

Zdravstvene razmere v Jugoslaviji

UDK 614.39(497.1)

IZVLEČEK. Avtor razpravlja o varovanju, ohranjanju in krepitvi zdravja prebivalstva, o sodobni organizaciji zdravstvene dejavnosti ter o sistemu zdravstvenega varstva kot bistvenih elementih družbene reprodukcije, ki odločilno prispevajo k večji delovni učinkovitosti in socialni varnosti, k izboljšanju življenjskega standarda ter celostnemu razvoju družbe.

Pri uresničevanju zdravstvenega varstva smo dosegli pomembne uspehe, ki se kažejo: v podaljšanju pričakovane življenjske dobe, zmanjšanju specifične umrljivosti, v izkoreninjenju nekaterih nalezljivih bolezni, v razširitvi pravic do zdravstvenega varstva, v povečanju obsega zdravstvenih storitev, v večji dostopnosti in razširitvi mreže zdravstvenih zmogljivosti, v večjem številu zdravstvenih delavcev ter boljši tehnični opremljenosti zdravstvenih organizacij.

Ob vseh doseženih pozitivnih rezultatih in splošnemu napredku pa obstajajo še številni problemi, ki ovirajo hitrejši razvoj zdravstvenega varstva, zmanjšujejo njegovo učinkovitost ter omejujejo rezultate, ki bi jih lahko dosegli z obstoječimi materialnimi, kadrovskimi in drugimi potenciali (reursi).

HEALTH SITUATION IN YUGOSLAVIA. The author deals with the protection, maintenance and promotion of population health and presents the today organization of health service and health care system, which are essential elements of social reproduction, contributing to greater productivity, higher level of social security and standard of living, as well as to faster development of the society as a whole. Implementation of health care has yielded significant results, involving longer life expectancy, decrease in specific mortality rates, eradication of a number of communicable diseases, a wider scope of health service, easier access to health care and extended network of health facilities, increase in the number of health workers and improved technical equipment of health institutions. Along with these achievements and the general progress however, there arose many problems which slow down the development of health care and reduce its efficiency, thus preventing us from obtaining the results, which could have been achieved with the actual material, staff and other resources available.

UVOD

Ob preučevanju zdravstvenega stanja prebivalstva, organizacije zdravstvene dejavnosti ter sistema zdravstvenega varstva v Jugoslaviji se postavlja temeljno vprašanje: **kakšne so zdravstvene razmere v Jugoslaviji, kakšno je naše zdravstveno varstvo ter kako in koliko se lahko še izboljša.** Pri tem moramo takoj opozoriti, da je treba zdravje naroda obravnavati v okviru medsebojnih vzajemnih vplivov političnih, socialnih, ekonomskih, kulturnih, znanstvenih, tehničnih in psiholoških dejavnikov na določenem območju, kajti vsi ti dejavniki posamezno ali združeno vplivajo na človekovo zdravje ter na sistem kot celoto.

Glede na kompleksnost zastavljene vprašanja ter številne zapletene vplive na zdravstveno stanje prebivalstva moramo problematiko obravnavati kot kvalita-

tivno, multidimenzionalno karakteristiko, ki je ne moremo preprosto, neposredno meriti. Odgovor na vprašanje smo dobili s sistematičnim analiziranjem relevantnih kazalcev, z objektivno oceno stanja ter subtilnim merjenjem ravni zdravja prebivalstva. Pri analizi smo upoštevali: demografske kazalce, kazalce mortalitete, morbiditete in invalidnosti, kazalce o potrebah, zahtevah in koriščenju zdravstvenega varstva, podatke o kadrih, opremi, ubikacijah ter drugih zdravstvenih resursih. Na podlagi analize izbranih kazalcev je bilo mogoče oceniti in ugotoviti učinkovitost sistema zdravstvenega varstva.

Z analizo številnih kazalcev družbenega, socialnega in zdravstvenega razvoja smo spoznali, da je v preteklem obdobju prišlo do pomembnega izboljšanja zdravstvenega varstva. To se še posebej kaže v zmanjševanju umrljivosti, podaljšani pričakovani življenjski dobi ter v izkoreninjenju nekaterih bolezni, ki so v preteklosti imele osrednje mesto v naši nacionalni patologiji. Poleg tega se doseženi rezultati kažejo z razširitvijo pravic prebivalstva do zdravstvenega varstva, z dostopnejšo uporabo in večjim zajetjem prebivalstva, z razširjeno mrežo zmogljivosti zdravstvene dejavnosti, s povečanjem števila in vrste zdravstvenih delavcev, boljšo tehnično opremljenostjo zdravstvenih organizacij ter večjimi materialnimi sredstvi, namenjenimi za varovanje, ohranjanje in vračanja zdravja itd. Vse to je ob sočasnem izboljšanju življenjskega standarda ter ob drugih pozitivnih dosežkih sodobnega razvoja prispevalo k izboljšanju zdravstvenega stanja prebivalstva, razvoju splošnih higienskih razmer, napredku zdravstvene kulture, prehrane, stanovanja, varstva pri delu itd.

Toda ob pozitivnih rezultatih in splošnem napredku zdravstva in zdravstvenega standarda prebivalstva ter ob nespornih uspehih, ki so doseženi na področju zdravstvenega varstva, obstajajo določeni problemi, ki so ovirali hitrejši razvoj zdravstvene dejavnosti, zmanjšali delovno učinkovitost ter s tem tudi rezultate, ki bi jih lahko dosegli z razpoložljivimi materialnimi, kadrovske in drugimi potenciali.

POMEN PROBLEMA IN NAMEN RAZISKOVANJA

Z analizo zdravstvenega stanja, organizacije zdravstvene dejavnosti ter sistema zdravstvenega varstva smo dobili vpogled v dosedanje stanje, spoznali sedanje razmere, s pomočjo relevantnih metod in tehnik pa je mogoče predvideti tudi prihodnji razvoj na tem področju. Zaradi tega je obravnava teh vprašanj še posebej pomembna za oblikovanje ustrezne zdravstvene politike.

Vemo, da je zdravstveno stanje naroda odraz številnih vplivov, še posebej materialnih in strokovnih možnosti zdravstvenega varstva, odnosa posameznika, družine in družbene skupnosti do lastnega zdravja in odgovornosti družbene skupnosti za oblikovanje in izvajanje zdravstvene politike. Zdravstveno stanje posameznih območij je samo odraz njihovih splošnih ekonomskih, socialnih in kulturnih razmer. Ko govorimo o zdravstvenem stanju in zdravstvenih potrebah v Jugoslaviji, moramo upoštevati, da je zdravje produkt ekonomskega in socialnega razvoja kot tudi rezultat dela zdravstvene dejavnosti. Na tem področju, kot vemo, obstajajo

velike razlike med posameznimi območji z različno stopnjo razvoja, med vasjo in mestom kot tudi znotraj le-teh.

