

Табела 10. Укупан број посета у Служби за здравствену заштиту школске деце

Служба за здравствену заштиту школске деце		
укупан број посета	2005. год.	145236
	2006. год.	130485
	2007. год.	146493
	2008. год.	154619
	2009. год.	153789

Графикон 5. Укупан број посета у Служби за здравствену заштиту школске деце



Укупан број посета у Служби за здравствену заштиту школске деце за период 2005-2009. године показује тренд раста (графикон 5).

СЛУЖБА ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ЖЕНА

У Служби за здравствену заштиту жена Дома здравља Крагујевац на укупно 6 пунктова, запослено је 14 лекара и 23 медицинских сестара-техничара. У овој служби пружа се здравствена заштита женама старијим од 14 година (77.304) тако да 1 лекар обезбеђује здравствену заштиту за 4.009 жена (Правилник предвиђа на 1 лекара до 6.500 жена) . У овој Служби на 1 лекара долази 1,6 медицинских сестара – техничара, што одговара захтеву Правилника. Дневна оптерећеност лекара током 2009.године је износила 15 прегледа, а свака жена је просечно 0,7 пута у току године посетила лекара (табела 11).

Табела 11. Број посета у 2009.години

Посете	Број
Укупан број посета код лекара	56.131
Просечан број посета годишње по лекару	4.009
Процена дневног оптерећења лекара	18,4
Број посета годишње по становнику	0,7

Табела 12. Укупан број посета у Служби за здравствену заштиту жена

Служба за здравствену заштиту жена		
Укупан број	2005. год.	93.904
	2006. год.	101.844
	2007. год.	117.678

посета	2008. год.	106.865
	2009. год.	84.756

Графикон 6. Укупан број посета у Служби за здравствену заштиту жена



Укупан број посета у Служби за здравствену заштиту жена за период 2005.-2009. године показује тренд благог опадања (графикон 6).

СЛУЖБА ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНУ ДЕЛАТНОСТ

Служба за специјалистичко-консултативну делатност у свом саставу има следеће уско-специјализоване службе: интернистичку службу, неурологију, психијатрију, офталмологију, дерматологију, оториноларингологију, реуматологију, медицину рада и пнеумофтизиологију. Рад Службе одвија се на седам пунктова, а највећим делом у централном објекту ове Службе.

Табела 13. Укупан број посета у Служби за специјалистичко-консултативну делатност

Служба за специјалистичко-консултативну делатност					
	Године посматрања				
	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.
Интернистичка служба	83.804	83.351	90.893	93.552	85.195
Пнеумофтизиолошка служба	51.120	53.772	51.026	52.750	54.876
Оториноларингологија	28.571	32.365	38.416	36.514	37.407

Офталмологија	44.995	61.395	72.914	79.125	68.825
Дерматовенерологија	27.716	29.262	33.106	28.674	26.351
Психијатрија	8.078	6.974	6.677	7.031	7.022
Неурологија	10.534	9.799	112.22	9.436	8.505
Реуматологија	8.136	6.390	7.471	7.505	6.854
Укупан број посета	262.954	283.308	311.725	314.587	294.765

Графикон 7. Укупан број посета у Служби за специјалистичко-консултативну делатност



Укупан број посета у Служби за специјалистичко-консултативну делатност за период 2005 -2009. године показује тренд пораста (графикон 7).

СЛУЖБА КУЋНОГ ЛЕЧЕЊА И ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ

Служба кућног лечења и здравствене неге у оквиру Дома здравља постоји од августа 2000. године. Ради ефикаснијег пружања услуга пацијентима рад службе се одвија на три пункта. Служба своје услуге пружа на терену непокретним и полупокретним пацијентима, онколошким пацијентима и пацијентима који су отпуштени са болничког лечења.

Табела 14. Укупан број посета у Служби кућног лечења и здравствене неге

Служба кућног лечења и здравствене неге		
Укупан број посета	2005. год.	53.884
	2006. год.	49.883
	2007. год.	55.473
	2008. год.	49.406
	2009. год.	26.351

Графикон 8. Укупан број посета у Служби кућног лечења и здравствене неге



Укупан број посета Службе кућног лечења и здравствене неге за период 2005 - 2009. године показује тренд опадања (графикон 8).

7.6 ПРЕВЕНТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Реформа политике примарне здравствене заштите и Национални стратешки документи стављају акценат на превентивну здравствену заштиту. Хроничне масовне незаразне болести су у сталном порасту, а захваљујући правовременом здравствено-васпитном раду, превентивним активностима и редовним систематским прегледима може се утицати на њихово смањење. У нашој земљи постоји дуга традиција превентивног рада, који је на жалост запостављен током година транзиције. На иницирању активности у унапређењу превентивног рада Министарство здравља Републике Србије је знатно утицало кроз подршку Пројекту Европске Агенције за реконструкцију "Унапређење превентивних здравствених услуга". Овим Пројектом је кроз отварање Центра за превентивне здравствене услуге планирано повећање превентивних активности. Традиционално добра превентивна здравствена заштита је у Служби за здравствену заштиту предшколске и школске деце, у којима постоје Развојно саветовалиште и Саветовалиште за очување репродуктивног здравља младих. У Служби за здравствену заштиту жена прихватањем препорука за превенцију карцинома грлића материце и дојке у складу са националном Стратегијом изузетно је подигнут проценат превентивних прегледа и према показатељима квалитета рада за 2010. годину износи 72,62%. У предходном петогодишњем периоду удео превентивних прегледа у укупним посетама је био испод републичког просека 4,7%, а током 2010. године од укупног броја посета 29 698 су биле превентивне, што износи 4,85%. У здравственој заштити деце и школске деце проценат превентивних прегледа је 29,59%.

Поред наведених служби традиционално превентивну здравствену улогу има Служба поливалентне патронаже у оквиру које постоји Саветовалиште за психофизичку припрему трудница за порођај и телефонско саветовалиште "ХАЛО БЕБА". У предходном петогодишњем периоду од оснивања Центра за превентивне здравствене услуге, захваљујући постојању мобилне јединице овог Центра, обележавају се сви значајни дани према календару здравља и све активности су медијски праћене.

7.7 ПРАВЦИ ДАЉЕГ РАЗВОЈА

У складу са циљевима политике здравственог система Србије у погледу примарне здравствене заштите, а то су:

- побољшати здравствено стање популације,
- обезбедити једнаку доступност за једнаке потребе,
- обезбедити безбедне и висококвалитетне здравствене услуге,
- обезбедити одрживост (капитала, прихода, радне снаге),
- побољшати ефикасност и ефективност,
- промовисати међусобну солидарност грађана;,
- децентрализација,
- обезбедити високи ниво задовољства пацијената и локалне заједнице.

Дом здравља Крагујевац се поставио у систему као установа примарног нивоа која стратешки размишља и стратешки планира своје активности. Стратешки план Дома здравља и будући планови рада базирани су на моделу нове улоге чувара капије, координатора и помоћника за долазак код осталих актера у систему.

С обзиром да модернизација читавог здравственог система захтева модернизацију његових компоненти, ради успешнијег сналажења у новим околностима преласка са куративног на превентивни модел примарне заштите, као и преласка са традиционалног на нов начин финансирања по учинку (уместо према капацитетима), у Дому здравља интензивно се ради на изradi најбољих путева интегрисане заштите у постојећим демографским и финансијским условима.

Промена баланса у примарној заштити је више филозофска и организациона него структурна, и укључује промене у традиционалним улогама, функцијама и границама одговорности.

Циљеви промена у организацији рада и перцепцијама запослених у Дому здравља уклапају се у циљеве реформе и модернизације примарне здравствене заштите, а то су:

- повећање моћи примарне заштите у односу на друге нивое;
- ширење асортимана услуга;
- пословно пословање (које се бави ресурсима и контролним системима).

Стратешки циљеви Дома здравља Крагујевац:

1. Капиталне инвестиције, за унапређење физичких ресурса;
2. Успостављање тржишне оријентације Дома здравља ;
3. Унапређење квалитета ;
4. Унапређење превентивног рада.

1.Капиталне инвестиције, за унапређење физичких ресурса

Специфични циљеви:

- Изградња централне зграде Дома здравља;
- Реновирање, адаптација и доградња постојећих објеката;
- Увођење нових технологија (радиолошка дијагностика, мамограф, нове лабораториске услуге и опрема)

2.Успостављање тржишне оријентације Дома здравља

Специфични циљеви:

- Задржати старе и придобити нове кориснике ;
- Унапредити финансијско стање Дома здравља применом финансијског менаџмента;
- Увести менаџмент знања.

3.Унапређење квалитета

Специфични циљеви:

- Побољшати вредности обавезних параметара квалитета;
- Ојачати медицински кадар;
- Формирање кол центра ;

- Побољшати вредности из капитационе формуле;
- Дефинисати нове параметре за интерно праћење квалитета.

4. Унапређење превентивног рада

Специфични циљеви:

- Повећати број превентивних прегледа у Служби опште медицине;
- Повећати број жена обухваћених скринингом на карцином грлића материце;
- У оквиру стратешког плана Дома здравља за сваки од циљева детаљно је описан план активности, као и очекивани резултати, који би се применом стратегија постигли;
- Да би Дом здравља остварио своје стратешке циљеве, неопходно је јачање партнерства са релевантним институцијама (локална самоуправа, Клинички центар, Медицински факултет Крагујевац и Министарство здравља). Пребацивању баланса на примарни ниво предходи јачање медицинског кадра кроз систем континуираних "циљаних" едукација.

План едукација израђен је према:

- детектованим "рупама у квалитету" (извор података - извештај Клиничког центра о броју прегледа, плану извршења у амбулантама специјалистичко – консултативне службе КЦ, извештај Дома здравља о броју упута секундарни ниво, извештаји унутрашњег стручног надзорника, информације из базе;
- Правилнику о номенклатури здравствених услуга на примарном нивоу;
- списку вештина и знања, дефинисаних специјализацијом опште медицине.

План ће се спровести у сарадњи са партнерским институцијама и имаће за циљ унапређење нивоа стручног знања, а за средњи кадар и триажне вештине.

За оба нивоа планира се сет едукација из области:

- тимски рад;
- вештине комуникације;
- вештине менаџмента средњег нивоа;
- по спроведеној едукацији за јачање медицинског кадра планира се редизајнирање улога лекар, сестра/техничар, администратор што ће резултирати вишеструким бенефитима.
- промена улога подразумева јачање улоге техничара у свакодневном раду, за који ће бити потребно обезбедити адекватан простор, опрему, документацију као и израду нових процедура и протокола.
- рад на промени перцепције, припрема и увођење капитације планира се применом вештине менаџмента.
- јачање тимског рада огледа се у прецизном дефинисању улога у тиму (изабрани лекар – сестра), дефинисаним циљевима (има их три), као и дефинисањем параметара који осликавају тимски рад, а служиће за праћење, мерење и систем награђивања.

Креирање Финасијског плана Дома здравља од суштинског је значаја, јер омогућава не само увуд у потрошњу и зараду већ и предвиђања. Активности из тог домена подразумевају обуку кадра за финансијски менаџмент, формирање тимова медицинско - економске струке, који ће за одређене стручне методе, едукације, додатни рад, куповину опреме и слично израдити финансијски план (висина инвестиције спрема повраћеног новца, план ризика, којом брзином се враћа уложени новац, шта су приоритети, који су најбржи, који највећи извори за повраћај уложених средстава итд.).

Тржишна оријентација треба да садржи дефинисано здравствено тржиште (на нивоу Града), детектовано жељено тржиште, анализу рада конкуренције (на нивоу Града), дефинисане репере за бенчмаркинг (на нивоу Србије), као и карактеристике саме услуге који Дом здравља пружа, да би иста била конкурентна.

8. ЗАСТАВА ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ РАДНИКА ДОО КРАГУЈЕВАЦ – У РЕСТРУКТУРИРАЊУ

Застава Завод за здравствену заштиту радника доо Крагујевац - у реструктурирању у садашњој фази развоја је зависно друштво чији је оснивач и власник капитала Група Застава Возила а.д. Крагујевац - у реструктурирању. Сагласно Закону о здравственој заштити у Уредби о плану мреже здравствених установа из 2006.године, Завод добија статус државне здравствене установе чији је оснивач град Крагујевац. Активности на регистрацији Завода у статусу државне установе су у току.

Здравствена заштита радно активне популације на територији Крагујевца се пружа већ 52 године кроз институцију која се развијала од амбуланте ("Заставина амбуланта") до Застава Завода за здравствену заштиту радника.

8.1 ДЕЛАТНОСТ

Застава Завод за здравствену заштиту радника доо Крагујевац - у реструктурирању у организационом и функционалном смислу представља специјализовану установу за здравствену заштиту радника, безбедност и здравље на раду. Завод је конципиран тако да обавља послове:

- примарне здравствене заштите радно активног становништва у свим њеним облицима (општа медицина, гинекологија, стоматологија и специјалистичко-консултативна медицина);

- специфичне здравствене заштите у свим њеним облицима (медицина рада, безбедност и здравље на раду, заштита радне и животне средине)

Завод се кроз посебну организациону целину бави научно-истраживачким радом и наставна је база Медицинског факултета.

У оквиру примарне здравствене заштите, Завод обавља јединствену превентивно-куративну функцију, чиме је обухваћен комплетан садржај здравствене заштите. Примарну здравствену заштиту у овој установи остварују око 48.000 осигураника укључујући и око 5.000 пензионера, остварујући преко 1.100.000 услуга годишње).

У оквиру специфичне здравствене заштите, Завод обавља све послове на очувању и унапређењу здравствене заштите радника, које дефинишу прописи Републике Србија, сагласно Резолуцији Светске здравствене организације (око 20.000 прегледа и услуга годишње).

Завод обавља све послове безбедности и здравља на раду, који су Законом о безбедности и здрављу на раду предвиђени за овлашћене установе.

Сви ови послови који чине делатност, сврставају Завод у ред оних установа које се здравственом заштитом радника баве у ширем смислу те речи, што подразумева институцију која комплетно брине о здрављу радно-активног становништва.

8.2 ОРГАНИЗАЦИЈА ЗАВОДА

Организација Завода постављена је тако да буду задовољни основни принципи које дефинише Закон о здравственој заштити, Закон о безбедности и здрављу на раду као и Међународна конвенција о Служби медицине рада.

Макро-организациону структуру Завода чине:

- Диспанзер I;
- Диспанзер II;
- Сектор за медицину рада;
- Сектор за научно-истраживачки рад;
- Сектор специјалистичко-консултативне медицине;
- Сектор стоматологије;
- Сектор лабораторије;

- Профитни центар заштите на раду и заштите животне средине;
- Сектор за економско-финансијске и маркетинг послове;
- Служба за кадровске и друштвене послове.

8.3 ПРОСТОРНИ КАПАЦИТЕТИ

Локацијски, Завод је смештен на три пункта на територији града Крагујевца.

Објекат на матичној локацији

Највећу површину око 6.336 м² заузима главни објекат Завода, у коме су и смештени готово сви организациони облици. Објекат је у добром стању, мада је потребно у континуитету у појединим деловима извршити одређене поправке као што су: замена подова за око 1.200м², санација кровног покривача изнад улазног хола око 1.000м², санација дела вертикалне водоводне и канализационе инсталације (металне са пластичним), санација постојећих мокрих чворова за око 30 места и др.

Међутим, у овом објекту Завода, приоритет је решавање питања снабдевања водом, електричном енергијом и грејањем директно од надлежних јавних предузећа, уместо преко инфраструктуре Фијат аутомобили Србија. Након доношења новог урбанистичког решења за овај део града и инфраструктурним променама које су уследиле доласком Фиат Аутомобили Србија настале су потреба за изградњом прилазног пута према објекту, паркинг-простора, поправком и санацијом прилаза објекту према рампи код улаза за хитне случајеве и изградом пешачке рампе..

У случају да се добију одговарајућа одобрења и сагласности од надлежних државних органа биће неопходна адаптација подрумског простора за потребе Рехабилитационог Кабинета.

Диспансер II (Филип Кљајић)

Диспансер II са пратећом мањом лабораторијом, смештен је на локацији непосредно поред ДП "Застава 21. октобар", у посебном објекту, величине цца 500м².. У овом објекту потребно је да се изврши реконструкција грејања, замена подова у површини од око 120м², и санација столарије.

Амбуланта Црвена Звезда

Истурена амбуланта лоцирана непосредно поред некадашњег Предузећа за прераду меса Црвена Звезда у посебном објекту величине 200м (у власништву Завода 1/2). Објекат је у солидном стању, а потребно је регулисати грејање и извршити делимичну замену подова у површини од око 20м². Такође је неопходно обезбедити самостални прикључак и директан потрошачки однос са Електрошумадијом.

8.4 КАДРОВИ

Укупан број запослених у Заводу у складу са Кадровским планом Министарства здравља Републике Србије је 276.

Уговорени број радника са Републичким заводом за здравствено осигурање је 207, од тога: 53 лекара, 94 медицинска техничара, 1 здравствени сарадник и 59 немедицинских радника.

Табела 15. Медицински и немедицински радници.

Кадровска структура	Здравствени радници	Здравствени сарадници	Немедицинско особље	Свега
Укупно	185	7	84	276
Уговор са РЗЗО	147	1	59	207

Табела 16. Обезбеђеност становника лекарским кадром по службама

	Уговорени број	Норматив	Разлика
Здравствена заштита жена	3	2	1
Здравствена заштита одраслих	29	30	-1
Радиолошка дијагностика	2	1	1
Физикална медицина и рехабилитација	1	1	0
Дератовенерологија	2		
Интерна медицина	5	3	2
Оториноларингологија	2	4	-2
Офталмологија	2	4	-2
Психијатрија	3	3	0
Социјална медицина са информатиком	1	1	0
Остало (пулмолог, алерголог)	2	-	2
Лабораторијска дијагностика	1	2	-1
Укупно	53	51	2

8.5 ОПРЕМА

У погледу техничке опремљености, Завод располаже медицинском опремом за дијагностику веома широког спектра болести и опремом која је прописана за обављање послова из дефинисане делатности, сагласно Правилнику о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе ("Сл. гласник РС" бр. 43/06, 112/09).

Опремљени су неуролошки, интернистички, кардиолошки, офталмолошки, гинеколошки и рентгенолошки кабинети, затим кабинет за ухо, грло и нос, дерматолошки, алерголошки, кабинет рехабилитације, медицине рада и пулмологије, као и лабораторија.

Постојећа опрема је набављена у просеку пре двадесет година (изузев опреме за лабораторију, спирометрију, ЕКГ апарати који су из сопствених средстава и донација набављени у задње 2-3 године). Ради пружања услуга квалитетне здравствене заштите за популацију радно активног становништва, неопходно је обезбедити услове за делимичну замену постојеће и куповину нове опреме високог технолошког нивоа, а пре свега :

- ултразвук са више сонди (кардиолошка, абдоминална, за преглед меких ткива),
- хематолошки аналајзер и
- дефибрилатор.

Уколико се обезбеди проширење делатности Рентген кабинета и Кабинета за рехабилитацију пружањем услуга за потребе целог града, биће потребно извршити набавку опреме сагласно донетим документима за ове намене, а пре свега једног рентген апарата .

У циљу увођења информационог система и примене електронског здравственог картона потребно је извршити набавку додатне информатичке опреме (око 15 рачунара са пратећом опремом и софтвера).

8.6 ОБИМ РАДА ЗАВОДА У ОБЛАСТИ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА ПЕРИОД 2005 – 2009. ГОДИНЕ

За приказ обима рада коришћени су подаци који се иначе достављају Институту за јавно здравље и Филијали Републичког Завода за здравствено осигурање. За посете код лекара приказани су сви први и поновни прегледи.

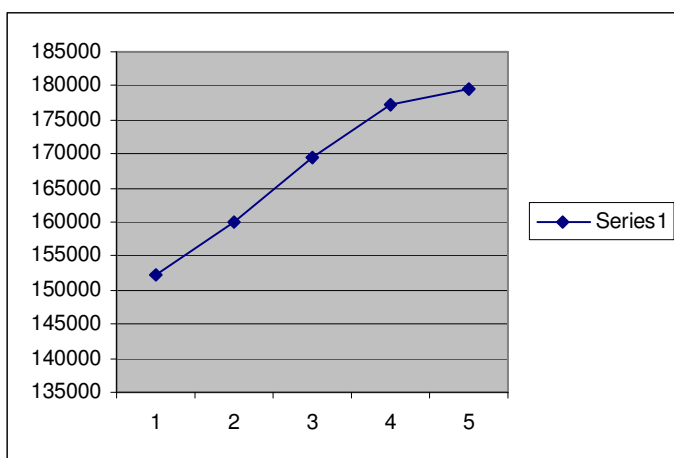
СЛУЖБА ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

У Служби опште медицине у посматраном периоду је приметан тренд раста укупног броја прегледа и услуга. Из табеле која одсликава динамику посета у општој медицини уочава се сукцесивно повећање броја прегледа за 1 - 5% у односу на претходну годину, тако да је у 2009. години било 17% више прегледа него у 2005 год. То је делимично последица чињенице да је старост више од половине популације опредељене за наше изабране лекаре преко 50 година и као таква представља циљну групу којој треба обављати чешће превентивне прегледе у складу са стратегијом Министарства. Осим тога и њихове потребе за услугама из куративне здравствене делатности су сваке године све веће.

Табела 17. Број и динамика посета у Служби опште медицине

Служба опште медицине	2005год.	2006год	2007год	2008год	2009 год	Просечан годишњи број прегледа
Број посета	152377	159904	169450	177159	179475	167673
Рб-ланчани индекс		105%	106%	104%	101%	
Рб-базни индекс		105%	111%	116%	117%	

Графикон 9. Број посета у Служби опште медицине



СЛУЖБА ГИНЕКОЛОГИЈЕ

Број посета по лекару је у Служби гинекологији мањи у последње 3 године, али не због смањења укупног броја посета, већ због повећања броја лекара у том периоду. Превентивне посете су у последње две године повећане, како у општој медицини тако и на гинекологији, а планиране су и за 2010. годину у великом броју. Једино се прве посете трудница одржавају и интервалу од 90-123 што је последица наведеног старења наших осигураника. Здравствено- васпитни рад, као део свеукупних превентивних активности је такође у последње две године обављан у већем обиму у свим службама.

Табела 18. Кретање посета и оптерећење лекара у периоду 2005-2009 у Служби гинекологије

Служба гинекологија	2005	2006	2007	2008	2009	просечно
Укупне посете	8597	8236	9186	9385	11029	9286
Динамика- базни индекс		96%	112%	102%	118%	
Динамика- ланчани индекс		96%	107%	109%	128%	
Број посета по лекару - годишње	4299	4118	3062	3128	3676	3657
Број посета по лекару-дневно	20	19	14	14	17	17

Графикон 10. Кретање посета у периоду 2005-2009.година у Служби гинекологије



СПЕЦИЈАЛИСТИЧКЕ СЛУЖБЕ ДИЈАГНОСТИЧКЕ СЛУЖБЕ

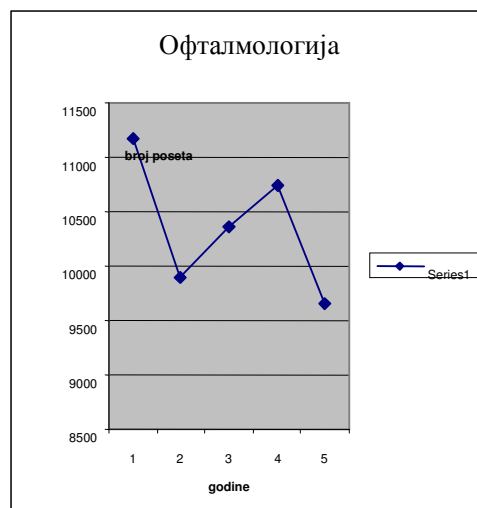
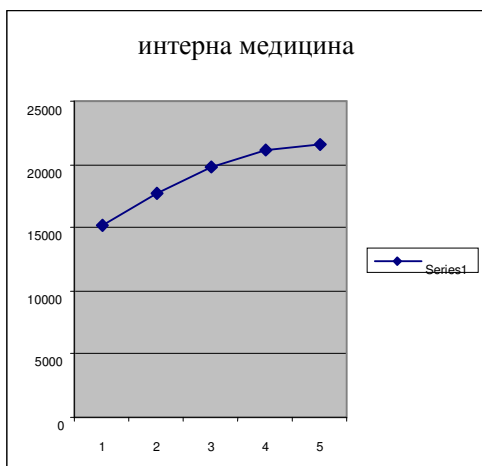
У табели која следи приказан је број посета у специјалистичким и дијагностичким службама.

Табела 19. Посете код лекара у специјалистичким и дијагностичким службама

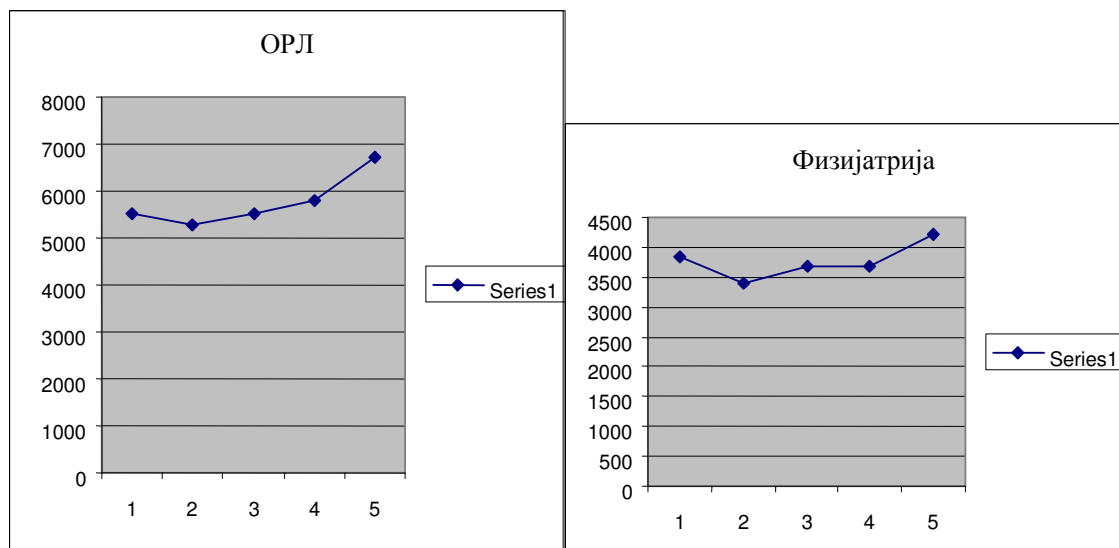
Назив Службе	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	просек
Интерно	15252	17705	19824	21079	21639	19100
Офталмологија	11171	9902	10361	10737	9649	10364
ОРЛ	5525	5270	5524	5795	6715	5766
НП	9051	9079	11247	12410	12184	10794
Психолог	58	36	89	108	182	
Физијатрија	3849	3395	3691	3690	4226	3770
Дерматологија	4910	4825	5156	5981	6754	5525
Стоматологија	19376		14876	14921	14496	15917
РТГ-број лица-посета	6206	8090	5470	5291	5342	6080
РТГ-број услуга	6184	7951	8932	10733	11901	9140

Број прегледа у Служби интерне медицине, као и на Офталмологији је у сталном порасту (због повећања броја масовних незаразних обољења).

Графикони 11. и 12. Број прегледа у Служби интерне медицине и на Офталмологији



Графикони 13. и 14. Број прегледа на ОРЛ и на Физијатрији

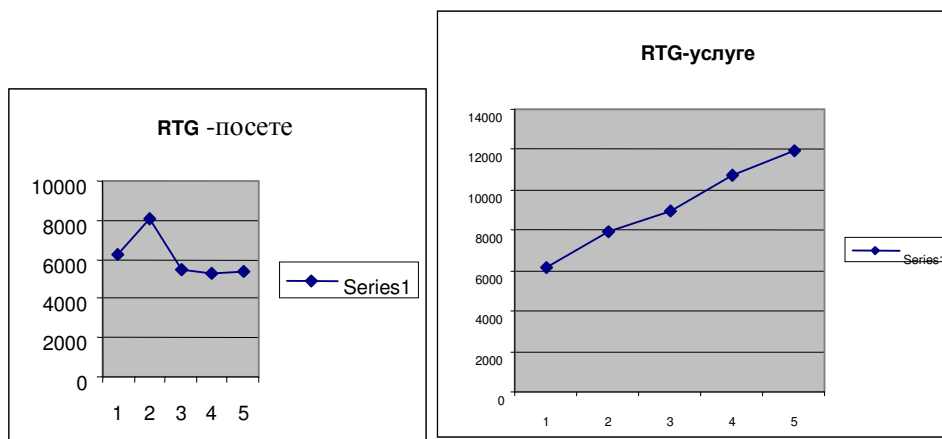


На ОРЛ укупан број прегледа је већи у последње две године, али индекс у односу на норматив варира у зависности од броја лекара.

На Физијатрији се број посета по лекару одржава око нивоа који предвиђа норматив, а број услуга по физиотерапеуту далеко надмашује нормативе. Услуге се успешно пружају захваљујући додатном ангажовању физиотерапеута који нису на списку уговорених са Републичким Заводом за здравствено осигурање.

У Неуропсихијатрији су запослени неуропсихијатри који обављају неуролошке и психијатријске прегледе, па се укупан број посета по лекару односи на све прегледе.

Графикони 15. и 16. Број посета и број прегледа у Рентген кабинету



У Рентген кабинету је у 2005. и 2006. години приказан већи број посета пацијената, јер су услуге на скопијама и графијама приказиване одвојено, што је доводило до дуплирања посета.

Поред тога што постоје услови да Рентген кабинет и Центар за физикалну медицину и рехабилитацију постану у наредном периоду Службе које би обављале услуге за потребе осигураника са територије целог Града, Завод има у свом саставу и кадар који је едукован за обављање одређених услуга које се не могу обавити на нивоу Дома здравља (алерголошке услуге, капилароскопија). Иако по већ наведеној Номенклатури ове услуге нису у домену примарне здравствене заштите, потребно је утврдити начин како би се пружиле свим пацијентима на нивоу Града. С обзиром на учесталу појаву нових алергена у времену у коме живимо, све је већи број пацијената који имају потребе за алерголошким испитивањима.

8.7 ПРЕВЕНТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

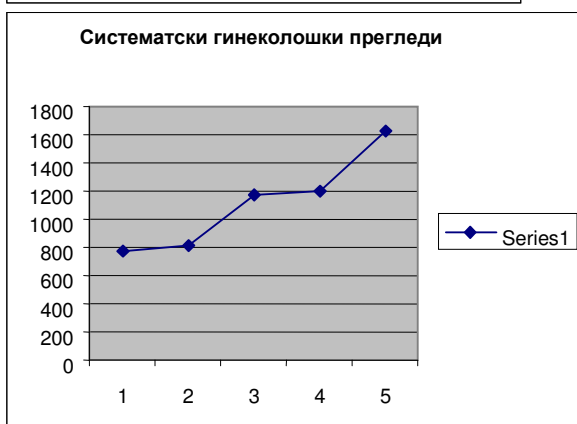
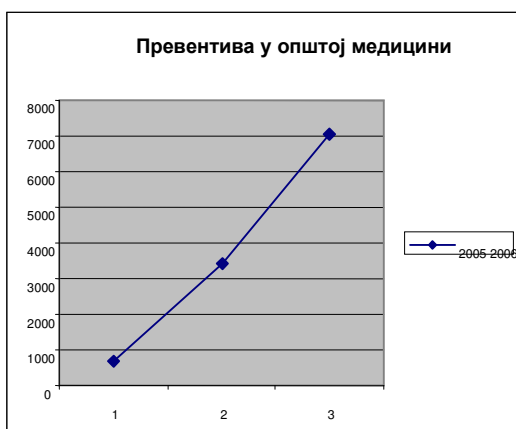
Табела 20. Превентивне посете у Служби опште медицине

Служба опште медицине	2005	2006	2007	2008	2009
Број систематских прегледа			658	3386	5566
Број циљаних прегледа на СА дебелог црева				24	1473
Укупно превентива			658	3410	7039
Динамика превентивних прегледа-базни индекс				518%	1070%
Динамика превентивних прегледа-ланчани индекс				518%	206%
Укупан број свих посета	152377	159904	169450	177159	179475

Табела 21. Здравствено васпитни рад на нивоу целе Установе

Здравствено -васпитни рад	2005	2006	2007	2008	2009
Индивидуални рад	638	2818	6598	9070	16827
Групни рад	167	105	225	320	849
-Укупно-	805	2923	6823	9390	17676

Графикони 17 и 18. Превентивни прегледи у Служби опште медицине и систематски гинеколошки прегледи



Табела 22. Превентивне активности у Служби гинекологије

Служба гинекологије	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.
Систематски гинеколошки преглед	778	819	1173	1197	1622
Циљани на рано откривање СА грлића			58	148	623
Циљани преглед на СА дојке			291	383	600
Динамика систем.. прегледа-базни индекс		105%	151%	154%	208%
Динамика систем. прегледа-ланц. индекс		105%	143%	102%	136%
Остале превентивне посете					
укупни прегледи трудница	613	670	856	1039	1126
Први прегледи трудница	97	111	97	123	113
Први прегледи породиља	52	49	54	51	59
Прегледи ради планирања породице	25	29	6	29	36
Укупно превентива	2993	2849	2438	2847	4104
Укупан број свих посета	8597	8236	9186	9385	11029

8.8 ПРОЈЕКТИ КОЈИ СЕ ПЛАНИРАЈУ

1. Формирање Центра за безбедност и здравље младих радника где би се спроводиле следеће активности:

- Професионална оријентација и селекција;
- Оспособљавање младих радника за безбедан и здрав рад;
- Планирање породице;
- Психолошко саветовалиште;
- Рано откривање поремећаја и болести (лаборат. и функционална и испитивања);
- Одвикавање од пушења и алкохола.

2. Истраживање обољења возача професионалаца и ажурирање података на релацији ЗЗЗР и МУП-Кг (електронско повезивање) у циљу адекватне и благовремене реакције при промени здравственог стања.

3. Изучавање најзначајнијих узрока повређивања на раду и смањење учесталости фаталних и других повреда на раду.

4. Изучавање учесталости и превенција најчешћих болести у вези са радом (респираторна, КВС обољења, коштано-мишићни поремећаји, обољења коже и неуропсихијатријска обољења)

5. Изучавање и праћење нових здравствених проблеме на раду: стреса, међуљудских односа, организације рада, рада за видеотерминалима, насиље на послу и слично.

8.9 ПРАВЦИ ДАЉЕГ РАЗВОЈА

ЦИЉЕВИ:

- **ОРГАНИЗОВАЊЕ ЈЕДИНСТВЕНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЦЕЛОКУПНОГ РАДНО АКТИВНОГ СТАНОВНИШТВА НА НИВО ШУМАДИЈСКОГ ОКРУГА И ШИРЕ**
- **УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА РАДА И АКРЕДИТАЦИЈА УСТАНОВЕ**

Према Стратегији за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената (Сл. гласник РС бр. 55/05, 75/05, исправка 107/07 и 65/08) стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената је саставни део активности свих запослених у Заводу.

Циљ свих активности је:

- повећање броја превентивних прегледа и промоција здравља;
- имплементација Националних водича добре клиничке праксе у свим службама;
- промовисање права пацијената и подизања степена информисаности;
- унапређење заштите и безбедности пацијената и запослених;
- унапређење стручног знања здравствених радника и сарадника и подизање свести о значају сталног унапређења квалитета здравствене заштите;
- унапређење квалитета рада кроз а) побољшање резултата показатеља квалитета које установа прикупља и прати; б) унапређење задовољства корисника здравствених услуга и задовољства запослених.

Сагласно Програму Светске здравствене организације, а у циљу освајања нових активности и подизања нивоа постојећих, дефинишу се следећи правци развоја Завода:

Проширење делатности

1. У области примарне здравствене заштите у Заводу је могуће обезбедити:

- формирање Центра за рехабилитацију (сагласно Елаборату који је уз сагласност Града достављен Министарству здравља);

- формирање јединственог Центра за рентген дијагностику.

Кадровски и просторни ресурси за услуге рехабилитације и рентген дијагностике у Заводу постоје за шири круг осигураника од броја осигураника који остварују примарну здравствену заштиту у Заводу. Уз одређена улагања у проширење простора и обезбеђење делимично нове опреме, могуће је у Заводу на примарном нивоу збрињавање свих пацијената града Крагујевца, а и шире у области рехабилитације и рентген дијагностике.

2. У оквиру специфичне здравствене заштите радника и безбедности и здравља на раду за проширење делатности Завода формирати одсеке за:

- хигијену и физиологију рада;
- саобраћајну медицину;
- професионалну оријентацију и селекцију;
- периодични преглед радника који раде у зони зрачења (јонизујућег и нејонизујућег);
- пулмолошка, алерголошка и токсиколошка испитивања у циљу дијагностике и верификације професионалних обољења и болести у вези са радом;
- испитивање нејонизујућих зрачења у животној средини;
- испитивање опасних материја у смислу идентификације њихових токсиколошких, еколошких и других својстава и издавање одговарајуће прописане документације;
- испитивање изолационих заштитних средстава која се користе у електроенергетским постројењима;
- термовизијско снимање опреме и инсталација у циљу утврђивања одступања и кварова;
- испитивање грађевинске звучне изолације;
- оцењивање усаглашености производа са важећим прописима домаћим, међународним и европским нормама.

Поред наведених активности могуће је и значајно проширење високоспецијализованих услуга (ергометрија, аудиометријска дијагностика, спиромертијска испитивања, ултразвучна дијагностика и капилароскопија) које се већ у одређеном обиму обављају у редовном радном времену.

Кадровски потенцијал

За обављање дефинисаних послова заокружена је неопходна кадровска структура чија континуирана едукација у оквиру Института за медицину рада "Др Д. Карајовић" и Медицинског факултета, гарантује обављање обима послова здравствене заштите на високо стручном нивоу.

Техничко осавремењивање

Постојећа опрема набављена је у просеку пре 20 година. Како Завод није био у мрежи здравствених установа којима је оснивач Влада Републике Србије, није обухваћен расподелом опреме из средстава државног буџета и донација преко Министарства здравља. Неопходно је ради пружања услуга квалитетне здравствене заштите за популацију радно активног становништва, која ствара доходак, обезбедити услове за делимичну замену постојеће и куповину нове опреме високог технолошког нивоа, а што је битан елемент Плана за 2010. годину и наредни период.

9. ЗАВОД ЗА СТОМАТОЛОГИЈУ КРАГУЈЕВАЦ

Завод за стоматологију Крагујевац је установа примарне здравствене заштите у области превентивне, дечије стоматологије и опште стоматологије, а обавља и специјалистичко - консултативну делатност.

Када говоримо о историјском развоју Завода, треба рећи да је најпре постојала Служба за стоматологију у оквиру Дома здравља, а стварањем Медицинског центра "Др Михаило Илић" формира се као једна од његових служби. Одлуком Владе Републике Србије 1998. године Стоматолошка служба издваја се из Здравственог центра Крагујевац, као самостална установа Завод за стоматологију Крагујевац. Град Крагујевац је преузео оснивачка права над Заводом децембра месеца 2006. године. Завод за стоматологију Крагујевац је једини Завод те врсте у Србији.

9.1 МРЕЖА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ – ОРГАНИЗАЦИОНИ ДЕЛОВИ ЗАВОДА

У Заводу за стоматологију Крагујевац су организоване следеће организационе јединице:

- Служба за дечију и превентивну стоматологију
- Служба за општу стоматологију
 - Одсек за хитну стоматолошку помоћ
- Служба за специјалистичко-консултативну делатност
 - Одељење за ортопедију вилица
 - Одсек зуботехничког лабораторијума за ортопедију вилица
 - Одељење за оралну хирургију
 - Одељење за болести зуба и пародонтопатије
 - Одељење за стоматолошку протетику
 - Одсек зуботехничког лабораторијума за стоматолошку Протетику
- Служба за правне и економско-финансијске, техничке и друге сличне послове
 - Одељење за правне послове
 - Одељење за економско-финансијске послове
 - Одељење за техничке послове.

9.2 ДЕЛАТНОСТ

Завод обавља стоматолошку делатност на примарном нивоу из области превентивне и дечије стоматологије и опште стоматологије. Такође обавља и специјалистичко-консултативну делатност на подручју Шумадијског управног округа из области ортопедије вилица, стоматолошке протетике, пародонтологије и оралне медицине, болести зуба са ендодонцијом и оралне хирургије.