Namen pričujoče analize je, da s pomočjo relevantnih kazalcev prikaže in oceni zdravstveno stanje prebivalstva, opredeli bolezni in stanja, ki najbolj ogrožajo zdravje naroda, zmanjšujejo biološki in delovni potencial prebivalstva ter sprožijo invalidnost in privedejo do prezgodnje smrti. Poleg tega želimo spoznati, katere so zdravstvene potrebe naroda, stopnjo zadovoljevanja le-teh ter stanje družbenoekonomskih odnosov na tem področju, da bi tako ugotovili, katera sredstva imajo na voljo samoupravne interesne skupnosti za zadovoljevanje zdravstvenih potreb in interesov delovnih ljudi in občanov. Natančneje želimo oceniti tudi aktivnosti za varovanje in izboljšanje zdravja prebivalstva ter predvideti možnosti razvoja v naslednjem obdobju.

METODA DELA

V analizi izhajamo iz hipoteze, da je pojave v zdravstvenem stanju prebivalstva mogoče realno oceniti samo, če se opazujejo v daljšem časovnem obdobju; posamezne variable smo uporabili samo, če so tekom opazovanja dosegle relativno stalnost.

Vsi podatki, ki jih navajamo v analizi, so rezultat tako imenovane rutinske zdravstvene statistike, prek katere se zbirajo podatki v zdravstvenih organizacijah. Validnost (veljavnost) podatkov določajo zakonitosti velikih števil, enotna metodologija zbiranja in obdelave ter natančnost, popolnost in verodostojnost primarnih virov podatkov. Pregled večletnega gibanja nam je omogočil ustrezno primerjavo, kar je dalo objektivnejše ugotovitve.

Za celovit vpogled v zdravstveno stanje in za oceno dela zdravstvene dejavnosti smo spremljali številne pojave, kot so vitalne karakteristike in struktura prebivalstva oziroma njegove biološke, ekonomske, kulturne in socialne karakteristike. Analizirali smo posamezne parametre in ocenjevali, kako se spreminjajo pod vplivom družbeno-ekonomskih dejavnikov in tudi pod vplivom natalitete, mortalitete, morbiditete, invalidnosti ter drugih indikatorjev zdravja.

Karakteristike zdravstvenega stanja smo opredelili in ocenili s pomočjo splošnih in specifičnih indikatorjev zdravstvenega stanja, kot so: splošna in specifična stopnja mortalitete, glavni vzroki smrti, umrljivost dojenčkov, pričakovana življenjska doba, splošna in specifična morbiditeta, incidenca in prevalenca posameznih bolezni, stopnja absentizma, invalidnosti in drugih relevantnih kazalcev zdravstvenega stanja.

Organizacijo zdravstvene dejavnosti in sistem zdravstvenega varstva smo ocenili s pomočjo kazalcev o dostopnosti, učinkovitosti in racionalnosti zdravstvenega varstva. Pri tem smo uporabili podatke o razmerju med številom prebivalstva in številom zdravstvenega osebja, bolniških postelj, o deležu sredstev v narodnem dohodku za zdravstveno varstvo, o koriščenju zdravstvenega varstva, porazdelitvi zdravstvenih resursov ter številne druge indikatorje zdravstvenega stanja in zdravstvene politike.

POPULACIJSKE IN VITALNE KARAKTERISTIKE PREBIVALSTVA

Po popisu prebivalstva Jugoslavije dne 31. 3. 1981 ima Jugoslavija 22,4 milijonov prebivalcev. Od leta 1948 se je prebivalstvo povečalo za okoli 6,5 milijona. Predvideva se, da se bo v naslednjih dveh desetletjih prebivalstvo Jugoslavije povečalo še za 4 milijone. Povečanje števila prebivalstva v obdobju 1948—1981 znaša za: Jugoslavijo 41,1 ‰; Kosovo 116,2 ‰; Makedonijo 66,0 ‰; Bosno in Hercegovino 60,5 ‰; Črno Goro 55,6 ‰; Srbijo 42,1 ‰; Srbijo brez pokrajin 36,4 ‰; Slovenijo 30,8 ‰; Vojvodino 23,7 ‰ in Hrvatsko 21,1 ‰. V tem obdobju se je delež kmetijskega prebivalstva zmanjšal v korist ostalega prebivalstva (od 67,2 ‰ leta 1948 na 28,9 ‰ leta 1980).

Starostno strukturo označuje povečanje števila prebivalcev, starih nad 65 let (od 1.600.000 leta 1971 na 1.960.000 leta 1981, oziroma se je njihov delež povečal od 7,9 ‰ na 8,7 ‰) in zmanjšanje deleža mladega prebivalstva do 19 let (od 36,52 ‰ na 32,8 ‰). Proces demografskega staranja je posebej viden v Vojvodini, Hrvatski, Sloveniji in Srbiji brez pokrajin.

Nataliteta še naprej upada, čeprav je stopnja natalitete še vedno zadovoljiva (leta 1975 18,2 ‰, leta 1981 16,8 ‰), vendar obstajajo med republikami in pokrajinama precejšne razlike (v Bosni in Hercegovini 17,0; Črni Gori 18,2; Hrvatski 14,6; Makedoniji 20,8; Sloveniji 16,2; Srbiji 16,9; Srbiji brez pokrajin 14,2; na Kosovu 31,6 in v Vojvodini 13,0).

Fertilnost (plodnost ženskega prebivalstva) je razen na Kosovu v upadanju in manjša od meje, ki zagotavlja enostavno reprodukcijo prebivalstva. Leta 1980 je zelo nizka stopnja fertiliteti v Vojvodini (51,8), nizka v Srbiji brez pokrajin (57,0), Hrvatski (57,7), srednja v Bosni in Hercegovini (59,0), Črni gori (66,7) in Sloveniji (69,7), visoka v Makedoniji (81,4) ter zelo visoka na Kosovu (139,5).

Splošna umrljivost prebivalstva je nizka (9,0 ‰ leta 1981), k čemer je precej prispevalo zmanjševanje umrljivosti dojenčkov, zaradi staranja prebivalstva pa kaže tendenco naraščanja. Povprečna starost umrlih se pomika h kasnejšim letom starosti (leta 1975 je odstotek umrlih, starih čez 50 let 77,9, leta 1980 pa 80,3).

Umrlijivost dojenčkov je še naprej visoka, med največjimi v Evropi, čeprav se je zadnja tri desetletja zmanjšala s 118 (leta 1950) na 30,7 ‰ (leta 1981). Še vedno obstajajo velike razlike v stopnjah umrljivosti po območjih. Leta 1981 so stopnje umrljivosti dojenčkov naslednje: v Bosni in Hercegovini 27,7; Črni Gori 19,8; Hrvatski 18,3; Makedoniji 55,2; Sloveniji 13,5; Srbiji brez pokrajin 24,1; na Kosovu 62,6 in Vojvodini 11,9.

Pričakovana življenjska doba prebivalstva v Jugoslaviji narašča; pričakovana življenjska doba, rojenih leta 1961 je znašala za dečke 62,3, a za deklice 65,4 let; za rojene leta 1979 pa je podaljšana za dečke na 65,5 in za deklice na 72,9 let.

Naravni prirastek se rahlo zmanjšuje s precejšnjimi razlikami med republikami in pokrajinama. Največji prirastek je na Kosovu (25,5 na 1.000 prebivalcev po podatkih za leto 1981), najmanjši pa v Vojvodini (2,0) in Hrvatski (3,3).

ZDRAVSTVENO STANJE IN ZDRAVSTVENO VARSTVO PREBIVALSTVA

Gledano na splošno smo v dosedanjem razvoju dosegli pomembne rezultate v zdravstvenem varstvu prebivalstva. Toda v dosedanjem razvoju je bilo veliko nenačrtnosti, spontanosti in zaostajanja pri odločnejši preusmeritvi k preventivnemu in osnovnemu zdravstvenemu varstvu. Pri zdravstvenem varstvu je bil poudarek na kurativni medicini in na bolnišničnem zdravljenju, namesto na krepitvi zdravja in preventivi, uveljavljanju zdravega načina življenja, ki prispeva k ohranitvi zdravja, k razvijanju zavesti o odgovornosti za lastno zdravje, k izogibanju in zmanjševanju nevarnosti iz življenjskega in delovnega okolja s pomočjo spreminjanja vedenja in zagotavljanja takšne zdravstvene dejavnosti, ki bo učinkovita, racionalna in enako dostopna vsem občanom, ne glede na ekonomski položaj in kraj, v katerem živijo.

V patologiji našega prebivalstva čedalje bolj prevladujejo **kronična množična nenalezljiva in degenerativna obolenja** s tendenco nadaljnega naraščanja (tako imenovane bolezni civilizacije — bolezni srca in ožilja, nevroze, osebne spremembe, maligna obolenja). Te bolezni so precej posledica industrializacije, urbanizacije, spremenjene demografske strukture prebivalstva ter čedalje večjega števila drugih, nezadostno poznanih dejavnikov, ki jih prinašajo slabe navade, neustrezn način vedenja in nezdravi življenjski in delovni pogoji. Te bolezni sodobnega časa pomenijo najznačilnejše obeležje naše patologije, ki je sicer karakteristična tudi za razvite države. Nezadostna usmerjenost k preventivi pa omogoča, da v naši nacionalni patologiji, še bolj kot v državah s podobnim ekonomskim stanjem, še naprej obstajajo obolenja, ki so značilna za gospodarsko slabo razvite države.

Množične nenalezljive bolezni pomenijo vse večji in čedalje dražji problem zdravja našega prebivalstva. Ocenjuje se, da kronična množična nenalezljiva obolenja obsegajo okoli 80 odstotkov vseh registriranih obolenj in stanj. Kronične množične bolezni se najpogosteje pojavljajo pri skupinah prebivalstva nad 35 let starosti (produktivno in starejše prebivalstvo). Pri teh skupinah prebivalstva se pojavljajo kronične bolezni, kot so koronarne in cerebrovaskularne bolezni, hipertenzija, maligna obolenja, kronični bronhitis, sladkorna bolezen, revmatske in druge bolezni lokomotornega sistema, duševne bolezni, kronični nefritis, zobni karies, bolezni prebavil in drugo.

Obolenja srca in ožilja imajo osrednje mesto med množičnimi kroničnimi nenalezljivimi obolenji in naraščajo z največjo stopnjo v Vojvodini, Srbiji brez pokrajin, Sloveniji in Hrvaški. Poleg tega so ta obolenja osnovni vzrok smrti našega prebivalstva ter imajo prevladujoči vpliv na skupno mortaliteto.

Maligne neoplazme so tudi pri nas zelo razširjene, njihovo število pa stalno narašča. Omenjena obolenja se že dve desetletji nahajajo na drugem mestu med glavnimi vzroki smrti našega prebivalstva. Glede na lokacijo je pri moških najpogostejši rak na želodcu in pljučih, pri ženskah pa na dojki in vratu maternice.

Sladkorna bolezen prav tako narašča in se najpogosteje pojavlja po štiridesetem letu življenja. Število obolelih znaša 1—2 odstotka vsega prebivalstva. Največ bolnikov s sladkorno boleznijo je registrirano v Hrvaški, Sloveniji in Vojvodini.

Kronična obolenja dihal, ulkusne bolezni (razjeda na dvanajsterniku in želodcu) ter **endemske nefropatije** pomenijo na posameznih območjih precejšnje zdravstvene probleme.

Duševne bolezni so zelo aktualen zdravstveni problem tako glede števila obolelih kot tudi zaradi precej velikih potreb bolnikov po zdravstveni pomoči, subjektivnih težav ter bistveno zmanjšane sposobnosti prilagajanja teh bolnikov v družbi, na delovnem mestu in v družini. Posebej izstopajo nevroze, ki precej naraščajo.

Bolezni odvisnosti — alkoholizem, narkomanija in kajenje — naraščajo. Ocenjeno je, da je 2—4 odstotka vsega prebivalstva alkoholikov. Po podatkih, ki jih imamo na voljo, je evidentirano 5.680 narkomanov, največ mestne mladine (85 % obolelih je mlajših od 25 let). Nenadzorovano in nepotrebno uživanje zdravil (tabletomanija) je razvada velikega števila prebivalcev in prehaja v toksikomanijo. Kajenje je prav tako bolezen odvisnosti in pomeni najbolj razširjeno toksikomanijo (celo 40 % učencev kadi!).

Poškodbe so v patologiji prebivalstva precejšen problem in sodijo med najpogostejše vzroke smrti. Poleg tega imajo za posledico invalidnost in zmanjšano produktivnost, skrb za poškodovance pa terja tudi velik del sredstev. Osrednje mesto imajo poškodbe v prometnih nesrečah, v katerih je najpogostejši vzrok »človeški faktor« zaradi utrujenosti, alkoholiziranosti, kajenja in drugih razlogov v več kot 80 %, pri šoferjih v javnem prometu pa tudi zaradi opustitve ali nezadostnega nadzorovanja njihovih psihofizičnih in zdravstvenih sposobnosti.

Bolezni zobovja, ust in čeljusti postajajo čedalje večji problem v sistemu zdravstvenega varstva. Čez 80 odstotkov vsega prebivalstva ima zobne okvare, 40 odstotkov starejših od 16 let pa nima vseh zob. Posebej je izraženo povečevanje zobnih okvar pri otrocih.

Za reševanje kompleksnih problemov množičnih nenalezljivih bolezni je bistveno razvijanje strategije za njihovo preprečevanje in zmanjševanje (ali odložitve) v okviru primarnega zdravstvenega varstva. Ukrepi naj bi se torej osredotočili na preventivo oziroma k povečanju učinkovitosti zdravstvenega varstva, da bi se tako izognili visokim stroškom kurativne medicine in rehabilitacije. Pri tem moramo spreminjati način življenja, ki škoduje zdravju, izvajati kolektivno in individualno preventivo, preventivo s cepljenji, ki so na voljo, varovati življenjsko okolje in izvajati druga načela higiene.