Делатност Завода обухвата нарочито:

- заштиту и унапређење оралног здравља становништва, спречавање и рано откривање урођених аномалија и обољења, лечење и рехабилитацију;
- превентивну здравствену заштиту деце, трудница и збрињавање особа са посебним потребама;
- хитну стоматолошку помоћ;
- стручну сарадњу са стоматолошким службама на подручју округа и пружање специјалистичких и консултативних услуга на захтев доктора стоматологије примарног нивоа.

У обављању стоматолошке делатности Завод пружа превентивне, дијагностичке, терапијске и рехабилитационе стоматолошке услуге из следећих области здравствене заштите, односно стоматолошких специјалности:

- дечије и превентивне стоматологије;
- болести зуба са ендодонтом;
- пародонтологије и оралне медицине;
- стоматолошке протетике;
- ортопедије вилица и
- оралне хирургије.

Завод за стоматологију у 2009. години извршио је 180.755 услуга, у складу са Законом о здравственој заштити и општим актом Републичког Завода за здравствено осигурање о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и партиципације за 2009. годину и обухватио 62.829 осигураника обавезног вида. Поред тих услуга остварене су и услуге које не спадају у обавезан вид, већ их осигураници плаћају и то 46.695 услуга са обухваћених 18.298 осигураника.

Табела 23. Број посета у 2009. години по службама.

Служба	Број посета
Служба за дечију и превентив.стоматологију	66.005
Служба за општу стоматологију	31.195
Служба за спец.консулт.делатност	40.177

Табела 24. Просечан број посета по лекару по службама

С л у ж б е	Просеч.бр. посета годишњи	Просеч.бр. дневних посета	По нормативу годишње	По нормативу дневно
Дечија и превентивна стом.	2.750	13	2.400	12
Општа стоматологија	2.649	13	3.000	15
Спец. консултативне	2.511	12,5	2.400	12
- ортопедија вилица	2.430	12	2.400	12
- протетика	2.051	10	1.600	8
- орална хирургија	2.850	14	3.000	15
- болести уста зуба са ендодонцијом	2.195	17	2.400	12
- пародонтологија и орална медицина	2.082	10	2.400	12

Из приложене табеле може се видети да стоматолози Завода у просеку раде по нормативу Правилника мера извршења у примарној здравственој делатности.

Превентивни програм стоматолошке заштите предшколске и школске деце обухваћен је у највећем обиму и то: систематски и контролни стоматолошки преглед који се остварује са 78% од укупног броја те популације.

Превентивни програм код трудница и жена 12 месеци после порођаја остварује се са 75% од укупног броја планираних прегледа те популационе групе.

Здравствено васпитни рад је обухваћен код предшколске и школске деце, трудница и породилја и остварен је са 72%.

Један тим лекара Завода за стоматологију од 2008. године је укључен у реализацију Пројекта заштите уста и зуба код Рома и континуирано и успешно спроводимо стоматолошку заштиту у овој популацији. Показатељи указују да је потребно одобрити

већа средства за овај Пројекат како би се у кратком временском периоду могло обухватити већи број интервенција.

Из свега наведеног закључује се да Завод за стоматологију располаже са дотрајалом опремом коју треба обновити. Завод пружа стоматолошке услуге становништву Шумадијског региона, јер су стоматолошке ординације које се налазе у домовима здравља, школама и обдаништима ординације Завода, и ове “истурене амбуланте” доприносе да се услуге приближе пацијентима.

Завод има проблем са просторним капацитетима, што ограничава отварање нових радних места, иако за то постоји велика оправданост.

Исељавање Завода за хитну медицинску помоћ из дела зграде Завода довешће до адекватног коришћења простора.

Завод има потребе за већим бројем специјалиста и из тог разлога се један број лекара налази на специјализацијама, на чему ће се и даље залагати.

9.3 КАДРОВИ

Завод за стоматологију има 174 радника од тога 8 доктора стоматологије на одређено време. Медицинских радника има 147, а немедицинских 27.

Табела 25. Број запослених по степену стручне спреме

Стручна спрема	Број запослених
ВСС	62
ВШС	3
ВКВ	1
ССС	96
КВ	2
НК	10

Завод има 21 специјалисту, а међу њима 2 доктора наука, 2 магистра и 1 примаријуса.

Табела 26. Квалификациона структура запослених	
Специјалиста дечије и превентивне стоматологије	4
Орални хирург	3
Специјалиста болести зуба и ендодонције	2
Специјалиста опште стоматологије	1
Специјалиста пародонтопатије и оралне медицине	1
Специјалиста болести уста и пародонтопатије	1
Специјалиста ортопедије вилица	5
Специјалиста стоматолошке протетике.	4

Табела 27. Број доктора стоматологије и медицинских сестара по службама

Служба	Доктор стоматологије	Медицинска сестра	Зубни техничар
Служба дечије и превентивне стоматологије	26	28	/
Служба за општу стоматологију	9	28	3
Одсек за хитну стоматолошку помоћ	3	3	/
Одељење за ортопедију вилица	/	6	/
Одсек зуботехничког лабораторијума за ортопедију вилица	/	/	7
Одељење за оралну хирургију	/	5	/
Одељење за болести зуба и пародонтопатије	/	6	/
Одељење за стоматолошку протетику	/	5	/
Одсек зуботехничког лабораторијума за стоматолошку протетику	/	5	14

9.4 ОПРЕМА

Завод за стоматологију располаже опремом која је у функцији дуже година и 85% је отписано што преставља да је 85% опреме превазишло оптималне године своје искориштености.

Опрема која је у употреби набављена је већим делом пре 2000. године и 78% такве опреме поседује Завод.

Табела 28. Спецификација важније стоматолошке опреме.

Назив опреме	Набавка пре 2000.г.	Набавка 2001-2009.	Укупно
Стоматолошка јединица	35	4	39
Терапеутска столица	17	10	27
Ро апарат	1		1
Ортопан	1		1
Комора за развијање филмова	1	1	2
Компресор	22	9	31
Стерилизатор	30	8	38
Мотор за технику (микромотор)	21	14	35
Мешач амалгама	21	6	27
Апарат за испитивање виталитета	1	4	5
Апарат за метал – керамику	1	1	2
Апарат за ливење	1	1	2
Пећ за жарење	2	3	5
Пескара	2	2	4
Апарат за полирање	5	3	8
Апарт Вентус	2		2
Апарат за скидање каменца кавитрон	1	3	4
Хелио лампа	10	17	27
Дак универзум		1	1

Опремену одржава Техничка служба Завода и по потреби овлашћени сервис. Из свега наведеног уочљиво је да је опрема којом располаже Завод за стоматологију у функцији, али застарела и то указује на потребу постепене замене.

10. АПОТЕКА КРАГУЈЕВАЦ ЗА ГРАД КРАГУЈЕВАЦ И ОПШТИНЕ БАТОЧИНА, ЛАПОВО, РАЧА, ТОПОЛА И КНИЋ

Апотека Крагујевац је установа примарне здравствене заштите, која обавља фармацеутску здравствену делатност град Крагујевац и општине са подручја Шумадијског округа.

Када говоримо о историјском развоју установе, треба најпре поменути оснивање Апотекарске установе "Стеван Јаковљевић" Крагујевац састављене од 7 самосталних апотека 1964.године. Оснивањем Медицинског центра "Др Михаило Илић" 1966.године, са 29 јединица једна од основаних јединица била је и "Фармација". Даљом реорганизацијом у оквиру Медицинског центра "Др Михаило Илић" формирано је 7 ООУР-а од којих је један био ООУР "Фармација". Одлуком Скупштине града Крагујевца основана је Апотекарска установа Крагујевац издвајањем Радне јединице Апотекарске установе из састава Здравствениг центра "Др Михаило Илић". Град Крагујевац је преузео оснивачка права над Апотеком децембра месеца 2006. године.

10.1 МРЕЖА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ - ОРГАНИЗАЦИОНИ ДЕЛОВИ АПОТЕКЕ

У циљу ефикаснијег и рационалнијег обављања делатности у Апотеци Крагујевац су организоване следеће организационе јединице:

- Сектор апотека
- Централна лабораторија Апотеке
- Централни магацин резерве
- Служба за правне и економско-финансијске, техничке и друге сличне послове.

Табела 29. Мрежа апотека са спецификацијом површина.

Назив апотеке	Град - општина	Површина- м ²
“ 1.Мај ”	Крагујевац	200 м ²
“ 29.Новембар ”	Крагујевац	160 м ²
“ Шумадија ”	Крагујевац	90 м ²
” Бресница ”	Крагујевац	80 м ²
” Станово ”	Крагујевац	74 м ²
“ Ердоглија ”	Крагујевац	60 м ²
” 21.Октобар ”	Крагујевац	62 м ²
” Застава ”	Крагујевац	55,56м ²
” Авала ”	Крагујевац	100 м ²
Огранак апотеке “ Страгари ”		56 м ²
Огранак апотеке “ Чумић ”		49 м ²
“Палилула”	Крагујевац	100 м ²
Огранак апотеке “ Баре ”		54 м ²
Огранак апотеке “ Топоница ”		48 м ²
Апотека” Бубањ ”	Крагујевац	106 м ² закупљен простор
Огранак апотеке “ Драгобраћа ”		30 м ²
Апотека “ Оплепац ”	Топола	129 м ²
Огранак апотеке “ Наталинци ”		42 м ²
Апотека “ Кнић ”	Кнић	68 м ²
Огранак апотеке “ Гружа ”		62 м ²
Апотека “Рача”	Рача	76 м ²
Апотека “Лапово”	Лапово	74 м ²
Апотека “Баточина”	Баточина	92 м ²

Табела 30. Организационе јединице (службе) са површинама.

Службе Апотеке Крагујевац	Површина- м ²
Заједничка служба за правне-опште, економско-финансијске послове и техничке	400 м ²
Централни магацин резерве	81,93 м ² закупљен простор
Централна лабораторија Апотеке	80 м ²

10.2 ДЕЛАТНОСТ

Апотека Крагујевац обавља фармацеутску здравствену делатност на примарном нивоу за град Крагујевац и општине са подручја Шумадијског округа у складу са Уредбом о плану мреже здравствених установа.

У Апотеци Крагујевац се обавља фармацеутска здравствена делатност која обухвата:

- промоцију здравља, превенцију болести, здравствено васпитање и саветовање за очување и унапређење здравља правилном употребом лекова и медицинских средстава;
- промет на мало лекова и медицинских средстава, а на основу одговарајућих планова за набавку лекова и медицинских средстава за редовне и ванредне прилике;
- промет на мало биљних, традиционалих и хомеопатских лекова, ортопедских помагала, дијететских производа, предмета опште употребе, мерних инструмената и других производа значајних за здравље људи;
- медицинско снабдевање становништва, здравствених установа и других организација лековима и помоћним лековитим и медицинским средствима и даје упутство за његову правилну употребу, на основу плана набавке лекова и помоћних лековитих средстава;
- израду магистралних лекова и галенских препарата;
- праћење савремених стручних и научних достигнућа у области фармакотерапије и пружање грађанима и здравственим радницима, другим здравственим установама и приватној пракси, као и другим заинтересованим субјектима информације о лековима и другим медицинским средствима;
- организовање и спровођење мера сталног унапређења квалитета стручног рада, као и вршење унапређења провере стручног рада;
- одговорно снабдевање грађана дечијом храном, дијететским производима, козметичким и тоалетним препаратима и другим средствима за заштиту здравља;
- праћење интеракција лекова, биљних и традиционалних лекова;
- одговорно снабдевање медицинским препаратима и ортопедским помагалима;
- издавање и справљање лекова по рецептима;
- спровођење превентивних мера за очување и заштиту здравља становништва, односно промоцију здравља;
- рационализацију трошкова за спровођење утврђених терапијских протокола лечења;
- праћење нежељених реакција на лекове и медицинска средства;
- организовање и спровођење стручног усавршавања запослених у Апотеци Крагујевац;
- спровођење програма здравствене заштите;
- организовање, односно обезбеђење мера за одлагање лекова, медицинских средстава и друге врсте робе са протеклим роком употребе у складу са законом;
- и друге послове фармацеутске здравствене делатности, у складу са законом.

10.3 КАДРОВИ

Апотека Крагујевац има укупно 192 запослена.

Табела 31. Број медицинског и немедицинског кадра.

Врста кадра	на неодређено време	одређено време
Медицински радници	135	5
Немедицински радници	51	1
Укупно	186	6

Табела 32. Квалификациона структура запослених.

Врста квалификације	укупно
Специјалиста у области фармацеутске здравствене заштите	5
Специјалиста у области фармакоекономије и фармацеутске легислативе	3
Дипломирани фармацеут на неодређено време	46
Дипломирани фармацеут на одређено време	4
Фармацеутски техничар на неодређено време	81
Фармацеутски техничар на одређено време	1
Административни радници запослени са високом стручном спремом	8
Административни радници запослени са вишом стручном спремом	3
Административни радници запослени са нижом стручном спремом	1
Административни радници запослени са средњом стручном спремом на неодр	17
Административни радници запослени са средњом стручном спремом на одрђено	1
Запослени на техничким пословима са нижом стручном спремом	1
ВК	2
Спремачица	19

10.4 ОПРЕМА

Након два века постојања фармацеутске делатности у Крагујевцу, Апотека Крагујевац израсла је у водећу фармацеутску установу у региону и спада међу четири највеће државне апотеке у Србији.

Апотека Крагујевац у свом раду примењује стандарде Добре апотекарске праксе, који су усвојени од стране Фармацеутске коморе Србије. Имплементацијом ових, као и стандарда ИСО 9001, ОХСАС 18001 и ИСО 14001 Апотека Крагујевац се по ефикасности и квалитету услуге сврстала међу водеће установе овог типа у Републици Србији.

Захваљујући квалитетном кадру Апотека Крагујевац је успешно направила прве кораке у модернизацији својих услуга. Уместо традиционалног концепта апотекарске делатности, определила се за савремен приступ у пружању услуга, у којем је добробит пацијента/корисника услуге од највишег интереса. Сагласно томе, спроводе се одговарајуће едукације које за крајњи циљ треба да имају формирање здравственог кадра који ће бити у стању да одговоре на све професионалне изазове. У Апотеци Крагујевац запослено је и неколико фармацеута који су успешно завршили академске специјализације у неколико области.

Визуелни идентитет апотека и организација радног простора прилагођени су савременом обављању апотекарске делатности.

Табела 33. Спецификација опреме у Централној лабораторији.

1. Назив опреме	количина
2. Пипетор варијабилни	2 комада
3. Мешалица за маст	4 комада
4. Пунилица са дозиметром за маст	5. 1 комад
6. Варилица за тубе	1 комад
7. Суви дестилатор са постољем	1 комад
8. Прецизна вага МК-500Ц	1 комад
9. Расхладна витрина	1 комад
10. Индустијска вага	2 комада
11. Пунилица за тубе	1 комад
12. Дестилациони апарат	1 комад
13. Калуп за супозиторије	2 комада
14. Водено купатило	1 комад
15. Фармацеутски миксер	1 комад
16. Ламинарна комора	1 комад

Табела 34. Спецификација опрема у Лабораторији Апотеке "1.мај".

Назив опреме	количина
Пипетор варијабилни	1 комад
Техничка вага	1 комад
Дестилациони апарат	1 комад
УВ лампа	1 комад

У циљу постизања високог степена задовољства својим услугама, Апотека Крагујевац израђује и бројне галенске и магистралне препарате, чиме ову врсту производа чини доступном широком кругу корисника.

Апотека Крагујевац је прва у Србији имплементирала сва три стандарда: ИСО 9001, ИСО 14001 и ОХСАС 18001. У току је обједињавање поменутих стандарда у интегрисани систем квалитета. Успешном имплементацијом ових стандарда, као и реализацијом нових пројеката, Апотека Крагујевац ће учврстити своју позицију међу водећим здравственим установама у Србији.

11. ЗАВОД ЗА ХИТНУ МЕДИЦИНСКУ ПОМОЋ КРАГУЈЕВАЦ

Завод за хитну медицинску помоћ Крагујевац (у даљем тексту: Завод) је основан 31. јануара 2007. године након издвајања Службе хитне медицинске помоћи из Дома здравља Крагујевац. Завод обезбеђује указивање хитне медицинске помоћи за грађане са подручја града Крагујевца, а по позиву, екипе Завода интервенишу и ван подручја града Крагујевца на територији Шумадијског округа, на аутопуту и ван подручја Региона.

11.1 ДЕЛАТНОСТ ЗАВОДА

У складу са Законом о здравственој заштити и својим Статутом, Завод обавља здравствену делатност хитне медицинске помоћи на примарном нивоу и регистрован је за обављање следећих делатности:

- пружање хитне медицинске помоћи код акутно оболелих и повређених – на лицу места, у току транспорта и у здравственој установи и пружање медицинских савета на захтев пацијената;
- обављање санитетског превоза акутно оболелих и повређених у друге одговарајуће здравствене установе и на заказане специјалистичке прегледе и интервенције;
- превоз непокретних, ограничено покретних и пацијената на дијализи;
- здравствено обезбеђење јавних скупова и манифестација;
- снабдевање лековима који се дају у хитним случајевима;
- праћење и спровођење стручно и научно утврђених метода дијагностике и лечења у области хитне медицинске помоћи, а нарочито утврђених стручно-методолошких и доктринарних критеријума;
- организовање и спровођење стручног усавршавања здравствених радника, здравствених сарадника и осталих радника из области указивања хитне медицинске помоћи у Заводу и ван њега;
- утврђивање и спровођење мера у збрињавању масовних несрећа, елементарних непогода и других ванредних стања.

11.2 ОРГАНИЗАЦИЈА ЗАВОДА

Завод у свом саставу, а у складу са Статутом (члан 15.) има службе, одељења и одсеке:

- Служба здравствене оперативе;
 - Одељење здравствене оперативе за пружање услуга на терену и амбуланти Завода;
 - Педијатријски одсек;
 - Диспечерски центар;
- Служба за правне и економско-финансијске послове;
- Служба за техничку подршку.

У погледу просторних капацитета Завод је дислоциран на три локације, због чега је рад установе отежан, а трошкови знатно повећани. Служба здравствене оперативе се налази у згради Завода за стоматологију, Правно-финансијска служба у згради Дома здравља огранак Станово и радионица Техничке службе у дворишту Института за јавно здравље Крагујевац.

Простор површине од 429,05 м², заједно са анексом у коме су смештена возила која раде у смени, је недовољан и неуслован за обављање делатности здравствене службе Завода у коме се збрињавају одрасли пацијенти и деца.

11.3 КАДРОВИ

У Заводу ради 166 радника, од којих су 154 у сталном радном односу.

Табела 35. Кадровска структура запослених

Запослени	У сталном радном односу	Радни однос на одређено време	УКУПНО
Лекари			
Лекари специјалисти	16		16
Спец. ургентне медицине	12		
Педијатри	4		
Лекари опште медицине	26	1	27
Укупно		43	
Медицински техничари			
Са високом или вишом	2		2
Са средњом	49	2	51
Укупно		53	
Возачи			
Возачи у екипама	31		31
Возачи за транспорт	12	5	17
Укупно		48	
Немедицински радници			
Првно-финансијски рад.	12	1	13
Ауто-механичари	3		3
Спремачице	3	3	6
Укупно		22	
Свега	154	12	166

Тренутно се на специјалистичким студијама из ургентне медицине налази 5 лекара.

Према Плану и Програму стручног усавршавања у Заводу, предвиђено је расписивање још 2 специјализације из ургентне медицине у току 2011. године.

У мају 2010. године је Министар здравља потписао Појединачни колективни уговор са представницима репрезентативних синдиката у здравству, по коме се запосленима који раде на местима са повећаним ризиком повећава број дана годишњег одмора са максималних 30 на 40 дана. Због тога је упућен захтев Министарству здравља за пријем 3 екипе (3 лекара, 3 медицинска техничара и 3 возача), како би се запосленима омогућило коришћење права из Појединачног колективног уговора, а да се не умањује број екипа у смени.

По истом Појединачном колективном уговору, у наредних пет година, поједини запослени старији од 55 година неће смети да обављају теренске интервенције, а с обзиром да не постоји довољан број алтернативних радних места у Заводу, доћи ће до нагомилавања радника који немају одговарајуће радно место.

11.4 ОПРЕМА

Завод располаже са 25 комби возила, 11 путничких и 2 теренска возила. У току 2009. године из пројекта. Јачање капацитета хитне медицинске помоћи Србије“ Министарства здравља и Европске уније добијено је 13 комплетно опремљених возила за хитне интервенције, што је поправило ситуацију са возним парком, која је пре тога била критична. Возила за хитне интервенције су старости од 1 до 7 година, што је за овдашње прилике задовољавајуће. Неопходно је да се настави са занављањем возног парка, што подразумева набавку 1-2 комби возила годишње.

Табела 36. Врста возила којима располаже Завод

Врста возила	број
Комби возила за хитне интервенције	21
Комби возила за транспорт	4
Путничка возила за хемодијализу	7
Путничка возила за транспорт	4
Теренска возила	2
УКУПНО	38

Најкритичнија ситуација је са возилима за транспорт и превоз пацијената на хемодијализу, која су добијена по деобном билансу од Дома здравља Крагујевац, која су старости преко 6 година и са знатном километражом. Ради се о путничким возилима марке „Застава“ на чије одржавање се троше знатна средства и најрационалније би било заменити их са новим возилима, јер њихово годишње одржавање прелази тржишну вредност возила. Број ових возила је недовољан и често се дешава да се не може одговорити на потребе пацијената са хемодијализе.

У односу на заводе у Београду, Новом Саду и Нишу недостају нам специјална возила типа реанимобил и возило за масовне несреће. За ванредне ситуације би требало да се набави један шатор у коме би се организовао рад пријемно-тријажне екипе и агрегат за случај нестанка електричне енергије.

Возила, чија вредност прелази пола милиона евра, налазе се на паркингу испред Завода, без икакве заштите, што захтева да се у наредном периоду заштите од елементарних непогода и атмосферских прилика постављањем заштитне надстрешнице, као и осветљења и видео-надзора.

У табели која следи дата је спецификација остале опреме којом располаже Завод

Табела 37. Остала опрема

Назив опреме	Број комада
Дефибрилатор	20
ЕКГ апарат	20
Аспиратор	21
Пулсни оксиметри	6
Глукометри	10
Систем за оксигенотерапију	23
Дуге спиналне даске	15
КЕД прслуци	5
АЛС торбе	8
Траума торбе	5
Вакуум удлаге	10
Шанцови оковратници	11
Стерилизатор	1
Инхалатор	2

Захваљујући опреми која је добијена уз возила из пројекта 2009. године и опреми која је набављана од 2007.године до данас, сва возила су подједнако опремљена неопходном опремом.Због коришћења у условима теренског рада, поједина опрема се чешће квари и потребно је да се редовно занавља.

11.5 ОБИМ УСЛУГА

Теренске интервенције екипа Завода се у последњих пет година повећавају из године у годину са трендом раста око 3% годишње и 2009. године је обављено 23.588 терена. Повећан број теренских интервенција се јавља због повећања броја оболелих од малигних и хроничних незаразних болести, као и због повећања броја корисника мобилне телефоније и веће доступности хитне помоћи пацијентима.

Број амбулантних прегледа показује тренд смањења и 2009. године је обављено 41.915 прегледа (одраслих и деце), што је око 8% мање него 2008. године. Овај пад броја амбулантних прегледа се јавља због увођења рада лекара Дома здравља Крагујевац недељом и празником.

Карактеристичан је велики број теренских интервенција за позиве трећег реда хитности (преко 55%) у току дневних смена, што указује на недовољно ангажовање Службе кућног лечења и здравствене неге Дома здравља Крагујевац.

12. АНАЛИЗА ЗДРАВСТВЕНИХ ИНДИКАТОРА У СТАНОВНИШТВУ ГРАДА КРАГУЈЕВЦА, ТРЕНДОВИ ДО 2014. ГОДИНЕ И МЕРЕ ПРЕВЕНЦИЈЕ

СТАНОВНИШТВО, УСЛОВИ ЖИВОТА И СТИЛОВИ ЖИВОТА

12.1 Становништво

Демографске карактеристике

На територији града Крагујевца од 1948. до 1991. године у свим пописним годинама бележи се константан пораст броја становника.

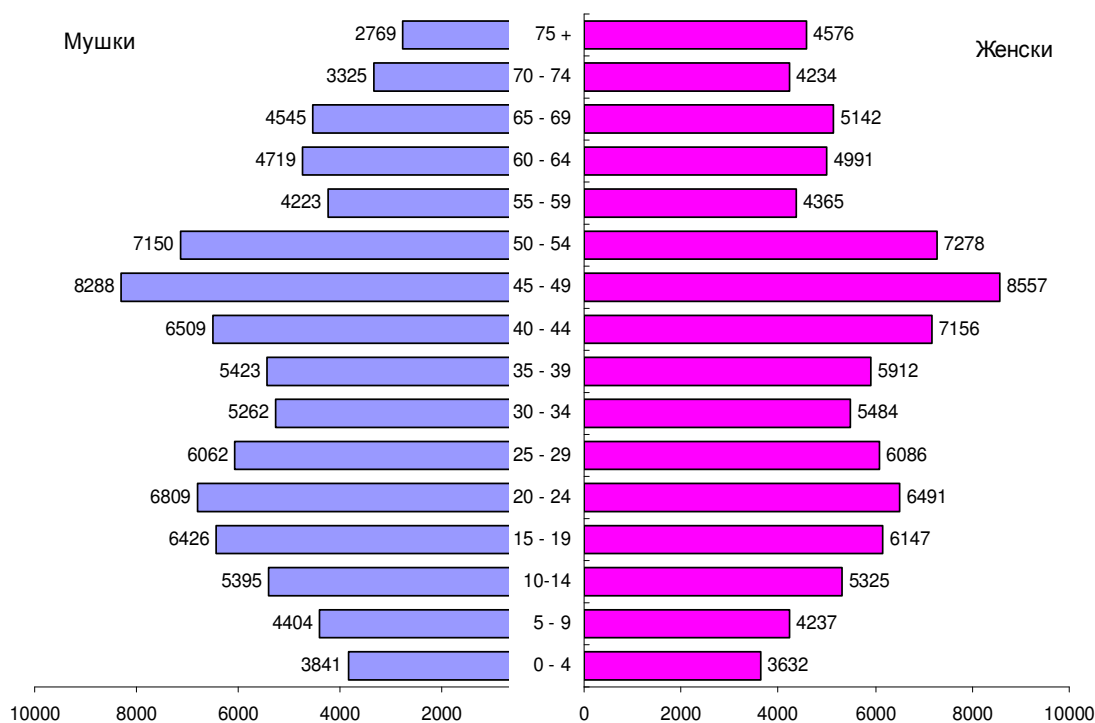
Индекс пораста (просечни годишњи раст на 1000 становника) за град Крагујевац у пописним периодима 1971/1981.год. износио је 23,2%, 1981/1991.год. 8,8%.

Између два пописна периода (1991-2002. година) регистровано је опадање броја становника: са 176.743 (1991. године) на 175.802 (2002. године). Индекс пораста (просечни годишњи раст на 1000 становника) за град Крагујевац износио је 0,5%.

Од 2002. до 2008. године регистрован је, такође, пад броја становника. У 2008. години процењен број становника износио је 174.386 што представља пад од 0,8% у односу на број становника из последње пописне године 175.802 (2002. година).

У полној структури (попис 2002. године), на територији Града, 51,3% чине жене и 48,7% мушкарци. У погледу старосне структуре највеће учешће имају особе старости 45-49 година (9,6%) и 50-54 године (8,2%). Удео најмлађе добне групе (0-4 године) је 4,3%.

Слика 1. Старосна пирамида становништва града Крагујевца, 2002.година



Извор: Републички завод за статистику Србије

Просечна старост становништва је у порасту (са 39,2 године 1998. на 41,4 године у 2008.год). Гранична вредност просечне старости становништва износи 30 година; ако је вредност овог параметра 30 и више година присутно је старење становништва.

Између два пописна периода (1991/2002.год.) удео старих 60 и више година је повећан за око 5%, што указује и на високо учешће старих 65 и више година. Уколико је проценат становништва од 65 година и више од укупног број становника већи од 7% становништво је старо, ако је виши од 10% становништво је врло старо.

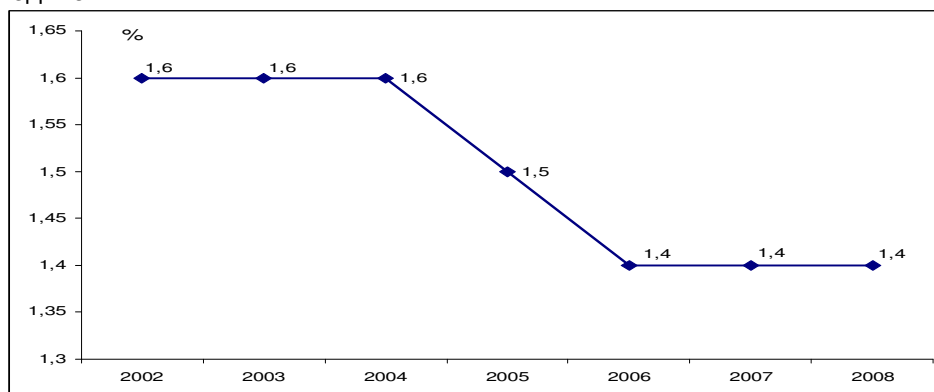
Очекивано трајање живота на рођењу и за мушки и женски пол, показује благу тенденцију пораста. У 2008. години очекивано трајање живота износило је за оба пола 72,9 година: за мушкарце 70,5 и 75,4 године за жене.

Очекивано трајање живота на рођењу у економски најнеразвијеним земљама износи 55 за мушкарце и 58 за жене; а у најразвијенијим: 77 за мушкарце и 82 за жене.

Жене у фертилном добу (15 до 49 година) у 2002. години су чиниле 26,1% (45.833) популације града Крагујевца.

На територији Града стопе укупног фертилитета у опсегу су вредности територије Шумадијског округа и Републике (Графикон 19).

Графикон 19. Стопа укупног фертилитета на територији Шумадијског округа, 2002-2008. година



Србија припада земљама са ниском стопом фертилитета.

Број живорођене деце је опао са 1863 (2002. године) на 1647 (2008. године), тј. регистрован је пад стопе живорођених на 1000 становника са 10,6 на 9,4.

У истом периоду стопа општег морталитета (број умрлих на 1000 становника) расте са 11,9 на 12,4. Стопа морталитета (смртности) је висока ако је изнад 12.

Присутна је негативна стопа природног прираштаја, се падом са -1,3/1000 у 2002. години на -3,0/1000 становника у 2008. години.

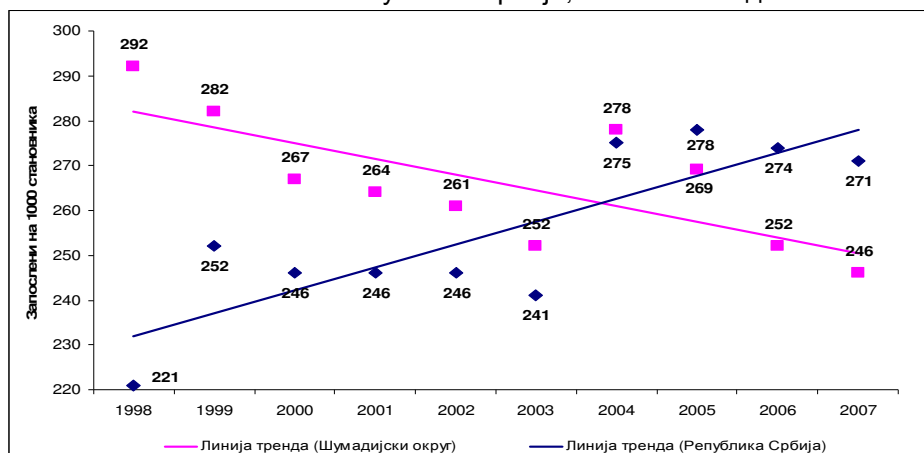
Стопа смртности одојчади је значајан и осетљив индикатор како здравственог стања и здравствене заштите становништва, тако и стања у социјално-економској и другим сферама друштва. Стопа смртности одојчади опада са 11,8 на 1000 живорођених у 2002. години на 9,1 на 1000 живорођених у 2008. години. Гранична вредност стопе смртности одојчади је 20/1000.

У периоду 2002-2008. година стопа склопљених бракова показује тенденцију благог опадања, са 5,8 на 1000 становника на 5,1. Стопа разведених бракова је у благом порасту са 0,7 на 1000 становника у 2002. години на 1,2 у 2008. години.

Запосленост и незапосленост становништва

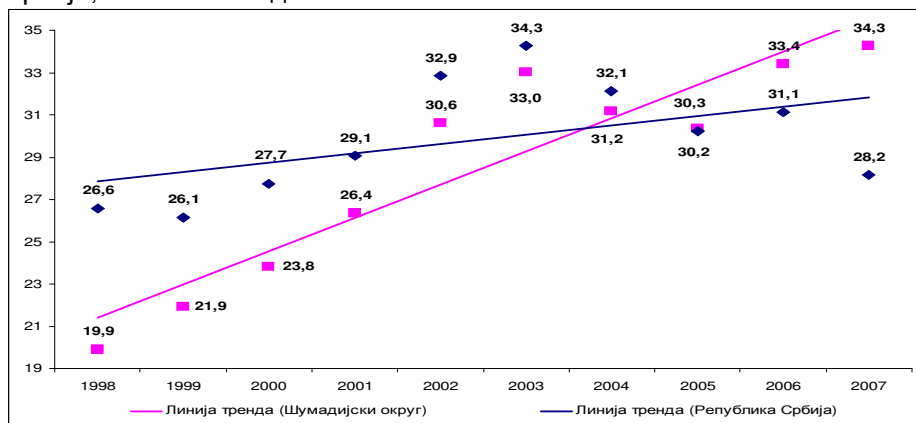
У периоду 1998-2007. година у Шумадијском округу број запослених на 1000 становника имао је тренд опадања до 2003. године, са 292 (1998. године) на 252/1000 становника (2003. године). У 2004. години долази до скока стопе запослености (278/1000 становника), од када се региструје поновни пад до 2007. године (246/1000 становника) (Графикон 20).

Графикон 20. Број запослених на 1000 становника на територији Шумадијског округа и Републике Србије, 1998-2007.година



У посматраном периоду, пад запослености довео је до пораста броја незапослених. На територији Шумадијског округа стопа незапослености је за пет година скоро удвостручена (са вредности од 19,9/1000 становника у 1998.години достиже вредност 34,3/1000 становника у 2008.години (Графикон 21).

Графикон 21. Стопа незапослености на територији Шумадијског округа и Републике Србије, 1998-2007.година



12.2 Услови живота - Физичка животна средина

Вода за пиће

Град Крагујевац се снабдева водом из три водоводна система: површинском водом са вештачких акумулација Гружа и Грошница, као и подземном водом са 14 рени бунара у селу Брзан. На сва три система је заступљена комплетна технологија пречишћавања воде, као и дезинфекција хлорисањем помоћу гасних хлоринатора. Преко овог система се снабдева више од 99% становништва. Контролу квалитета пијаће воде коју дистрибуира ЈКП "Водовод и канализација" на подручју града Крагујевца врши Институт за јавно здравље у Крагујевцу редовно, 9 пута месечно на 16 пунктова. Ови пунктови (на мрежи у граду и резервоари) су тако одабрани, да се у потпуности покривају сви делови града и сва три система за водоснабдевање.

Резултати испитивања квалитета ових вода до почетка 2009. године су показивали да је физичко-хемијска неисправност постојала у чак 53% испитиваних узорак. Основни узрок је био већи утрошак калијум-перманганата и мирис (због повишених концентрација органских материја и то углавном на тачкама у граду које се снабдевају са Гружанског водоводног система).

Почетком 2009. године је на погону за пречишћавање воде са Гружанског система уведен поступак предозонизације који је значајно снизио вредности критичног параметра, тако да се сада физичко-хемијска неисправност воде за пиће региструје само спорадично (Графикон 22).

У Крагујевцу се бактериолошка неисправност воде за пиће региструје само спорадично у свега 0.7% испитиваних узорак. (Графикон 23).

Графикон 22: Проценат узорак са физичко-хемијском неисправношћу воде из централног водовода у Крагујевцу у периоду 1999 – 2008. година



Графикон 23: Проценат узорак са бактериолошком неисправношћу воде из централног водовода у Крагујевцу у периоду 1999 – 2008. година

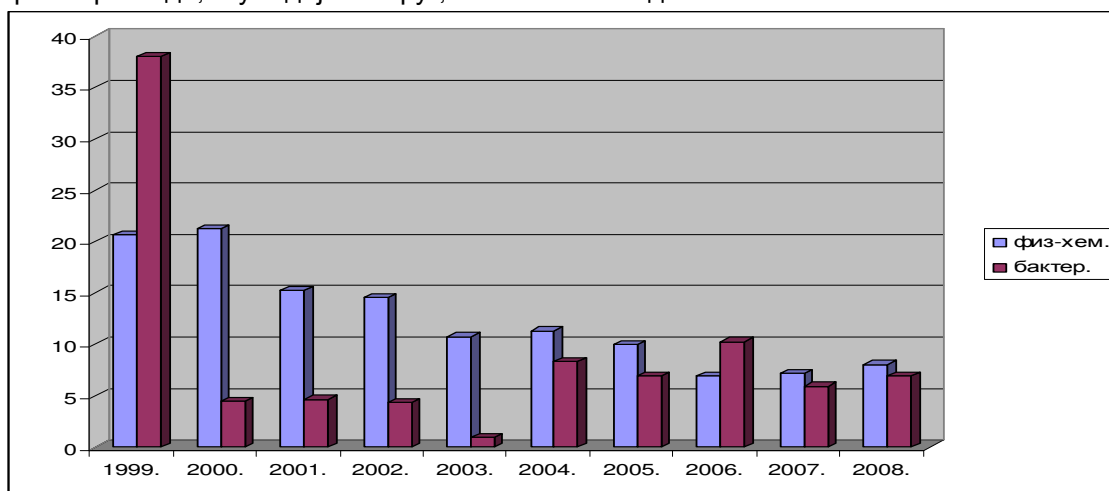


Намирнице и предмети опште употребе

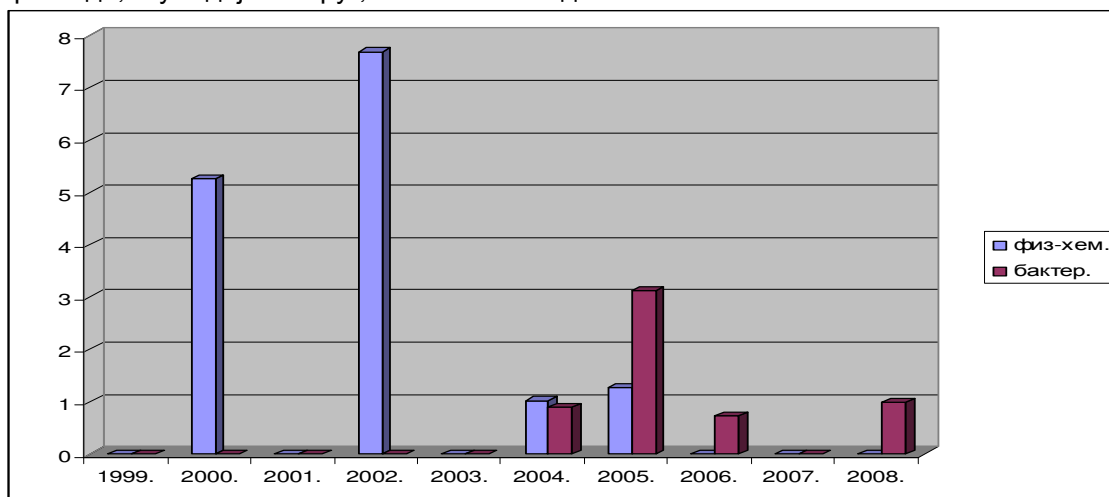
За нормалан раст, развој и функционисање људског организма је неопходан унос одговарајућих количина различитих, правилно изабраних, намирница. Међутим, важно је и да те намирнице не садрже различите примесе (хемијске, физичке или биолошке) које би могле да имају лош утицај на здравље становништва које их користи. На графикону 24. је приказан велики

пад процената неисправних узорака намирница домаће производње према врсти прегледа, у Шумадијском округу, у периоду 1999 – 2008.год. нарочито када је у питању бактериолошка неисправност. Проценат неисправних узорака намирница из увоза према врсти прегледа за исти период показује такође пад и физичко-хемијске и бактериолошке неисправности (Графикон 25.).