Nalezljive in parazitarne bolezni še naprej pomenijo precejšen problem za zdravje našega prebivalstva. Čeprav sta malarija in pegavica izkoreninjeni, davica, otroška paraliza in tetanus pa zmanjšani na neznatno število, stalno pa se zmanjšuje tudi število trebušnega tifusa in paratifusa, je treba aktivnost zdravstvene dejavnosti izboljšati in okrepiti. Še naprej se namreč ohranja visoka stopnja obolevnosti za črevesnimi nalezljivimi boleznimi (griža, nalezljiva zlatenica itd.) Nalezljive zastrupitve s hrano še naraščajo. Tuberkuloza je, čeprav se število obolenj

zmanjšuje in pomika k starejšim življenjskim obdobjem, še vedno velika nevarnost za zdravje prebivalstva, še posebej na nerazvitih področjih.

Zdravstveno stanje in zdravstveno varstvo posebnih skupin prebivalstva

Posamezne skupine prebivalstva različne starosti, spola in poklicev imajo poleg skupnih še specifične zdravstvene probleme. Zato jim je potrebno specifično zdravstveno varstvo. Analiza zdravstvenega stanja in zdravstvenega varstva določenih skupin prebivalstva kaže, da se na določenih območjih nezadostno izvajajo ukrepi preventivnega zdravstvenega varstva posebej ogroženih skupin našega prebivalstva.

Med specifičnimi populacijskimi skupinami izstopa varstvo in krepitev **zdravja mater in otrok** zaradi posebnih bioloških in psihosocialnih potreb inherentnih procesov človekovega razvoja in rasti. Te zdravstvene potrebe se morajo zadovoljevati, da bi se zagotovil obstanek in zdrav razvoj otrok. Z zadovoljevanjem teh potreb in reševanjem problemov v posameznih fazah razvoja je mogoče kar največ zmanjšati kasnejše zdravstvene probleme in prispevati k bistvenemu izboljšanju zdravja in kvalitete življenja posameznika, družine in celotne družbene skupnosti.

Naložba v zdravstveno varstvo otrok in mladine je namreč izhodišče za izboljšanje socialnega razvoja in produktivnosti dela družbe v celoti.

Otroci in mladina zajemajo okoli 33 odstotkov celotnega prebivalstva ter so zaradi procesa rasti in razvoja najobčutljivejša skupina prebivalstva, ki je nagnjena k množičnemu obolevanju. Največkrat obolevajo za akutnimi okužbami dihal, zobnimi okvarami, za parazitarnimi in nalezljivimi boleznimi ter za boleznimi kože in podkožja. Pri predšolskih otrocih so pogoste diareje, pri šolskih otrocih in mladini pa poškodbe, ki imajo tretje mesto v skupni morbiditeti. Deformacije in druge nepravilnosti v razvoju, anomalije vida in zobne okvare so prav tako pomembni zdravstveni problemi te populacije.

V okviru **zdravstvenega varstva žensk** se nezadostno izvajajo preventivne aktivnosti, povezane z reproduktivno funkcijo žensk in varstvom materinstva. To se še posebej nanaša na zdravstveno varstvo v nosečnosti. Za ženske v reproduktivnem obdobju so komplikacije v nosečnosti najpogostejši vzrok obolevanja.

Povečanje porodov s strokovno pomočjo (88 % leta 1980) in uzakonitev prekinitve nosečnosti so precej zmanjšali stopnjo maternalne umrljivosti.

Glede na množičnost in posledice za zdravje žensk ostaja splav še naprej največji problem žensk v fertilnem obdobju. Načrtovanje družine še ni razvito, zdravstvene storitve, namenjene temu vidiku varstva je rabilo komaj 6 odstotkov žensk v fertilnem obdobju.

Zdravstveno varstvo delavcev je temeljni predpogoj za ekonomski razvoj. Delovno okolje lahko pomeni posebno nevarnost za njihovo zdravje, vključno z nesrečami pri delu. Sodobno zdravstveno varstvo delavcev je usmerjeno na preprečevanje bolezni in poškodb, poklicnih bolezni, na odkrivanje in odstranjevanje

škodljivosti, ki neugodno vplivajo na njihovo delovno sposobnost. V strukturi obolevnosti delavcev prevladujejo bolezni dihal s tendenco zmanjševanja, naraščajo pa duševne bolezni, bolezni mišic, kostnega in sklepnega sistema ter bolezni srca in ožilja.

Pogostnost poklicnih obolenj se giblje zadnja tri leta med 6,4 in 7,8 primerov na 1.000 delavcev. Posebno visoko je povečanje v gozdarstvu (od 24,7 leta 1971 na 66,9 leta 1978 na 10.000 delavcev). Najpogostejše so poklicne dermatoze (38—48 % vseh poklicnih obolenj), sledijo pa obolenja dihal (15—25 %) in poklicne okvare sluha (6—12 %).

Poškodbe pri delu se zmanjšujejo (46 poškodb na 1.000 delavcev leta 1981). Največ jih je v proizvodnji in predelavi oglja (152), barvni metalurgiji (127), črni metalurgiji (107) in ladjedelništvu (105). Nesreče zunaj dela so številnejše od nesreč pri delu (57,4 % leta 1979). Najpogostejše so opekline in prelomi.

Dnevna odsotnost z dela (absentizem) zaradi bolezni in poškodb narašča (od 4,3 leta 1975 na 4,7 leta 1980). Najmanj je registrirane v Makedoniji (2,4), največ pa v Hrvaški (6,2). Najpogostejši vzrok odsotnosti z dela je bolezen (preko 80 %), za tem nega bolnega družinskega člana (12,9 %) in nesreče pri delu (4,6 %). Odsotnost z dela je največja v organizacijah, v katerih so težki delovni pogoji ali nizki osebni dohodki.

Delna ali popolna nesposobnost za delo — **invalidnost** — narašča (od 103 leta 1975 na 113 leta 1980 na 1.000 delavcev). Letno povečanje invalidskih upokojencev se je gibalo od 5,9 leta 1975 na 8,0 leta 1979 na 1.000 aktivnih zavarovancev. To je delno rezultat razširjenih pravic in ugodnejših pogojev za doseganje teh pravic, delno pa zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja delavcev, še posebej na ogroženih delovnih mestih. Razlike med republikami in pokrajinama so izrazite, vendar so bolj rezultat pogojev, s katerimi se uresničujejo omenjene pravice kot pa rezultat razlik v zdravstvenem stanju delavcev. Največjo stopnjo invalidnosti imajo Črna gora (148), Vojvodina (139), najmanjšo pa Makedonija (69).

Poleg nespornih rezultatov pri izboljšanju delovnih pogojev je **varstvo pri delu** še vedno aktualen problem. Inšpekcije dela odkrivajo številne pomanjkljivosti, od katerih so najpogostejše na gradbenih objektih ter v delovnih prostorih. Ropot in vibracija postajata najpogostejši poklicni škodljivosti. Manjkajo številni predpisi o varstvu pri delu, tehnični normativi in standardi iz pristojnosti federacije in republik oziroma pokrajin in tudi normativni akti organizacij združenega dela.

Proces staranja prebivalstva s posebnimi nevarnostmi za bolezni aktualizira potrebo po zdravem načinu življenja, preventivni ukrepi pa postajajo vse pomembnejši. Geografska mobilnost, vključno z urbanizacijo in migracijo ovirajo družino, da bi ustrezno skrbela za svoje starejše člane ter terja nove družinske in družbene pristope, da bi zagotovili zdravstveno in socialno varstvo ostarelih, te naraščajoče skupine prebivalstva.

Glavni vzroki smrti so najzanesljivejši kazalci zdravstvenega stanja prebivalstva. Glavni vzrok smrti našega prebivalstva so bolezni srca in ožilja, maligna obolenja in nasilne smrti s tendenco naraščanja njihovega deleža med vsemi

vzroki smrti. Na razvitih območjih je okoli polovica smrti zaradi kardiovaskularnih obolenj, petina zaradi raka, desetina pa zaradi nasilne smrti. Umrljivost zaradi drugih bolezni se zmanjšuje, še posebej umrljivost zaradi nalezljivih bolezni in tuberkuloze.

Jugoslavija ima **največjo stopnjo umrljivosti dojenčkov** v Evropi (število umrlih dojenčkov na 1.000 živorojenih), ki je bila 1981 30,7 ‰. Najpogostejši vzrok smrti dojenčkov so t. i. zunanji dejavniki. Po 28 dneh življenja jih umre zaradi vnetja pljuč, nalezljivih bolezni ali drugih obolenj, na katere lahko vplivamo z ustreznimi ukrepi zdravstvenega varstva, okoli 50 odstotkov vseh umrlih v prvem letu starosti.

K povečanju stroškov zdravstva v veliki meri prispeva **cena in poraba zdravil**, ki se pogosto izdelujejo kot posledica proizvajalnih interesov farmacevtske industrije in ne kot izraz smiselne zdravstvene politike in opredeljenih zahtev po racionalnem predpisovanju osnovnih zdravil. Naše prebivalstvo se oskrbuje z zdravili z 18 organizacijami za izdelovanje zdravil (od teh jih pet proizvaja 90 odstotkov celotne proizvodnje), preko 11 organizacij, ki se ukvarjajo s prometom zdravil na veliko, preko 46 veledrogerij, podružnic in skladišč ter preko 1.623 lekarn in lekarniških postaj. Mreža organizacij, ki se ukvarjajo s prometom zdravil je torej dovolj razvita, vendar so lekarnice in njihove enote neenakomerno porazdeljene, kar na nekaterih območjih otežuje oskrbo prebivalstva z zdravili.

Splošna značilnost na tem področju je zaostajanje razvoja t. i. bazične proizvodnje, predimenzioniran pa je tudi razvoj predelovalnih zmogljivosti. Obstaja tudi velika odvisnost od tujih proizvajalcev, še posebej iz zahodnih držav.

Za zdravljenje prebivalstva je v prometu okoli 1.500 gotovih zdravil, s katerimi so krita vsa indikacijska področja. Glede na celotne stroške zdravstvenega varstva znašajo stroški za zdravila okoli 20 odstotkov, z drugimi besedami, petino vseh sredstev, namenjenih za celotno zdravstveno varstvo se porabi za zdravila.

Zadnja leta oskrba tržišča z zdravili ni povsem ustrezna ter pogosto prihaja do pomanjkanja posameznih, pa tudi osnovnih (vitalnih) zdravil, kar je rezultat vrste nerešenih problemov v proizvodnji, uvozu in prometu zdravil.

Tudi problemi, povezani s **človekovim okoljem** so zaradi industrializacije in urbanizacije vse bolj pereči. Družbena akcija za varstvo in izboljšanje človekovega okolja zaostaja za opredeljenimi načeli in dejanskimi možnostmi družbe. Proces osnaževanja okolja se nadaljuje. Občasno ali stalno **onesnaževanje atmosfere** naselij z različnimi škodljivimi snovmi prek dopustne meje je doslej ugotovljeno v 60 mestih oziroma industrijskih centrih v Jugoslaviji. **Onesnaževanje vodotokov** se ne zmanjšuje. Veliko število naselij in gospodarskih objektov odvajajo škodljive snovi, ki povzročajo, da je voda iz teh vodotokov neuporabna za določene namene. Registriranih je čez 1.200 industrijskih objektov, ki odvajajo odpadne vode brez predhodnega čiščenja odpadnih snovi.

Ocenjuje se, da se okoli 65 odstotkov prebivalstva oskrbuje s **pitno vodo** prek vodovodnega sistema, iz objektov in izvirov, ki v velikem številu niso zavarovani pred onesnaženjem. Narašča število lokalnih in individualnih vodovodov na vasi,

ki se gradijo in oskrbujejo na način, ki ne zagotavlja zdravstvene neoporečnosti vode.

Ropot v številnih mestih, turističnih krajih in določenem delovnem okolju presega dovoljeno mejo.

Prehrana je še vedno deficitarna glede na potrebno količino potrebnih beljakovin, vitaminov in nekaterih mineralnih snovi, čeprav je energetska (kalorična) vrednost povprečnega dnevnega obroka zadovoljiva. Naša prehrana je pogosto neracionalna. Nezadostno in nesistematično nadzorovanje zdravstvene neoporečnosti živil pomeni stalno nevarnost za zdravje uporabnikov.

Čeprav je s predpisi o evidencah v zdravstvu zaradi skupnega interesa države urejeno zbiranje podatkov o stanju in ukrepih na področju varstva človekovega okolja, še ni organizirano spremljanje in preučevanje škodljivih pojavov ter prav tako še ni izpeljan ustrezen sistem informiranja na tem področju, tako da vpliv onesnaženosti človekovega okolja na zdravje prebivalstva še ni dovolj poznan in ukrepi niso dovolj sinhronizirani.

ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI IN SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Zelo majhno število držav na svetu ima zdravstveni sistem, v katerem vse komponente sistema funkcionirajo integralno in koordinirano in da sistem temelji na primarnem oziroma osnovnem zdravstvenem varstvu. Čeprav zdravstvene institucije navadno delujejo druga poleg druge ter so namenjene istemu prebivalstvu, je sodelovanje med njimi zelo majhno ali pa ga sploh ni. Pogosto je zdravstvena dejavnost neustrezno organizirana, ker je nepovezana in koncentrirana v velikih mestih. Poleg tega se zelo velik del sredstev za zdravstveno varstvo namenja za bolnišnično zdravljenje in drago medicinsko tehnologijo, ki je namenjena manjšemu delu prebivalstva v škodo osnovnega zdravstvenega varstva, ki je namenjeno za večino. Čeprav je zdravstveno varstvo postalo dostopno večjemu številu ljudi, še vedno obstaja neenakomerna porazdelitev mreže, kadrov in drugih zmogljivosti, zaradi česar je kmečko prebivalstvo še posebej ogroženo.