Графикон 24: Проценат неисправних узорака намирница домаће производње према врсти прегледа, Шумадијски округ, 1999 – 2008.година



Графикон 25. Проценат неисправних узорака намирница из увоза према врсти прегледа, Шумадијски округ, 1999 – 2008.година



Отпадне воде

Отпадне воде или течне отпадне материје представљају веома важан фактор загађења животне средине, посебно површинских вода, али и земљишта и подземних вода у које доспевају. Обзиром да могу значајно да утичу на квалитет вода које се користе за водоснабдевање или наводњавање пољопривредних површина, ове воде представљају значајан фактор ризика по здравље становништва и стога је очигледан значај мониторинга њиховог квалитета. По пореклу, отпадне воде могу да буду комуналне (из домаћинства) или индустријске и пољопривредне.

Комуналне отпадне воде: на територији града Крагујевца је на канализациони систем везано око 92% домаћинстава. У Србији је овај проценат у 2007. години износио око 75%. Централно постројење за пречишћавање укупних отпадних вода града налази се у Цветојевцу.

Индустријске отпадне воде: у посматраном десетогодишњем периоду је један одређени број предузећа на територији града Крагујевца јако смањило или потпуно обуставио производне процесе, тако да се и количина отпадних вода које су испуштала смањила. Око половине ових вода се улива у канализациони систем града, а остале се уливају у различите природне реципијенте (реке и језера). Третман за пречишћавање отпадних вода има око 35% предузећа, али ови уређаји често нису у функцији, или се не одржавају у оптималном радном режиму.

Чврсте отпадне материје

На територији града Крагујевца, као и у читавој Србији је слабо развијена култура рециклирања отпадних материја, што вишеструко повећава иначе велику количину чврстих отпадних материја. Веома је мали број депонија уређених по хигијенским принципима. Углавном се ради о ђубриштима, која чак и када не спадају у категорију "дивљих", својом локацијом и осталим параметрима не задовољавају ни најосновније принципе заштите околине. Град Крагујевац има једну депонију, нехигијенску са контролисаним насипањем и 105 дивље депоније.

Комунална бука

Мерење и елаборирање нивоа комуналне буке у периоду 2006 - 2008. година спроведено је у Крагујевцу на предвиђеној мрежи мерних места, одређивањем еквивалентног нивоа буке за дан и ноћ на основу Правилника о дозвољеном нивоу буке у животној средини (Табела 38). Прекорачења комуналне буке током посматраног периода имала су тренд лаганог пораста, а посебно су значајна ноћна прекорачења која су могла да имају неповољан утицај на здравље грађана. Израженија су у пролећним месецима, како за дневне тако и за ноћне интервале мерења. Током мерења установљено је да је комунална бука континуираног тока и да највећим делом потиче од саобраћаја.

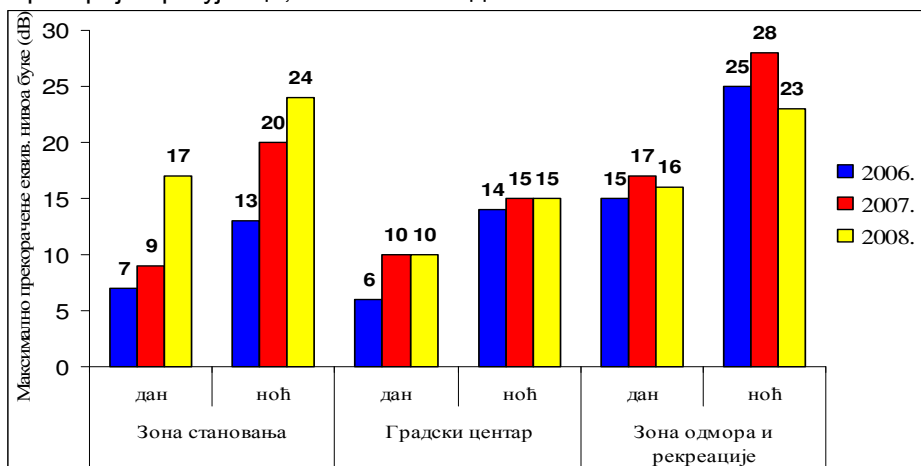
Табела 38. Највиши дозвољени еквивалентни ниво буке према зонама насеља

	Зона становања		Градски центар		Зона одмора и рекреације	
	дан	ноћ	дан	ноћ	дан	ноћ
Највиши дозвољени еквивалентни ниво буке (dB)	55	45	65	55	50	40

У зони индивидуалног становања, од 2006-2008. године измерена су прекорачења дозвољеног нивоа буке дању до 17 dB и ноћу до 24 dB (Графикон 26). На мерном месту је у просеку избројано 198 лаких и 14 тешких возила на сат. У зони градског центра поред великих раскрсница од 2006-2008. године измерена су умерена прекорачења нивоа буке дању до 6 dB и ноћу до 14 dB. На мерном месту је у просеку избројано 1258 лаких и 144 тешких возила на сат.

У зони одмора и рекреације, поред болница, школа, великих паркова, поред рекреативних, спортских објеката, од 2006-2008. године измерена су прекорачења дозвољене буке дању до 17 dB и ноћу до 28 dB. На мерном месту је просечно забележено 61 лако возило на сат, а тешких возила је просечно било 4 на сат.

Графикон 26. Максимална прекорачења еквивалентног нивоа буке (dB) по зонама на територији Крагујевца, 2006–2008.година



Ваздух

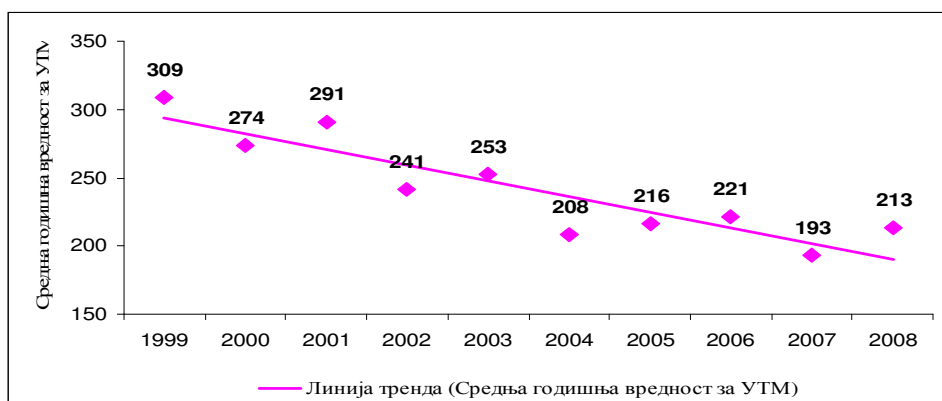
Контрола квалитета ваздуха обухвата:

- 1) Систематско праћење имисије основних и специфичних загађујућих материја пореклом из стационарних извора, одређивањем количина укупних таложних материја (УТМ) у оквиру којих се на четири мерна места мери присуство тешких метала (олово, кадмијум и цинк).
- 2) Контролу квалитета ваздуха пореклом од издувних гасова моторних возила (врши се одређивањем концентрације чађи, азотних оксида, олова, формалдехида и бензена).

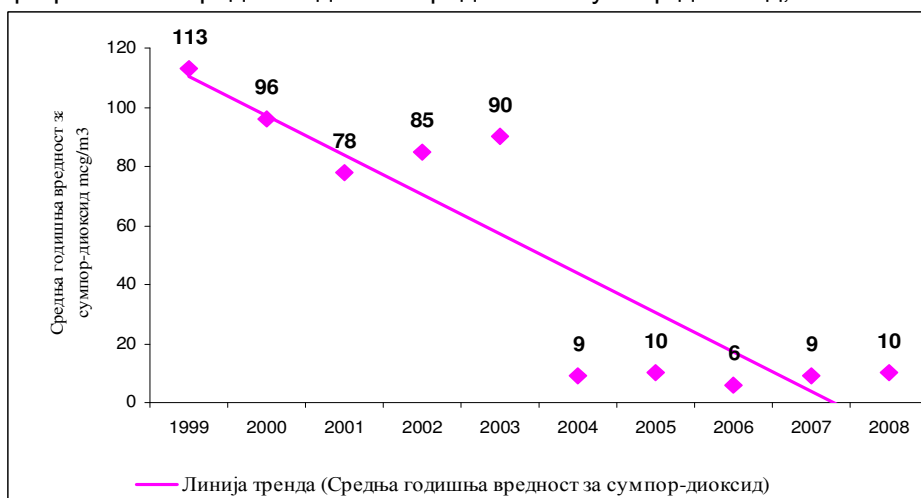
У Крагујевцу редовну контролу ваздуха спроводи Институт за јавно здравље Крагујевац од 1975. године. Ова контрола подразумева редовно, континуирано праћење основних загађујућих материја које су законски прописане.

Средње годишње вредности за УТМ за територију града Крагујевца, у периоду 1999-2008. године, приказане су на графикону 27, а средње годишње вредности за сумпор-диоксид на графикону број 28. На графикону број 29. приказане су средње годишње вредности за азот-диоксид, а на графикону број 30. приказане су средње годишње вредности за чађ у истом периоду. Велики пад свих вредности после 2003. године, пре свега је последица гасификације града и гашење индивидуалних котларница и грејања домаћинстава на чврста горива.

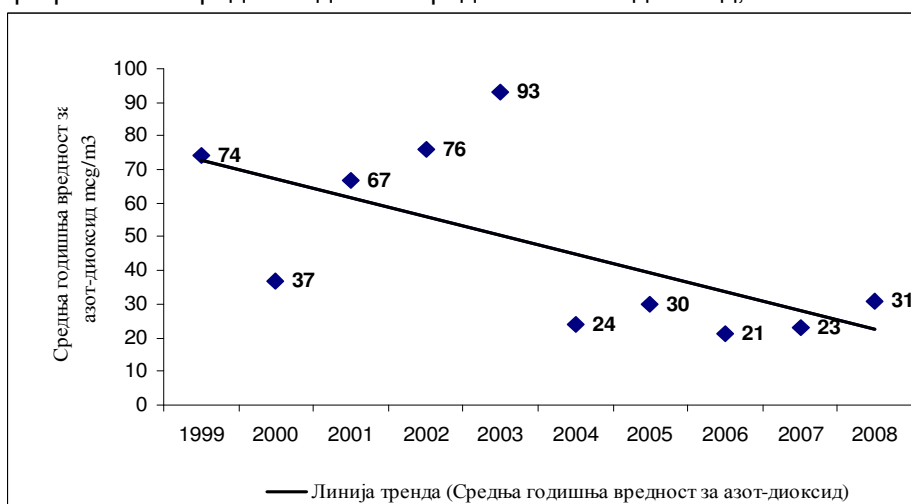
Графикон 27. Просечна годишња вредност за УТМ, 1999- 2008.година



Графикон 28. Средња годишња вредност за сумпор-диоксид, 1999-2008. година



Графикон 29. Средња годишња вредност за азотдиоксид, 1999-2008. година



Графикон 30. Средња годишња вредност за чађ, 1999-2008. година



12.3 Стиливи живота

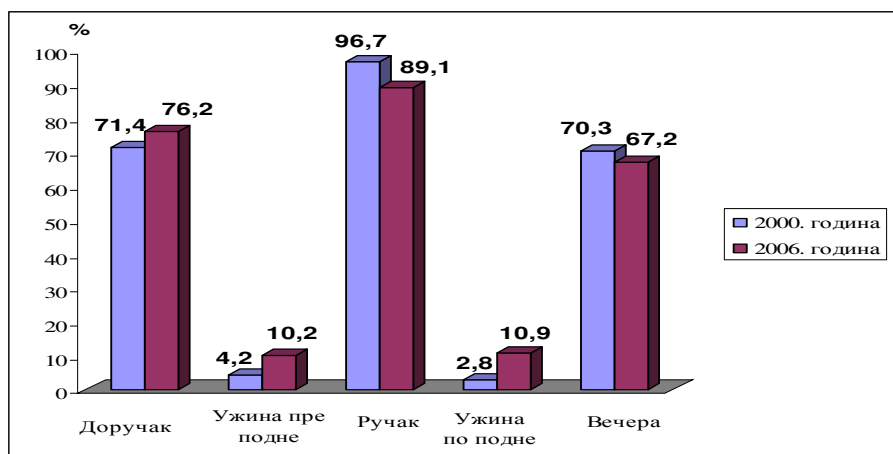
Стиливи живота су компоненте свакодневног живота појединаца и обликују се путем друштвених постигнућа и међуљудских односа. Животни стилови су свакако одреднице здравља и њихово унапређење значајно доприноси унапређењу здравља у популацији. Подаци коришћени за анализу стилова живота добијени су из истраживања у оквиру Пројеката "Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва Србије", 2000. године и 2006. године, у која су били укључени институти и заводи за јавно здравље Србије.

Анализиране су навике у исхрани, конзумирање цигарета, алкохола и других психоактивних супстанци, сексуални живот, ментално здравље, психичко и физичко насиље, понашање у саобраћају, слободно време, физичка активност, спорт, познавање ризика по здравље и хигијенске навике, одраслог становништва 19 и више година са територије Шумадијског округа.

Навике у исхрани

У погледу навика у исхрани у Шумадијском округу у 2006. години повољнија је ситуација у односу на 2000. годину што се тиче свакодневног доручка и ужина: свакодневно доручкује 76,2% у односу на 71,4% у 2000. години, док ужину свакодневно пре подне узима 10,2%, а по подне 10,9% у односу на 2000. годину где су ти проценти 4,2% и 2,8%. Што се тиче ручка и вечере неповољнија је ситуација 2006. године: свакодневно руча 89,1% и вечера 67,2% у односу на 2000. годину где свакодневно руча 96,7%, а вечера 70,3% (Графикон 31). Редовност у узимању три главна obroка присутнија је у 2006. години (79,5%) у односу на 2000. годину (77,5%).

Графикон 31. Редовност узимања obroка код одраслог становништва, на територији Шумадијског округа



Табела 39. Навике у исхрани одраслог становништва, на територији Шумадијског округа и Републике Србије

Навике у исхрани	Република Србија		Шумадијски округ	
	2000.	2006.	2000.	2006.
Три главна оброка	77,5	79,5	71,9	56,6
Коришћење претежно белог хлеба	47,7	57,6	43,4	57,2
Коришћење животињских масти	28,8	35,2	40,5	33,8
Коришћење рибе мање од једном недељно	67,3	50,1	62,7	48,7
Свакодневно коришћење свежег поврћа	42,0	54,7	42,5	54,8
Свакодневно коришћење свежег воћа	37,4	43,6	34,4	44,0

Проценат одраслог становништва које свакодневно конзумира млеко и млечне производе је 2000. године био нешто већи (42,8%) у односу на 2006. годину (40,4%). Свеже поврће и воће, свакодневно конзумира већи проценат становништва у 2006. години (54,8% и 44%) у односу на 2000. годину (42,5% и 34,4%) (Табела 39).

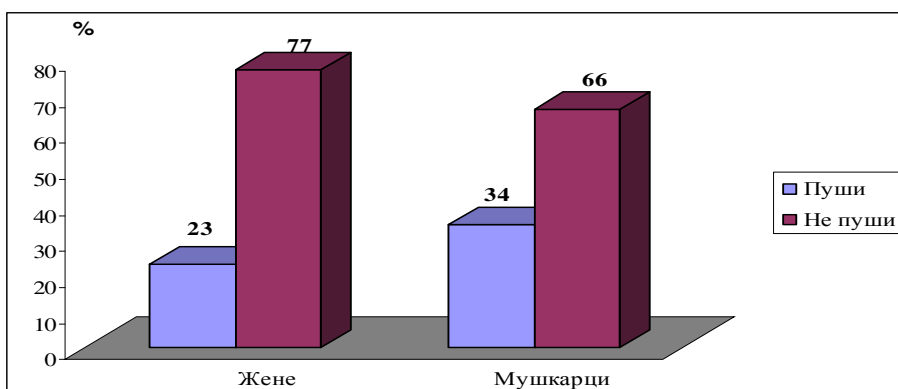
Проценат одраслог становништва Шумадијског округа које не размишља о здрављу приликом избора начина исхране је порастао у 2006. години (20,4%) у односу на 2000. годину (17,9%).

Пушење

У 2006. години, у популацији одраслог становништва Шумадијског округа 23% жена и 34% мушкараца су свакодневни пушачи (Графикон 32). Највећи проценат пушача налази се у старосној групи од 35 до 44 године (49,6%). Свакодневно пуши 57%, повремено 11,5%, док не пуши 27,1% становника. На питање да ли желе да престану са пушењем 23,4% се изјаснило да не жели, 28% жели да престане са пушењем, 18,4% није сигурно, 22,5% је престало да пуши. Нешто више од половине анкетираног одраслог становништва Шумадијског округа у 2006. години (51,6%) било је изложено дуванском диму у сопственој кући, а 34,6% на радном месту.

Забрињава податак да никада није покушало да престане са пушењем 35,2% пушача, као и да се само 1% пушача изјаснило да се обраћало за помоћ саветовалишту за одвикавање од пушења. Такође је алармантно и то што 18,4% пушача није ни мало забринuto због штетних последица пушења по своје здравље.

Графикон 32. Одрасло становништво које свакодневно пуши, на територији Шумадијског округа, у 2006. години, по полу



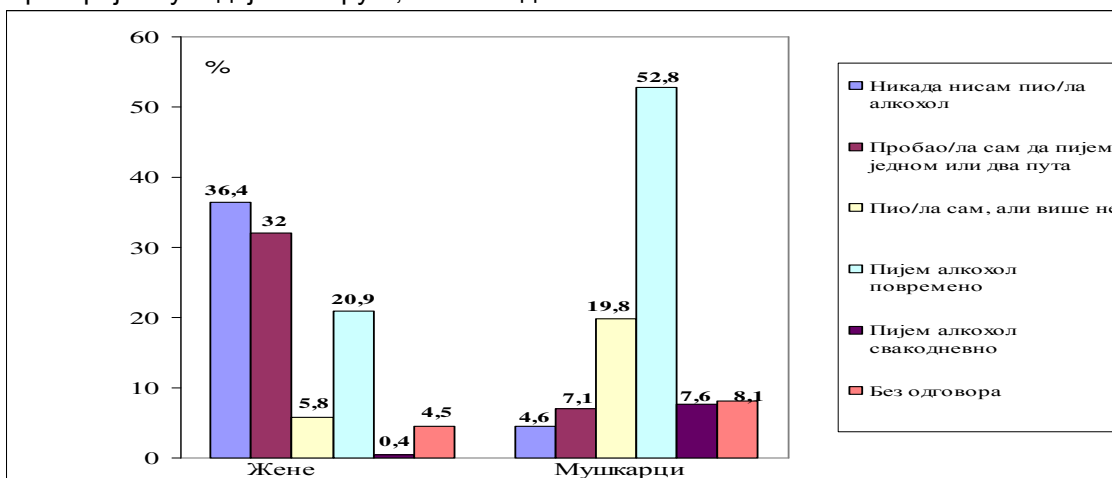
Употреба алкохола и психоактивних супстанци

Особе које конзумирају веће количине алкохола имају већи ризик за оболевање од великог броја болести, као и за саобраћајни трауматизам, насиље у породици, самоубиства и криминал. У Шумадијском округу у 2006. години алкохол конзумира 40,2% одраслог становништва, док је свакодневно конзумирање алкохолних пића било присутно код 2,8% одраслог становништва. Поредећи учесталост конзумирања разних врста алкохолних пића у Шумадијском округу у 2000. и 2006. години запажа се да је најучесталије свакодневно конзумирање жестоких пића и пива. Велики проценат одраслог становништва (64%) пије 15 година и више. Позитиван став о алкохолу има 28,5% одраслог становништва.

У Шумадијском округу 74,2% жена је изјавило да не конзумира алкохолна пића, што је два пута више у односу на мушкарце (31,5%).

Свака трећа жена (36,4%) никада у животу није пила алкохолна пића, док то није чинило само 4,6% мушкараца (Графикон 33).

Графикон 33. Конзумирање алкохола код одраслог становништва према полу, на територији Шумадијског округа, 2006. година



У Шумадијском округу у 2006. години већи проценат одраслог становништва него 2000. године је био упознат са ефектима психоактивних супстанци (Табела 40). Марихуану је пробало 2,7%, а таблете 6,1% одраслог становништва. Прво узимање психоактивних

супстанци код одраслог становништва Шумадијског округа је било између 18. и 22. године живота, а најчешће место првог узимања је стан друга/другарице или сопствени стан.

Табела 40. Знања и ставови одраслог становништва о психоактивним супстанцама, на територији Шумадијског округа

Врста ПАС	Знања и ставови о ПАС									
	Никад чуо/ла		Чуо/ла, али не знам ништа о њима		Безопасна су ако се правилно користе		Увек су штетна		Без одговора	
	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006
Амфетамин	57,2	48,1	19,3	15,2	1,7	0,7	21,8	28,8	-	7,3
Барбитурати	42,3	41,0	25,0	16,1	12,4	11,5	20,2	23,3	-	8,1
Канабис	29,2	25,2	24,2	16,8	1,9	1,5	44,8	48,5	-	8,0
Екстази	44,5	29,9	19,4	16,9	0,3	0,2	35,7	45,0	-	8,0
Кокаин	18,8	16,6	28,7	19,6	0,4	0,4	52,1	56,0	-	7,4
ЛСД	30,8	29,1	21,0	14,2	0,2	0,2	48,0	48,3	-	8,3
Хероин	17,3	14,8	28,7	19,4	0,3	0,3	53,7	58,0	-	7,4
Морфијум	18,3	17,2	29,9	19,7	9,0	11,8	42,8	43,3	-	8,1
Крек	46,6	37,5	16,9	13,0	0,6	0,3	35,9	40,5	-	8,7
Лепак	23,8	22,0	25,6	16,9	4,7	3,5	45,8	48,9	-	8,8
Средства за умирење	13,4	11,4	22,1	13,3	45,1	48,3	19,4	19,4	-	7,7
Средства против болова	18,5	14,7	22,3	14,3	40,4	41,3	18,8	21,3	-	8,4
Комбинације више дрога	25,1	19,8	17,7	11,6	2,1	1,3	55,0	58,5	-	8,8

Остали стилови живота

Сексуални живот

Испитивањем учесталости коришћења поједних врста контрацептивних средстава дошло се до податка да само 6,8% одраслог становништва у 2006. години стално при сексуалном контакту користи кондом, што је дупло мање од процента забележеног у 2000. години (Табела 41).

На територији Шумадијског округа у 2000. години и 2006. години најчешћи узраст ступања у први сексуални однос је са 18 година (20% односно 20,2%). Више од половине испитиване одрасле популације у обе посматране године (62,1 у 2000. години, односно 63,3% у 2006. години) је у последњих 12 месеци у односу на време истраживања имало сексуалне односе. Сталног партнера имало је 70,2% испитаника у 2000. години, а 77,9% испитаника у 2006. години и то жене у већем проценту од мушкараца. Ступање у сексуалне односе са особом истог пола имало је у 2000. години 2,1% односно 2,3% испитаника у 2006. години.

Табела 41. Учесталост коришћења појединих врста контрацепције код одраслог становништва, на територији Шумадијског округа

Врста контрацепције	Учесталост коришћења појединих врста контрацепције							
	Не (%)		Да, понекад (%)		Да, стално (%)		Без одговора (%)	
	2000.	2006.	2000.	2006.	2000.	2006.	2000.	2006.
Пилула	91,4	71,3	1,8	4,4	6,8	1,2	0	23,1
Интраутерина спирала	95,4	73,3	0	0	4,6	1,2	0	25,5
Локална хемијска средства	94,7	73,3	1,8	0,4	3,5	0,4	0	25,9
Кондом	67,1	55,0	19,0	17,1	13,9	6,8	0	21,1
Дијафрагма	97,3	73,3	0,6	0,4	2,1	0	0	26,3
Неплодни дани	66,3	55,0	2,1	14,3	31,6	5,6	0	25,1
Прекинут однос	66,7	42,6	3,5	18,7	29,8	10,4	0	28,3
Друго	99,1	21,1	0,3	0	0,6	0	0	78,9

Ментално здравље

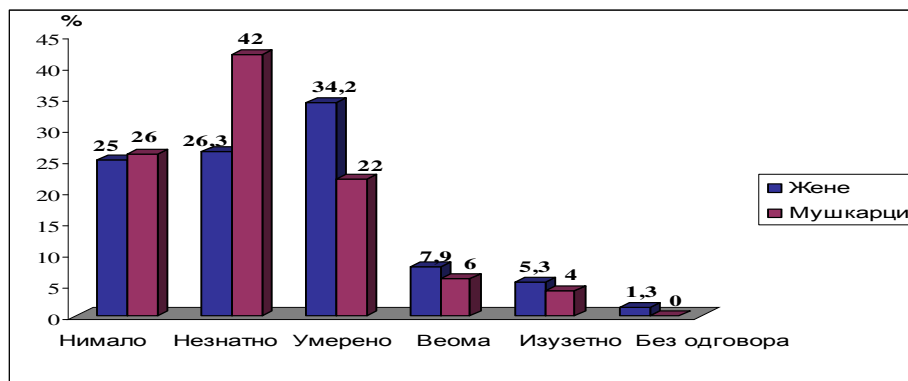
Више од половине одраслог становништва (55,1%) Шумадијског округа се у 2000. години изјаснило да је понекад, али не више него остали људи било под стресом или напето, мушкарци нешто чешће од жена. Тај проценат је опао у 2006. години на 38%. Емоционалне проблеме у последњих месец дана у 2000. години је имало је 37,5% одраслог становништва, а у 2006. години 30%. Проценат одраслог становништва у Шумадијском округу које је у последњих месец дана стално имало осећај полета је 9,1% у 2000. односно 1,2% током 2006. године, стално имало осећај нервозе 6,2% у 2000. односно 0,7% током 2006. године, смирености (19,8% односно 1,2%), туге (3,3% односно 1%), исцрпљености (6,8% односно 0,7%), среће (17,1% односно 1,9%) и умора (11% односно 1,5%) (Табела 42).

Табела 42. Учесталост разних врста осећања код одраслог становништва, на територији Шумадијског округа, у 2006. години, у последњих месец дана у односу на време истраживања.

[illegible]

Утицај емоционалних проблема на радну способност у 2006. години утврђен је код 38,9% одраслог становништва Шумадијског округа и то нешто израженије код жена, док је утицај емоционалних проблема на односе у породици, са пријатељима, комшијама у 2006. години утврђен код 7,1% одраслог становништва Шумадијског округа и то опет чешће код жена (Графикон 34).

Графикон 34. Утицај емоционалних проблема на односе у породици, са пријатељима, комшијама код одраслог становништва, на територији Шумадијског округа, 2006.година



Задовољство животом на скали од 0-8 жене и мушкарци су у највећем проценту (26,9% односно 28,8%) оценили оценом 5 у 2000. години, а оценом 9 у 2006. години (18% жена и 17% мушкараца). У 2006. години у Шумадијском округу на скали одговора од 0-10 највећи проценат одраслог становништва је задовољство садашњим животом оценио оценом 9. (Табела 43)

Табела 43. Степен задовољства особама из окружења одраслог становништва Шумадијског округа

Задовољство особама из окружења	Степен задовољства							
	Не		Делимично		Да		Немам такву особу	
	жене	мушкарци	жене	мушкарци	жене	мушкарци	жене	мушкарци
Рођацима	4,6	6,6	32,8	34,7	60,6	58,3	2,1	0,4
Браћом и сестрама	1,2	3,7	11,6	17,7	73,9	70,0	13,3	8,6
Родитељима	0	3,3	10,8	14,5	54,4	59,7	34,9	22,7
Децом	0	2,5	8,3	5,0	82,2	76,4	9,5	16,1
Брачним партнером	2,5	1,2	17,4	13,2	53,1	68,2	27,0	17,4
Комшијама	2,9	2,1	36,0	34,7	59,0	63,2	1,2	0
Пријатељима	0	0,4	22,4	24,5	76,3	75,1	1,2	0

У 2000. години одрасло становништво Шумадијског округа се изјаснило да су најзначајнији разлози незадовољства садашњим животом приходи 60,2% (Табела 43). Посматрано по полу, жене и мушкарци су такође најмање задовољни приходима и то мушкарци (61,7%) у нешто већем проценту од жена (58,6%). У 2006. години је нижи проценат одраслог становништва које се изјаснило да су најзначајнији разлози незадовољства садашњим животом приходи 41,6% и то жене 44,1 % у нешто већем проценту од мушкараца 39%.

Мушкарци и жене су у различитом проценту изражавали задовољство рођацима, браћом и сестрама, децом, брачним партнером, комшијама и пријатељима. У највећем проценту и мушкарци и жене су били задовољни децом, а затим браћом и сестрама (Табела 44).

Табела 44. Задовољство животом код одраслог становништва, на територији Шумадијског округа

Део живота са којим су најмање задовољни	Пол			
	Жене		Мушкарци	
	2000.	2006.	2000.	2006.
Брачним партнером	5,1	3,3	2,9	1,0
Децом	3,8	1,4	2,9	2,0
Родитељима	0	0,5	2,5	1,0
Пријатељима-комшијама	5,9	5,2	6,7	7,0
Рођацима	5,1	0,9	0,8	1,5
Колегама на послу	5	1,9	5,0	5,0
Сексуалним животом	3,4	0,9	2,5	1,5
Приходима	58,6	44,1	61,7	39,0
Својим здрављем	4,2	5,7	3,3	7,0
Самоћом	1,3	0,5	0,4	1,5
Самим собом	0	1,4	0,0	0
Послом	0	0	0	3,0
Политичком ситуацијом	0	3,3	0	4,5
У потпуности сам задовољан	5,1	26,5	7,5	23,5
Друго	0	1,9	0	5
Без одговора	0	2,4	0	2,0
Укупно	100%	100%	100%	100%

Табела 45. Скала животних вредности одраслог становништва на територији Шумадијског округа, 2006.година

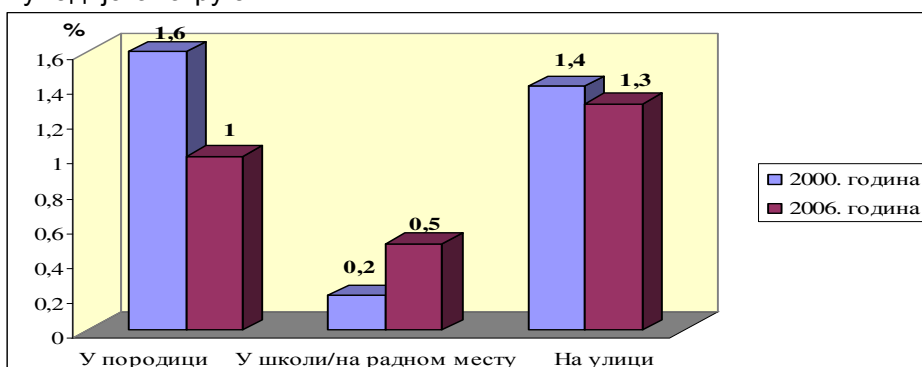
[illegible]

На скали животних вредности добро здравље заузима најзначајније место у популацији одраслог становништва у Шумадијском округу у 2006. години. Друго место заузима живот у миру, а треће пуно пара (Табела 45).

Физичко и психичко насиље

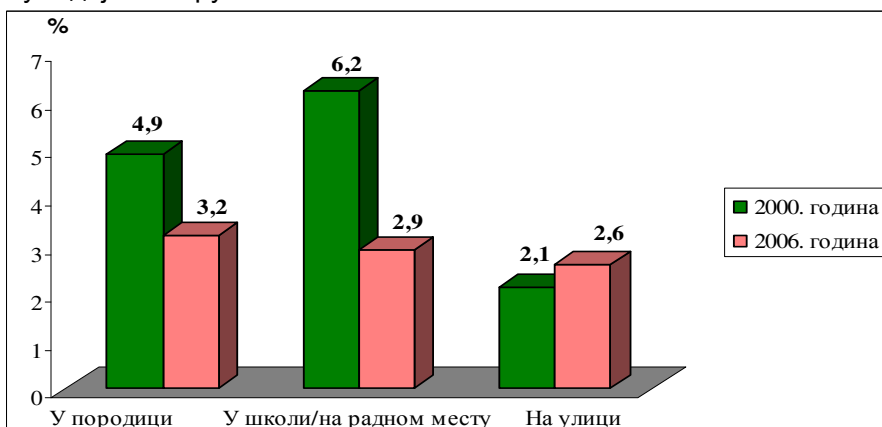
На територији Шумадијског округа у 2000. години физичком насиљу у породици је било изложено 1,6%, у школи/на радном месту 0,2%, а на улици 1,4% одраслог становништва, док су у 2006. години нешто нижи проценти изложености одраслог становништва физичком насиљу (у породици 1%, у школи/на радном месту 0,5% и на улици 1,3%) (Графикон 35).

Графикон 35. Изложеност физичком насиљу одраслог становништва, на територији Шумадијског округа



У 2000. години на територији Шумадијског округа психичком малтретирању у породици било је изложено 4,9%, у школи/на радном месту 6,2%, на улици 2,1%, док су у 2006. години нешто нижи проценти изложености одраслог становништва психичком малтретирању у породици 3,2% и школи/на радном месту 2,9%, а нешто виши изложености психичком малтретирању на улици 2,6% (Графикон 36).

Графикон 36. Изложеност психичком насиљу одраслог становништва, на територији Шумадијског округа



Понашање у саобраћају

У Шумадијском округу у 2000. години, возачи су приликом вожње бицикла користили заштитну kacигу у 8,9%, при вожњи ролера 0,2%, при вожњи мотора 1%, што су ниски проценти. У 2006. години су такође ниски проценти коришћења заштите приликом вожње бицикла, ролера (0,2%) и мотора (0,7%), док је проценат возача који користе сигурносни појас приликом вожње 34,5%.

Под утицајем алкохола аутомобил понекад вози 5,4% возача, дозвољену брзину прекорачује 6,3% возача аутомобила, мобилни телефон у вожњи аутомобила понекад користи 11,9% возача. Пешаци у 39,4% понекад прелазе улицу ван пешачког прелаза или на црвено светло. Велики је проценат сувозача који користе у аутомобилу сигурносни појас, док је мали проценат сувозача на мотору који користе заштитну kacигу (1,2%). Пешаци старости 20-34 године се понашају ризичније од старијих.

Слободно време, физичка активност, спорт

У Шумадијском округу у 2000. години само 3,8% жена и 5,4% мушкараца је сваки дан било физички активно, а значајно већи проценат само неколико пута годишње (56,7% жена и 51,9% мушкараца).

У 2006. години највећи проценат одраслог становништва се изјаснио да своје слободно време проводи читајући и гледајући телевизију (64,7%), хода, вози бицикл и слично 14,8%, физички је активно ради одржавања физичке кондиције 17%, док најмањи проценат редовно тернира неколико пута недељно 2,2%. У 2006. години више од 3 пута недељно бави се физичким активностима бар 30 минута (тако да се бар мало задува или озноји) само 10,7% одраслог становништва, у Србији је тај проценат био виши и износио је 25,5%.

Познавање ризика по здравље

Ризици по здравље становништва су присутни у средини, али и они повезани са понашањем. Активности на унапређењу здравља становништва које укључују смањивање ризика од оболевања подразумевају активно учешће становништва. За укључивање у ове активности је од изузетне важности да становништво буде свесно присуства ризика по здравље, како у околини, тако и у сопственом понашању.

Анализа свесности становништва Шумадијског округа о ризику по здравље у средини показује да је насиље као ризик по здравље присутно мисли 26% становништва, што је значајно мање него 2000. године. Запањује податак да велики проценат становништва не препознаје различите ризике по здравље.

Табела 46. Знања о ризицима по здравље одраслог становништва, на територији Шумадијског округа

Ризици по здравље	Знања о ризицима по здравље							
	2000. година				2006. година			
	не (%)	да (%)	не знам (%)	без одговора (%)	не (%)	да (%)	не знам (%)	без одговора (%)
Бука	43,9	44,3	12,0	0	65,5	31,1	3,2	0,2
Загађење ваздуха	32,4	60,1	7,5	0	58,2	37,7	4,1	0
Загађење воде	36,3	46,6	17,2	0	57,9	35,8	6,3	0
Отпадне материје	32,6	50,6	16,8	0	63,0	29,7	7,1	0,2
Радиоактивно зрачење	24,1	50,2	25,7	0	66,4	17,5	16,1	0
УВ зрачење	0	0		0	62,8	19,0	18,2	0
Насиље/криминал	44,1	39,7	16,2	0	67,4	26,0	6,3	0,2
Друго	81,2	13,3	5,6	0	8,5	1,0	1,5	89,1

Табела 47. Ризици по здравље условљени понашањем код одраслог становништва, на територији Шумадијског округа

Ризици по здравље условљени понашањем	Знања о ризицима по здравље условљени понашањем					
	2000. година			2006. година		
	не (%)	да (%)	не знам (%)	не (%)	да (%)	не знам (%)
Гојазност	78,4	16,0	5,6	81,8	14,8	3,4
Повишен крвни притисак	76,8	13,2	10,0	67,6	17,7	4,6
Шећерна болест	82,8	5,7	11,6	82,0	11,2	6,8
Болести срца и крвних судова	71,5	16,0	12,5	70,8	18,0	11,2
Плућне болести	82,7	7,9	9,4	78,8	10,7	10,4
Цироза јетре	90,5	2,5	7,0	83,5	2,9	13,6
Полне болести	95,8	0,5	3,6	92,7	1,5	5,8
Болести као последица повреде	89,7	3,8	6,5	79,8	8,3	11,9

Хигијенске навике

Хигијенске навике одраслог становништва Шумадијског округа, нису се значајније мењале у 2006. години у односу на 2000. годину у погледу прања руку пре јела, после употребе тоалета и прања руку по уласку у кућу, док је редовност прања зуба снижена са 72,2% у 2000. години на 38,7% у 2006. години. У 2006. години се редовно купа или тушира 34,8% одраслог становништва. Посматрано по полу хигијенске навике су знатно израженије код жена по свим посматраним обележјима (Табела 48).

Табела 48. Хигијенске навике одраслог становништва, на територији Шумадијског округа, по полу

Хигијенске навике	Учесталост хигијенских навика					
	2000. година			2006. година		
	скоро никад (%)	како кад (%)	увек (%)	скоро никад (%)	како кад (%)	увек (%)
Прање руку пре јела	0	6,3	93,7	0,2	6,6	93,2
Прање руку после употребе тоалета	0	4,7	95,3	0,2	3,9	95,9
Прање руку по уласку у кућу	1,3	21,0	77,7	1,0	18,7	80,3
Прање зуба	5,3	22,5	72,2	6,8	54,4	38,7

12.4 БОЛЕВАЊЕ И УМИРАЊЕ СТАНОВНИШТВА**Хроничне незаразне болести**

Хроничне незаразне болести (ХНБ) имају мултифакторску етиологију и настају као резултат комплексне интерреакције између појединаца и средине у којој они живе. Индивидуалне карактеристике (као што су, пол, етничка припадност, генетска предиспозиција и др.) заједно са социјално-економским детерминантама, као и условима спољашње средине (као што су доходак, образовање, услови живота и радни услови) одређују разлике у експозицији и осетљивости појединаца за настанак ХНБ. Водећи фактори ризика за настанак ХНБ су пушење, хипертензија, хиперхолестеролемија, алкохол, гојазност, неправилна исхрана и физичка неактивност. Наведени фактори ризика заједнички су за бројне хроничне незаразне

болести, чији је настанак, с обзиром на мултифакторску етиологију, повезан са присуством два или више наведених фактора ризика.

Табела 49. Преваленција фактора ризика код становника Шумадијског округа, 2000. и 2006. године

Фактори ризика	Преваленција(%)			
	Шумадијски округ		Република Србија	
	2000. година	2006. година	2000. година	2006. година
Пушење	69,0	57,8	40,5	33,6
Хипертензија	23,9	27,7	44,5	46,5
Алкохол	52,6	40,2	47,5	40,3
Гојазност	45,9	46,7	17,3	18,3
Физичка активност три пута недељно	17,1	38,7	13,7	25,7

У Шумадијском округу у 2006. години у односу на истраживање из 2000. године, смањена је преваленција пушења за 11,2%, конзумирање алкохола за 12,4%, док је физичка активност до 2-3 пута недељно повећана за 21,6%. Преваленција хипертензије је у периоду порасла за 3,8%, гојазности за 0,8% (Табела 49).

Током анализираног периода 1998-2008. година, водеће место имају болести система крвотока, са најнижим учешћем од 51,8% у 2001. години и највећим од учешћем 59,7% (2007. години).

Друго место у структури умирања заузимају малигни тумори и њихово учешће се повећало за 19,4% у последњој, у односу на почетну годину посматрања.

На трећем месту се налазе болести система за дисање које су у почетним годинама посматрања заузимале 4-6 место у рангу морталитета, са нижим учешћем за око 30%.