Sodobna zdravstvena dejavnost se mora razvijati kot odgovor na dejanske in nove potrebe prebivalstva. Neustrezno planiranje, programiranje in vodenje, vključno z nezadostnim sodelovanjem z drugimi sektorji zunaj zdravstva so razlogi za slabosti sistema zdravstvene dejavnosti, čeprav pri nalogah za varovanje in ohranjanje zdravja delajo delavci v zdravstvenih organizacijah in tudi delavci na področju izobraževanja, preskrbe z vodo, priprave hrane, nadzovanja življenjskega okolja, komunikacij ter drugih sektorjev; toda žal pogosto delajo posamezno in nepovezano.

V zadnjem desetletju je pri nas prišlo do **razširitve mreže zdravstvenih organizacij** in povečanja kapacitet za izvajanje zdravstvenih storitev, še posebej storitev

s področja osnovnega (primarnega) zdravstvenega varstva na nerazvitih področjih. Zdravstveno varstvo se opravlja v okoli 15.000 ambulantno-polikliničnih organizacijskih enotah in v 428 organizacijah za stacionarno zdravstveno varstvo s 133.399 bolniškimi posteljami (okoli 6 bolniških postelj na 1.000 prebivalcev).

Toda še vedno obstajajo področja, kjer je mreža in zmogljivost zdravstvenih organizacij nezadostno razvita ali neracionalno izrabljena. Pogosto se preveč poudarja izgradnja kapacitet, ki opravljajo bolnišnično zdravljenje, medtem ko se kapacitetam za osnovno in preventivno zdravstveno varstvo ne posveča potrebne pozornosti. Začet proces regionalne organizacije zdravstvene dejavnosti, ki nastaja zaradi kompleksnejšega, učinkovitejšega in racionalnejšega zdravstvenega varstva, je oviran z zapiranjem v ozke teritorialne okvire, s čemer se zmanjšujejo možnosti racionalnega izkoriščanja zdravstvenega varstva in rušijo načela vzajemnosti in solidarnosti. Realizirana niso niti prizadevanja za racionalno organiziranje najbolj zahtevnih zdravstvenih storitev tako na ravni republik in avtonomnih pokrajin in tudi na ravni vse države (kardio-kirurgija, transplantacija, onkologija, okulistika itd.).

V zdravstvenih organizacijah je bilo dne 31. 12. 1981 **zaposleno skupno 253.638 delavcev**. Zdravstveno varstvo je izvajalo 33.514 zdravnikov, 7.095 stomatologov, 4.657 farmacevtov ter 119.034 zdravstvenih delavcev z višjo, srednjo in nižjo izobrazbo. Globalno gledano bi to število zdravstvenih delavcev lahko zagotovilo ustrežnejše izvajanje zdravstvenega varstva prebivalstva. Temeljni problemi, ki se pojavljajo v zvezi s tem, so: neenakomerna razporejenost kadrov, neustrezno razmerje zdravnikov splošne medicine do specialističnih medicinskih področij, nezadostno število zdravstvenih delavcev, izobraženih za naloge preventivnega zdravstvenega varstva ter preveliko število zdravnikov v stacionarnih organizacijah in velikih mestih.

Število vpisanih študentov na medicinskih fakultetah je bilo leta 1980/81 19.147, na stomatoloških 4.880 ter na farmacevtskih 2.960. Od teh je samo leta 1980 diplomiralo 2.519 zdravnikov, 626 stomatologov in 446 farmacevtov. Število vpisanih študentov na višjih medicinskih šolah je bilo 3.864; diplomiralo pa jih je 1.530. Na srednjih medicinskih šolah je bilo vpisanih 22.473 dijakov; samo v letu 1980 pa jih je 7.873 diplomiralo.

Med **nezaposlenimi** zdravstvenimi delavci — stanje 30. junija 1982 — je bilo 2.004 zdravnikov, 1.055 stomatologov, 317 farmacevtov, 1.091 zdravstvenih delavcev z višjo medicinsko izobrazbo ter 15.817 s srednjo medicinsko izobrazbo.

Pri **izobraževanju** zdravstvenih delavcev še ni zadostnega vpliva združenega dela, predvsem zdravstva. Reforma izobraževanja se počasi izvaja, nerešene pa so tudi precejšnje razlike v programih in učnih načrtih na fakultetah in drugih šolah za zdravstvene delavce, z vsemi negativnimi posledicami. Podiplomsko usposabljanje s precejšnjimi razlikami v programih specializacije je prav tako neuskkljeno. Čedalje večje so zahteve po specializaciji in želje po atomizaciji medicine (obstaja 37 specialističnih področij za zdravnike in 9 za stomatologe), v okviru specializacij pa prevladujejo specializacije kurativne medicine. Izobraževanje in usposabljanje drugih profilov kadra, ki sodeluje v procesu zdravstve-

nega varstva pa je precej zapostavljeno (sanitarni inženirji, sociologi, psihologi, ekonomisti, pravniki itd.).

Znanstveno-raziskovalno delo na področju zdravstva še ni zadosti usmerjeno na aktualne probleme zdravstvenega varstva našega prebivalstva ter ni usklajeno in sinhronizirano med posameznimi institucijami, ki se ukvarjajo z znanstveno-raziskovalnim delom, in ne daje pričakovanih rezultatov. Zato je potrebno usklajevati programe raziskovalnih institucij, izvršiti delitev dela ter izmenjavo strokovnih in znanstvenih dosežkov.

Poleg kvantitativnega širjenja zdravstvene dejavnosti (prišlo je do precejšnjega širjenja mreže in kapacitet zdravstvenih organizacij), kar je omogočilo popolnejše in dostopnejše zadovoljevanje zdravstvenih potreb, je prišlo tudi do širjenja pravic do zdravstvenih storitev po načelu vzajemnosti in solidarnosti. Bistvena značilnost tega širjenja (mreže in pravic) so splošni humani motivi vse bogatejšega življenja naših delovnih ljudi in občanov, ki pa ni bilo povsem v skladu z materialnimi možnostmi združenega dela. To je privedlo do neuskklajenosti v politiki zdravstvenega varstva. Osnovna karakteristika stroškov v zdravstvu je namreč v njihovi neelastičnosti (togosti). Razen tega so izdatki v zdravstvu precej pogojeni z institucionaliziranimi pravicami uporabnikov, ki so se v zadnjem desetletju pomembno razširile (zavarovanje kmetov, nadomestila itd.).

Raven zdravstvenega varstva je mogoče oceniti s kvantitativnimi kazalci (umrljivost dojenčkov, obseg vakcinacij, pričakovana življenjska doba, usposobljenost zdravstvene službe za najzahtevnejše intervencije itd.), ki nam kažejo dinamičen razvoj vseh področij zdravstvenega varstva. Če kvaliteto omenjenega razvoja ocenjujemo s parametri, ki so neposredno povezani z rastjo delovne učinkovitosti (obseg odsotnosti z dela, dolžina delovnega staža, povečanje števila invalidov) lahko ugotovimo, da številni od teh kazalcev precej zaostajajo za pričakovani družbe.

Eno izmed najpomembnejših vprašanj našega zdravstva je vprašanje **systema upravljanja in vodenja zdravstvenega varstva**. Naš sistem je pogosto v bistvu hibriden, ker združuje v sebi samoupravljanje, administriranje, hierarhijo in voluntarizem.

Samoupravljanje v zdravstvenih organizacijah ima obseg, ki je praktično omejen z mejami temeljnih organizacij združenega dela. Nov institucionalni sistem (samoupravne interesne skupnosti) in spremembe v družbeno-ekonomskih odnosih (svobodna menjava dela) v praksi številnih okolij še ne dajejo pričakovanih rezultatov. Vzroki za takšno stanje so predvsem parafiskalni sistem zagotavljanja sredstev za zdravstveno varstvo s pomočjo prispevkov, ki se oblikujejo skozi preživeli proračunski sistem. Sistem planiranja v zdravstvu je pogosto do skrajnosti formaliziran; za opredelitev pravic, obveznosti in odgovornosti ni temeljnih elementov, kot so: natančni programi, cene zdravstvenih storitev, merila za kvaliteto storitev, normativi in standardi, nadzor nad uresničevanjem planskih ciljev in nalog itd. Vpliv uporabnikov zdravstvenih storitev v samoupravnih interesnih skupnostih je še nezadosten. Ustavni koncept samoupravnega interesnega organi-

ziranja je v praksi doživel številne nepravilnosti. Negativni pojavi se kažejo v formalizaciji odnosov med uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev, širjenju administriranja, ohranjanju starih odnosov ter oblikovanju centrov odtujene moči.

Pomanjkljivi **normativi in standardi** na tem področju ter na njih zasnovane cene zdravstvenih storitev imajo za posledico neupoštevanje ekonomskih zakonitosti, slabljenje motivacije za večjo delovno učinkovitost, za večjo kvaliteto storitev ter za humanejši odnos do uporabnikov zdravstvenih storitev. Zaradi vsega tega so tudi ogrožena temeljna načela poslovanja (ekonomičnost, produktivnost in rentabilnost), zmanjšana pa je tudi akumulacijska in reproduktivna sposobnost zdravstvenih organizacij. Takšno stanje je povzročilo tudi precejšnje znižanje realnih osebnih dohodkov v zdravstvu v primerjavi z osebnimi dohodki v gospodarstvu.

Neažurno in nepopolno vodenje predpisanih **evidenc in podatkov o delu na področju zdravstva** onemogoča pravočasno izvajanje statističnih raziskav in uporabo informacij za vodenje ustrezne zdravstvene politike. Nekateri pomembnejši podatki o zdravstvenem stanju se namreč že dalj časa ne obdelujejo, ne analizirajo in ne uporabljajo, kar ima številne negativne posledice.

Da bi se zagotovile precizne opredelitve in izvajanje zdravstvene politike, so potrebni ustrezni zakonski predpisi in samoupravni akti. Organizacija zdravstvenega varstva in sistem zdravstvene dejavnosti v Jugoslaviji sta urejena z zakoni republik in avtonomnih pokrajin. V okviru omenjenega sistema so odnosi med izvajalci in uporabniki zdravstvenih storitev ter pogoji za opravljanje zdravstvenih storitev urejeni s samoupravnimi sporazumi in drugimi samoupravnimi splošnimi akti. Ko se predpisi in sporazumi sprejmejo je potrebna družbena akcija za zagotovitev pravilnega funkcioniranja vseh komponent zdravstvenega sistema ter odnosov med njimi in tudi učinkovito vodenje in nadzorovanje sistema. Prav spremljanju predpisov pa se v praksi ne posveča primerna pozornost.

S številnimi predpisi na zdravstvenem področju so opredeljeni tudi ukrepi in obveznosti za varstvo in krepitev zdravja, njihovo izvajanje pa še ni zadovoljivo. Sanitarna inšpekcija, ki je zadolžena za nadzorovanje izvajanja teh predpisov, ni kadrovsko niti tehnično usposobljena za učinkovito opravljanje svojih nalog.

SKLEPNE UGOTOVITVE

Na splošno ocenjujemo, da se nadaljuje pozitiven trend napredka in izboljšanja zdravstvenega varstva prebivalstva. Poleg tega zdravstveno varstvo pomembno prispeva k razvoju družbene reprodukcije, večanju produktivnosti dela, k izboljšanju življenjskega standarda in razvoju družbe v celoti. Zdravstvena dejavnost, okrepljena s sodobnimi dosežki medicinske znanosti in tehnologije je na takšni stopnji, da lahko zadovolji zdravstvene potrebe delovnih ljudi in občanov.

Higienske razmere, življenjski in delovni pogoji so se izboljšali, kar je vplivalo na zmanjšanje posameznih bolezni. Tudi prehrana prebivalstva se je

kvalitativno izboljšala, kar vsekakor povečuje biološko odpornost naroda proti boleznim. Prav tako se je izboljšala tudi oskrba prebivalstva s higiensko neoporečno pitno vodo. Dvignila se je tudi stopnja zdravstvene prosvetljenosti prebivalstva, kar pozitivno vpliva na ravnanje in na odnos posameznika do lastnega zdravja ter zdravja njegove družine.

Ob pozitivnih rezultatih in splošnemu napredku zdravstva in zdravstvenega standarda prebivalstva ter nespornih uspehih, ki so doseženi na področju zdravstvenega varstva, obstajajo določeni problemi, ki so ovirali hitrejši razvoj zdravstvene dejavnosti, zmanjšali delovno učinkovitost in rezultate, ki bi jih lahko dosegli z razpoložljivimi sredstvi, kadri in opremo.

Nezadostna usmeritev na preprečevanje bolezni in poškodb omogoča, da v naši nacionalni patologiji še bolj kot v državah s podobnim ekonomskim razvojem še naprej obstajajo posamezne akutne nalezljive bolezni in druga obolenja, značilna za gospodarsko slabo razvite države. Kronična obolenja in stanja, kardiovaskularna obolenja, maligne neoplazme, poškodbe, nesposobnost za delo in invalidnost prebivalstva, še posebej prebivalstva v produktivnem obdobju pomenijo najznačilnejše karakteristike naše nacionalne patologije, s tendenco stalnega naraščanja, ki je značilno tudi za razvite države. Alkoholizem, narkomanija, kajenje in druge bolezni odvisnosti postajajo pri nas čedalje večji socialno-medicinski in družbeni problem.

Onesnaženost človekovega okolja pomeni nevarnost za zdravje ljudi in njihovih dobrin ter je posledica neupoštevanja predpisov in osnovnih higienskih zahtev. Kršenje veljavnih predpisov in tudi nezadostno izkoriščanje strokovnih kadrov in ustanov za učinkovitejše nadzorovanje, varstvo in izboljšanje človekovega okolja zmanjšujejo učinkovitost ukrepov za varovanje in krepitev zdravja.