Болести система за варење у рангу морталитета заузимају четврто место, мада је њихов ранг у првих шест година варирао између 4 и 6 места, а учешће је било мање за око 63%.

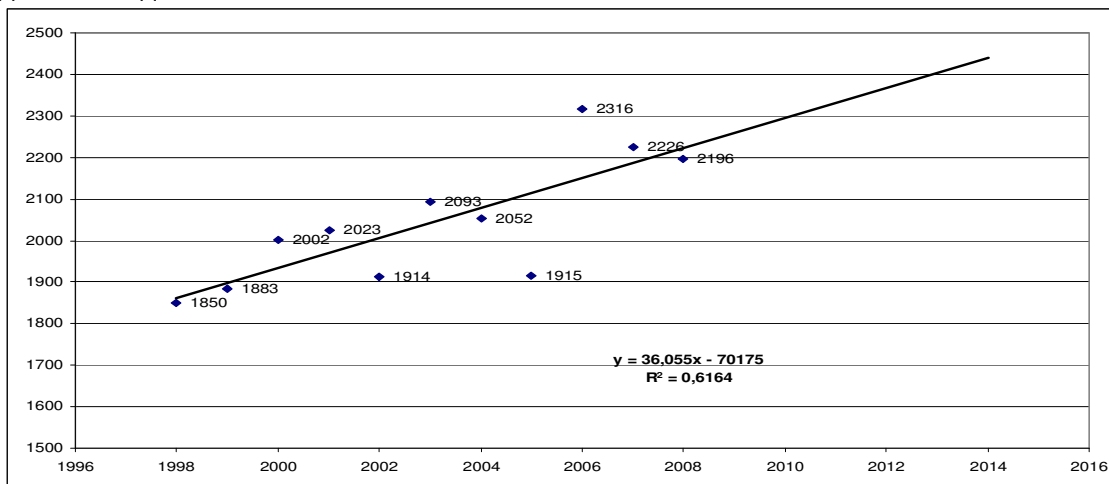
Повреде заузимају пето место и њихово учешће се током анализираног периода смањивало, са 5,30% (1998.) када су биле на трећем месту на 3,42% (2008.), односно пало је за 35% (табела 50).

Табела 50. Водећи узроци умирања на територији града Крагујевца у периоду 1998-2008.година

Година	Укупно умрло	Тумори			Болести система крвотока			Болести система за дисање			Болести система за варење			Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора		
		број	%	ранг	број	%	ранг	број	%	ранг	број	%	ранг	број	%	ранг
1998	1850	314	17,0	2	1018	55,0	1	66	3,6	4	58	3,1	5	98	5,3	3
1999	1883	368	19,5	2	998	53,0	1	59	3,1	4	57	3,0	5	95	5,0	3
2000	2002	347	17,3	2	1128	56,3	1	64	3,2	6	45	2,2	5	81	4,0	3
2001	2023	382	18,9	2	1048	51,8	1	69	3,4	5	73	3,6	4	95	4,7	3
2002	1914	366	19,1	2	1054	55,1	1	75	3,9	4	47	2,5	6	86	4,5	3
2003	2093	401	19,2	2	1143	54,6	1	78	3,7	3	55	2,6	6	73	3,5	4
2004	2052	379	18,5	2	1124	54,8	1	77	3,8	3	73	3,6	4	48	2,3	6
2005	1915	381	19,9	2	1051	54,9	1	81	4,2	3	76	4,0	4	54	2,8	6
2006	2316	447	19,3	2	1370	59,2	1	111	4,8	3	80	3,5	4	80	3,5	4
2007	2226	427	19,2	2	1329	59,7	1	105	4,7	3	82	3,7	4	74	3,3	5
2008	2196	445	20,3	2	1233	56,1	1	99	4,5	3	79	3,6	4	75	3,4	5

На основу пројекције броја умрлих од свих узрока на територији Града до 2014. године, може се закључити да ће доћи до даљег пораста умрлих за око 10%, ако се не предузму мере адекватног збрињавања (Графикон 37).

Графикон 37. Пројекција броја умрлих од свих узрока на територији града Крагујевца до 2014. године



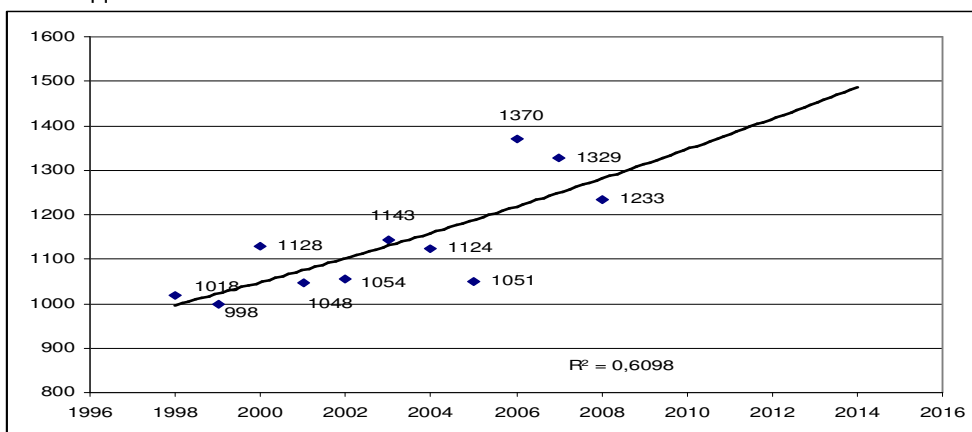
Болести срца и крвних судова

Болести срца и крвних судова (кардиоваскуларне болести) су по својој природи сложена, подмукла и дуготрајна. Међу факторима ризика за болести срца и крвних судова налазе се различите личне и друштвене навике, начин понашања и културално условљени фактори као што су пушење, неадекватна исхрана, недовољна физичка активност, алкохолизам, гојазност, злоупотреба контрацептива. Присутна основна обољења (артеријска хипертензија, хиперхолестеролемија, шећерна болест, анемија) у личној анамнези за последицу најчешће имају болести срца и крвних судова. Болести срца и крвних судова су хетерогене, међутим, у основи већине је атеросклероза као основни патофизиолошки процес.

Артеријска хипертензија сматра се једним од водећих фактора ризика у настанку артеросклеротских промена крвних судова срца, мозга, бубрега и периферних артерија.

Анализа кретања броја умрлих од болести срца и крвних судова на територији Града, са пројекцијом до 2014. године (Графикон 38), показује пораст броја умрлих у наредних 5 година за око 20% уколико се не предузму хитно мере превенције.

Графикон 38. Пројекција свих умрлих од КВБ на територији града Крагујевца до 2014.године



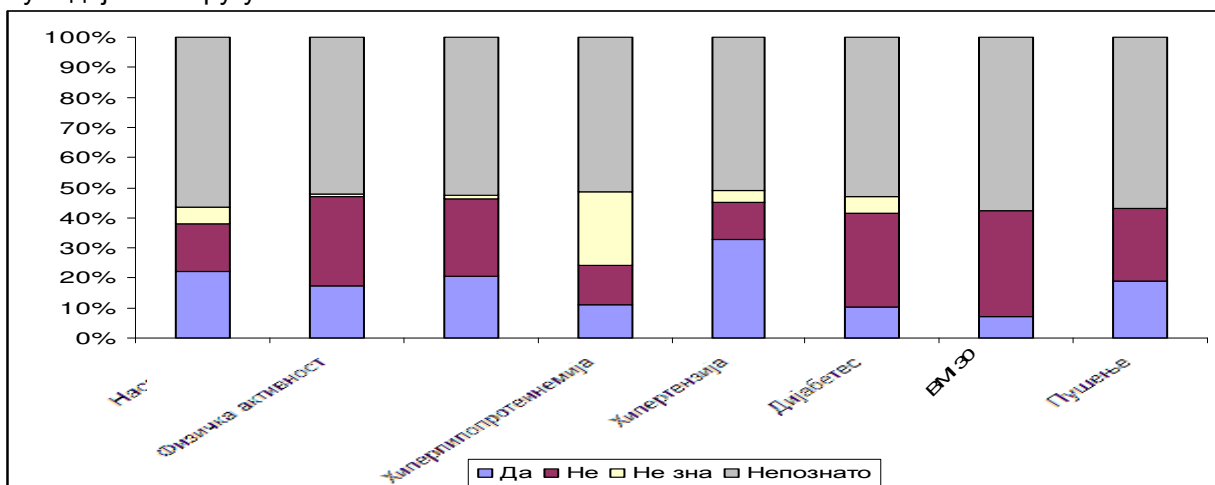
Исхемијске болести срца

Исхемијске болести срца су најчешћа обољења у групи кардиоваскуларних болести у многим земљама.

Према подацима Регистра за акутни коронарни синдром Института за јавно здравље Крагујевац, током 2006-2008.године регистровано је укупно 2351 оболелих. Узрасна дистрибуција оболелих од акутног коронарног синдрома показује да је преваленција била највећа у најстаријим узрасним групама.

Од укупно 2351 оболелих, било је мушкараца 1442 (336,72 на 100.000 становника) и 909 жена (202,52 на 100.000). Међу оболелима са акутним коронарним синдромом, просечно учешће мушког пола било је 64%, а женског пола - 36%.

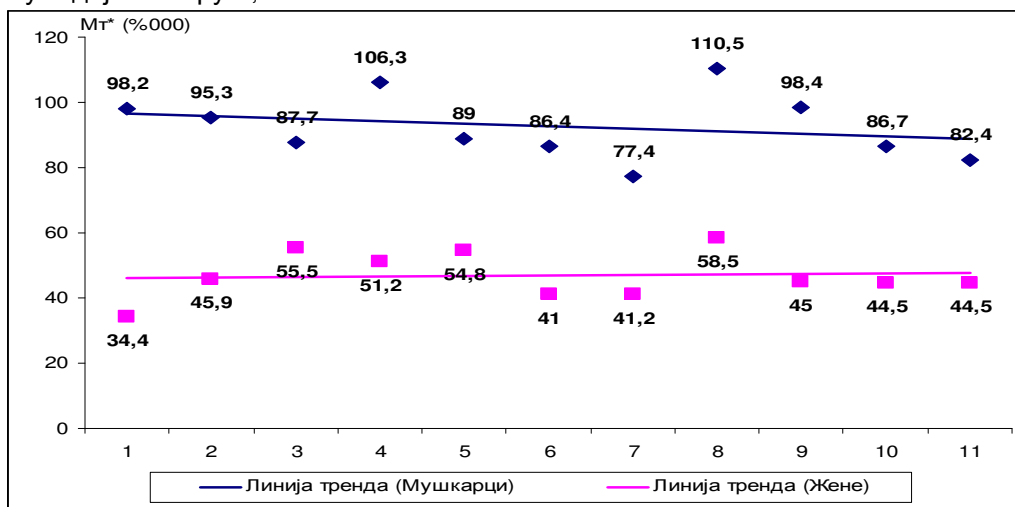
Графикон39.Преваленција фактора ризика код оболелих од акутног коронарног синдрома у Шумадијском округу



Међу исхемијским болестима срца, по учесталости на водећој позицији налази се акутни инфаркт миокарда. У једанаестогодишњем периоду посматрања (Графикон 40) на територији Шумадијског округа забележен је и тренд благог пада стопа морталитета од акутног инфаркта

миокарда код мушкараца (са 98/100.000 у 1998.години на 83/100.000 у 2008. години), док је код женског пола тренд пораста умирања био већи (са 34/100.000 у 1998 години на 44/100.000 у 2008. години).

Графикон 40. Морталитет од акутног инфаркта миокарда према полу на територији Шумадијског округа, 1998-2008

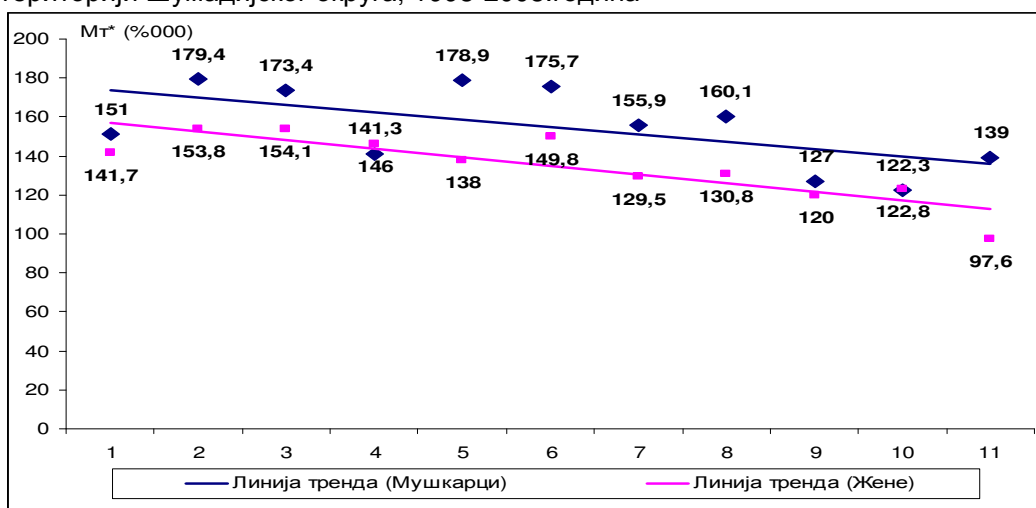


Болести крвних судова мозга

Болести крвних судова мозга представљају најчешћи узрок неуролошке онеспособљености у савременом свету. Појава болести крвних судова мозга означава прекид или скраћивање животног века, инвалидност, умањење духовне, социјалне и радне способности, са следственим урушавањем квалитета живота.

У периоду 1998-2008. година присутан је тренд пада морталитета од болести крвних судова мозга на територији Шумадијског округа код оба пола, са већим стопама морталитета код мушкараца (графикон 41).

Графикон 41. Морталитет од цереброваскуларних болести (I60-I69) према полу на територији Шумадијског округа, 1998-2008.година



Малигне болести

Светска здравствена организација сматра да је око 70% малигних обољења последица начина живота и дејства фактора средине. Различите врсте рака имају и различите факторе ризика. На неке се не може утицати, као што су узраст, раса или генетско наслеђе. Може се деловати на факторе ризика који су повезани са неким штетним деловањем у животној средини (хемијске материје, јонизујуће зрачење, професионална изложеност, инфективни агенси) и оне који су повезани са личним избором животних навика (пушење, пијење алкохолних пића, неправилна исхрана, репродуктивне функције и коришћење хормона). Пушење је, на пример, повезано са 10 различитих врста рака и 30% свих смрти због рака. Баш за оне локализације рака за које нема добрих метода за рано откривање (плућа) користе се комбиновани приступи у примарној превенцији: унапређење здравља, здравствено информисање становништва и законска подршка непушењу.

Пушењу се може приписати и већи проценат рака мокраћне бешике и панкреаса, као и мањи проценат рака бубрега, желуца, грлића материце, носне шупљине и мијелоидне леукемије.

Од 1999. до 2006. године уочен је већи пораст инциденције код мушкараца у односу на жене (графикон 42).

Код мушкараца је дошло до пораста од свих водећих локализација малигних тумора, осим од рака ларинкса. У односу на 1999. годину, у 2006. години стопе инциденције су порасле од малигних тумора простате за 48,9%, рака желуца за 45,7%, рака мокраћне бешике за 32,5%, рака плућа за 5,6% и рака колоне и ректума за 1,9% (Графикон 43).

Код жена у Шумадијском округу је малигни процес најчешће био локализован на дојци, грлићу материце, колону и ректуму, плућима, телу материце и јајницима.

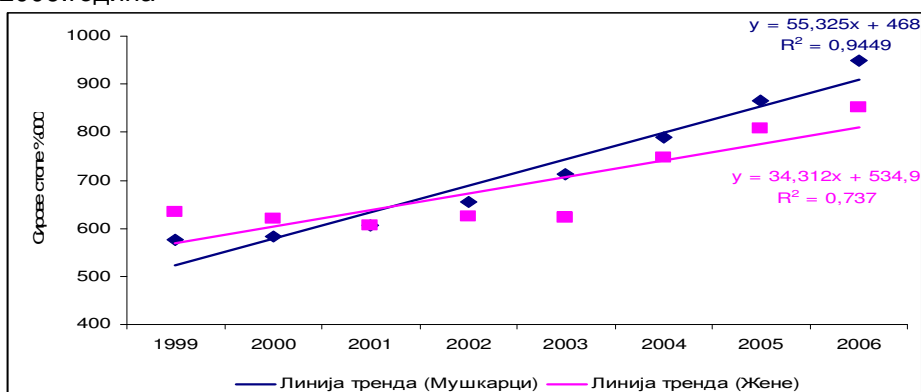
Уз извесне варијације у вредностима инциденције, забележен је пораст у оболевању жена од свих водећих локализација малигних тумора, осим од рака дојке, где је запажено смањење стопе инциденције за 7,6%. Стопе инциденције порасле су код малигних тумора јајника за 30,9%, рака грлића материце за 9,9%, рака тела материце за 6,3% и дебелог црева и ректума за 1,1% (Графикон 44).

И поред наведеног смањења инциденције рака дојке, уочене стопе новооболелих од ове малигне локализације код жена у Шумадијском округу и даље су међу највишима у Србији.

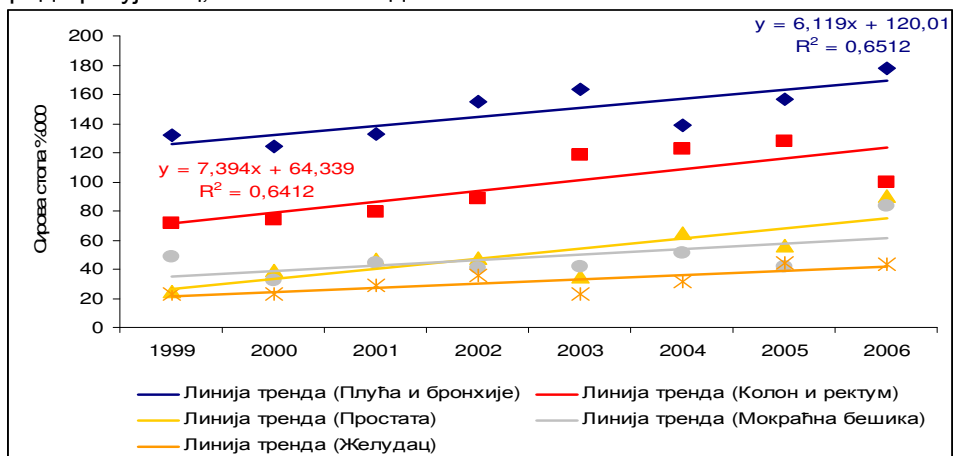
Табела 51. Број новооболелих случајева рака према полу, град Крагујевац и Шумадијски округ, 1999-2006.година

Година	Град Крагујевац			Шумадијски округ		
	Укупно новооболели	Мушкарци	Жене	Укупно новооболели	Мушкарци	Жене
1999.	1071	498	573	1274	629	645
2000.	1060	502	558	1419	716	703
2001.	1066	521	545	1397	720	677
2002.	1124	562	562	1415	724	691
2003.	1169	611	558	1457	762	695
2004.	1344	675	669	1573	796	777
2005.	1466	741	725	1689	862	827
2006.	1573	811	762	1723	879	844
ПЕРИОД	9873	4921	4952	11947	6088	5859

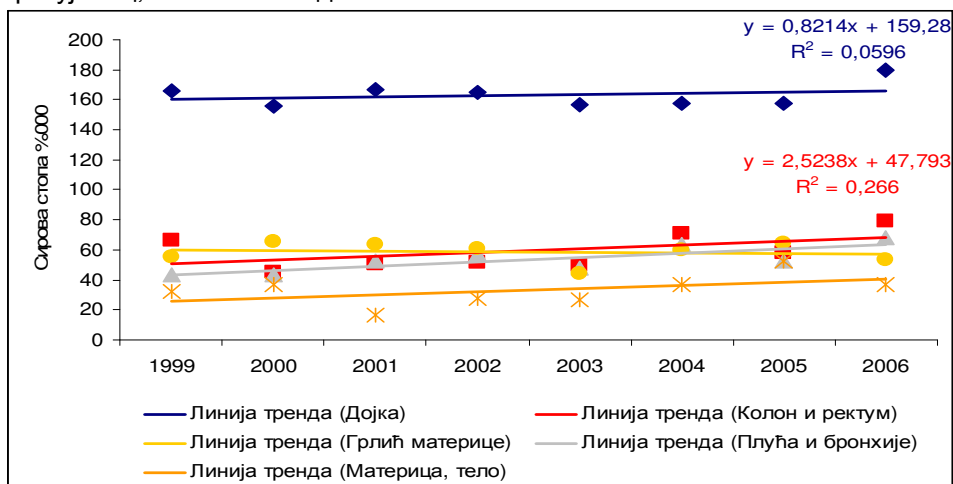
Графикон 42. Инциденција малигних тумора према полу, град Крагујевац, 1999-2006. година



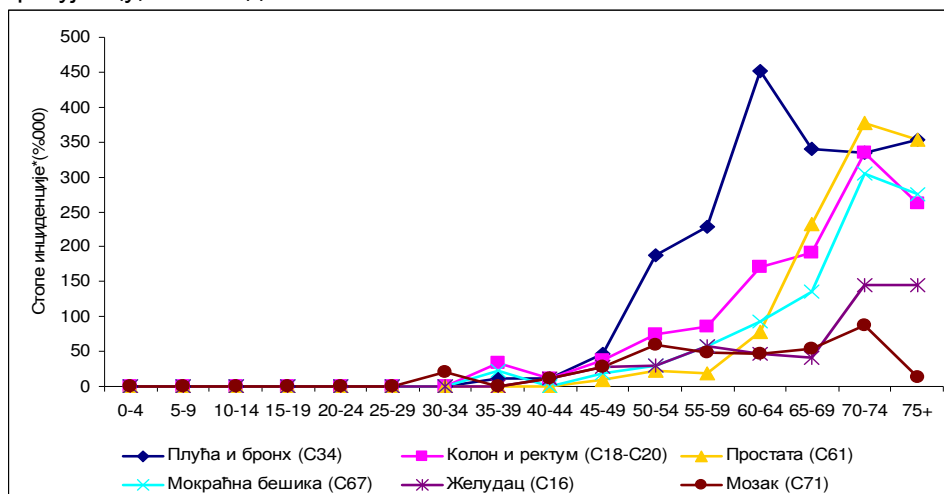
Графикон 43. Водеће локализације у оболевању од малигних тумора код мушкарца, град Крагујевац, 1999-2006. година



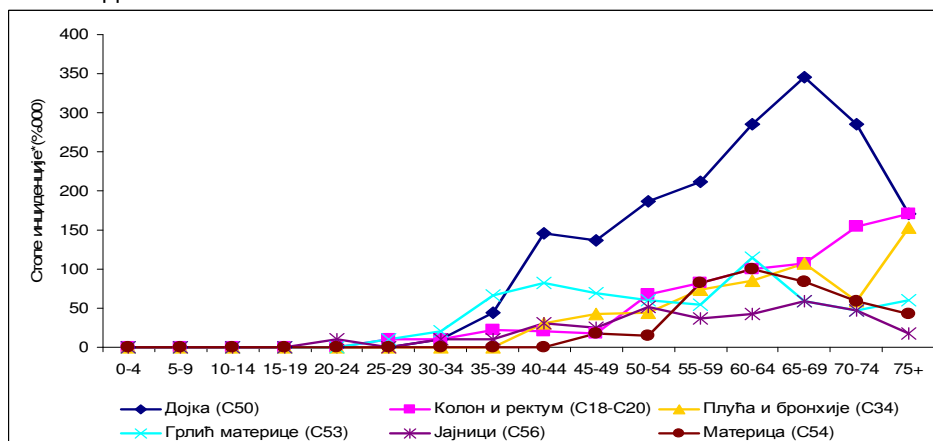
Графикон 44. Водеће локализације у оболевању од малигних тумора код жена, град Крагујевац, 1999-2006. година



Графикон 45. Узрасно-специфичне стопе инциденције мушкараца од рака у граду Крагујевцу, 2006. година



Графикон 46. Узрасно-специфичне стопе инциденције жена од рака у граду Крагујевцу, 2006. година

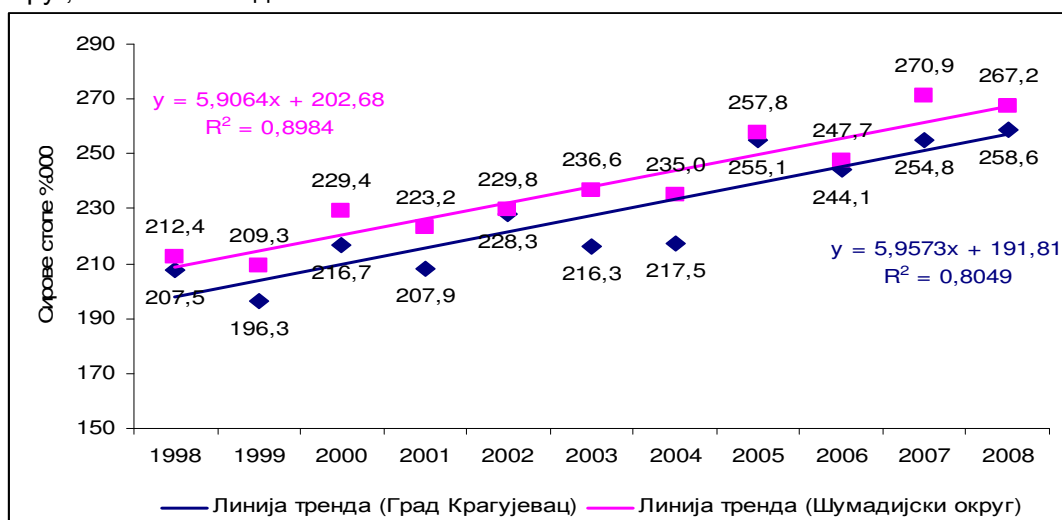


Према подацима прикупљеним у Институту за јавно здравље Крагујевац, на основу ДЕМ-2 листића, у периоду 1998-2008. године на територији града Крагујевца (Графикон 50 и Табела 52) евидентирана је 22.784 особа умрла од малигних неоплазми, или 19,3% случаја у структури укупног морталитета.

Табела 52. Учешће (%) малигних обољења у структури укупног mortalитета

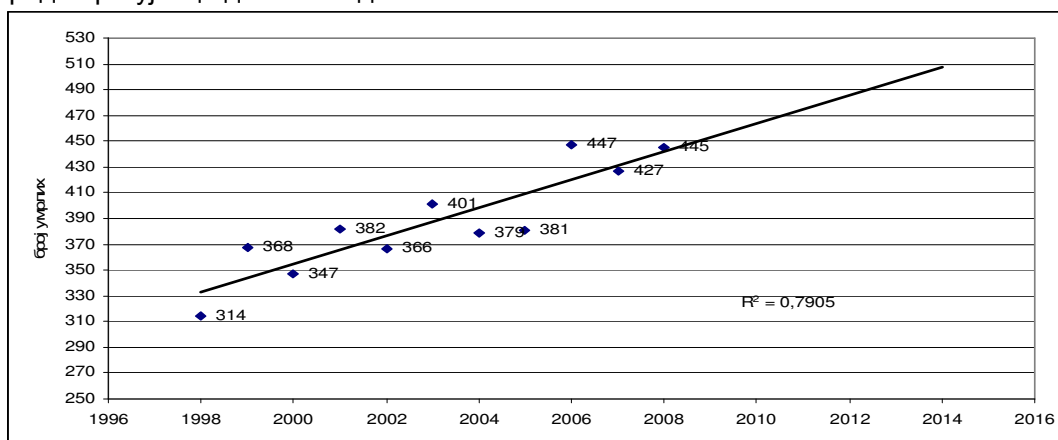
Година	Град Крагујевац			Шумадијски округ		
	Сви узроци смрти	C00-C97 број умрлих	%	Сви узроци смрти	C00-C97 број умрлих	%
1998.	1883	368	19,5	3725	645	17,3
1999.	2002	347	17,3	3961	633	16,0
2000.	2023	382	18,9	3967	689	17,4
2001.	1914	366	19,1	3800	667	17,6
2002.	2093	401	19,2	4059	684	16,9
2003.	2052	379	18,5	3999	697	17,4
2004.	1915	381	19,9	3871	694	17,9
2005.	2316	447	19,3	4320	749	17,3
2006.	2226	427	19,2	4072	718	17,6
2007.	2196	445	20,3	4159	792	19,0
2008.	2164	451	20,8	4058	777	19,1
ПЕРИОД	22784	4394	19,3	43991	7745	17,6

Графикон 47. Стопе mortalитета од малигних тумора, град Крагујевац и Шумадијски округ, 1999-2006. година



На основу пројекције тренда броја умрлих од свих малигних неоплазми на територији града Крагујевца до 2014. године (Графикон 48.), може се закључити да ће доћи до пораста mortalитета за око 13% ако се не предузму хитне мере у циљу раног откривања и благовременог лечења оболелих од малигнома.

Графикон 48. Пројекција броја умрлих од свих малигних неоплазми на територији града Крагујевца до 2014.године



Дијабетес

Дијабетес мелитус (МКБ-10: E10-E14, O-24) је хетерогена група метаболичких болести које се карактеришу хроничном хипергликемијом насталом због дефекта у секрецији инсулина или дефекта у његовом дејству или услед постојања оба ова поремећаја. Поред поремећаја у метаболизму глукозе, у дијабетесу је поремећен метаболизам масти и протеина.

У циљу утврђивања јавноздравствених показатеља, успостављања ефикасних мера праћења и унапређења здравствене заштите особа са шећерном болешћу основан је на националном нивоу Регистар за дијабетес у Србији 2006. године.

Шећерна болест је озбиљно и подмукло обољење, које најчешће почиње неопажено и без симптома. Са годинама старости расте преваленција дијабетеса и процењује се да је половина оболелих старија од 65 година.

Фактори ризика за развој типа 2 шећерне болести су бројни. Осим генетских фактора, велику улогу имају: пол, порођајна тежина, полни хормони, исхрана, алкохол и пушење. Најважнијим ризичним чиниоцем сматра се физичка неактивност, удружена са гојазношћу. Промена начина живота има изузетан ефекат у смањењу броја новооболелих особа које имају поремећај шећера у крви, али немају развијен дијабетес.

Компликације шећерне болести су главни узрок смртности у оболелих. Водећи узрок смрти у особа са шећерном болешћу су болести срца и крвних судова. Ризик од настанка болести срца и крвних судова је 8 пута већи у особа са шећерном болешћу. Шећерна болест је и најчешћи фактор ризика за настанак можданог удара, посебно жена (5,4 пута већи ризик). Дијабетична ретинопатија значајан је узрок слепила, нефропатија најзначајнији узрок отказивања бубрега, а дијабетично стопало први је узрок ампутације доњих екстремитета и најзначајнији узрок инвалидности у оболелих.

Међународна федерација за дијабетес (International Diabetes Federation - IDF) и Светска здравствена организација (СЗО) процењују да данас у Републици Србији, без Косова и Метохије, од дијабетеса болује приближно 500.000 особа или 6,7% популације. У односу на особе са дијабетесом типа 1 број особа са дијабетесом типа 2 је многоструко већи (95%). При том, најмање половина особа са дијабетесом типа 2 нема постављену дијагнозу и не зна за своју болест.

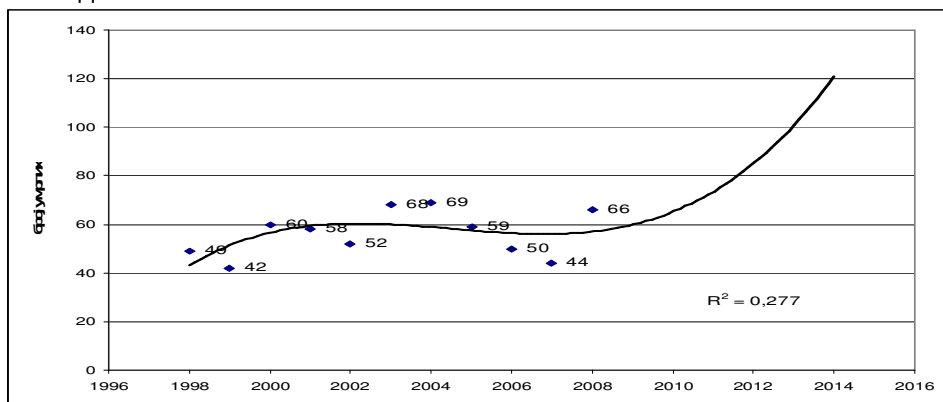
Према подацима Института за јавно здравље Крагујевац, на основу података из Регистра за дијабетес, у периоду од 2006. до 2008. године регистровано је 1833 новооткривених особа са шећерном болешћу, у примарној здравственој заштити на подручју Шумадијског округа, а на територији града Крагујевца 1365 (74%). Пад у броју новорегистрованих случајева (Табела 53) може се повезати са укидањем саветовалишта за дијабетес у примарној здравственој заштити.

Табела 53. Број новооболелих случајева дијабетеса, град Крагујевац, 2006-2008.година

Пол	2006	2007	2008
Мушки	288	190	184
Женски	306	201	196
Укупно	594	391	380

Поред регистрованог пада у броју оболелих као последица лошег пријављивања, долази до повећања смртности од дијабетеса на територији града Крагујевца (Графикон 49). Према пројекцији броја умрлих од шећерне болести на територији града Крагујевца до 2014. године очекује се скоро двоструки пораст броја умрлих уколико се хитно не предузму мере раног откривања и ефикасног лечења компликација, пре свега поновним успостављањем саветовалишта за дијабетес у оквирима примарне здравствене заштите .

Графикон 49. Пројекција броја умрлих од шећерне болести на територији града Крагујевца до 2014.године



Дијабетес је још увек најчешћи узрок слепила међу радно способном популацијом. Дијабетичари су 20-25% пацијената са терминалном бубрежном инсуфицијенцијом. Дијабетичари имају 15-20 пута већи ризик да доживе ампутације на стопалима. Атеросклеротичне васкуларне болести, посебно обољење коронарних артерија и мождани удар, основни су узроци смрти код око 70% дијабетичара. Процењује се да је животни век оболелих од типа 2 дијабетеса краћи за 8-10 година. Трудноћа жена са дијабетесом још увек релативно често има неповољан исход по плод.

Деца и адолесценти са дијабетесом представљају већи проблем за лечење и захтевају мултидисциплинарни тимски приступ. Подаци о инциденцији показују да се болест клинички манифестује око пете године, када је први врх и достиже максимум између десете и тринаесте године, у пубертету. Ово се може објаснити појавом хормона раста и полних хормона, који имају дејство супротно инсулину, те се код инсуфицијенције панкреаса клинички манифестује болест.

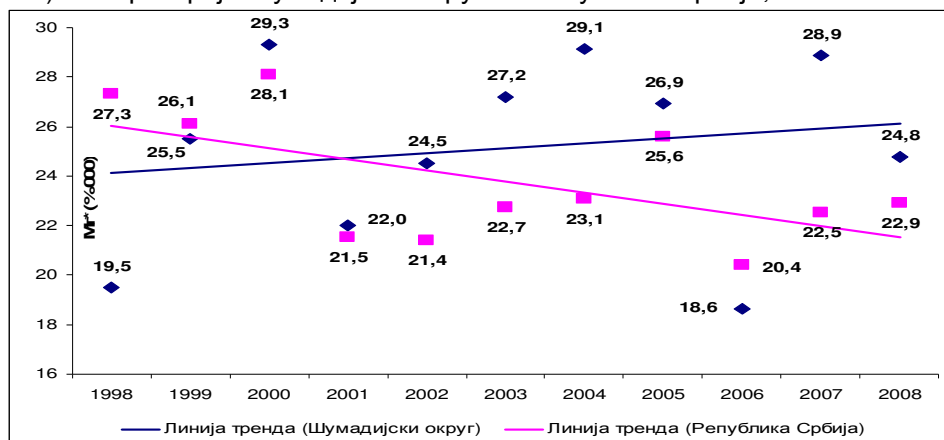
Хроничне незаразне респираторне болести

Групи хроничних незаразних респираторних болести – ХНРБ (МКБ-10: J42-J45) припадају хроничне опструктивне болест плућа - ХОБП (МКБ-10: J42-J44) и астма (МКБ-10: J45). Стопа морталитета од ХНРБ у Шумадији је порасла за 27%, од 19,5 на 100,000 становника у 1998. години до 24,8 у 2008. години (Графикон 56).

Стопе смртности од ХНРБ биле су веће код мушкараца у односу на жене. Пораст вредности стопе смртности од ХНРБ у наведеном периоду био је скоро двоструко израженији код жена (31%) у односу на мушкарце (16,2%)

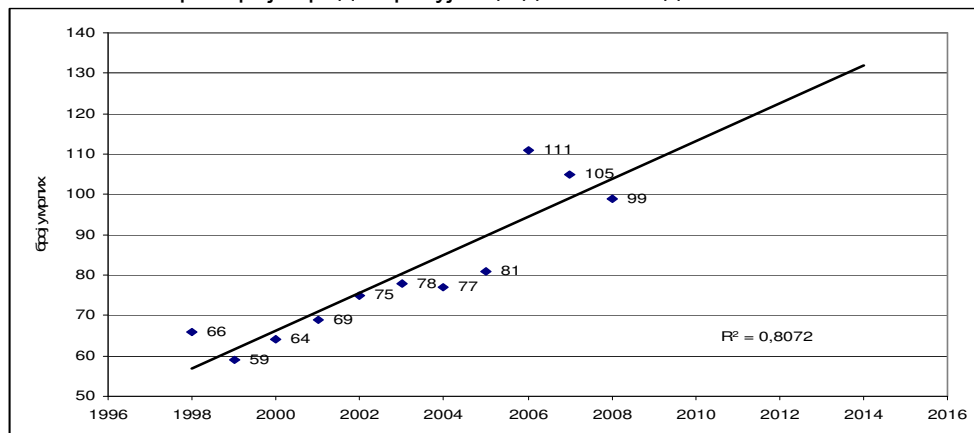
Анализом узрасно-специфичне стопе морталитета од хроничних незаразних респираторних болести уочавамо да је она највише (303,2 на 100,000 становника) у најстаријој узрасној групи 75 и више година, следе узрасне групе 70-74 године (118,8) и 65-69 година (104,3). Најниже вредности су у добној групи 40-44 године (5,5), док у млађим добним групама нису забележени смрти исходи.

Графикон 50. Морталитет од од хроничних незаразних респираторних болести (J42-J45) на територији Шумадијског округа и Републике Србије, 1998–2008. година



На основу пројекције броја умрлих од болести респираторног система на територији града Крагујевца до 2014. године (Графикон 51) може се закључити да ће доћи до пораста морталитета за око 30% уколико се хитно не предузму мере благовременог и адекватног лечења болесника са ХНРБ.

Графикон 51. Пројекција броја умрлих од хроничних незаразних респираторних болести на територији града Крагујевца до 2014. године

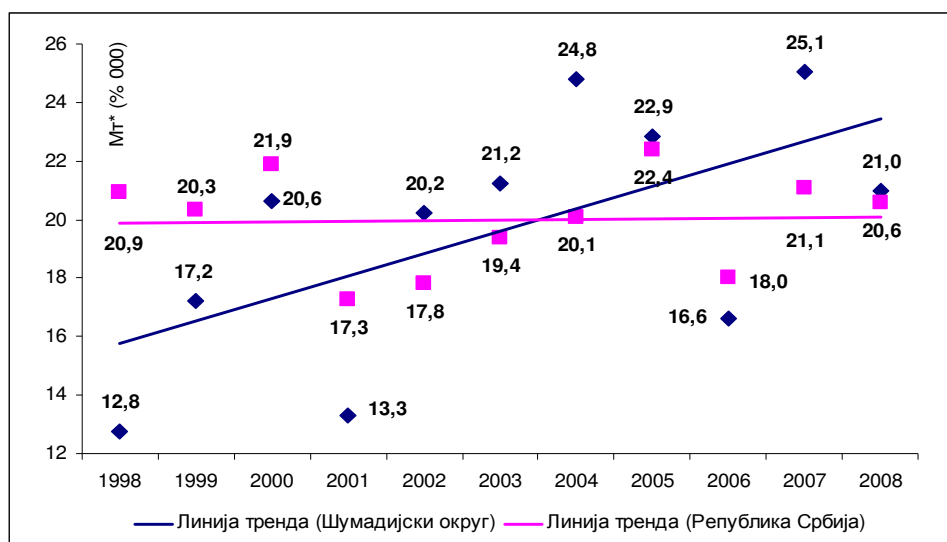


Хронична опструктивна болест плућа

Најчешће манифестације хроничне опструктивне болести плућа (ХОБП) су хронични бронхитис (МКБ-10:J42), емфизем плућа (МКБ-10:J43) и друге опструктивне хроничне болести (МКБ-10:J44). Фактори ризика су генетска предиспозиција, алергије, вирусне и гљивичне инфекције, као и фактори околине. ХОБП је последица савременог начина живота, узрокована пре свега пушењем (преко 90% оболелих су пушачи), али и свеprisутнијим аерозагађењем.

Стопа морталитета од ХОБП у Шумадијском округу порасла је за 61%, од 12,76 у 1998. години на 20,99 на 100.000 становника у 2008. (Графикон 52)

Графикон 52. Морталитет од од хроничних бронхитиса, емфизема и других хроничних обструктивних болести плућа (J42-J44), на територији Шумадијског округа и Републике Србије, 1998–2008. година

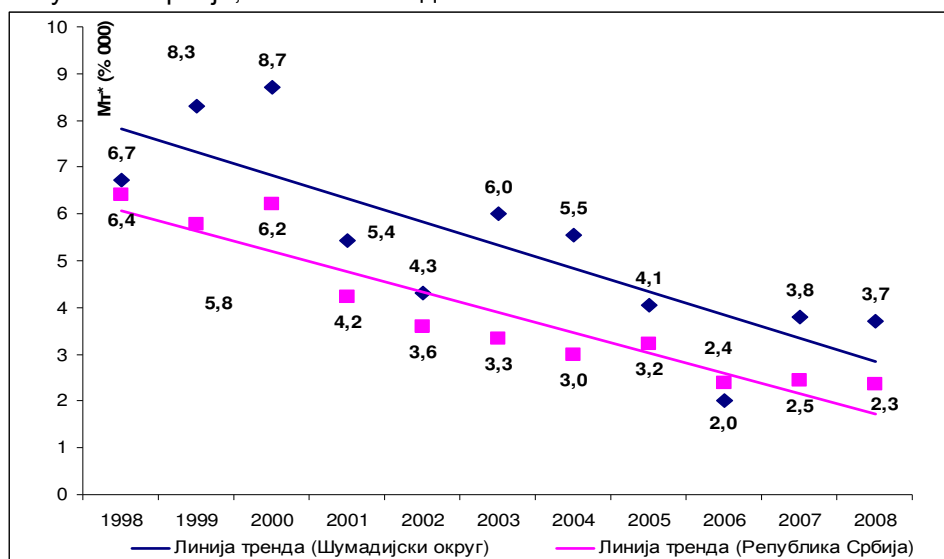


Астма

Астма је обољење које се испољава повременим, краћим или дужим нападима тешког дисања. Карактеришу је егзацербације, које су најчешће провоциране бројним алергенима, иритантима и вирусним инфекцијама.

У Шумадији у анализираном периоду стопа морталитета од астме опала је за 81%, од 6,7 на 100.000 становника у 1998. години на 3,7 у 2008. години (Графикон 53). У односу на пол, стопе смртности су веће код мушкараца у односу на жене. Велики пад у морталитету од астме се може повезати са побољшањем свих параметара квалитета ваздуха насталих након гасификације 2003. године.

Графикон 53. Морталитет од астме (J45) на територији Шумадијског округа и Републике Србије, 1998–2008.година



Поремећаји менталног здравља

Душевни поремећаји и поремећаји понашања

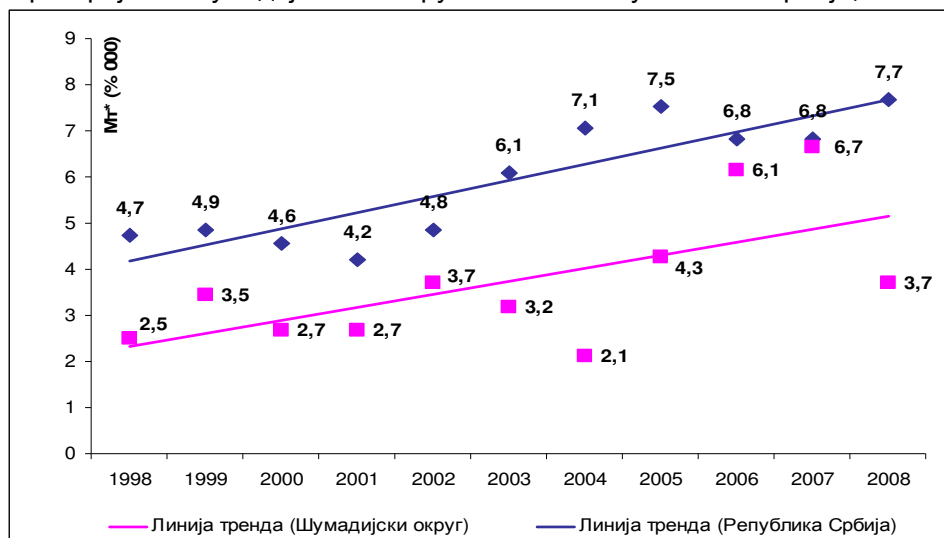
Светска здравствена организација (СЗО) дефинише ментално здравље као стање у коме особа реализује своје способности, може да се избори са уобичајеним стресним животним ситуацијама, без последица на њено функционисање и допринос заједници у којој живи. Душевни поремећаји и поремећаји понашања подразумевају клинички потврђене поремећаје здравља које карактеришу измене у мишљењу, расположењу и понашању које су праћене патњом и/или оштећеним функционисањем особе.

Чиниоци који су повезани са преваленцијом, појавом и током душевних поремећаја и поремећаја понашања су сиромаштво, пол, узраст, ратови и катастрофе, тешке соматске болести, као и породично и социјално окружење.

Кризне године у нашој средини, са бројним акутним и хроничним стресорима, неповољно су утицале на ментално здравље становништва. Интензиван акутни и хронични стрес, као и годинама акумулирана траума, засигурно су узроковали значајне психолошке последице, нарочито код вулнерабилних особа. У порасту је апсолутни број особа са депресивним, стресним и психосоматским поремећајима, а присутан је пораст броја зависника од алкохола и психоактивних супстанци.

Мушкарци чешће умиру од душевних поремећаја и поремећаја понашања у односу на жене. Тај однос се кретао од 13:1 (1998.године) до 3:1 (2008.године) у корист мушкараца.

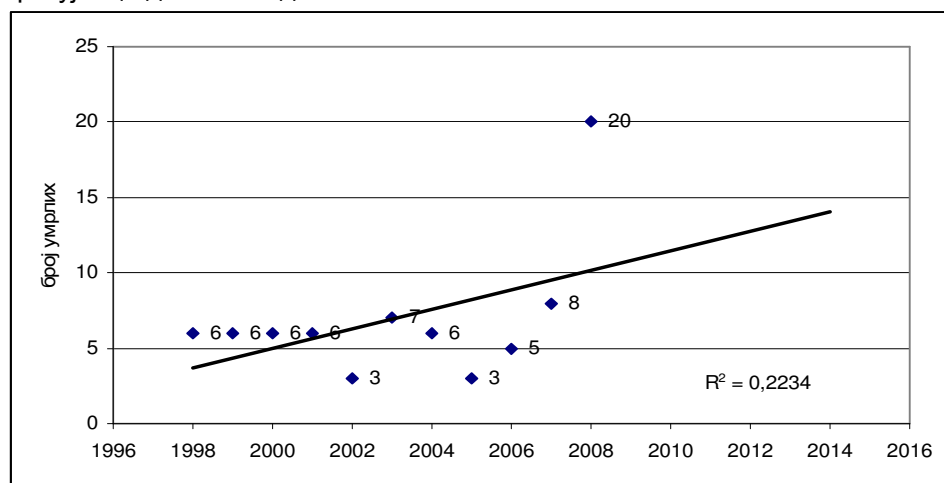
Графикон 54. Морталитет од душевних поремећаја и поремећаја понашања на територији Шумадијског округа и Републике Србије, 1998–2008. година



Анализом узрасно-специфичног морталитета од душевних поремећаја и поремећаја понашања, уочавамо да су стопе највише у настаријим добним групама: 33,7 на 100.000 становника у добној групи 75 и више година, 14 у групи 70-74 година, 12 у доби 50-54 година. У узрасним групама млађим од 50 година нису регистровани смрти случајеви од ове групе болести.

Изузимајући ексцесно повећан број умрлих 2008. године, пројекција броја умрлих код менталних поремећаја на територији града Крагујевца до 2014. године, (Графикон 55) показује да ће доћи до даљег повећања броја умрлих, у односу на период 1998-2007. година за око 40% уколико се не предузму мере примарне превенције на промоцији менталног здравља.

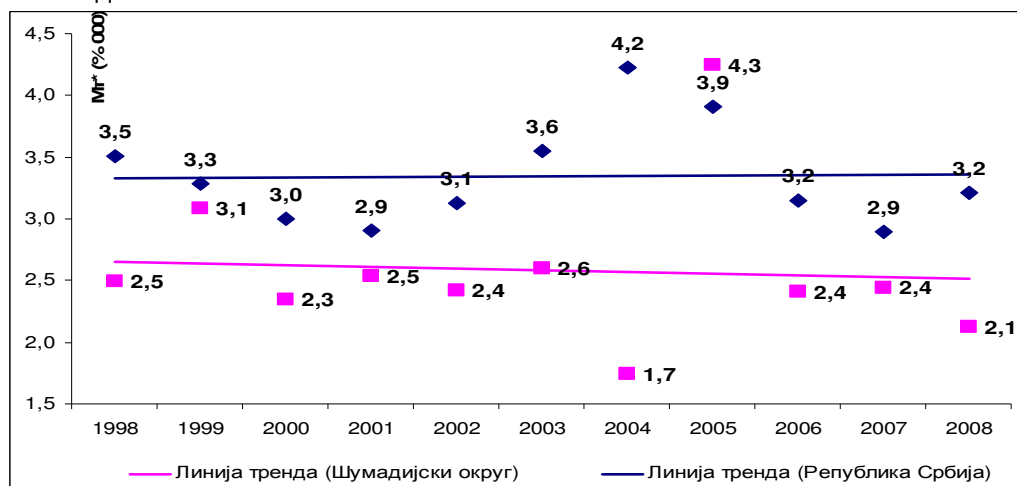
Графикон 55. Пројекција броја умрлих код менталних поремећаја на територији града Крагујевца до 2014. година.



Душевни поремећаји и поремећаји понашања узроковани употребом психоактивних супстанци

Стопа морталитета од душевних поремећаја и поремећаја понашања узрокованих употребом алкохола на територији Шумадијског округа је опала за 10,3% у 2008. године у односу на 1998. годину уз варијације по годинама посматрања (Графикон 56). Мушкарци су у просеку 13 пута више умирали.

Графикон 56. Морталитет од душевних поремећаја и поремећаја понашања узрокован употребом алкохола на територији Шумадијског округа и Републике Србије, 1998–2008. година



У морталитету од душевних поремећаја и поремећаја понашања, најчесталији су они изазвани употребом алкохола.

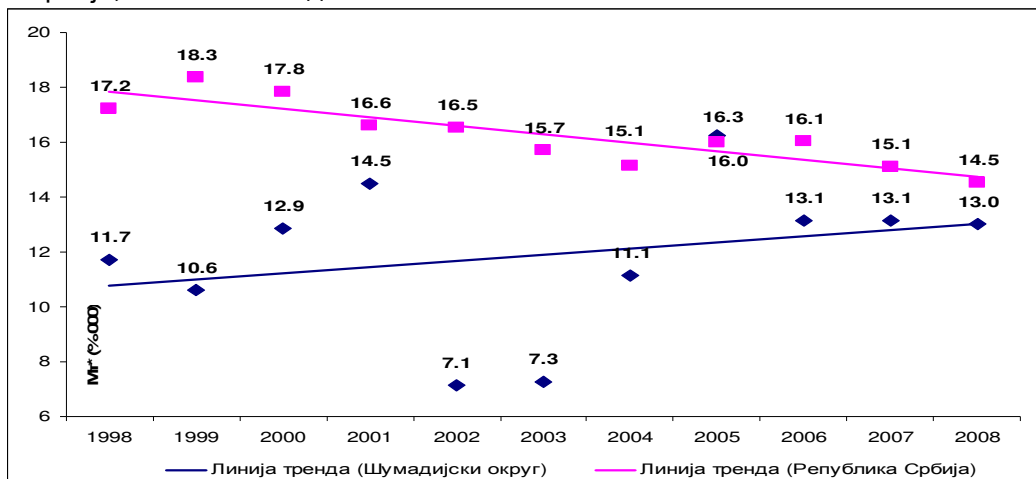
Самоубиства

Под самоубиством (МКБ:Х60–Х84) се подразумева свесно и намерно одузимање сопственог живота.

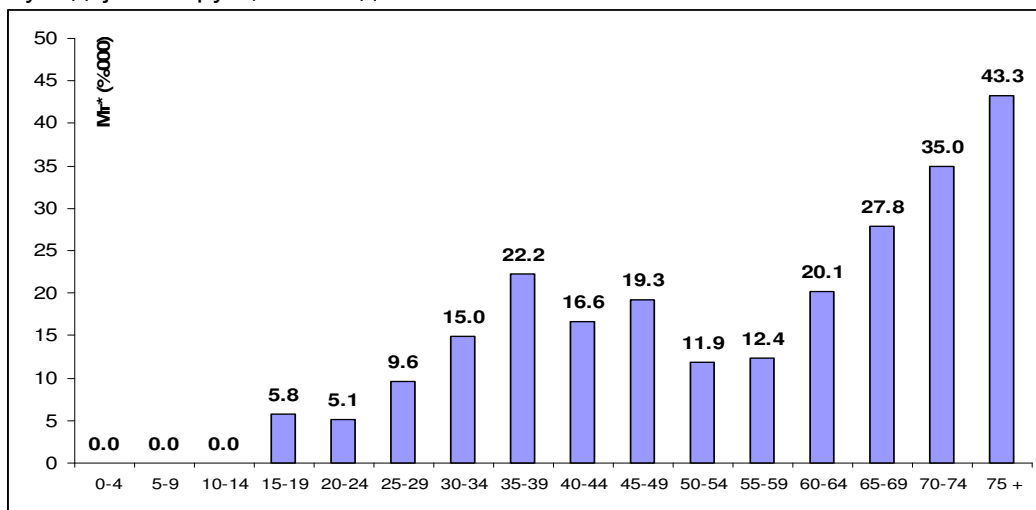
У Шумадијском округу током 2008. године самоубиство је као узрок смрти регистровано код 45 особа, што у просеку значи да се самоубиство дешава сваког осмог дана. Ако посматрамо почетну и завршну анализирану годину видимо да је дошло до пораста стопе самоубиства за 11,2% (Графикон 57).

Пораст стопа самоубиства од 23,6% уочен је током 2001. године, као и 38,7% током 2005. године, код особа оба пола, а вероватно је резултат кризних, ратних година и лошег социјално-економског стања, као и последица транзиције у којој се тада налазила наша земља. Нарочито је упадљив пораст стопа самоубиства код жена од 58,2%, током 2005. године у односу на почетну годину, када стопа самоубиства жена бележи највећу вредност у посматраном периоду (10,68). Стопе су знатно више код мушкараца у односу на жене, што је нарочито изражено у 2000. години где је тај однос 6:1 у корист мушкараца.

Графикон 57. Морталитет од самоубиства на територији Шумадијског округа и Р.Србије, 1998–2008. година



Графикон 58. Узрасно-специфичне стопе морталитета од самоубиства на територији Шумадијског округа, 2008. година



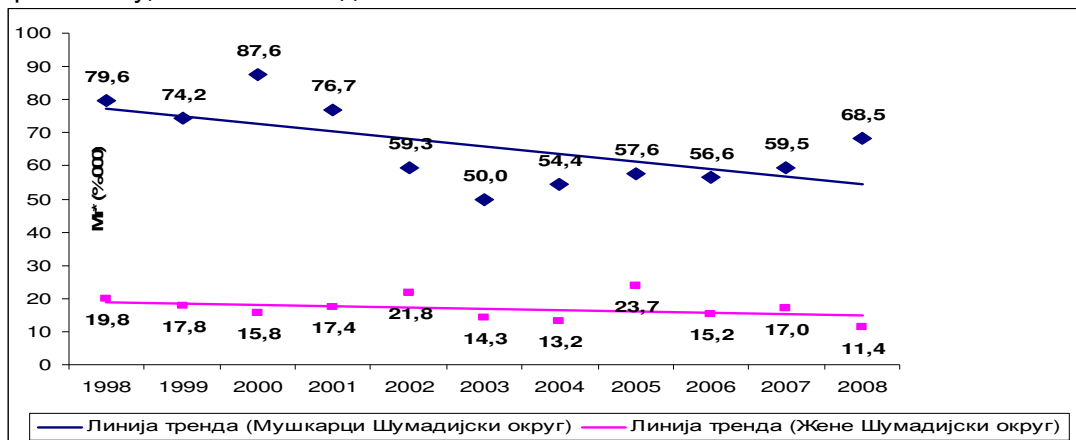
Повреде

Међу водећим узроцима смртности и онеспособљености, повреде (S00-T98) су високо рангиране. Ово је посебно случај у земљама које пролазе кроз демографску, епидемиолошку и социоекономску транзицију, где је у порасту стопа повређивања код становништва, без обзиром на начин повређивања.

Повреде су поремећаји здравља који настају као последица акутне изложености некој од различитих облика енергије: механичкој, топлотној, електричној, хемијској или радијационој, која својим интензитетом превазилази праг физиолошке толеранције. Повреде могу бити ненамерне (повреде настале у саобраћају, излагању топлоти, паду итд.) и намерне повреде, које су резултат насиља против себе или других.

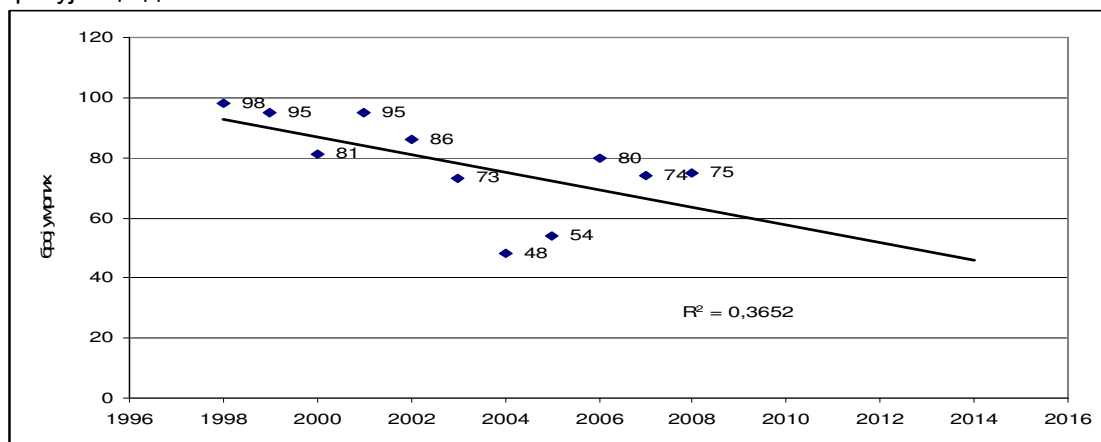
Код оба пола стопе mortalитета од повређивања су у опадању. Стопе су знатно више код мушкараца у односу на жене, што је нарочито изражено у завршној години посматрања, где је вредност ове стопе већа 6 пута код мушкараца, док је та разлика нешто мање изражена у завршној анализираној години где је тај однос 4:1.

Графикон 59. Морталитет од повреда и тровања на територији Шумадијског округа, према полу, 1998–2008. година



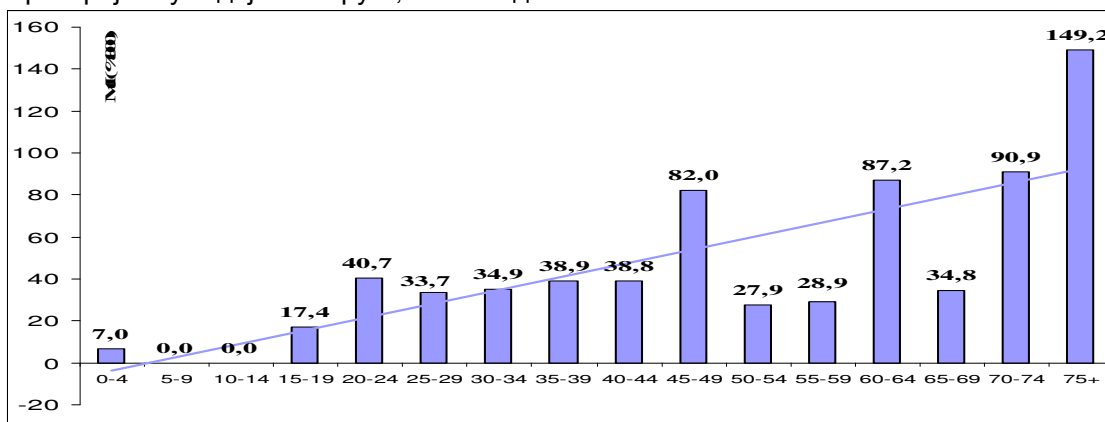
На основу пројекције броја умрлих код повреда и тровања на територији града Крагујевца до 2014. године може се закључити да ће доћи до даљег пада броја умрлих за око 75% (Графикон 60).

Графикон 60. Пројекција броја умрлих код повреда и тровања на територији града Крагујевца до 2014.г.



Највише стопе mortalитета од повреда и тровања заступљене су, као и и за већину хроничних незаразних болести, у најстаријим узрасним групама: 75 и више година (149,17 на 100.000 становника). Забрињавајућа је чињеница да у најмлађој добној групи 0-4 године стопа mortalитета има вредност 7,02, док у наредне две узрасне групе није регистрован ниједан смртни случај од повреда и тровања (Графикон 61).

Графикон 61. Узрасно-специфичне стопе mortalитета од повреда и тровања на територији Шумадијског округа, 2008. година



Повреде у друмском саобраћају

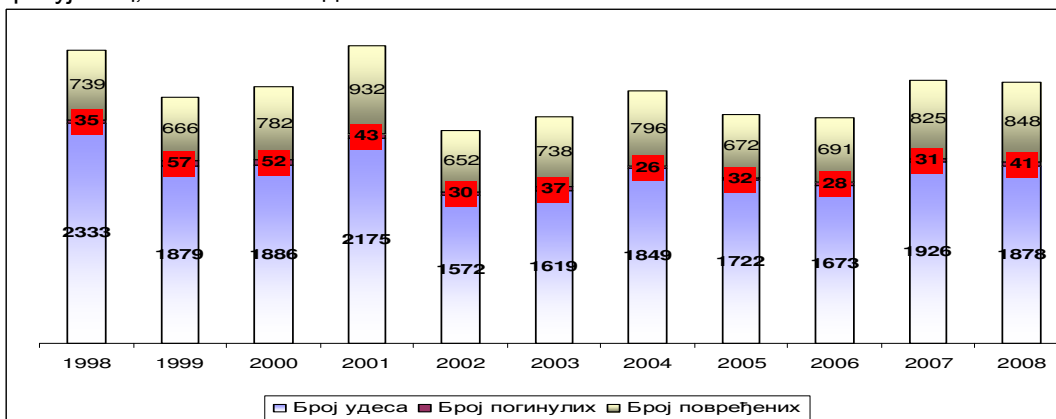
У земљама у развоју најчешће жртве саобраћајног трауматизма били су пешаци, бициклисти, деца и путници у јавном превозу, док се с друге стране у економски развијеним деловима света највише смртних исхода бележи међу возачима и пешацима.

Смртност као последица повреда насталих у друмском саобраћају углавном погађа млађу популацију. Приближно 50% погинулих особа је у узрасту од 15 до 44 година старости, при чему је ризик за мушкарце троструко већи у односу на жене.

На основу података Министарства унутрашњих послова – Полицијска управа Крагујевац, у периоду од 1998. до 2008. године број саобраћајних удеса варира (Графикон 62). Најмањи број саобраћајних удеса забележен је 2003. године (1619), а највећи 1998. године (2333). Најмањи број повређених у друмском саобраћају регистрован је 2002. године (652), а највећи 2001. године (932). Број погинулих у саобраћајним несрећама најмањи је 2004. године (26), а највећи 1999. године (57).

И поред значајних осцилација, произилази да су у последње две године саобраћајни удеси, повређивања и mortalитет у саобраћајним несрећама у порасту (Графикон 62).

Графикон 62. Број удеса, повређених и погинулих у друмском саобраћају, град Крагујевац, 1998-2008. година



Структура саобраћајних удеса није се битно мењала у анализираном периоду (Графикон 63). Доминирају судари моторних возила, затим следе превртање или слетање возила, обарање или гажење пешака и друго.

Графикон 63. Структура саобраћајних удеса, град Крагујевац, 2002-2008. година



ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

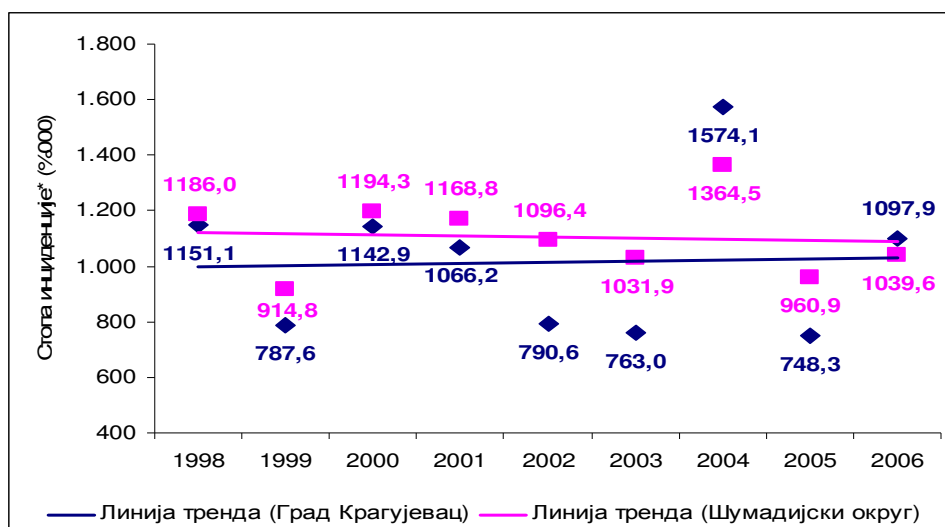
Кретање заразних болести

Од укупног броја пријављених заразних болести са територије Шумадијског округа на град Крагујевац се просечно односи око 80% (табела 54. и графикон 64.). Најнижа вредност инциденције од свих заразних болести у Крагујевцу је регистрована 2005. године (745,3 на 100.000 становника). Пад у броју пријављених случајева у 2005. години тумачи се изузимањем из пријављивања неких обољења по новом закону о Заштити становништва од заразних болести, као што су *Erysipelas*, *Herpes zoster*, свих паразитарних обољења изузев шуге, која су учествовала у значајном броју у укупном пријављивању претходних година. Током 2007. и 2008. године највише вредности инциденције у посматраном периоду нису биле резултат погоршане епидемиолошке ситуације већ последица измене законских прописа у 2004. години, односно увођења пријављивања појединих заразних болести збирним пријавама од 2006. године (посебно стрептококоза).

Табела 54. Кретање заразних болести у граду Крагујевцу и Шумадијском округу, 1998-2008. година

Година	Град Крагујевац		Шумадијски округ	
	Број оболелих	Инциденција	Број оболелих	Инциденција
1998.	2095	1151,1	3608	1186,0
1999.	1431	787,6	2767	914,8
2000.	2072	1142,9	3594	1194,3
2001.	1932	1066,2	3504	1168,8
2002.	1389	790,6	3273	1096,4
2003.	1337	763,0	3066	1031,9
2004.	2758	1574,1	4042	1364,5
2005.	1311	748,3	2837	960,9
2006.	1920	1097,9	3055	1039,6
2007.*	16838	9642,3	20331	6954,6
2008.*	44571	25558,8	45242	15557,5
ПЕРИОД	77654	4029,3	95319	2951,8

Графикон 64. Инциденција заразних болести у граду Крагујевцу и Шумадијском округу, 1998-2006.



Структура заразних болести

Од укупно 70 заразних болести, које према важећим законским прописима подлежу обавезном пријављивању, регистроване су 53 дијагнозе заразних болести у 2008. години. Све ове болести су, на основу епидемиолошких карактеристика, сврстане у седам група (Табела 55).

Табела 55. Структура заразних болести по групама у 2008. години, град Крагујевац

Група болести	Број оболелих	Инциденција	% учешће
Респираторне	44056	25263,5	98,8
Цревне	320	183,5	0,7
Сексуално преносиве	84	48,2	0,2
Паразитарне	73	41,9	0,2
Векторске	24	13,8	0,1
Остале	13	7,5	/
Зоонозе	1	0,6	/
УКУПНО	44571	25558,8	100

Група респираторних заразних болести током 2008. године доминира у патологији становништва града Крагујевца. Укупно је пријављено 44056 случајева обољења ове групе (Табела 54.), која у структури заразних болести учествује са 98,8%. Преко 93% припада групи стрептококоза.

Цревне заразне болести са 320 пријављених случајева обољења, налазе се на другом месту и чине 0,7% регистрованих случајева заразних болести у 2008. години. Највеће учешће имају алиментарне интоксикације (49,7%) и бактеријске инфекције (32,5%), тако да 82,2% цревних заразних болести није имало бактериолошку потврду.

Учешће паразитарних болести, групе осталих заразних болести и полних болести је износило 0,2%.

Групу векторских заразних болести представља Лајмска болест. Учешће ове групе је свега 0,1%.

Група зооноза се налази на последњем месту са учешћем од свега 0,01%. Упркос малом броју регистрованих случајева, због епидемиолошко-епизоотиолошких карактеристика, обољења ове групе имају посебан епидемиолошки значај.

Грип (Influenza)

Инфлуенца (грип) је акутна респираторна болест са симптомима од стране горњег и/или доњег дела респираторног тракта и изазвана је инфлуенца вирусом, најчешће типа А или Б.

Табела 56. Број оболелих од инфлуенце на територији града Крагујевца

Година		1998.	1999.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.
Influenza	оболели	5224	1543	3936	2408	434	4782	/	1182	443	904	1742
	Ин	2870,3	849,2	2171	1328,9	247,0	2723,9	/	674,7	253,3	517,7	998,9

Број оболелих од инфлуенце на територији Града Крагујевца (Табела 56), кретао се од 434 (2002. година) до 5224 (1998. година), што је давало слику уобичајене активности вируса, без великих сезонских епидемија када оболева 10-20% популације.

HIV инфекција/AIDS

У граду Крагујевцу је у периоду од 1998-2008. године, регистровано 15 лица оболелих од HIV болести од којих је 5 умрло (37,5%) (Табела 57). Преме путу преноса вируса, у периоду од 1987. до 2008. године доминира група интравенских наркомана (15 оболелих) и хетеросексуалци (5 оболелих). Код 9 лица је пут преноса остао непознат (Табела 58).

Табела 57. Инциденција и морталитет од AIDS-а, град Крагујевац, 1998-2008. година

Година	Број оболелих	Инциденција (%000)	Број умрлих	Морталитет (%000)
1998.	3	1,6	1	0,5
1999.	/	/	/	/
2000.	2	1,1	1	0,6
2001.	1	0,6	2	1,1
2002.	3	1,7	/	/
2003.	/	/	/	/
2004.	/	/	/	/
2005.	2	1,1	/	/
2006.	1	0,6	/	/
2007.	2	1,1	1	0,6
2008.	1	0,6	/	/

Табела 58. Број оболелих према трансмисивним групама у граду Крагујевцу, 1987-2008. година

ПОЛ	Број оболелих према трансмисивним групама				
	Интравенски наркоmani	Хомосексуалци	Хемофиличари	Хетеросексуалци	Непознато
Мушко	7	/	/	3	5
Женско	4	1	/	2	4
Укупно	11	1	/	5	9

Национална стратегија за борбу против HIV/AIDS-а усвојена од Владе Републике Србије у фебруару 2005. године, представља основни оквир за национално деловање у сврху превенције и контроле HIV епидемије у Србији у периоду 2005–2010. година. Њен основни циљ је превенција HIV инфекције и полно преносивих инфекција, као и обезбеђивање лечења и подршке особама које живе са HIV/AIDS-ом. У склопу имплементације друге генерације епидемиолошког надзора над HIV-ом, која је саставни део Система и плана за мониторинг и евалуацију националног одговора на HIV епидемију, планирана су понављана, стандардизована серопревалентна и/или бихевиорална истраживања у дефинисаним популационим групама под повећаним ризиком за HIV.

Табела 59. Ставови и знања одраслог становништва о начинима инфицирања ХИВ вирусом, на територији Шумадијског округа

Начин инфицирања ХИВ вирусом	Ставови и знања о начинима инфицирања ХИВ вирусом					
	Тачно		Нетачно		Не знам	
	2000.	2006.	2000.	2006.	2000.	2006.
Некоришћењем кондома при сексуалном контакту	60,5	56,7	5,4	7,6	34,0	35,7
Уједом комарца	13,9	9,5	35,4	33,9	50,7	56,6
Са мајке на дете током трудноће	51,0	56,5	3,5	1,5	45,5	42,0
Са мајке на дете током порођаја	43,6	49,0	3,3	1,8	53,1	49,1
Са мајке на дете путем млека	35,4	38,2	8,4	4,3	56,1	57,5

Епидемије

Епидемија заразне болести је пораст броја оболелих од заразне болести већи од уобичајеног у одређеној популацији и одређеном временском периоду.

У периоду 1998-2008. године у граду Крагујевцу су регистроване 62 епидемије са 862 оболела. Није било смртних случајева у епидемијама.

Табела 60. Епидемије заразних и паразитских болести према путевима ширења инфективног агенса у граду Крагујевцу, 1998-2008. година

[illegible]

Имунизација

У току 2008. године, као и претходних година (од 1998.) учешће вакцином превентабилних болести било је у укупном оболевању најниже (0,1%). Регистровано је одсуство дечје парализе од 1996. године. Од 1980. године није регистрован ни један случај дифтерије у Шумадијском округу. Одржано је одсуство случајева *Tetanus neonatorum*. Није пријављен ни један случај малих богиња од 2000.г. Број оболелих од *Parotitis* је у порасту без смртних исхода.

Број новооболелих од ТБЦ је варирао током последњих десет година, од 1999. године до 2003. године имао је тенденцију пораста (са 37 оболелих на 104), да би до 2008. године број оболелих пао на 36 (Табела 62).

Од туберкулозе је укупно умрло 14 лица у Крагујевцу (67% од свих умрлих на територији Шумадијског округа за посматрани период (Табела 63).

У Програм обавезних имунизација 2002. године уведена је имунизација против хепатитиса Б, а почела је да се спроводи 2005. године. Имунизација против обољења која изазива *Haemophilus influenzae* tip b уведена је Законом о заштити становништва од заразних болести из 2004. године.

Табела 61. Обухват имунизацијом против туберкулозе, град Крагујевац и Шумадијски округ, 1998-2008. година

Година	Град Крагујевац		Шумадијски округ	
	Број вакцинисаних	Обухват имунизацијом (%)	Број вакцинисаних	Обухват имунизацијом (%)
1998.	1630	99,7	2672	99,8
1999.	2295	98,8	2801	98,0
2000.	2399	100,0	2941	99,1
2001.	2622	100,0	3152	99,9
2002.	2880	100,0	3569	100
2003.	2596	100,0	3204	99
2004.	2608	95,0	3228	96,5
2005.	2451	94,0	3068	95
2006.	1790	96,2	2676	96,2
2007.	2079	96,0	2925	96
2008.	1602	97,0	2423	97

Табела 62. Кретање оболевања од туберкулозе, град Крагујевац, 1998-2008.

Година	Број новооболелих	Број ново- и старо-оболелих	Инциденција	Преваленција
1998.	37	94	20,3	51,6
1999.	37	67	20,4	36,9
2000.	43	75	23,7	41,4
2001.	65	90	35,9	49,7
2002.	99	99	56,3	56,3
2003.	104	156	59,3	89,0
2004.	58	80	33,1	45,7
2005.	63	65	36,0	37,1
2006.	42	51	24,0	29,2
2007.	45	57	25,8	32,6
2008.	36	42	20,6	24,1

Табела 63. Број умрлих и стопе mortalитета од туберкулозе на територији града Крагујевца и Шумадијског округа, 1998-2008. година

Година	Град Крагујевац		Шумадијски округ	
	Број умрлих	Стопа mortalитета	Број умрлих	Стопа mortalитета
1998.	/	/	/	/
1999.	/	/	3	0,9
2000.	2	1,1	1	0,3
2001.	/	/	/	/
2002.	/	/	1	0,3
2003.	6	3,4	7	2,3
2004.	/	/	1	0,3
2005.	2	1,1	2	0,7
2006.	1	0,6	1	0,3
2007.	1	0,6	1	0,3
2008.	2	1,1	4	1,3
Укупно:	14	0,7	21	0,6

Обухват вакцинације у граду Крагујевцу против морбила, заушака и рубеоле, као и против дифтерије, тетануса и великог кашља (Табела 64), у периоду 1998-2008. године је константно висок, изнад 95%, што се одразило и на кретање ових обољења. Последња два случаја морбила су регистрована 1999. године, пертусиса није било, а последњи случај рубеле је био 2005. Паротитис се одржава кроз мали број спорадичних случајева.

Табела 64. Обухват имунизацијом *Morbilla*, *Parotitis epidemica*, *Rubele*, *Difterije*, *Tetanus* и *Pertussis*.

Година	Град Крагујевац			Шумадијски округ		
	Обухват имунизацијом (%)					
	ДТП	ОПВ	ММР	ДТП	ОПВ	ММР
1998.	97	97	98	97	97	99
1999.	97	97	95	98	98	96
2000.	97	95	99	97	96	98
2001.	99	99	97	99	99	97
2002.	99,6	100	99	99	98	98
2003.	99	99	99	98	98	99
2004.	99	99	99,4	99,9	99,9	99,5
2005.	97	97	98	98	98	99
2006.	99,5	99,5	100	98,5	98,6	99,7
2007.	100	100	100	98	98	99
2008.	96	96	98	96	96	98

Морталитет од заразних болести

Од заразних болести у периоду 1998-2008. године у граду Крагујевцу је умрло 30 лица (56%) у односу на Шумадијски округ где су умрле 54 особе (табела 65).

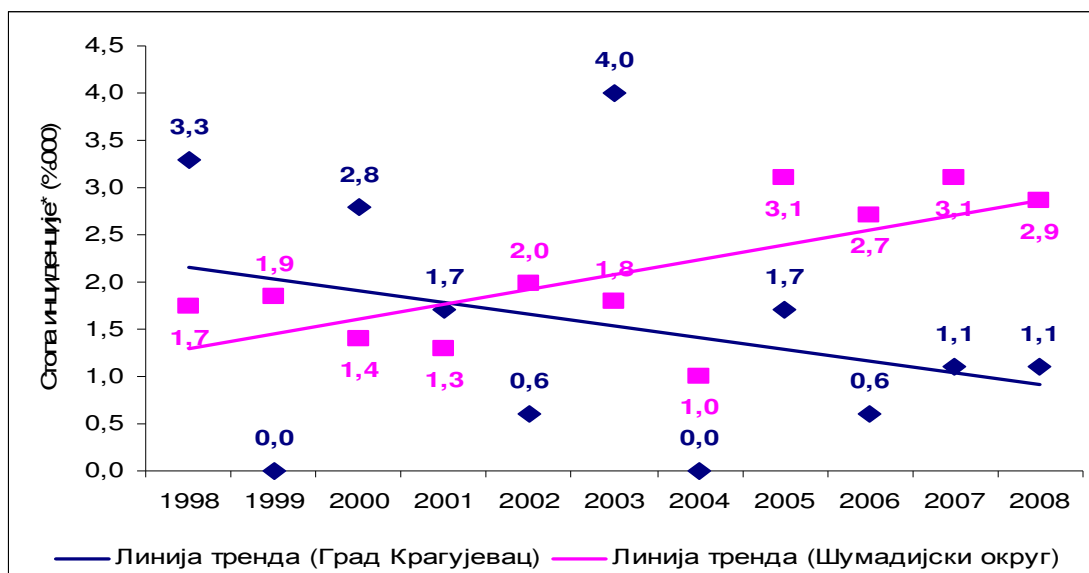
Водећи узроци смрти од заразних болести у посматраном периоду су: туберкулоза, HIV/AIDS, сепса и бактеријски менингитис.

Стопа mortalитета заразних болести (број умрлих на 100.000 становника) на територији града Крагујевца има тренд пада (са 3,3 у 1998. на 1,1 у 2008. години), док у Шумадијском округу показује пораст са 1,7 на 2,9 у 2008. години (Графикон 65)

Табела 65. Број умрлих и стопе морталитета од заразних болести, град Крагујевац и Шумадијски округ, 1998-2008. година

Година	Град Крагујевац		Шумадијски округ	
	Број умрлих	Стопе морталитета	Број умрлих	Стопе морталитета
1998.	6	3,3	8	2,6
1999.	/	/	7	2,2
2000.	5	2,8	9	2,9
2001.	3	1,7	3	1,0
2002.	1	0,6	3	1,0
2003.	7	4,0	10	3,3
2004.	/	/	1	0,3
2005.	3	1,7	5	1,7
2006.	1	0,6	1	0,3
2007.	2	1,1	3	1,0
2008.	2	1,1	4	1,3
Укупно за период	30	1,5	54	1,6

Графикон 65. Морталитет од заразних болести, град Крагујевац и Шумадијски округ, 1998-2008.



13. ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ СТАНОВНИШТВА

Здравствено стање деце Обезбеђеност и коришћење примарне здравствене заштите деце Главне карактеристике здравственог стања предшколске деце

Здравствену заштиту у службама за предшколску децу у 2009. години пружало је 19 доктора медицине-специјалиста. Однос здравствених радника средње и више медицинске струке и лекара је растао до 2003. године да би потом почео да опада и 2009. је био нижи него у 1999. години. Оптерећеност лекара, односно просечан број посета по лекару у посматраном периоду био је најмањи 1999. године. (Табела 66).

У службама за здравствену заштиту деце 2009. године остварено је 130.573 посета код лекара у ординацији за болесну децу.

У Саветовалишту за одојчад број посета у периоду од 1999. до 2009. године кретао се од 9327 у 1999. години до 12.594 колико је износио у 2009. години. У просеку је свако одојче у првој години остварило више од 6 посета, што је изнад планираног обима који износи 5 посета у току прве године живота (Табела 67).

Табела 66. Показатељи обезбеђености и оптерећености примарне здравствене заштите деце, на територији града Крагујевца, 1999-2009. година

Година	Број лекара	Проценат специјалиста од укупног броја лекара	Број здравствених радника са ВШС и ССС	Однос здравствених радника са ВШС и ССС и лекара	Просечан годишњи број посета по лекару
1999.	19	90	36	1,9	6626,7
2000.	20	90	35	1,8	7389,6
2001.	19	100	36	1,9	7921,2
2002.	18	100	35	1,9	8214,6
2003.	18	100	39	2,2	8061,1
2004.	19	100	34	1,8	7921,7
2005.	19	100	31	1,6	8542,4
2006.	19	100	32	1,7	8832,6
2007.	19	100	32	1,7	8714,3
2008.	20	100	31	1,6	8197,8
2009.	19	100	31	1,6	8698,4

Табела 67. Показатељи коришћења примарне здравствене заштите деце, на територији града Крагујевца, 1999-2008. година

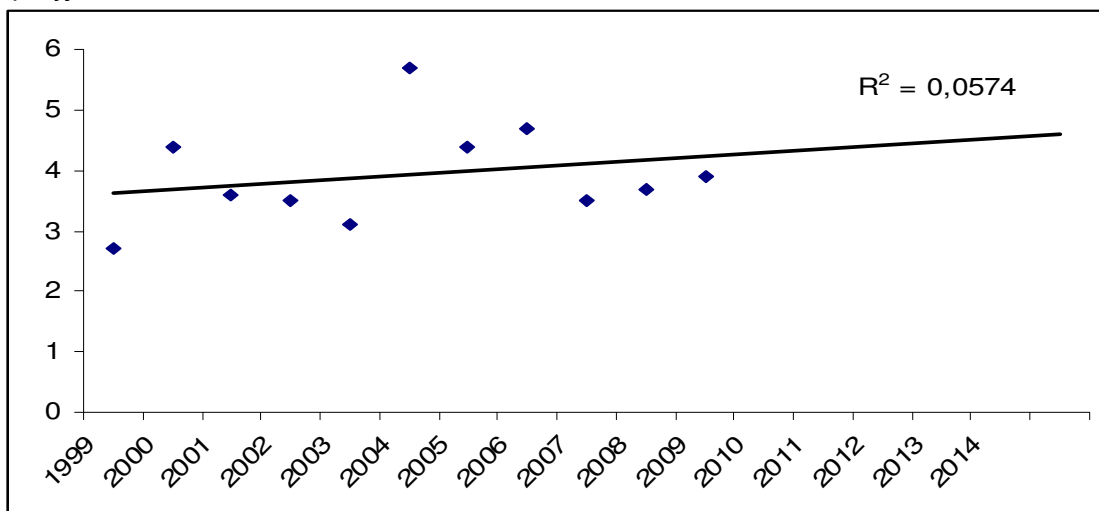
Година	Посете у ординацији код лекара			Посете у саветовалишту за одојчад		
	Укупан број посета код лекара у ординацији	% учешћа првих посета у укупним посетама код лекара у ординацији	Број првих посета у ординацији по детету	Укупан број посета одојчади код лекара у саветовалишту	% учешћа првих посета у укупним посетама одојчади у саветовалишту	Број посета у саветовалишту по одојчету
1999.	101574	65	5,4	9327	16,9	5,3
2000.	147791	53,4	6,5	11054	22,2	6,3
2001.	121362	66	6,6	11937	33,7	6,8
2002.	147862	52,3	6,4	11757	32,8	6,7
2003.	115460	58,9	9,5	11137	27,8	6,4
2004.	121515	52,1	5,2	11323	23,4	6,5
2005.	127307	48,6	5,1	12295	16,3	7
2006.	132099	58,7	6,4	14287	12	8,2
2007.	130062	32,5	3,5	14812	11	8,5
2008.	134070	10,8	1,2	13097	13,2	7,5
2009.	130573	10,5	1,1	12594	12,2	7,2

У службама за заштиту здравља предшколске деце на територији града Крагујевца укупан број регистрованих обољења и стања износио је 2009. године 85.287, а стопа оболевања 7028,8 на 1000 деце узраста 0 до 6 година (или 7 по детету), што је за 22,6% виша стопа него забележена 1999. године када је износила 5442,1 (или 5,4 по детету). У структури регистрованог ванболничког морбидитета код деце предшколског узраста на првом месту су биле болести система за дисање (X група МКБ-10) са сталним падом учешћа у морбидитету у току посматраног периода са 76,1% у 1999. години на 58,3% у 2009. години; (Табела 68).

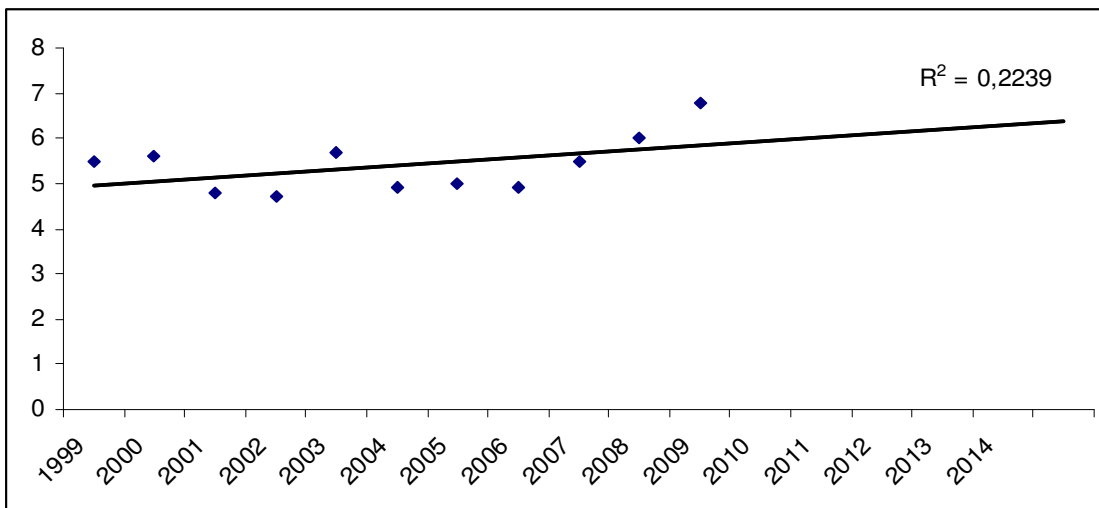
Табела 68. Регистрована обољења у примарној здравственој заштити деце, на територији града Крагујевца, 1999-2008. година

Године	Укупан број обољења	Стопа оболевања	Процентуално учешће најчешће регистрованих обољења у укупном броју обољења					
		на 1000 становника од 0-6 година	Болести система за дисање	Болести ува и мастоидног наставка	Фактори који утичу на здравствено стање и контакт здравствене службе	Болести коже и поткожног ткива	Заразне и паразитарне болести	Болести система за варење
1999.	66034	5442,1	76,1	5,5	3,7	4,8	2,7	1,5
2000.	76507	3106,3	72,7	5,6	3,8	5	4,4	1,9
2001.	81800	6741,4	73,4	4,8	5,2	4,9	3,6	2
2002.	75694	6238,2	71,9	4,7	5,1	5,1	3,5	2,6
2003.	69126	5696,9	71,7	5,7	5,4	4,9	3,1	2,1
2004.	64803	5340,6	65,9	4,9	6,3	5,9	5,7	3,4
2005.	62657	5163,8	67,4	5	6,6	5,8	4,4	2,8
2006.	77507	6387,6	58,4	4,9	16	5,3	4,7	2,7
2007.	78613	6478,7	65,7	5,5	7,9	6	3,5	2,9
2008.	88237	7271,9	64,4	6	9	4,9	3,7	3
2009.	85287	7028,8	58,3	6,8	13,5	5,1	3,9	2,6

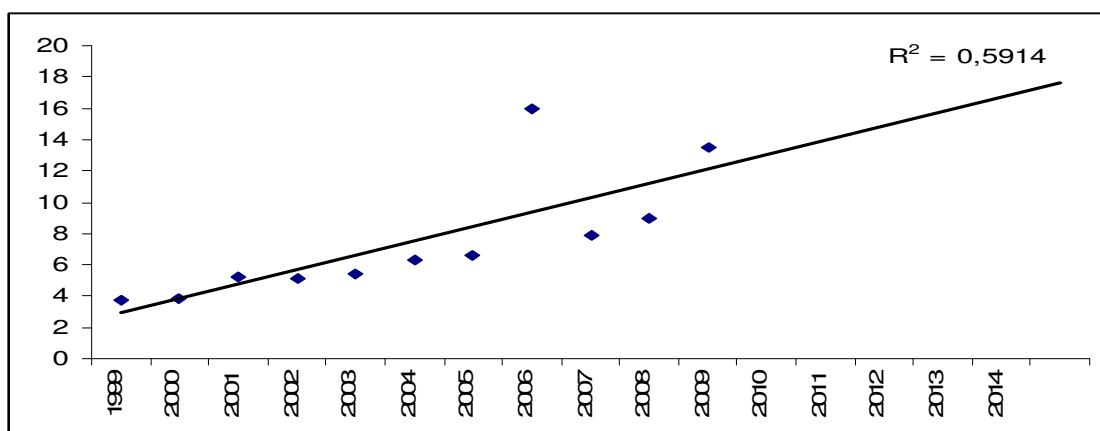
Графикон 66. Пројекција процентуалног учешћа заразних и паразитарних болести у укупном броју обољења у примарној здравственој заштити деце, на подручју града Крагујевца, 1999-2014.



Графикон 67. Пројекција процентуалног учешћа болести ува и мастоидног наставка у укупном броју обољења у примарној здравственој заштити деце, на подручју града Крагујевца, 1999-2014.

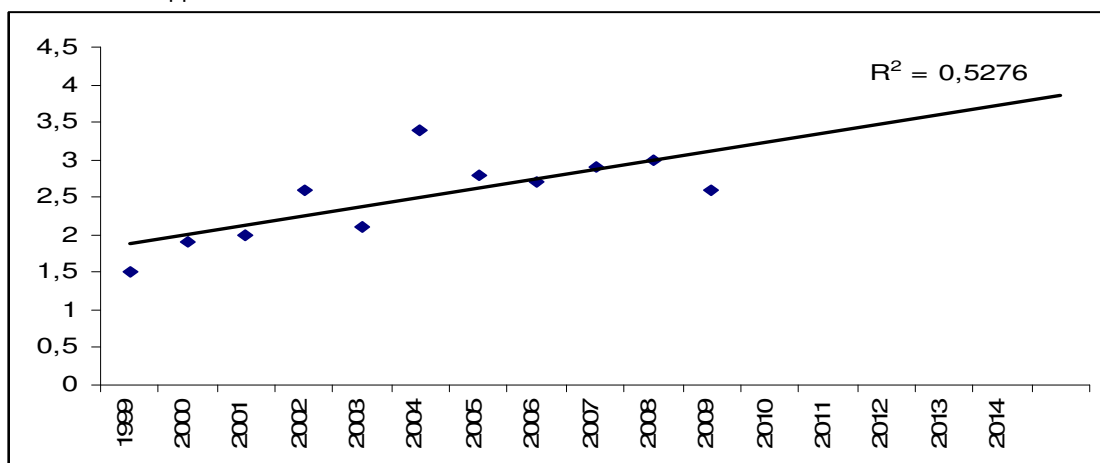


Графикон 68. Пројекција процентуалног учешћа фактора који утичу на здравствено стање и контакт здравствене службе у укупном броју обољења у примарној здравственој заштити деце, на територији града Крагујевца, 1999-2014. година



Пројекције процентуалног учешћа болести у примарној здравственој заштити деце, на територији града Крагујевца, 1999-2014. показују тренд даљег повећања код система за варење, заразних и паразитарних болести, болести ува и мастоидног наставка и фактора који утичу на здравствено стање и контакт здравствене службе.

Графикон 69. Пројекција процентуалног учешћа болести система за варење у укупном броју обољења у примарној здравственој заштити деце, на територији града Крагујевца, 1999-2014. година



Здравствено стање школске деце и адолесцената

Обезбеђеност и коришћење служби примарне здравствене заштите школске деце

На територији града Крагујевца у 2009. години здравствену заштиту школској деци и омладини пружало је 26 доктора медицине од чега је 20 доктора медицине специјалиста (76,9%) и 28 медицинских сестара-техничара. Проценат доктора медицине специјалиста је растао од 1999 до 2007. године, а од 2008. је у паду.

У службама за здравствену заштиту школске деце у 2009. години остварено је 127.824 посета, више него 1999. године када је тај број износио 111.461. Просечан годишњи број посета по лекару у посматраном периоду је у порасту и у 1999. години износио је 3401, а у 2009. години 5327. Током анализираних периода, учешће првих посета у

укупном броју посета кретало се од 72% у 1999. до 36,7% у 2008. години. Свако дете имало је у просеку 5,1 посета због болести или повреде (Табела 69).

Главне карактеристике здравственог стања школске деце

На територији града Крагујевца укупан број евидентираних обољења и стања школске деце и омладине у 2009. години износио је 91.961, а стопа оболевања 3734 на 1000 деце. У 2009. години у структури морбидитета на првом месту се налазе болести система за дисање (група Х МКБ-10) са учешћем од 49,2%. На другом месту се налазе фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом (група XXI МКБ-10) са 15,8%, затим следе болести коже и поткожног ткива (група XII МКБ-10) са 5,9%, повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (група XIX МКБ-10) са 4,3% и заразне и паразитарне болести (група I МКБ-10) са 2,4% (Табела 70).

Табела 69. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите школске деце, на територији града Крагујевца, 1999-2009. година

Година	Број лекара	Проценат специјалиста од укупног броја лекара	Број здравствених радника са ВШС и ССС	Однос здравствених радника са ВШС и ССС и лекара	Просечан годишњи број посета по лекару	Број посета по детету	Укупно посета код лекара у ординацији	% учешћа првих посета у укупним посетама код лекара у ординацији
1999.	35	37,1	32	0,9	3400,7	4,8	111461	66,6
2000.	36	36,1	29	0,8	3652,6	5,3	170319	82,1
2001.	34	55,9	30	0,9	4209,2	5,8	128552	81,9
2002.	33	54,5	29	0,9	3962,6	5,3	117200	70,7
2003.	32	56,2	32	1	3960,2	5,1	112068	58,6
2004.	30	70	33	1,1	3861,5	4,7	102130	56,2
2005.	27	77,8	34	1,3	4605,4	5	111137	52,1
2006.	26	80,8	33	1,3	4660,8	4,9	108370	52,7
2007.	26	80,8	33	1,3	4854,7	5,1	112590	40,2
2008.	26	77	32	1,2	5210,3	5,5	122113	21,9
2009.	26	76,9	28	1,1	5326,7	5,6	127824	21,2

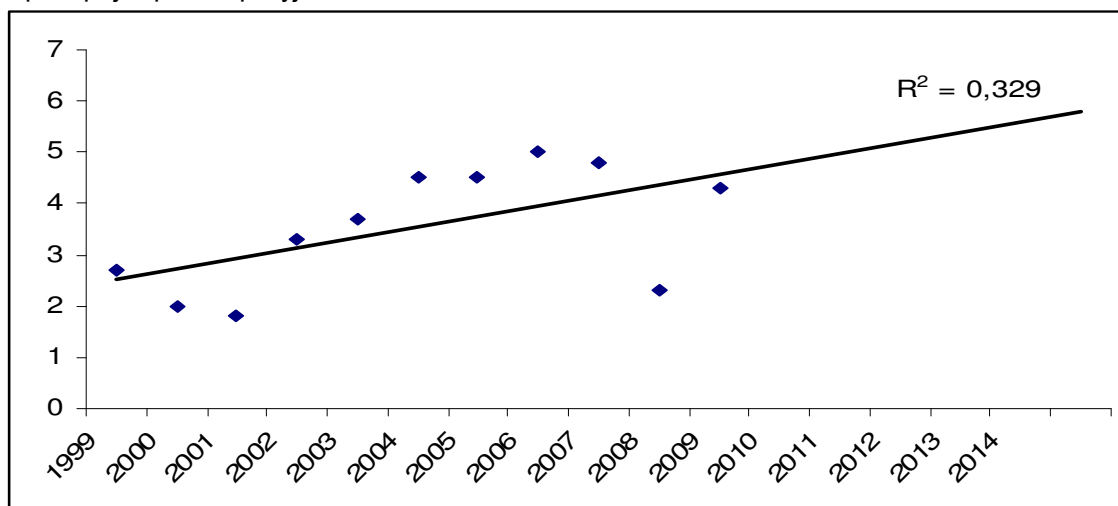
Табела 70. Регистрована обољења у примарној здравственој заштити деце, на територији града Крагујевца, 1999-2008. година

Године	Укупан број обољења	Стопа оболевања	Процентуално учешће најчешће регистрованих обољења у укупном броју обољења				
		на 1000 становника од 7-19 година	Болести система за дисање	Фактори који утичу на здравствено стање и контакт здравствене службе	Заразне и паразитарне болести	Болести коже и поткожног ткива	Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора
1999.	79432	3225	71	3,5	1,6	4,5	2,7

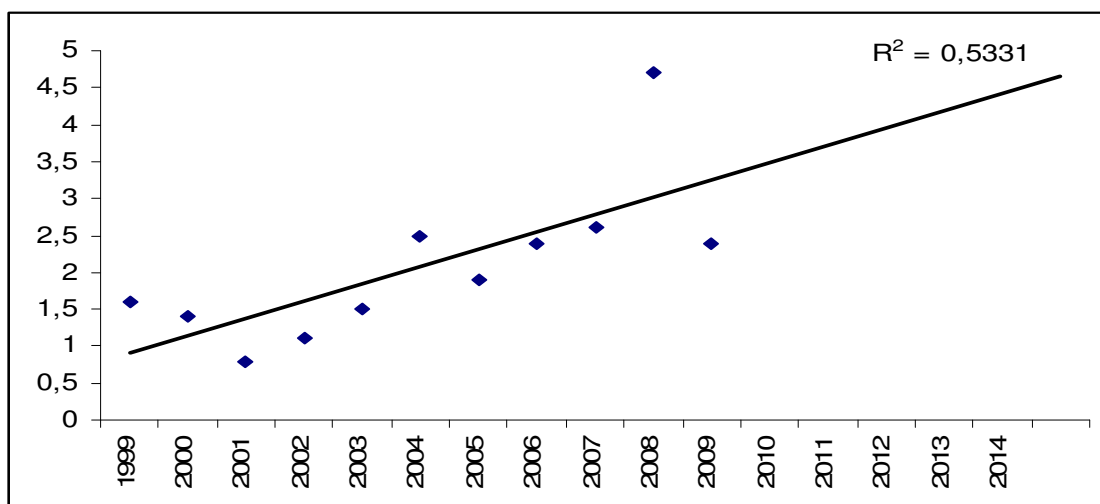
2000.	92351	3749	67,9	3,7	1,4	4,8	2
2001.	105886	4299	68,3	2,9	0,78	5	1,8
2002.	83262	3381	63,2	4,3	1,1	6,2	3,3
2003.	65806	2672	64,4	5,1	1,5	6,3	3,7
2004.	58075	2358	58,8	6,2	2,5	7,2	4,5
2005.	58440	2373	60,5	6,5	1,9	7	4,5
2006.	57149	2320	50,7	7,4	2,4	6,8	5
2007.	68581	2784	53,7	9,6	2,6	7	4,8
2008.	85728	3481	47,7	15,8	4,7	6,4	2,3
2009.	91961	3734	49,2	15,8	2,4	5,9	4,3

Пројекције процентуалног учешћа обољења у примарној здравственој заштити школске деце, на територији града Крагујевца, 1999-2014. показују транд повећања код заразних и паразитарних болести, повреда, тровања и последица деловања спољних фактора и фактора који утичу на здравствено стање и контакт здравствене службе у укупном броју обољења у примарној здравственој заштити школске деце (Графикон 70, 71и 72).

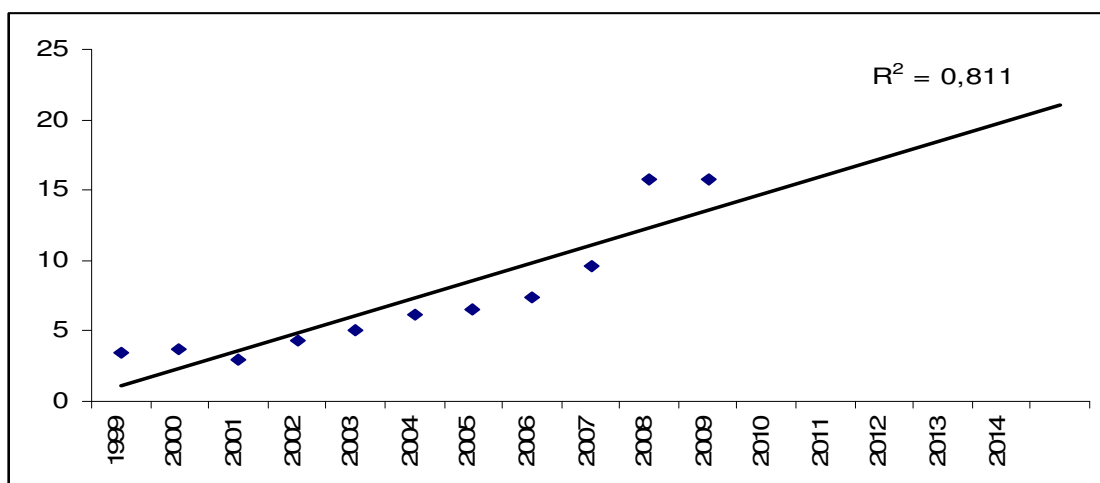
Графикон 70. Пројекција процентуалног учешћа заразних и паразитарних болести у укупном броју обољења у примарној здравственој заштити школске деце, на територији града Крагујевца, 1999-2014. година



Графикон 71. Пројекција процентуалног учешћа повреда, тровања и последица деловања спољних фактора у укупном броју обољења у примарној здравственој заштити школске деце, на територији града Крагујевца, 1999-2014. година



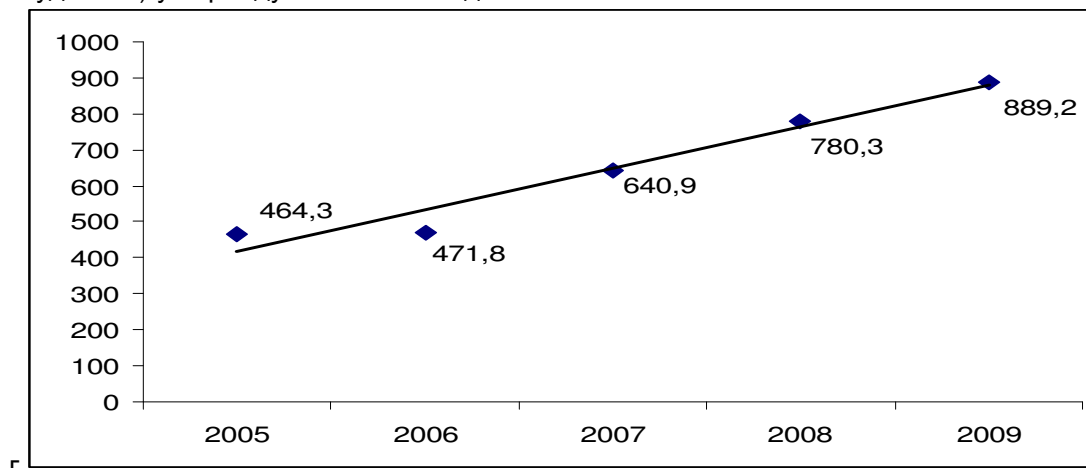
Графикон 72. Пројекција процентуалног учешћа фактора који утичу на здравствено стање и контакт здравствене службе у укупном броју обољења у примарној здравственој заштити школске деце, на територији града Крагујевца, 1999-2014. година



Здравствена заштита студената

У граду Крагујевцу у 2009. години студенти су били заступљени са 8% у укупној популацији. Стопе оболевања студената на територији града Крагујевца у посматраном периоду показују тренд раста (Графикон 73).

Графикон 73. Стопе оболевања студената на територији града Крагујевца (на 1000 студената) у периоду 2005-2009. година



У граду Крагујевцу укупан број евидентираних обољења и стања студената у 2009. години износио је 12.953 или мање од 1 обољења по студенту (Табела 71). Према редоследу обољења и стања, у структури морбидитета у посматраном периоду на првом месту се налазе болести система за дисање (група X МКБ-10) са учешћем од 47,5% у 2005. години до 36,7% у 2009. год.

На другом месту се налазе болести коже и поткожног ткива (група XII МКБ-10) са 11,4% у 2005. години до 9,9% у 2009. години. Следе фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом (група XXI МКБ-10), болести мокраћно-полног система и заразне и паразитарне болести (група I МКБ-10).

Табела 71. Регистрована обољења у примарној здравственој заштити студената, град Крагујевац, 2005-2009. година

Године	Укупан број обољења	Стопа оболевања на 1000 студената	Процентуално учешће најчешће регистрованих обољења у укупном броју обољења				
			Болест и система за дисање	Фактори који утичу на здравствено стање и контакт здравствене службе	Заразне и паразитарне болести	Болести коже и поткожног ткива	Болести мокраћно-полног система
2005.	6763	464,3	47,5	3,5	2,7	11,4	8,2
2006.	6873	471,8	40,5	18,6	3,5	11,3	8,7
2007.	9337	640,9	40,1	11,3	3,9	11,2	9,1
2008.	11366	780,3	33,9	10,3	3,7	11,2	9,3
2009.	12953	889,2	36,7	12,1	4,4	9,9	8,5

У граду Крагујевцу, здравствену заштиту студената на примарном нивоу обезбеђује служба за здравствену заштиту студената при Дому здравља Крагујевац. У 2009. години здравствену заштиту студентима пружало је 4 доктора медицине. У периоду од 2005. до 2009. године број лекара ангажованих на здравственој заштити студената је био уједначен. Ниво обезбеђености ове популације лекарима у периоду 2006-2009. година је износио 3642 студента, по једном лекару.

У Служби за здравствену заштиту студената у 2009. години остварено је 21.460 посета, што је више него 2005. године када је тај број износио 16.560. Током анализираних периода, учешће првих посета у укупном броју посета кретало се од 42,4% у 2005.години до 29% у 2009. години, што значи да је укупан број посета код лекара у ординацији растао у петогодишњем периоду (Табела 72).

Табела 72. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите студената, на територији града Крагујевца, 2005-2009. година

Година	Број лекара	Просечан годишњи број посета по лекару	Укупно посета код лекара у ординацији	Учешће првих посета у укупним посетама код лекара у ординацији (%)
2005.	5	3312	16560	42.4
2006.	4	4728	18914	41.3
2007.	4	4631	18524	40.0
2008.	4	4786	19146	30.5
2009.	4	5365	21460	29.0

Укупан број посета код гинеколога је растао у посматраном петогодишњем периоду тако да се повећао готово 3 пута у односу на прву годину посматрања. (Табела 73).

Табела 73. Показатељи коришћења примарне здравствене заштите студената женског пола, на територији града Крагујевца, 2005-2009. година

Године	Број гинеколога	Укупан број посета код гинеколога у ординацији	Просечан годишњи број посета по гинекологу	Учешће првих посета у укупним посетама код гинеколога у ординацији (%)
2005.	1	3984	3984	36,9%
2006.	1	7567	7567	59,8%
2007.	1	7176	7176	53,2%
2008.	1	4505	4505	60,4%
2009.	2	11164	5582	22,7%

Здравствено стање одраслог становништва

Овој популационој групи припада целокупно становништво старије од 19 година. Здравствено стање одраслог становништва карактерише разноврстан морбидитет. У граду Крагујевцу, одрасло становништво, односно становништво старије од 19 година је учествовало са 80,3% у укупном становништву.

Обезбеђеност-коришћење примарне здравствене заштите одраслог становништва

У граду Крагујевцу, здравствену заштиту у служби опште медицине у 2009. години пружао је 81 доктор медицине. Од тог броја 29 или 35,8% доктора медицине су били специјалисти. Проценат доктора медицине специјалиста од укупног броја доктора медицине бележио је стални пораст од 1999. до 2001. године, а тада је дошло до његовог смањења. Однос броја лекара и здравствених радника са вишом и средњом

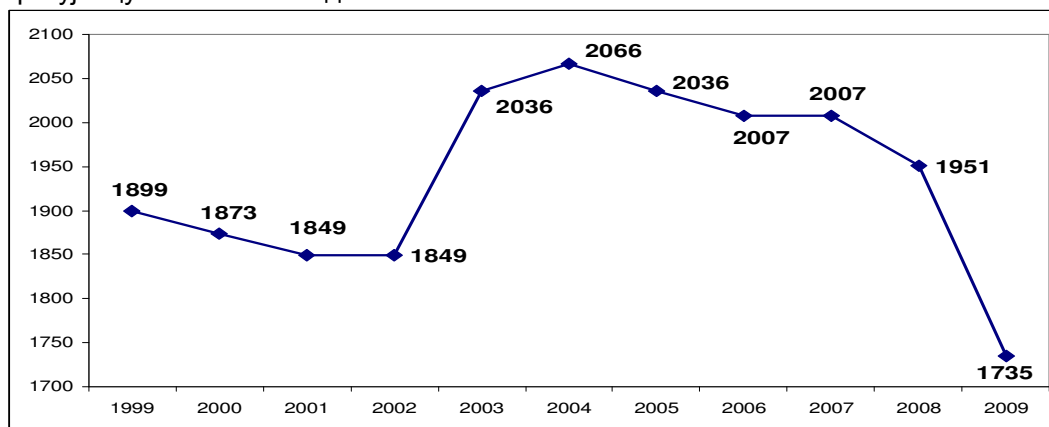
стручном спремом у посматраном периоду се кретао од 1,0 у 1999. години до 1,4 у 2009. години (табела 74).

Табела 74. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите одраслог становништва, на територији града Крагујевца, 1999-2009. година

Година	Број лекара	Процент специјалиста од укупног броја лекара	Број здравствених радника са ВШС и ССС	Однос здравствених радника са ВШС и ССС и лекара	Број одраслих становника на једног лекара	Просечан број годишњих посета на једног лекара	Просечан годишњи број посета код лекара на једног становника	% учешћа првих посета у укупним посетама код лекара у ординацији
1999.	74	35.1	77	1.0	1898.5	4535.9	2.4	29,2
2000.	75	44.0	86	1.1	1873.2	5779.6	3.1	26,7
2001.	76	48.7	92	1.2	1848.6	6393.4	3.4	26,6
2002.	76	46.0	92	1.2	1848.5	6386.9	3.4	24,6
2003.	69	49.3	96	1.4	2036.1	7155.4	3.5	25,6
2004.	68	48.5	98	1.4	2066.0	7936.1	3.8	24,0
2005.	69	43.5	111	1.6	2036.1	8196.3	4.0	24,2
2006.	70	40.0	106	1.5	2007.0	8260.1	4.1	29,5
2007.	70	38.6	104	1.5	2007.0	8312.1	4.1	26,0
2008.	72	37.5	107	1.5	1951.3	8250.4	4.2	20,1
2009.	81	35.8	114	1.4	1734.5	7540.3	4.3	

Просечан број одраслих становника на једног лекара у службама опште медицине 1999. године износио је 1898, док се 2009. године овај број смањивао на 1734 (Графикон 74).

Графикон 74. Број одраслих становника по лекару у служби опште медицине, у граду Крагујевцу 1999-2009. година



У граду Крагујевцу, у службама опште медицине 2009. године регистровано је укупно 610.765 посета. Просечан број посета по једном одраслом становнику износио је 2009. године 4,3 што је више него у 1999. години (2,4). Најнижи просечан број посета у посматраном периоду регистрован је 1999. године и износио је 2,4. Разлог овако смањеног коришћења здравствене заштите није смањење потреба већ отежан приступ здравственим установама због бомбардовања Србије од стране НАТО пакта, у периоду од марта до јуна 1999. године. Учешће првих посета смањило се са 22%, колико је износило 1999. године на 12,5% у 2009. години.

Главне карактеристике здравственог стања одраслог становништва

У граду Крагујевцу, у служби опште медицине у 2009. години регистровано је укупно 291.534 обољења и стања са стопом оболевања од 2075 на 1000 становника. То

представља повећање у односу на 1999. годину када је стопа морбидитета износила 563 на 1000 становника..

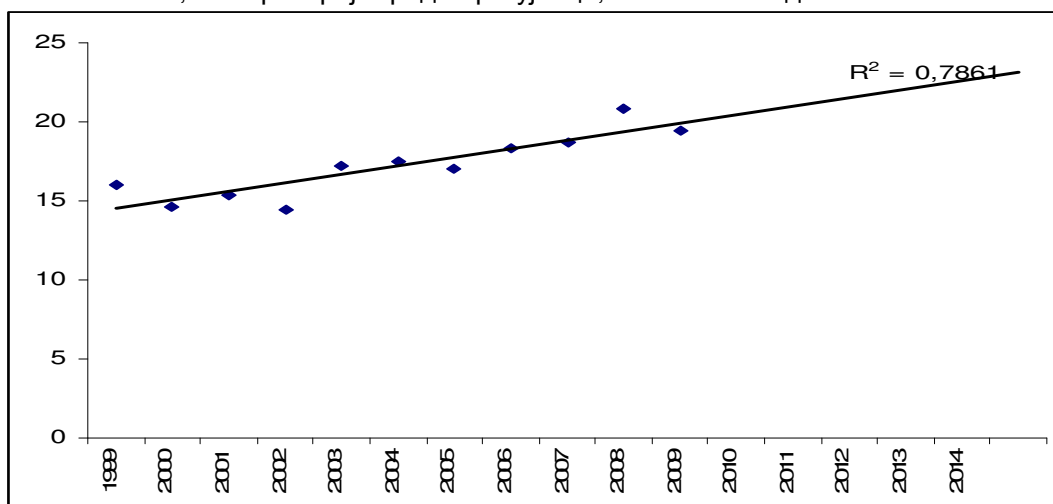
У структури разболевања одраслог становништва у периоду од 1999. до 2009. доминирају болести система за дисање, затим болести система крвотока и болести мишићно-коштаног система и везивног ткива (Табела 75).

Табела 75. Регистрована обољења у примарној здравственој заштити одраслог становништва, на територији града Крагујевца, 1999-2009. година

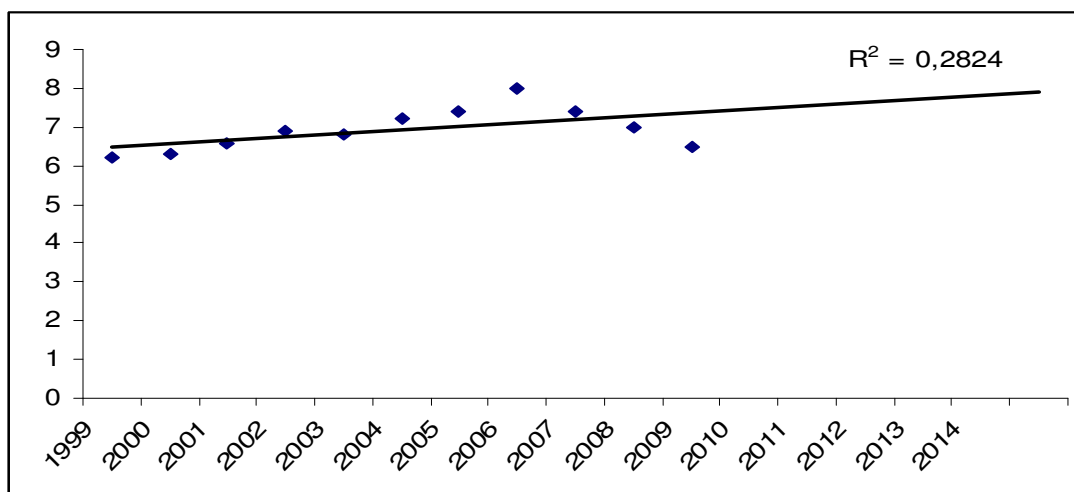
Године	Укупан број обољења	Стопа оболевања на 1000 одраслих становника	Процентуално учешће најчешће регистрованих обољења у укупном броју обољења				
			Болести система крвотока	Болести система за дисање	Болести система за варење	Болести мокраћно-полног система	Болести мишићно-коштаног система и везивног ткива
1999.	79058	563	16,0	30,7	5,0	6,2	8,9
2000.	94375	672	14,6	31,7	5,2	6,3	8,8
2001.	106354	757	15,4	30,4	5,5	6,6	9,3
2002.	108068	769	14,4	30,4	5,0	6,9	9,3
2003.	115342	821	17,2	27,0	5,3	6,8	9,9
2004.	124777	888	17,5	27,9	5,2	7,2	10,0
2005.	128043	911	17,0	28,8	5,6	7,4	9,2
2006.	170577	1214	18,3	21,4	5,8	8,0	9,1
2007.	200224	1425	18,7	22,3	5,8	7,4	9,0
2008.	279103	1987	20,8	17,6	6,0	7,0	9,9
2009.	291534	2075	19,4	17,8	5,5	6,5	9,8

Пројекције процентуалног учешћа болести у укупном броју обољења у примарној здравственој заштити одраслог становништва, на територији града Крагујевца, 1999-2014. показују тренд даљег пораста код система крвотока и мокраћно-полног система. (Граф. 75и 76).

Графикон 75. Пројекција процентуалног учешћа болести система крвотока регистрованих у укупном броју обољења у примарној здравственој заштити одраслог становништва, на територији града Крагујевца, 1999-2014. година



Графикон 76. Пројекција процентуалног учешћа болести мокраћно-полног система у укупном броју обољења у примарној здравственој заштити одраслог становништва, на територији града Крагујевца, 1999-2014. година



Здравствено стање жена

Здравље жена од посебне је важности због велике осетљивости ове популационе групе и због чињенице да жене брину о сопственом здрављу, али и о здрављу своје деце, родитеља и осталих чланова породице. Унапређивање здравља и квалитета живота жена стога се позитивно одражава на целокупну породицу.

Удео укупног броја жена старијих од 15 година у укупној популацији града Крагујевца, износи 53%.

Обезбеђеност и коришћење примарне здравствене заштите жена

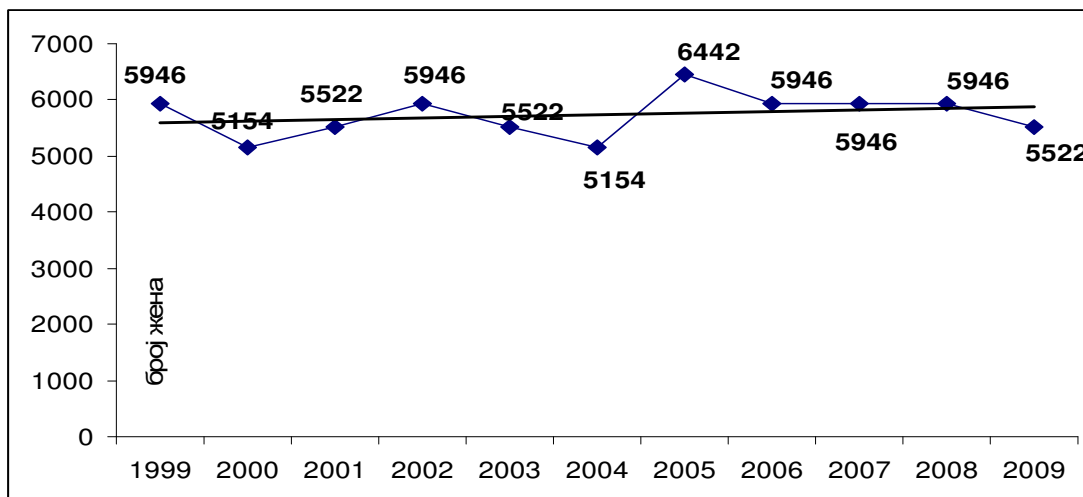
У граду Крагујевцу, здравствену заштиту жена на примарном нивоу обезбеђује Служба за здравствену заштиту жена при дому здравља. Здравствену заштиту у Служби за здравствену заштиту жена у 2009. години пружало је 14 доктора медицине - специјалиста гинекологије и 23 здравствена радника више и средње школске спреме. Однос доктора медицине и здравственог кадра више и средње стручне спреме у служби за здравствену заштиту жена у периоду 1999. до 2009. није се битније мењао (Табела 76).

Табела 76. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите жена, на територији града Крагујевца 1999-2009. година

Година	Број лекара	Проценат специјалиста од укупног броја лекара	Број здравствених радника са ВШС и ССС	Однос здравствених радника са ВШС и ССС и лекара	Просечан годишњи број посета по лекару
1999.	13	100	21	1,6	3675
2000.	15	86,6	21	1,4	5713
2001.	14	85,7	20	1,4	5972
2002.	13	100	20	1,5	6244
2003.	14	100	23	1,6	5754
2004.	15	93,3	26	1,7	6859
2005.	12	100	26	2,2	7161
2006.	13	100	26	2,0	7458
2007.	13	100	26	2,0	8276
2008.	13	100	24	1,8	7542
2009.	14	100	23	1,6	8155

Просечан број особа женског пола старијих од 15 година на једног лекара 1999. године износио је 5946, а 2009. године овај број је опао на 5522 (Графикон 78).

Графикон 77. Број жена по лекару у примарној здравственој заштити жена, на територији града Крагујевца, 1999-2009. година



У граду Крагујевцу у Служби за здравствену заштиту жена у периоду од 1999. до 2009. године укупан број прегледа кретао се од 43.433 колико је износио 1999. године до 56.131 у 2009. години. У целом посматраном периоду, учешће првих у укупном броју посета кретало се око 30%.

Табела 77. Показатељи коришћења примарне здравствене заштите жена, на територији града Крагујевца 1999-2009. година

Године	Укупан број посета код лекара у ординацији	Учешће првих посета у укупним посетама код лекара у ординацији(%)	Број систематских прегледа	Обухват жена старих 15+ систематским прегледима (%)	Укупан број посета саветовалишту за планирање породице	Укупан број првих посета саветовалишту за труднице	Учешће првих посета у укупним посетама саветовалишту за труднице
1999.	43433	30,3	3477	4,5	2190	2369	16,0
2000.	50534	34,1	3797	4,9	2679	2734	17,5
2001.	45284	31,9	2531	3,3	1784	2481	15,8
2002.	45866	27,9	1792	2,3	1251	2441	15,6
2003.	45543	27,9	1835	2,4	648	2619	15,4
2004.	64193	25,1	3121	4,0	543	2850	18,3
2005.	50570	26,7	2287	2,9	790	2806	18,0
2006.	52869	27,3	3958	5,1	2528	3005	15,1
2007.	54678	33,7	5075	6,6	2784	2936	12,9
2008.	55220	28,2	3679	7,3	2793	3100	16,2
2009.	56131	33,1	6201	8,0	3652	2894	12,6

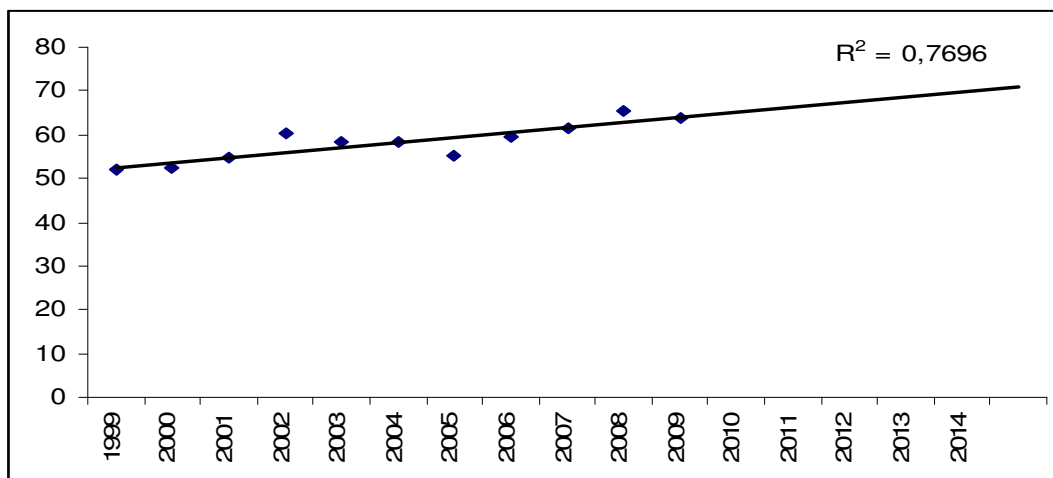
Здравствено стање жена

У граду Крагујевцу, број регистрованих обољења у Служби за здравствену заштиту жена у периоду од 1999. до 2009. године кретао се од 18508 у 1999. години до 45981 колико је износио 2009. године. Стопа оболевања 1999. године била је 239 на 1000, а 2009. године 595 на 1000. У укупном морбидитету, пет најчешћих група обољења била су: болести мокраћно полног система које су доминирале у структури морбидитета са око 60%, фактори који утичу на контакт са здравственом службом са учешћем од 31,9% у 1999. до 24,7% у 2009. години, трудноћа, рађање и бабиње са учешћем 6,7% у 1999. години и учешћем од 6,1% у 2009. години, заразне и паразитарне болести са учешћем од 4,8% и сталним падом до 2009. године са учешћем од 1,2% и тумори са учешћем око 2,5% у целом посматраном периоду (Табела 78).

Табела 78. Регистрована обољења у примарној здравственој заштити жена, на територији града Крагујевца, 1999-2009. година

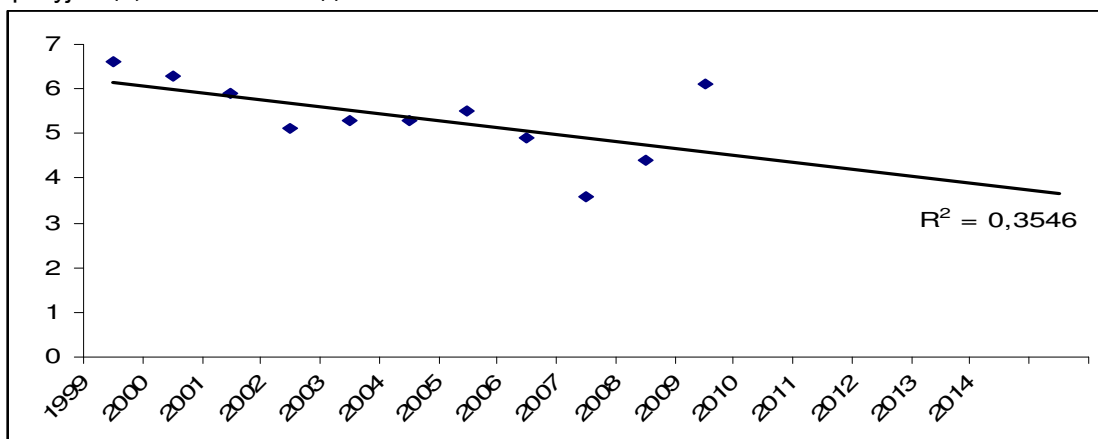
Године	Укупан број обољења	Стопа оболевања на 1000 жена старих 15+	Процентуално учешће најчешће регистрованих обољења у укупном броју обољења				
			Болести мокраћно-полног система	Фактори који утичу на здр. стање и контакт здр. служ	Трудноћа, рађање и бабиње	Заразне и паразитарне болести	Тумори
1999.	18508	239	51,9	31,9	6,6	4,8	2,8
2000.	25844	334	52,4	31,9	6,3	4,5	2,9
2001.	20776	269	54,9	30,0	5,9	4,2	2,8
2002.	18232	236	60,1	27,1	5,1	3,3	2,3
2003.	17624	228	58,3	32,3	5,3	0,8	2,2
2004.	17624	228	58,3	32,3	5,3	0,8	2,2
2005.	17386	225	55,3	34,8	5,5	1,5	2,2
2006.	13955	180	59,7	29,5	4,9	1,8	2,4
2007.	21788	281	61,3	29,2	3,6	1,6	2,3
2008.	43407	561	65,3	25,3	4,4	0,9	2,6
2009.	45981	595	64,0	24,7	6,1	1,2	2,5

Графикон 78. Пројекција процентуалног учешћа обољења повезаних са трудноћом, рађањем и бабињама у укупном броју обољења у примарној здравственој заштити жена, на територији града Крагујевца, 1999-2014. година



Пројекција процентуалног учешћа обољења повезаних са трудноћом, рађањем и бабињама у примарној здравственој заштити жена, на територији града Крагујевца, 1999-2014 показује даљи тренд пораста (Графикон 78). Пројекција процентуалног учешћа болести мокраћно-полног система до 2014. године показује тренд пада (Графикон 79).

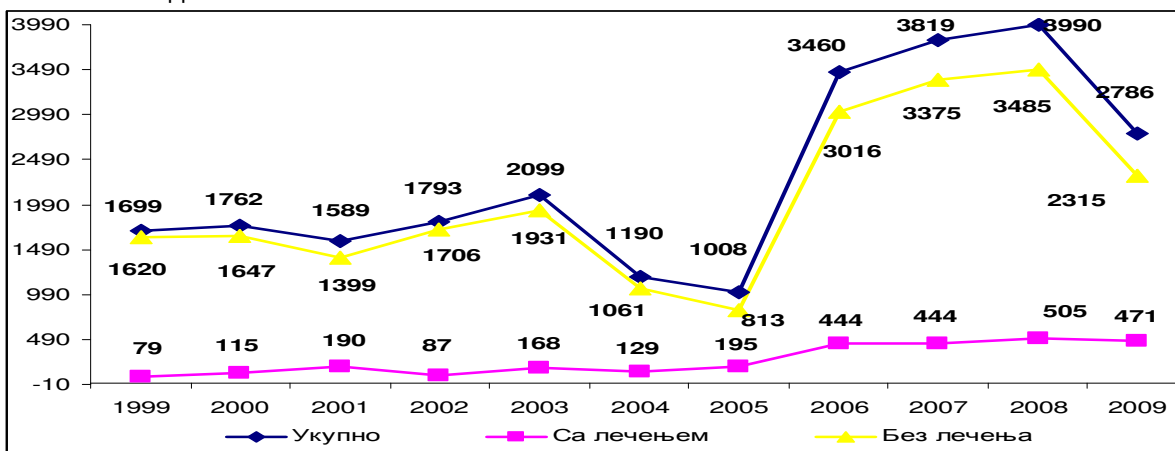
Графикон 79. Пројекција процентуалног учешћа болести мокраћно-полног система у укупном броју обољења у примарној здравственој заштити жена, на територији града Крагујевца, 1999-2014. година



Стоматолошка здравствена заштита деце, школске деце и одраслог становништва

На територији града Крагујевца у периоду 1999-2009. година, укупан број посета предшколске деце стоматологу износио је око 9.500 посета годишње. Највећи број посета предшколске деце стоматологу остварен је 2006. године када је износио 13.622 што је више од 30% од просека за посматрани период. У 2009. години забележен је пад на 6,1%. Ови подаци говоре о томе да је код предшколске деце смањен обухват превентивним систематским и контролним стоматолошким прегледима. У анализираном периоду просечан број посета на једно предшколско дете је био мањи од 1 посете. Подаци стоматолошке санације деце овог узраста, показују нагло повећање броја пломбираних зуба у 2006, 2007. години да би највише пломбираних зуба без лечења – 3485, било остварено у 2008. години. У 2008. години је забележен највећи број пломбираних зуба са лечењем (505) (Графикон 80).

Графикон 80. Терапија каријеса код предшколске деце, на територији града Крагујевца, 1999-2009. година



Број извађених у односу на број пломбираних зуба је био најнижи у 2008. години (0,5), а највећи у 2006. години,(1,1).

Просечан број школске деце на једног стоматолога био је највећи у 2002. години (6067), што је дупло више у односу на 2009. годину (3034).(Табела 79)

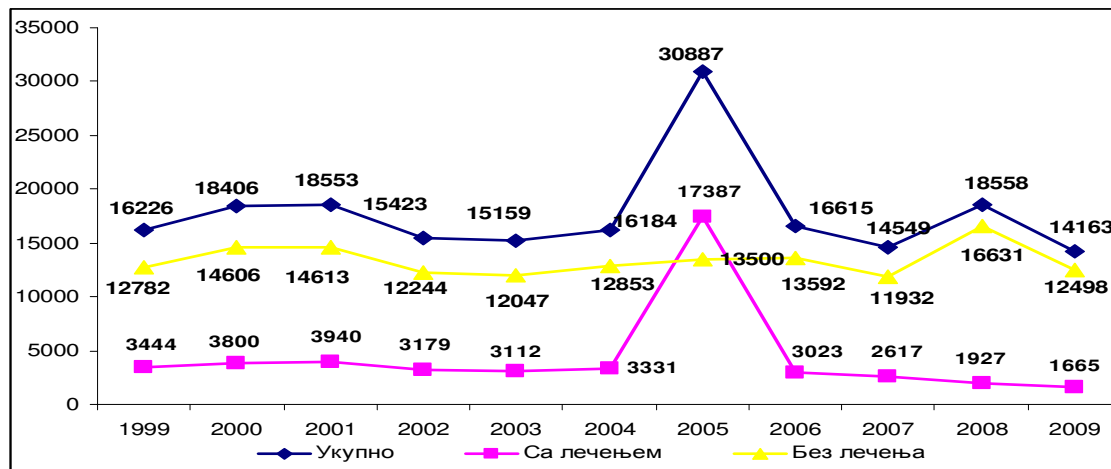
Табела 79. Показатељи стоматолошке здравствене заштите предшколске деце, на територији града Крагујевца, 1999-2009. година

Године	Учешће првих посета у укупним посетама (%)	Просечан број посета на једно предшколско дете	Број извађених у односу на број пломбираних зуба	Просечан број посета на једног стоматолога	Просечан број предшколске деце на једног стоматолога
1999.	8	0,6	0,7	1958	3034
2000.	2,2	0,7	0,9	2233	3034
2001.	2,1	0,7	0,9	2778	4045
2002.	4,1	0,8	0,8	5021	6067
2003.	24,5	0,7	0,6	2829	4045
2004.	1,3	0,9	0,8	2363	4045
2005.	5,5	0,6	0,9	2495	4045
2006.	27,7	1,1	1,1	3406	3034
2007.	11,2	0,7	0,4	2875	4045
2008.	8,9	0,9	0,5	4022	4045
2009.	6,1	0,9	0,6	2805	3034

Стоматолошка здравствена заштита школске деце и омладине

На територији града Крагујевца стоматолошка здравствена заштита школске деце је организована и пружа се поред здравствених установа и у амбулантама просторно смештеним у школама основног и средњег образовања. Укупан број посета школске деце и омладине стоматологу у периоду, 1999-2003. година, износио је око 62.000 посета годишње. Нагли пад је регистрован 2004. године када је било 35.178 посета и од тада је број растао да би у 2008. години забележио највећу вредност од 65.377 посета. Подаци о стоматолошкој санацији која подразумева ендодонтски третман и већи број посета, показују да је број лечених зуба био највећи у 2005. години (17.387), а након те године број лечених зуба опада.

Графикон 81. Терапија каријеса код школске деце, на територији града Крагујевца, 1999-2009.



Просечан број посета школске деце на једног стоматолога је најнижи 2004. године и износио је 1529, а највиши 2000. године (3364). Просечан број деце на једног стоматолога у посматраном периоду је уједначен, осим у 2005. години када је забележен пад на 947 деце на једног стоматолога.

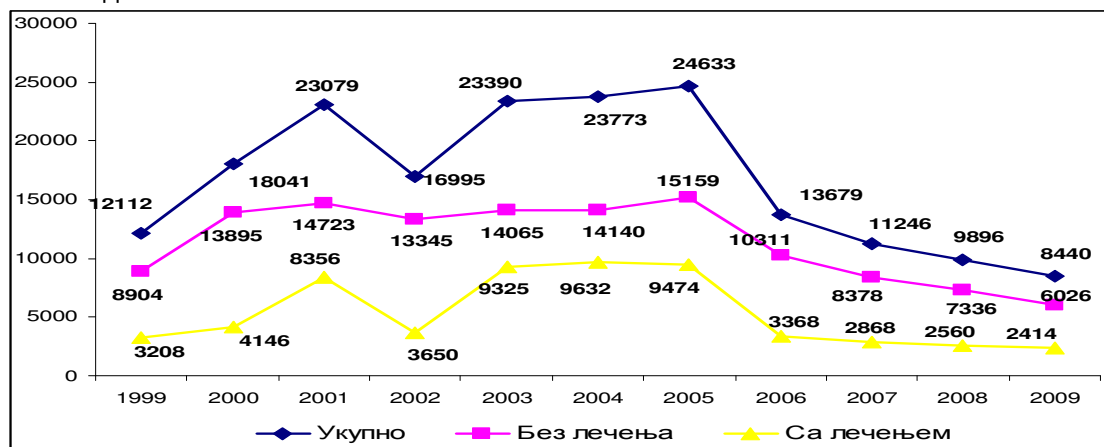
Табела 80. Показатељи стоматолошке здравствене заштите школске деце, на територији града Крагујевца, 1999-2009. година

Године	Учешће првих посета у укупним посетама (%)	Просечан број посета на једно школско дете	Број извађених у односу на број пломбираних зуба	Просечан број посета на једног стоматолога	Просечан број школске деце на једног стоматолога
1999.	9,5	2,4	0,6	2907	1173
2000.	11,1	2,7	0,5	3364	1232
2001.	10,1	2,7	0,5	3267	1232
2002.	8,1	2,4	0,4	3327	1368
2003.	11,9	2,3	0,4	2725	1173
2004.	17,8	1,4	0,4	1529	1071
2005.	10,3	2,0	0,2	1937	947
2006.	16,7	2,4	0,4	2415	1026
2007.	9,9	2,2	0,4	2560	1173
2008.	10,1	2,7	0,3	2842	1071
2009.	8,2	2,2	0,4	2283	1026

Стоматолошка здравствена заштита одраслог становништва

Просечан број посета на једног становника је био на почетку посматраног периода, у 1999. години 0,6. У наредним годинама вредност се изједначено кретала, да би се забележио нагли пад 2005. године када има вредност 0,2. Број стоматолошких услуга санације каријеса и компликација каријеса, битно су се смањили после 2005. године.

Графикон 82. Терапија каријеса код одраслих, на територији града Крагујевца, 1999-2009. година



14. S W O T анализа примарне здравствене заштите града Крагујевца

<p>СНАГЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> -Квалификован и стручан кадар са дугогодишњим искуством; -Повољна структура специјалистичког кадра и планско стручно усавршавање кадрова; -Мотивисаност и тимски рад руководећег кадра; -Добра база наставно-научних кадрова; -Кадар и опрема за организовање КМЕ; -Потенцијал и мотивисаност за развој широког спектра услуга и ширење тржишта; -Стално унапређење квалитета рада; -Реноме и конкурентност на тржишту; -Развијена мрежа здравствених установа, са великим бројем специјалистичких служби; -Реформа здравственог система, која наглашава значај јавног здравља и улогу завода/института за јавно здравље; 	<p>СЛАБОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> -Неадекватни и недовољни просторни капацитети; -Недостатак и застарелост опреме; -Недостатак времена за квалитетнији рад са пацијентом (оптерећеност административним пословима); -Већа орјентисаност здравствених радника на куративу, уместо на превентиву; -Ниска здравствена култура и лош материјални статус пацијената; -Неумреженост здравствених установа; -Несигурни извори финансирања; -Недостатак адекватне базе података у циљу планирања јавно-здравствених активности; -Непостојање адекватних показатеља за оцену квалитета и стручности у раду; -Нетранспарентност, недовољно ангажовање и недовољно развијене вештине комуникације здравствених радника уз недовољан ниво професионализма у раду; -Непотребно упућивање на више нивое здравствене заштите; -Непрепознавање значаја и улоге мреже завода/института за јавно здравље; -Непостојање континуираног научно-истраживачког рада; -Непостојање комуникације између Министарства здравља РС и локалне самоуправе;
<p>МОГУЋНОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> -Могућност увођења нових извора финансирања; -Сарадња са локалном самоуправом, Министарством здравља, Медицинским факултетом Крагујевац, НВО сектором, медијима, привредним субјектима, здравственим установама на међуопштинском и међурегионалном нивоу, приватним здравственим сектором, као и образовним и социјалним сектором; -Развој научно-истраживачког рада; -Стварање регионалног центра за уништавање медицинског отпада, -Стварање регионалног центра за специјалистичко-консултативне услуге; -Координисање установама примарне здравствене заштите, Института за јавно здравље, Медицинског факултета и Градске управе за здравство, социјалну политику и друштвену бригу о деци у области КМЕ, -Стално унапређење квалитета рада, проширење спектра комерцијалних услуга и развој нових технологија; -Унапређење стања здравља и смањење ризика обољевања; -Оснивање нових установа примарне здравствене заштите; 	<p>ПРЕТЊЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> -Непостојање, тј. неадекватни и ограничавајући прописи; -Нов начин финансирања примарне здравствене заштите, може да има за последице неблаговремено упућивање пацијената на више нивое здравствене заштите; -Несигурни извори финансирања и недовољна финансијаска средства; -Непостојање наменских трансфера за адекватно вршење оснивачких права од стране локалне самоуправе; -Отпор увођењу промена (на свим нивоима); -Повећање потреба вулнерабилних група; -Нелојална конкуренција; -Пораст фактора ризика и хроничних незаразних болести; -Несигурне политичко-економске прилике;

15. СТРАТЕШКИ И ОПЕРАТИВНИ ЦИЉЕВИ

Стратешки циљ 1. Унапређење и очување здравља становништва Крагујевца;

Оперативни циљеви:

- 1.1. Подстицати, креирати и спроводити све видове превентивних активности;
- 1.2. Информисати и едуковати становништво у вези са очувањем и унапређењем здравља и смањењем фактора ризика;
- 1.3. Обезбедити доступност и једнаке услове за коришћење здравствене заштите;
- 1.4. Унапредити сарадњу и координацију свих установа здравствене заштите;
- 1.5. Унапредити и развијати мултисекторску сарадњу;
- 1.6. Унапредити ПЗЗ за посебно осетљиве групе становништва;

Стратешки циљ 2. Унапређење физичких ресурса кроз капиталне инвестиције;

Оперативни циљеви:

- 2.1. Изградња објеката за пружање услуга примарне здравствене заштите;
- 2.2. Адаптација, санација и реконструкција постојећих објеката;

Стратешки циљ 3. Унапређење постојећих и увођење нових извора финансирања;

Оперативни циљеви:

- 3.1. Унапредити апсорпцију средстава из страних и домаћих извора финансирања;
- 3.2. Проширити спектар услуга и увести нове технологије;

Стратешки циљ 4. Унапређење квалитета рада установа здравствене заштите;

Оперативни циљеви:

- 4.1. Подстицати, креирати и спроводити све видове стручног усавршавања и едукација здравствених радника;
- 4.2. Подстицати развој и примену водича добре праксе;
- 4.3. Јачати здравствени информациони систем и подстицати ширу примену ИКТ-а;
- 4.4. Унапредити капацитете и опремљеност установа ПЗЗ.

16. ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА, ПРАЋЕЊЕ, ЕВАЛУАЦИЈА И ИЗВЕШТАВАЊЕ

Праћење имплементације Стратегије обавља Комисија за израду Стратегије развоја примарне здравствене заштите за територију града Крагујевца за период 2011-2014. година у сарадњи са Градском управом за здравство, социјалну политику и друштвену бригу о деци и Институтом за јавно здравље Крагујевац. Мониторинг се спроводи у континуитету за цео период имплементације Стратегије.

Евалуација имплементације Стратегије обавља се у свакој фази процеса. За евалуацију се користе индикатори дефинисани у Акционом плану. Извештај о евалуацији ће бити саставни део годишњег извештаја о спровођењу активности и циљева.

Годишње извештавање је обавезно и садржи резултате спроведених активности, процену напретка, тешкоће и проблеме у реализацији као и предлоге мера за решавање новонасталих проблема.

У циљу обезбеђивања пуне и ефикасне имплементације Стратегије развоја примарне здравствене заштите за територију града Крагујевца за период 2011-2014. година град Крагујевац сарађује са свим партнерима из система здравствене заштите на територији града, као и партнерима ван сектора здравства.

А К Ц И О Н И П Л А Н ЗА ПЕРИОД 2011-2014 ГОДИНА

СТРАТЕШКИ ЦИЉ 1

УНАПРЕЂЕЊЕ И ОЧУВАЊЕ ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА ГРАДА КРАГУЈЕВЦА

Оперативни циљеви:

1.1. Подстицати, креирати и спроводити све видове превентивних активности

- У области здравствене заштите жена у репродуктивном добу циљ постићи спровођењем следећих активности:

- 1) унапређење саветовалишног рада у Служби за здравствену заштиту жена Дома здравља на планирању породице (повећањем броја едукација о коришћењу савремених контрацепцијских метода и средстава),
- 2) повећати обухват жена циљаним прегледима на рано откривање рака грлића материце,
- 3) повећати обухват жена циљаним прегледима на рано откривање рака дојке,
- 4) здравствено-васпитни рад са трудницама,
- 5) саветовалишни рад са трудницама уз континуирано праћење њиховог стања, са повећањем обухвата трудница првим прегледима у првом триместру,
- 6) рано откривање ризика и одговарајући третман ризичних трудница, редовним контролама у саветовалишту за труднице, едукацијом трудница за стицање знања у циљу промене ризичног понашања и благовременим упућивањем на виши ниво здравствене заштите,
- 7) скрининг за генетске аномалије у првом триместру,
- 8) скрининг за генетске аномалије у другом триместру,
- 9) обезбеђивање скрининга и лечења полно преносивих болести повећањем обухвата трудница одговарајућим скринингом, као и едукацијом у вези ризичног понашања и смањења учесталости ризичних сексуалних односа,
- 10) добровољно и поверљиво саветовање и тестирање (ДПСТ) трудница у саветовалиштима института за јавно здравље и другим здравственим установама, како би се утврдиле ХИВ-позитивне труднице, обезбедила одговарајућа терапија за ХИВ-позитивне, спречила вертикална трансмисија ХИВ-а и умањиле штетне последице ХИВ инфекције,
- 11) повећање обухвата трудница психофизичком припремом за порођај за трудноће без ризика,
- 12) организовање и спровођење школе родитељства за будуће родитеље на нивоу дома здравља,
- 13) посете трудници и породици од стране поливалентне патронажне сестре и повећање обухвата свих трудница бар једном посетом, а код ризичних трудноћа и чешће, према потреби,
- 14) повећање обухвата трудница стоматолошком здравственом заштитом,
- 15) превенција и лечење компликација у пуерперијуму ,
- 16) праћење здравственог стања породиље од стране поливалентне патронажне сестре, кроз потпуни обухват породиља патронажним посетама у кући,

17) повећање обухвата контролним прегледом породиља и бабињара.

Резултат:

- повећање обухвата трудница прегледима у првом триместру трудноће, уз редовну контролу здравља у току целе трудноће,
- благовремено препознавање ризика и смањење броја високо-ризичних трудноћа, спонтаних побачаја и превремених порођаја,
- промена знања и понашања трудница и стицање здравих навика,
- повећање обухвата трудница кућним посетама поливалентне патронажне сестре,
- смањење морбидитета и mortalитета у вези са трудноћом и порођајем,
- стицање знања и вештине за одговорно родитељство, посебно где постоји повећан ризик (мајке које су самохране, изложене бројним животним стресовима, неповољним социјално-економским условима, које су доживеле трауматске губитке и насиље, испољавају психичке поремећаје, чије дете је са сметњама у развоју, превремено рођено или има тешке здравствене проблеме),
- смањење стопе специфичног морбидитета везаног за сметње у психомоторном и психосоцијалном развоју,
- смањење стопе злостављања и занемаривања деце у породици, школи и другим окружењима у којима бораве деца,
- повећање нивоа знања и вештина родитеља, васпитача, наставника за ненасилно васпитавање деце и омладине смањење стопе специфичног морбидитета везаног за злостављање односно занемаривање детета,
- повећање обухвата жена систематским гинеколошким прегледима,
- повећање обухвата жена циљаним прегледима на рано откривање рака грлића и дојке.

Индикатори: број спроведених јавно-здравствених програма, активности и кампања; одзив (процентуално) на превентивне прегледе; број препознатих активности установа примарне здравствене заштите од стране локалне самоуправе кроз материјалне подстицаје.

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац, Институт за јавно здравље Крагујевац, установе примарне здравствене заштите на територији Града, Црвени крст Крагујевац;

Извор финансирања: буџет локалне самоуправе, буџет РС; донатори.

Временски оквир: 2011-2014.

- У области здравствене заштите одраслог становништва циљ постићи спровођењем следећих активности:

- 1) повећати обухват одраслог становништва циљаним прегледима на рано откривање рака дебелог црева,
- 2) повећати обухват одраслог становништва систематским прегледима.

Резултат:

- повећање обухвата одраслог становништва систематским прегледима,
- повећање обухвата одраслог становништва циљаним прегледима на рано откривање рака дебелог црева,
- смањење броја фактора ризика,
- промена перцепције са куративне на превентивну оријентацију ка здрављу,
- боља здравствена култура становништва.

Индикатори: проценат становништва обухваћеног превентивним и циљаним прегледима; број фактора ризика.

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац, Институт за јавно здравље Крагујевац, установе примарне здравствене заштите на територији Града.

Извор финансирања: буџет локалне самоуправе, буџет РС.

Временски оквир: 2011-2014.

- У области здравствене заштите мале деце и деце предшколског узраста циљ постићи спровођењем следећих активности:

1) организовање редовних превентивних педијатријских прегледа у Дому здравља са акцентом на промоцији дојења и правилној исхрани, као и штетним последицама удисања дуванског дима по здравље одојчета,

2) спровођење вакцинације према усвојеном програму и календару,

3) континуирани здравствено-васпитни рад Службе за здравствену заштиту деце предшколског узраста у сарадњи са поливалентним патронажним медицинским сестрама, усмерен на личне и опште хигијенске навике, правилну исхрану и припрему хране за одојчад, као и неопходност превентивних педијатријских прегледа и редовне вакцинације,

4) интезивирање систематских и контролних педијатријских прегледа и предузимања потребних мера,

5) праћење раста и развоја у Служби за здравствену заштиту деце предшколског узраста Дома здравља и обучавање мајки да самостално прате раст и развој деце,

6) повећање обухвата породица са малом децом кућним посетама поливалентне патронажне медицинске сестре,

7) спроводити Национални програм превентивне стоматолошке заштите,

8) интезивирати активности на спречавању потхрањености деце, кроз развој здравствено-васпитних интервенција у породици и заједници,

9) интезивирати активности на спречавању прекомерне тежине и гојазности, кроз развој здравствено-васпитних интервенција у породици и заједници,

10) интезивирати активности саветовалишног рада за препознавање и отклањање фактора ризика за настанак поремећаја психомоторног и психосоцијалног развоја,

11) повећати активности на праћењу здравственог стања деце са проблемима у развоју,

12) активности на раном откривању акутних поремећаја здравља деце овог узраста,

13) оснаживање поливалентних патронажних сестара у препознавању и пружању подршке породицама са ризиком за злостављање, односно занемаривање деце,

14) јачање саветовалишног рада у примарној здравственој заштити са породицама са ризиком за злостављање и занемаривање деце.

Резултат:

- повећан број здравствено-васпитних интервенција,
- постизање обухвата комплетном вакцинацијом деце од најмање 95%,
- потпун обухват деце превентивним прегледима,
- повећање броја деце са рано откривеним поремећајима здравља,
- развијање тимова за рад са децом са сметњама односно тешкоћама у развоју,
- потпун обухват деце скрининг прегледима,
- смањење стопе морбидитета и смањење броја деце са компликацијама и развојним проблемима,
- повећање обухвата деце из осетљивих популационих групација здравственом заштитом,
- смањење морбидитета и побољшање здравственог стања деце из осетљивих групација,
- смањење ванболничког и болничког морбидитета и морталитета од најчешћих акутних болести,
- повећан број откривене злостављане и занемарене деце,
- редовно праћење здравственог стања, посебно осетљивих група деце,

- смањене постојеће неједнакости у вредностима показатеља здравственог стања, као и у обезбеђености и доступности здравствене заштите на релацији сеоско-градско становништво и сиромашна-богата подручја.

Индикатори: број спроведених јавно-здравствених програма, активности и кампања; одзив (процентуално) на превентивне прегледе; број препознатих активности установа примарне здравствене заштите од стране локалне самоуправе кроз материјалне подстицаје.

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац, Институт за јавно здравље Крагујевац, установе примарне здравствене заштите на територији Града, предшколска установа, Црвени крст Крагујевац;

Извор финансирања: буџет локалне самоуправе, буџет РС; донатори.

Временски оквир: 2011-2014;

У области здравствене заштите деце школског узраста и омладине циљ постићи спровођењем следећих активности:

- 1) систематски прегледи и контролни прегледи ради праћења раста, развоја, здравственог стања, понашања адолесцената, раног откривања поремећаја здравља, знакова занемаривања и злостављања,
- 2) интензивирати саветовалишни рад са адолесцентима везано за: раст, развој, исхрану, физичку активност, пушење, употребу алкохола и психоактивних супстанци, насиље, злостављање, хроничне болести; безбедност, безбедне сексуалне односе и контрацепцију,
- 3) повећати обухват вакцинацијом,
- 4) појачати хигијенско-санитарни надзор у школама, домовима ученика и другим установама у којима живе адолесценти,
- 5) обезбеђивање поверљивог раног откривања и лечења полно преносивих инфекција, укључујући и ДПТ на ХИВ/АИДС за адолесценте оба пола,
- 6) добровољно поверљиво саветовање и тестирање трудница адолесцентног узраста и обезбеђивање адекватне терапије трудницама које су ХИВ позитивне према смерницама,
- 7) антенатална и перинатална заштита трудница адолесцентног узраста,
- 8) саветовање, медицинска и психолошка подршка, пружање помоћи мајкама адолесценткињама и њиховим партнерима да наставе школовање,
- 9) укључивање у наставне програме информација о употреби и злоупотреби дувана, алкохола и психоактивних супстанци,
- 10) укључивање информација о менталном здрављу у наставне програме основних и средњих школа у циљу раног откривања проблема менталног здравља, мотивисања адолесцента да потраже помоћ и правовременог започињања лечења, као и дестигматизације оних који траже помоћ или којима се помоћ пружа,
- 11) оснивање мултидисциплинарних, родно сензитивних тимова за лечење адолесцената са проблемима менталног здравља у Дому здравља,
- 12) укључивање у наставне програме основних и средњих школа информација о ефектима злостављања и занемаривања и могућој заштити са циљем да се злостављање и занемаривање превенира или рано открије и затражи одговарајућа помоћ и заштита,
- 13) развити механизам информисања младих о могућностима пружања превентивних услуга у свим установама примарне здравствене заштите, саветовалиштима, клубовима, удружењима,
- 14) усмерити развој Службе за здравствену заштиту студената ка превентивним услугама намењених студентима, кроз индивидуални односно групни рад и неговати пријатељски приступ кроз рад саветовалишта тематски оријентисаних за: репродуктивно здравље, превенцију ХИВ инфекције и полно-преносних инфекција, ментално здравље, за превенцију хроничних плућних болести, астме и одвикавање од пушења, за превенцију злоупотребе психоактивних супстанци, за правилну исхрану и слично,

15) у складу са законском регулативом обезбедити побољшање хигијенско-санитарних и микроклиматских услова у објектима за боравак, учење, рад, колективну исхрану и смештај младих овог узраста и спроводити редован хигијенско епидемиолошки надзор у објектима за боравак, учење, рад, колективни смештај и исхрану младих овог узраста.

Резултат:

- повећана свест о значају коришћења превентивних програма и здравствених услуга, повећано коришћење здравствених услуга,
- очување и унапређење репродуктивног здравља младих, рано откривање и лечење поремећаја здравља,
- пружање адекватне помоћи благовремено препознатим адолесцентима са проблемима у сфери менталног здравља,
- оснаживање адолесцената да препознају занемаривање и злостављање; снижавање инциденције насиља, повреда и тровања адолесцената, занемаривања, злостављања, експлоатације и њихових последица међу адолесцентима,
- обезбеђивање повећане доступности здравствених служби за све адолесценте,
- повећано поверење адолесцената у здравствене службе и повећано коришћење здравствених услуга,
- млади после пунолетства, а нарочито они из осетљивих група (незапослени, сиромашни, ромска популација, који живе са инвалидитетом или хроничним поремећајем здравља) боље разумеју своје здравствене потребе, преузимају активну одговорност за своје здравље, праве правилне изборе у вези са здрављем, чувају и стичу вештине за здраво понашање,
- смањивање водећих поремећаја здравља у вези са повређивањем, насиљем, злостављањем, полнопреносним инфекцијама, ХИВ/АИДС-ом, намерним прекидима трудноће, болестима зависности и поремећајима менталног здравља, у просеку за 20%,
- смањење стопе морбидитета и морталитета везаног за ризично и насилно понашање адолесцената,
- повећање броја адолесцената и младих са проблемима менталног здравља који користе ванинституционалне облике лечења,
- смањење морбидитета и морталитета од болести које се могу превенирати имунизацијом,
- повећан обухват имунизацијом, рачунајући и имунизацију маргинализованих социјалних група;
- побољшано знање и већа мотивисаност адолесцената, за здраве стилове живота и смањивање различитих облика ризичног понашања,
- снижавање инциденције и преваленције гојазности, предгојазности и поремећаја исхране међу адолесцентима,
- повећање броја адолесцената који су физички активни,
- повећање удела адолесцената који имају безбедне сексуалне односе,
- снижавање инциденције полно преносивих инфекција и адолесцентних трудноћа,
- повећан удео адолесцената који имају адекватно знање, ставове и понашање у односу на сексуалност,
- смањивање учесталости употребе дувана, алкохола и илегалних психо-активних супстанци међу адолесцентима који злоупотребљавају или су зависни од психо-активних супстанци.

Индикатори: број спроведених јавно-здравствених програма, активности и кампања; одзив (процентуално) на превентивне прегледе; број препознатих активности установа примарне здравствене заштите од стране локалне самоуправе крој материјалне подстицаје;

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац, Институт за јавно здравље Крагујевац, установе примарне здравствене заштите на територији Града, Црвени крст Крагујевац, школе.

Извор финансирања: буџет локалне самоуправе, буџет РС; донатори.

Временски оквир: 2011-2014.

- Активности усмерене на све популационе групе:

Унапредити процес превентивног рада на нивоу изабраног лекара, у циљу креирања адекватне базе података за процену здравственог стања становништва Крагујевца и детектовања приоритета за унапређење. Потребно је формирати групе здравствених експерата, који ће израдити јединствене униформне моделе превентивног рада за све старосне категорије корисника, у електронском облику, са прецизним садржајем систематског или другог превентивног прегледа, са врстама и начинима антрополошких мерења, анкетом питања у вези фактора ризика, стилова живота, социолошком анамнезом и слично. На овај начин би се избегло велико варирање у начину превентивног рада. Потребно је израдити Планове превентивних активности по сваком изабраном лекару, на годишњем нивоу, који ће садржати жељени ниво активности - у односу на број корисника који су се определили за датог лекара и старосну структуру опредељених пацијената. Израдити Водиче добре превенције, у складу са смерницама датим кроз оперативни циљ 4.2. Подстицати развој и примену водича добре праксе.

Резултат: униформисан начин превентивног рада, са дефинисаним садржајем и обимом, мање варирање у начину и квалитету превентивног рада, бољи каснији мониторинг и евалуација добијених података, унапређено извештавање и вођење медицинске документације,

бољи увид у здравље популације на територији Града и сагледавање потреба и приоритета, израђени Водичи добре превенције.

Индикатори: број и врсте параметара садржаних у превентивним прегледима; извршење превентивних активности.

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац, Институт за јавно здравље Крагујевца, Медицински факултет, установе примарне здравствене заштите на територији Града, Црвени крст Крагујевац;

Извор финансирања: буџет локалне самоуправе, буџет РС.

Временски оквир: 2011-2014.

1.2. Информисати и едуковати становништво у вези са очувањем и унапређењем здравља и смањењем фактора ризика

- Мала деца и деца предшколског узраста

Информисање и едуковање здравствених радника, здравствених сарадника, васпитача, деце, родитеља и старатеља кроз:

1. Организовање и спровођење активности у здравственим установама, предшколској установи, на јавним местима,

2. Коришћење медија, интернет мреже, телефонских и интернет саветовалишта, Области информисања и едуковања:

1) оспособити родитеље, старатеље и децу за активан однос према здрављу и преузимање одговорности за здравље,

2) едукативни семинари за здравствене раднике, здравствене сараднике за рано препознавање злостављања и занемаривања и свих облика насиља над децом,

3) едукација родитеља и запослених у предшколској установи у вези са штетним ефектима пасивног пушења,

4) едукативни семинари за здравствене раднике и здравствене сараднике у Дому здравља и васпитаче у предшколској установи, ради њиховог оспособљавања и стицања нових знања и вештина из области предвиђених Програмом васпитања за здравље деце,

5) здравствено-васпитни рад у складу са програмом васпитања за здравље са децом, родитељима, односно старатељима, (са посебним освртом на децу из осетљивих популационих група), по следећим темама:

- Здравље као појам, брига за здравље, чување, ко се брине о нашем здрављу и како то сами радимо,
- Лична и општа хигијена (руке, тело, коса), хигијена одеће и обуће, чување одеће и обуће,
- Хигијена и нега уста и зуба,
- Рађање, правилан раст и развој, етапе у човековом животу,
- Грађа човековог тела, делови тела и функција,
- Исхрана и њен значај за правилан раст и развој,
- Физичка активност, активна вежба, игра, одмор, спавање и њихов значај за правилан раст и развој,
- Понашање које је штетно за здравље (пушење, алкохол, дрога),
- Болести које се могу пренети, али и спречити,
- Лепо понашање, дружење, толеранција, узајамно помагање, поштовање узајамно и поштовање старијих, избегавање себичности, туђе освете, ругања, тужакања,
- Љубав и врсте љубави,
- Односи међу половима, кавалерство, касније улоге родитељства у животу,

- Безбедно понашање у саобраћају (основни прописи, прелазак улице, семафор, возила и пешаци, вожња бицикла, ролера, итд.),
- Опасност од повређивања у кући, парку, на игралишту ...
- Лепа, удобна, безбедна и чиста животна средина, зелене површине и здравље, уклањање отпадака, чување личних и туђих предмета и ствари, појам заједништва и заједничког коришћења простора и ствари и њиховог чувања.

- Школска деца и омладина

Информисање и едуковање младих кроз:

1. Организовање и спровођење активности у здравственим установама, на местима где млади уче, где проводе слободно време,
2. Коришћење медија, интернет мреже за младе, телефонских и интернет саветовалишта.

Области информисања и едуковања:

1. Психоактивне супстанце:

- 1) едукација вршњачких едукатора на тему психоактивних супстанци,
- 2) едукације младих о психоактивним супстанцама,
- 3) едукације просветних радника, родитеља и старатеља о психоактивним супстанцама.

2. Репродуктивно здравље:

- 1) едукација вршњачких едукатора на тему репродуктивног здравља,
- 2) едукација и мотивисање адолесцената за безбедно и одговорно сексуално понашање,
- 3) едукације младих о полно-преносивим болестима,
- 4) едукације просветних радника, родитеља и старатеља о полно преносивим инфекцијама,
- 5) едукације младих о адолесцентској трудноћи,
- 6) едукације просветних радника, родитеља и старатеља о адолесцентској трудноћи,
- 7) едукације будућих родитеља и мотивисања за развијање хуманих односа међу половима и одговорног родитељства.

3. Здрави стилови живота:

- 1) едукације младих о значају физичке активности за раст и развој,
- 2) едукације младих о значају здраве исхране,

- 3) едукација младих о факторима ризика развијања саобраћајне културе код младих,
4. Ментално здравље:
 - 1) едукације младих о проблемима и изазовима одрастања са акцентом на ненасилној комуникацији,
 - 2) едукације просветних радника, родитеља и старатеља о проблемима и изазовима одрастања са акцентом на ненасилној комуникацији,
 - 3) едукације младих о значају менталног здравља,
 - 4) едукације наставног особља и стручних сарадника о значају менталног здравља младих,
 - 5) едукација здравствених радника и здравствених сарадника за рано откривање проблема менталног здравља, ради правовременог препознавања и започињања ефикасног лечења адолесцента са проблемима менталног здравља,
 - 6) пружање информација адолесценатима и родитељима или старатељима о проблемима менталног здравља у циљу раног откривања проблема менталног здравља и правовременог започињања лечења,
 - 7) едукација здравствених радника и здравствених сарадника о врстама и последицама, поступању у случају откривеног занемаривања и злостављања,
 - 8) информисање адолесцената и родитеља или старатеља о ефектима занемаривања и злостављања и могућностима здравствене и правне заштите, са циљем да се злостављање и занемаривање превенира или рано открије и затражи одговарајућа помоћ и заштита,
 - 9) едукација адолесцената за ненасилно решавање конфликта у циљу превенције насиља међу вршњацима едукације адолесцената за вештине ненасилне комуникације и прихватања различитости.

5. Прва помоћ и основне мере кардио-пулмоналне реанимације (КПР).

6. Млади са посебним потребама:

- 1) сузбијање стереотипа, стигматизације и дискриминације младих са инвалидитетом,
 - 2) сузбијање стереотипа, стигматизације и дискриминације младих са ХИВ/АИДС-ом и зависника од психо-активних супстанци,
 - 3) сузбијање дискриминације младих са посебним потребама у школи,
 - 4) сузбијање дискриминације младих са посебним потребама у групи вршњака,
 - 5) сузбијање дискриминације младих са посебним потребама у свакодневни ситуацијама на улици, у аутобусу, у продавници.
6. Стоматолошка здравствена заштита младих:
- 1) едукација о значају здравља уста и зуба и превентивне стоматолошке заштите.

- Жене у репродуктивном добу

Информисање и едуковање жена кроз:

1. Организовање и спровођење активности у здравственим установама, на местима где раде, проводе слободно време и
 2. Коришћење медија, интернет мреже, телефонских и интернет саветовалишта.
- Области информисања и едуковања:
- 1) едукација жена и њихових партнера у циљу стицања одговарајућих знања, ставова и понашања у вези репродуктивног здравља,
 - 2) едукација о коришћењу савремених контрацепцијских метода и средстава,
 - 3) едукација жена о превенцији малигних обољења,
 - 4) едукација жена за препознавање свих облика насиља у породици,
 - 5) квалитет живота жена у менопаузи,
 - 6) здравље жена са посебним потребама,
 - 7) стоматолошка здравствена заштита жена
 - 8) прва помоћ и основне мере кардио-пулмоналне реанимације (КПР).

Одрасло становништво

Информисање и едуковање одраслог становништва кроз:

1. Организовање и спровођење активности у здравственим установама, на местима где раде, проводе слободно време,
2. Коришћење медија, интернет мреже, телефонских и интернет саветовалишта.

Области информисања и едуковања:

1. здрави стилови живота,
2. фактори ризика за хроничне незаразне болести,
3. превенција малигних обољења,
4. насиље у породици,
5. ризично сексуално понашање,
6. ментално здравље одраслог становништва,
7. здравље одраслог становништва са посебним потребама,
8. стоматолошка здравствена заштита одраслог становништва,
9. прва помоћ и основне мере кардио-пулмоналне реанимације (КПР).

Радно-активно становништво

Информисање и едуковање радно активног становништва кроз:

1. Организовање и спровођење активности у здравственим установама, на местима где раде, проводе слободно време,
2. Коришћење медија, интернет мреже, телефонских и интернет саветовалишта.

Области информисања и едуковања:

1. унапређење и промоција здравља на раду,
2. превенција професионалних болести, других болести у вези са радом и повредама на раду,
3. здрави стилови живота,
4. фактори ризика за здравље,
5. побољшање физичког, менталног и социјалног стања радника,
6. прва помоћ и основне мере кардио-пулмоналне реанимације (КПР).

Активности усмерене на унапређење здравствене заштите свих популационих група:

- Израдити базу података о факторима ризика (врсте и број - по становнику), инциденце најчешћих болести и слично и израда епидемиолошких студија о повезаности ових чинилаца са старошћу, полом, образовањем, здравственом културом, територијалном припадношћу и слично. Приоритетизација оних фактора средине на које локална самоуправа и институције различитих сектора могу да утичу, у циљу унапређења здравља.

Резултат: информисано и едуковано одрасло становништво, здравствени радници, здравствени сарадници, васпитачи, деца, родитељи, старатељи, млади, радно активно становништво у вези са очувањем и унапређењем здравља и смањењем фактора ризика, хроничним незаразним болестима, значају превенције и ране детекције болести, израђена база података о здравственом стању становништва на територији града Крагујевца, броју и врстама фактора ризика, створена подлога за праћење унапређења здравља након примењених јавноздравствених мера, дефинисани основни фактори средине који утичу на здравље популације на нивоу града, на које се може утицати; преузета одговорност за здравље од стране корисника.

Индикатор: проценат становништва и проценат здравствених радника који је обухваћен едукативним програмима; број и врсте спроведених едукација; резултати анкете пре и после спровођења мера; информисаност становништва; број фактора ризика.

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац, Институт за јавно здравље Крагујевац, установе примарне здравствене заштите на територији Града, Црвени крст Крагујевац;

Извор финансирања: буџет локалне самоуправе, буџет РС; буџет донатора.

Временски оквир: 2011-2014.

1.3. Обезбедити доступност и једнаке услове за коришћење здравствене заштите

Службе за здравствену заштиту жена, деце, школске деце и омладине, одраслог и радно активног становништва треба да буду доступне и приступачне, да буду прилагођене потребама и проблемима које ове групације имају и да обезбеђују услуге становништву на адекватан начин.

Ове службе треба да буду отворене за све особе којима је помоћ потребна, без обзира на пол, узраст, етничку припадност, расу, религију, образовни ниво, социјални статус или неку другу карактеристику која може бити основ за дискриминацију.

Континуираном едукацијом здравствених радника и здравствених сарадника примарне здравствене заштите и унапређењем превентивног садржаја рада, потребно је обезбедити доступност услуга у селима и мањим градским срединама на адекватан и рентабилан начин.

Побољшање приступачности, доступности и коришћења здравствене службе и уједначавање квалитета здравствене заштите деце са села, из сиромашних подручја и осетљивих групација.

Смањење постојеће неједнакости у погледу обезбеђености и доступности здравствене заштите на релацији сеоско-градско становништво и сиромашна-богата подручја.

Побољшати приступачност, доступност и коришћење здравствене службе и квалитет здравствене заштите деци из ромских насеља.

Обезбедити лако доступне и без стигматизације службе за адолесцентне без обзира на род, социјално-економски статус, етничку припадност, географско подручје.

Едукација здравствених радника и здравствених сарадника који пружају здравствену заштиту адолесцентима за приступ наклоњен младима и прилагођен потребама младих.

Обезбедити и усклађивати кадровску обезбеђеност и медицинску опрему према потребама и захтевима корисника.

Изградити шалтер-пултове у службама које их тренутно немају, по могућности са излазним местом за сваки тим, рачунаром и телефонском линијом.

Увести кол центар за заказивање.

Увести телефонско саветовалиште, као и интернет саветовалиште и радити на његовом популарисању, са специјално обученим здравственим кадром.

Радити на редизајнирању улоге здравствених професионалаца и немедицинског особља (тзв. "промена високог утицаја број 10", јачање улоге техничара, израда протокола и остале документације за рад техничара са пацијентима).

Резултат: унапређена приступачност и доступност здравствене заштите, здравствених служби и услуга, смањено време чекања на прегледе, омогућен бољи проток пацијената, уклоњена "уска грла", унапређена здравствена култура, унапређени услови за коришћење здравствене заштите.

Индикатори: време чекања на пружање услуге; број посета; број телефонских позива; време трајања прегледа; задовољство запослених и корисника.

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац, Институт за јавно здравље Крагујевац, установе примарне здравствене заштите на територији Града, Црвени крст Крагујевац;

Извор финансирања: буџет локалне самоуправе, буџет РС; донатори.

Временски оквир: 2011-2014.

1.4. Унапредити сарадњу и координацију свих установа здравствене заштите

Наведени циљ постићи спровођењем следећих активности:

- Образовање координационог тела састављеног од представника свих установа примарне здравствене заштите и локалне самоуправе, у циљу планирања и усаглашавања активности актера примарне здравствене заштите на локалном нивоу и заједничког иступања према Министарству здравља РС, како би се унапредила комуникација локалног и републичког нивоа.
- Образовање координационог тела састављеног од представника свих здравствених установа које постоје на нивоу Града, укључујући и Институт за јавно здравље Крагујевац, Клинички центар Крагујевац, Медицински факултет Крагујевац и локалну самоуправу, у циљу сагледавања стања здравствене заштите на нивоу Града, здравствених потреба и здравственог стања становништва Крагујевца, као и планирања усаглашених активности и утврђивања приоритета у здравственој политици.
- Унапредити сарадњу између свих установа здравствене заштите на нивоу Града, у циљу унапређења рефералног система здравствене заштите, примењивати стандардизоване процедуре у области превентиве, дијагностике и лечења код изабраног лекара, како би се избегло непотребно упућивање на виши реферални ниво и нерационално трошење средстава, као и понављања процедура у дијагностици.
- Унапредити сарадњу између свих установа примарне здравствене заштите на нивоу Града укључујући локалну самоуправу, Институт за јавно здравље Крагујевац и Црвени крст Крагујевац, као и представнике удружења, у циљу имплементације превентивних програма који се спроводе на нивоу локалне заједнице.
- Подстицати партнерство између државног и приватног здравственог сектора, како би функционисали синхронизовано, по истим принципима, а у циљу размене информација, примене истих стандарда ради добробити корисника услуга здравствене заштите.

Резултат: Образована координациона тела; унапређена сарадња; реализоване заједничке активности; развијен систем повратних информација.

Индикатор: број заједничких активности.

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац са свим установама здравствене заштите на територији Града; приватна пракса; удружења; Црвени крст Крагујевац;

Извор финансирања: Буџет локалне самоуправе; буџет РС.

Временски оквир: 2011-2014.

1.5. Унапредити и развијати мултисекторску сарадњу

Унапредити и развијати мултисекторску сарадњу кроз:

- 1) оријентацију здравствене заштите ка локалној самоуправи и спровођење активности и ван здравствених установа,
- 2) организовање предавања, семинара, трибина и радионица у школама и вртићима, клубовима и удружењима, на јавним местима, у нехигијенским насељима, као и јавне манифестације у циљу промоције здравља,
- 3) успостављање механизма сарадње и партнерства са удружењима,
- 4) јачање међусекторске сарадње у обезбеђивању ванинституционалне подршке деци са тешкоћама у развоју и њиховим породицама (биолошкој, хранитељској или усвојитељској породици) у локалној самоуправи,
- 5) јачање учешћа здравственог система у спровођењу међусекторских програма за одговорно родитељство и ненасилно васпитавање деце,
- 6) сензибилисање и укључивање свих неопходних сектора и представника локалне самоуправе у акције за здравље,
- 7) остваривање сарадње са факултетима уз активно учешће и партнерство са управама универзитета и факултета, студентским организацијама и наставним особљем на активностима на промоцији здравља,

- 8) успостављање механизма сарадње здравствених установа и различитих удружења са циљем да се прошири мрежа институција и организација које доприносе здрављу,
- 9) сарадња са Центром за социјални рад и органима унутрашњих послова,
- 10) социјална подршка самохраним мајкама у сарадњи здравственог са другим секторима (социјална заштите и локална самоуправа).

Резултат: успостављена сарадња, спроведене заједничке активности; спроведене едукације;

Индикатор: број актера укључених у сарадњу; број едукација; број заједничких активности;

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац, Институт за јавно здравље Крагујевац, установе примарне здравствене заштите на територији Града; удружења; Центар за социјални рад, органи унутрашњих послова, Црвени крст Крагујевац, факултети.

Извор финансирања: буџет локалне самоуправе; буџет РС.

Временски оквир: 2011-2014.

1.6. Унапредити примарну здравствену заштиту за посебно осетљиве групе становништва

Унапређење примарне здравствене заштите за посебно осетљиве групе становништва могуће је остварити кроз:

- 1) повећање обухвата посебно осетљивих група становништва здравственом заштитом,
- 2) повећање обухвата вакцинацијом посебно осетљивих група становништва,
- 3) повећати активности на промоцији здравља, спречавању и раном откривању и лечењу болести код посебно осетљивих група становништва, кроз спровођење специфичних превентивних програма,
- 4) интензивирање патронажног надзора и кућног лечења,
- 5) доступније начине спровођења превентивних прегледа за посебно осетљиве групе становништва уз организовање мобилних тимова,
- 6) едуковање кадра (пре свега изабраних лекара) за рад са посебно осетљивим групама становништва у складу са њиховим потребама, као и за рад са њиховим породицама у погледу начина бриге о овим групама,
- 7) едуковање кадра у области геријатрије,
- 8) израду штампаног материјала прилагођеног посебно осетљивим групама становништва,
- 9) набавку мобилне опреме и креирање услуга прилагођених посебно осетљивим групама становништва,
- 10) едуковање посебно осетљивих група становништва у области прве помоћи и основних мера кардио-пулмоналне реанимације (КПР).

Резултат: унапређена здравствена заштита посебно осетљивих група становништва, едукован кадар, набављена неопходна опрема; боља доступност услуга; повећан број корисника услуга; повећан обухват превентивним прегледима; унапређен ниво комуникације;

Индикатори: број едукација; количина и врста набављене опреме; резултати анкета; број корисника услуга; број пружених услуга; број рампи за инвалиде; број запослених обухваћених едукацијама.

Одговорне институције за реализацију са партнерима: Град Крагујевац, Институт за јавно здравље Крагујевац, установе примарне здравствене заштите на територији Града; удружења, Црвени крст Крагујевац, установе.

Извор финансирања: буџет локалне самоуправе; буџет РС; донатори.

Временски оквир: 2011-2014.

СТРАТЕШКИ ЦИЉ 2

УНАПРЕЂЕЊЕ ФИЗИЧКИХ РЕСУРСА КРОЗ КАПИТАЛНЕ ИНВЕСТИЦИЈЕ

Оперативни циљеви:

2.1. Изградња објеката за пружање услуга примарне здравствене заштите

- Изградња централног објекта Дома здравља Крагујевац за смештај Службе за предшколску децу и Службе за школску децу.

Дом здравља Крагујевац не располаже адекватним простором за здравствену заштиту предшколске и школске деце ужег градског језгра. Наиме, за пружање здравствене заштите овим категоријама становништва, Дом здравља користи простор Клиничког центра Крагујевац. С обзиром на то да је исти неопходан Клиничком центру Крагујевац, наведене Службе морају бити измештене у најскоријем периоду.

- Обезбеђење адекватног простора за смештај Здравствене станице број 4 Дома здравља Крагујевац.

Здравствена заштита становништва у ужем градском језгру, за око 30.000 корисника услуга примарне здравствене заштите је постала неадекватна због уступања објекта који је до сада коришћен (локација у центру града, зграда "Уреда", улица Николе Пашића број 1). Дом здравља Крагујевац је био корисник простора у објекту који је уступљен за потребе Апелационог суда Одлуком Владе РС, Министарства здравља, Министарства правде, Министарства финансија, а уз сагласност локалне самоуправе као оснивача Дома здравља. Тренутно се здравствена заштита становништва ужег градског језгра остварује у закупљеном простору у објекту у улици Јанка Веселиновића број 91, који није наменски грађен за пружање здравствених

услуга и услед тога су отежани услови, како за пацијенте, тако и за пружаоце здравствених услуга, а високе трошкове закупнине сноси локална самоуправа.

- Изградња објекта Завода за хитну медицинску помоћ Крагујевац.

У циљу обезбеђења услова за квалитетно пружање услуга ургентне медицине, неопходна је изградња наведеног објекта. Након прерастања Службе за хитну медицинску помоћ Дома здравља Крагујевац у самосталан Завод, за обављање делатности ургентне медицине, установа користи око 400м² простора Завода за стоматологију Крагујевац. Наведени простор је неодговарајући и неадекватан за обављање делатности Завода и изградња објекта је основни приоритет Града. Грађевински пројекат је урађен 2009. године, а опредељено је и земљиште за изградњу нове зграде Завода.

Резултат: Изграђени објекти; унапређен квалитет здравствене заштите; повећано задовољство корисника и пружалаца услуга примарне здравствене заштите.

Индикатор: број изграђених објеката;

Одговорне институције за реализацију са партнерима: Град Крагујевац; Република Србија; установе примарне здравствене заштите.

Извор финансирања: буџет локалне самоуправе; буџет РС; буџети донатора.

Временски оквир: 2011-2014.

2.2. Адаптација, санација и реконструкција постојећих објеката примарне здравствене заштите

Дом здравља Крагујевац – снимање и реконструкција постојећих електро, водоводних и канализационих инсталација у свим постојећима објектима Дома здравља. Замена дотрајале столарије, у складу са потребама. Замена и реконструкција дотрајалих подова, набавка котларнице у огранку Станово еколошком -или постављање филтера, санација равних кровова у складу са потребама, реконструкција и адаптација амбуланти у Реснику, Угљаревцу, Страгарима, као и извођење свих неопходних радова на осталим сеоским амбулантама (у складу са захтевом установе) у циљу обезбеђења адекватних услова за пружање услуга и рад особља. Завршетак конзервираног поткровља у специјалистичко-консултативној служби, изградња паркинга и приступних путева објектима Дома здравља, а тамо где не постоје радити на изградњи прилазних рампи за инвалиде. У здравственој станици број 2 треба проширити и реновирати шалтер. Спроводити текуће поправке и одржавање у складу са Програмом изградње, одржавања и опремања установе и материјалним могућностима. Уз поштовање принципа доступности здравствене заштите, а у циљу обезбеђења рентабилности и рационализације процеса рада, сагледати потребе и могућности спајања одређених сеоских амбуланти.

Застава Завод за здравствену заштиту радника доо Крагујевац - у реструктурирању:

- Централни објекат - замена подова за око 1200 м², санација кровног покривача изнад улазног хола око 1000 м² и санација дела вертикалне водоводне и канализационе инсталације (металне са пластичним), санација постојећих мокрих чворова за око 30 места, решавање питања снабдевања водом, електричном енергијом и грејањем директно од надлежних јавних предузећа, уместо преко инфраструктуре Фијат аутомобили Србија. Након доношења новог урбанистичког решења за овај део града и инфраструктурних промена које су уследиле доласком Фијат аутомобила Србија, једно од централних питања постало је питање изградње прилазног пута објекту, затим паркинг простора, поправка и санација прилаза објекту према рампи код улаза за хитне случајеве и израда пешачке рампе. У случају да се добију одговарајућа одобрења и сагласности од надлежних државних органа биће нужно да се изврши адаптација подрумског простора за потребе Рехабилитационог Кабинета.

- Диспансер Филип Кљајић - Реконструкција грејања, замена подова у површини од око 120 м² и санација столарије.

- Амбуланта Црвена Звезда - Регулисати грејање и извршити делимичну замену подова у површини од око 20м², обезбедити самостални прикључак и директан потрошачки однос са Електрошумадијом.

Завод за хитну медицинску помоћ Крагујевац - До изградње новог објекта Завода, у складу са годишњим Програмом одржавања и опремања установе, спроводити радове текућих поправки и одржавања, у складу са захтевом установе. Приоритет је изградња заштитне надстрешнице, у циљу заштите возила од сунца и падавина. Такође треба урадити осветљење и поставити видео надзор.

Апотека Крагујевац - Објекти које користи Апотека Крагујевац су у солидном стању, тако да у складу са годишњим Програмом одржавања и опремања установе, треба спроводити радове текућих поправки и одржавања, у складу са захтевом установе.

Завод за стоматологију Крагујевац - Установа је уступила део свог простора (429,05м²) Заводу за хитну медицинску помоћ Крагујевац, тако да се тренутно рад Завода одвија у неадекватном и недовољном простору. Због недостатка просторних капацитета, доведено је у питање запошљавање нових доктора стоматологије, без обзира на постојање реалне потребе. Решавање наведеног проблема налази се у иселјавању Завода за хитну медицинску помоћ Крагујевац, који користи 429,05м²

Завода за стоматологију, наравно након изградње новог објекта за пружање услуга ургентне медицине. До тада, у складу са годишњим Програмом одржавања и опремања Завода за стоматологију Крагујевац, треба спроводити радове текућих поправки и одржавања, у складу са захтевом установе.

Резултат: Спроведени радови текућих поправки и одржавања; адаптиран, реновиран простор.

Индикатор: број текућих поправки, адаптација, санација, реновирања; износ издвојених средстава за наведене намене.

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац са свим установама здравствене заштите на територији Града; донатори.

Извор финансирања: буџет локалне самоуправе; буџети донатора.

Временски оквир: 2011-2014.

СТРАТЕШКИ ЦИЉ 3

УНАПРЕЂЕЊЕ ПОСТОЈЕЋИХ И УВОЂЕЊЕ НОВИХ ИЗВОРА ФИНАНСИРАЊА

Оперативни циљеви:

3.1. Унапредити апсорпцију средстава из страних и домаћих извора финансирања

- Дефинисање учешћа националног буџета и буџета локалне самоуправе у финансирању примарне здравствене заштите.

Резултат: Повећан износ средстава усмерених на финансирање примарне здравствене заштите.

Индикатор: Проценат издвајања из буџета.

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац; Република Србија.

Извор финансирања: Буџет локалне самоуправе; буџет РС.

Временски оквир: 2011-2014. (годишње).

- Мобилисање потенцијалних домаћих и иностраних донатора за финансирање примарне здравствене заштите.

Резултат: Повећање броја донатора.

Индикатор: Број донатора.

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац са свим установама здравствене заштите на територији Града.

Извор финансирања: буџет локалне самоуправе.

Временски оквир: 2011-2014.

- Едукација актера примарне здравствене заштите у вези са пројектима ЕУ (подршка изради пројектних предлога).

Резултат: Боља информисаност актера примарне здравствене заштите; већи број апликација;

Индикатор: Број едукација и семинара; број полазника; број апликација;

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац са свим установама здравствене заштите на територији Града и стручне институције.

Извор финансирања: Буџет локалне самоуправе.

Временски оквир: 2011-2014.

- Образовање мултипрофесионалног тима у циљу координисања активности актера примарне здравствене заштите на пољу аплицирања код ЕУ фондова (кроз редовне састанке тим ће прикупљати и размењивати информације, анализирати актуелне позиве и окупљати потребан кадар за аплицирање).

Резултат: Образован тим; већи број апликација.

Индикатор: Број апликација;

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац са свим установама здравствене заштите на територији Града.

Извор финансирања: Буџет локалне самоуправе.

Временски оквир: 2011-2014.

3.2. Проширити спектар услуга и увести нове технологије

- Оснивање Завода за здравствену заштиту студената - у циљу очувања и унапређења здравља студената Универзитета у Крагујевцу (њих укупно 15.000) пружања здравствене заштите која је у довољној мери популационо специфицирана, посебно у области превентивних активности и планског усмеравања здравствене заштите студената, основати Завод за здравствену заштиту студената. Законом о здравственој заштити отворена је могућност градовима у Републици, уколико се на њиховој територији налази седиште универзитета, који у свом саставу има факултет здравствене струке, да оснују самосталне здравствене установе из седам медицинских делатности. Међу њима је у члану 102. став 2. тачка 1. наведеног Закона наведен и Завод за здравствену заштиту студената, који је дефинисан као здравствена установа у којој се обавља здравствена заштита студената и организује превентивна и куративна здравствена заштита из области опште медицине, стоматологије, гинекологије, лабораторијске и друге дијагностичке и терапијске потребе студената. Након добијања неопходних сагласности са републичког нивоа и укључивања Завода у План мреже здравствених установа, створити организационе услове за рад истог. У почетном периоду Завод би користио просторије Дома здравља Крагујевац, а касније у складу са могућностима, радити на стварању услова за изградњу новог објекта.

- При Дому здравља Крагујевац, у оквиру специјалистичко-консултативне службе увести следеће услуге: ултразвук медијастинума, ултразвук штитасте жлезде, ултразвук дојке, ултразвук синуса, доплер крвних судова врата, епикутане алерголошке пробе, периметрија, козметологија (третмани чишћења и ревитализације лица), дерматохирургија, отомикроскопија;

у циљу обезбеђења услова за проширење спектра услуга, треба, у складу са могућностима, радити на набавци недостајуће опреме, као и на обезбеђењу адекватних просторних капацитета (најбоље је исте обезбедити адаптацијом поткровља, које није завршено и тиме добити простор за рино-алерголошки кабинет, фонијатријски кабинет, кабинет за контактна сочива и козметологију, а за медицину рада радити на обезбеђењу додатне просторије за функционалну дијагностику; Повећати продуктивност Службе лабораторијске дијагностике уз смањење трошкова, за шта је потребна ревизија свих делова процеса рада у лабораторији (консолидација радног простора, интеграција лабораторијског информационог система, аутоматизација). У складу са могућностима у циљу остваривања наведеног, радити на набавци недостајуће опреме за лабораторију (центрифуге, апарат за аутоматски

преглед урина, вакутајнер за узорковање биолошког материјала) као и на софтверском програму специјализованом за лабораторије, како би се повезао сваки део процедуре, одакле се врши потпуна контрола рада оператера и искључује не само људски фактор, већ и преаналитички фактори на валидност резултата. Обезбедити клима уређаје за пунктове.

Основати Службу физикалне медицине, која би се бавила превенцијом, рехабилитацијом, дијагностиком и терапијом за све категорије и старосне групе становништва.

Радити на јачању Службе за радиолошку дијагностику.

- При Заводу за здравствену заштиту радника доо Крагујевац - у реструктурирању, након завршетка активности везаних за регистрацију Завода у статусу државне установе, које се очекује у најскоријем периоду, основати Центар за рехабилитацију (сагласно Елаборату који је уз сагласност Града достављен Министарству здравља РС) као и Центар за рентген дијагностику. У складу са правцима развоја, дефинисаним од стране саме установе, радити на проширењу делатности, у смислу оснивања нових одсека, попут одсека за испитивање грађевинске звучне изолације, нејонизујућих зрачења у животној средини, периодични преглед радника који раде у зони зрачења, пулмолошка, алерголошка и токсиколошка испитивања у циљу дијагностике и верификације професионалних обољења и болести у вези са радом, испитивање изолационих заштитних средстава која се користе у електроенергетским постројењима, опасних материја и слично. Такође радити на образовању одсека за хигијену и физиологију рада, професионалну оријентацију и селекцију, као и одсека саобраћајне медицине. У складу са могућностима, радити на проширењу високоспецијализованих услуга (ергометрија, аудиометријска дијагностика, спиромертијска испитивања, ултразвучна дијагностика и капилароскопија) које се већ у одређеном обиму обављају у редовном радном времену.

- При Заводу за хитну медицинску помоћ формирати Одсек за информатику и стручно усавршавање. У складу са могућностима радити на формирању истурених пунктова екипа хитне медицинске помоћи, како би се до свих критичних пацијената стизало у оптимално време за указивање помоћи.

Резултат: Проширен спектар услуга и уведене нове технологије.

Индикатор: Број основаних служби, број новоуведених услуга; количина обезбеђене опреме.

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац; установе примарне здравствене заштите.

Извор финансирања: буџет локалне самоуправе, буџети установа примарне здравствене заштите.

Временски оквир: 2011-2014.

СТРАТЕШКИ ЦИЉ 4

УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА РАДА УСТАНОВА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Оперативни циљеви:

4.1. Подстицати, креирати и спроводити све видове стручног усавршавања и едукација здравствених радника

- Спровођење програма континуиране едукације у сарадњи са Медицинским факултетом Крагујевац, у циљу јачања уско стручних знања и вештина здравствених радника.
- Унапређење општих знања и вештина лекара у примарној здравственој заштити (знања у области психологије, антропологије, основа комуникације, тимског рада и слично).
- Подстицати развој управљачких вештина (организационо и финансијско управљање) кроз унапређење свих видова едукација у области здравственог менаџмента (менаџера на свим нивоима, здравствених планера у области формулисања политике планирања и развоја кадрова).
- Едукација здравствених радника о правцима пацијената, етици, лекарској одговорности...

Резултат: Виши ниво стручног знања и вештина здравствених радника; бољи учинак установа примарне здравствене заштите ; боља комуникација на свим нивоима; боља усклађеност свих ресурса и потреба; унапређен квалитет рада; веће задовољство корисника и свих актера примарне здравствене заштите; смањен број жалби корисника услуга.

Индикатор: број реализованих програма, семинара, едукација; број полазника; параметри учинка; показатељи квалитета.

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац; установе примарне здравствене заштите; факултети.

Извор финансирања: буџет локалне самоуправе, буџети установа примарне здравствене заштите.

Временски оквир: 2011-2014.

4.2. Подстицати развој и примену водича добре праксе

- Кроз сарадњу установа примарне здравствене заштите и Медицинског факултета Крагујевац, у складу са потребама и могућностима подстицати развој и примену водича добре праксе, награђивати најбоље у циљу подстицања унапређења квалитета рада стручног кадра.

- Кроз сарадњу установа примарне здравствене заштите и Медицинског факултета Крагујевац, радити на изради Водича добре превенције за најчешће хроничне незаразне болести, са практичним, конкретним, разумљивим и применљивим препорукама за унапређење здравља и превенцију болести становништва, а у циљу смањења варирања у превентивном раду и добијања најбољих исхода по здравље грађана Крагујевца).

Резултат: Израђени водичи, унапређен рад здравствених радника, унапређен квалитет превентивне здравствене заштите; унапређење здравља становништва; смањење броја фактора ризика.

Индикатор: број водича; број фактора ризика.

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац; установе примарне здравствене заштите; факултети.

Извор финансирања: буџет локалне самоуправе, буџети установа примарне здравствене заштите.

Временски оквир: 2011-2014.

4.3. Јачати здравствени информациони систем и подстицати ширу примену Информационо-комуникационих технологија

- У координацији са Министарством здравља РС спроводити све неопходне активности у циљу јачања локалног информационог система, информационих система на нивоу

установа примарне здравствене заштите (информатичко опремање установа, као и повезивање њихових истурених организационих јединица).

- У складу са могућностима и смерницама са републичког нивоа, радити на стварању услова за умрежавање свих актера примарне здравствене заштите, у циљу праћења пута пацијента.

- Едуковати запослене за коришћење информационо-комуникационих технологија.

- Израда базе података о здравственом стању, факторима ризика и потребама становништва за креирање превентивних активности и јавноздравствених програма.

- Увођење електронске комуникације, као обавезног вида комуникације.

- Модернизација административних софтвера у оквиру установа, у циљу праћења потрошње, учинка и слично, уз награђивање најбољих као подстицај унапређењу квалитета рада установа примарне здравствене заштите.

Резултат: Набављена неопходна опрема; умрежене установе; израђена база података; унапређено знање запослених у погледу коришћења информационо-комуникационих технологија; повећана транспарентност у раду, унапређен квалитет рада и задовољство запослених и корисника.

Индикатор: количина обезбеђене опреме; број едукација; број полазника; број показатеља из домена информационо-комуникационих технологија. који се користи за праћење и унапређење квалитета рада;

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац; Република Србија; установе примарне здравствене заштите.

Извор финансирања: буџет локалне самоуправе, буџет РС, буџети установа примарне здравствене заштите; буџети донатора.

Временски оквир: 2011-2014.

4.4. Унапредити капацитете и опремљеност установа примарне здравствене заштите

- При Дому здравља Крагујевац треба обезбедити опрему која недостаје како би фактичко стање било усаглашено са Правилником о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама (апланациони тонометар са биомикроскопом, микроскоп за ухо, тредмил трака, савремени ултразвучни апарат ЗД, бинокуларни микроскоп, машина за прање лабораторијског посуђа, колпоскоп и слично), радити на осавремењавању и јачању возног парка због дотрајалости возила и потребе развијања Службе кућног лечења у циљу јачања палијативног збрињавања; у циљу стварања услова за проширење спектра услуга, радити на набавци неопходне опреме (ултразвук за преглед медијастинума, штитне жлезде, дојке са доплером и 3 сонде до 18 МХЗ, ултразвучни апарат за преглед синуса, риноманометар, видеоостробоскоп, кераторефрактометар, оптотип, Хемфријев периметар, аргон ласер, савремени оторејтер (Rodenstock или други реномирани произвођач), спироетар, два пулсна оксиметра, два компјутера са штампачем, DXA, комбиновани спироетар/ЕКГ апарат, центрифуга са 48 места, апарат за аутоматски преглед урина, софтвер специјализован за лабораторију; потребно је у складу са могућностима радити на обезбеђењу објеката видео надзором, набавци опреме за климатизацију објеката, куповини одговарајућих софтверских програма за унапређење рада појединачних служби.

- При Заводу за здравствену заштиту радника доо Крагујевац - у реструктурирању, у складу са могућностима, радити на делимичној замени постојеће и куповини нове опреме високог технолошког нивоа, а пре свега ултразвук са више сонди (кардиолошка, абдоминална, за преглед меких ткива), хематолошки аналајзер и дефибрилатор. Такође, уколико дође до проширења делатности Рентген кабинета и Кабинета за рехабилитацију, биће потребно извршити набавку опреме сагласно донетим документима за ове намене, а пре свега једног рентген апарата. У циљу увођења

информационог система и примене електронског здравственог картона потребно је извршити набавку додатне информатичке опреме (око 15 рачунара са пратећом опремом и софтвера).

- При Заводу за хитну медицинску помоћ Крагујевац, у циљу пружања што квалитетнијих услуга ургентне медицине, радити на јачању возног парка, посебно у смислу набавке возила за превоз пацијената на хемодијализи, теренског возила са носилима, возила за специјалне намене – реанимобил, савремене медицинске опреме: ултразвучни апарат, анализатор за кардио-специфичне ензиме, опрема за интраосеално давање инјекција и капнометар, опремању диспечерског центра. За ванредне ситуације треба набавити један шатор у коме би се организовао рад пријемно-тријажне екипе, агрегат за случај нестанка електричне енергије и сандук за лагеревање санитетског материјала и лекова за рад у ванредним ситуацијама, све у складу са годишњим Програмом одржавања и опремања установе.

- Апотека Крагујевац има добру техничку опремљеност, тако да је потребно у складу са њеним годишњим Програмом одржавања и опремања радити на јачању исте, посебно на набавци рачунарске опреме.

- Завод за стоматологију Крагујевац, располаже застарелом опремом, набављеном углавном пре 2000. године, тако да је потребно, у складу са могућностима, постепено радити на обнављању постојеће опреме и набавци нове, првенствено набавити одређен број стоматолошких јединица, ортопана, стерилизатора, RTG апарата, као и ситније стоматолошке опреме.

Резултат: боља опремљеност установа, унапређен квалитет рада; унапређени капацитети; унапређено задовољство корисника и пружалаца услуга примарне здравствене заштите; препознат и вреднован квалитет рада од стране локалне самоуправе.

Индикатор: количина обезбеђене опреме; средства издвојена за финансијски подстицај унапређењу квалитета.

Одговорне институције за реализацију са партнерима: град Крагујевац; Република Србија; установе примарне здравствене заштите.

Извор финансирања: буџет локалне самоуправе, буџет РС, буџети установа примарне здравствене заштите; буџети донатора.

Временски оквир: 2011-2014.

САДРЖАЈ

- Одлука о усвајању Стратегије развоја примарне здравствене заштите града Крагујевца за период 2011- 2014. година.....	1
--	---