Takšnemu stanju so prispevali tudi: slaba organiziranost, pogosto neustrezen način financiranja, drobitev zdravstvene dejavnosti, slaba funkcionalna povezanost v okviru občine, regije, republike oziroma pokrajine ter nezadostna usmerjenost zdravstvene dejavnosti na izvajanje preventivnih ukrepov.

Še vedno so nezadostno poznane medicinske, družbene in ekonomske posledice odsotnosti z dela zaradi bolezni, nesposobnosti za delo, invalidnosti, poklicnih bolezni itd., kar zmanjšuje prispevek zdravstva k povečanju produktivnosti in reproduktivni sposobnosti združenega dela.

Še vedno ni dokončno izdelan sistem odgovornosti zdravstvenih delovnih organizacij in zdravstvenih delavcev za opravljanje nalog, ki so jim zaupane; izdelan tudi ni sistem nadzorovanja dela zdravstvenih organizacij.

Obstoječe razlike v gospodarski razvitosti se odražajo tudi na stopnji zajemanja prebivalstva pri zdravstvenem varstvu ter na zdravstvenem stanju prebivalstva. Te razlike so samo delno zmanjšane z obstoječim sistemom solidarnostnega prelivanja sredstev za razvoj družbenih dejavnosti na nerazvitih področjih. Obstajajo zelo velike razlike glede števila prebivalstva na enega zdravnika v posameznih območjih države.

Kljub dejstvu, da so številni uspehi pri izboljšanju zdravstvenega stanja prebivalstva doseženi s preventivnimi ukrepi in akcijami, še vedno ni ustrezno

urejen status preventivnih organizacij ter prav tako ni urejeno odgovarjajoče financiranje preventivnih ukrepov, akcij in aktivnosti.

Omejevanje skupnih sredstev za zdravstveno varstvo, pomanjkanje standardov in normativov v zdravstvu ter družbeno dogovorjenih programov razvoja zdravstvenega varstva in pomanjkljiva organizacija dela zdravstvenih organizacij na širšem področju so zmanjšali reproduktivno sposobnost zdravstvene dejavnosti v celoti ter istočasno prispevali, da se je na posameznih območjih pojavljalo stihijsko in neracionalno vlaganje v objekte in opremo v zdravstvu.

Poleg velikega absolutnega povečanja sredstev za zdravstveno varstvo je zaradi visoke stopnje inflacije na eni strani ter pomanjkanja sistema ukrepov, s katerimi bi se spodbujala stalna racionalizacija porabe skupnih sredstev za zdravstvo, na drugi strani stagnirala materialna podlaga zdravstvenih organizacij.

Manjka tudi hitro in ustrezno zbiranje zdravstveno-statističnih podatkov po enotnih statističnih standardih in njihovo pravočasno analiziranje in uporaba, kar bi moralo biti osnova za opredeljevanje razvojne politike na področju zdravstvenega varstva.

Dosedanji proces integracije na področju zdravstva je imel pogosto mehanični pomen, čeprav bi morala integracija v zdravstveni dejavnosti funkcionalno povezovati zdravstvene organizacije. Zaradi določenih slabosti v tem procesu so se zelo težko prestopale komunalne in regionalne meje ter zmanjševale možnosti za integracijo, kar vse je negativno vplivalo na splošen uspeh dela zdravstvenih organizacij ter uresničevanje širših programov zdravstvenega varstva.

Samoupravno planiranje in programiranje zdravstvenega varstva še vedno ni doseglo svoje družbene funkcije, v kateri bi se uresničevale skupne zdravstvene potrebe in interesi delovnih ljudi z ene strani ter zdravstvenih delavcev na drugi strani. Samoupravno sporazumevanje in družbeno dogovarjanje, čeprav sprejeto kot osnovna metoda za reševanje problemov pri zadovoljevanju zdravstvenih potreb in interesov ter usklajevanje medsebojnih odnosov, pravic, obveznosti in odgovornosti, še ni dokončno izvedeno v vseh okoljih.

Pri oceni dosežene razvojne stopnje zdravstva in rezultatov pri varstvu zdravja ter potreb za nadaljnjo izboljšanje zdravstvenega stanja in družbeno-ekonomskih ter samoupravnih odnosov v zdravstvu je potrebno spremljati dosežene rezultate ter izvesti potrebne ukrepe za hitrejšo premagovanje težav in problemov, ki se pojavljajo pri razvoju zdravstvenega varstva.

Glavne smeri razvoja zdravstvenega varstva za doseg takšne ravni zdravja prebivalstva, ki mu bo omogočila družbeno in ekonomsko produktivno življenje, morajo vključevati tudi kolektivne in individualne ukrepe za napredek zdravja, preprečevanje in zmanjševanje obolenj, hitro diagnostiko, zgodnje zdravljenje in rehabilitacijo. To zahteva tudi ustrezno zdravstveno tehnologijo (metode, tehnike in opremo skupaj z ljudmi, ki jih uporabljajo), ki je znanstveno utemeljena, prilagojena našim specifičnim potrebam, sprejemljiva za uporabnike in izvajalce zdravstvenih storitev ter je v skladu z resursi, ki jih naša družbena skupnost zmore.

Za uresničevanje omenjene strategije je neobhodno potrebna **aktivna politična podpora** in tudi sodelovanje vseh družbenih subjektov, ki so vključeni v proces

planiranja družbenega, ekonomskega in socialnega razvoja, seveda ob zavestni in aktivni soudeležbi uporabnikov in izvajalcev zdravstvenega varstva, z namenom, da se človeški in materialni potenciali, ki so na voljo, izkoristijo na najboljši mogoči način.

Literatura:

1. Health Services in Europe, WHO, Copenhagen, 1981.
2. Komadina D. in sod.: Zdravstveno stanje stanovništva, organizacija zdravstvene delatnosti i sistem zdravstvene zaštite u SFR Jugoslavji, Savezni zavod za zdravstvenu zaštitu, Beograd, 1981.
3. Seventh General Programme of Work. »Health for All« Series, N° 8, WHO, Geneva, 1982.
4. Sixth report on the world health situation, WHO, Geneva, 1980.
5. Statistički godišnjak o narodnom zdravlju i zdravstvenoj zaštiti u SFR Jugoslaviji, Savezni zavod za zdravstvenu zaštitu, Beograd, 1981.
6. Statistični godišnjak Jugoslavije, Savezni zavod za statistiku, Beograd, 1982.

STROKOVNO IZPOPOLNJEVANJE ZA ZDRAVNIKE-PEDIATRE IN MEDICINSKE SESTRE

Združenje pediatrov Jugoslavije, Zveza društev medicinskih sester in medicinskih tehnikov Hrvatske in Splošna bolnišnica v Splitu organizirajo v Splitu prvo **POMLADANSKO ŠOLO IZ ZDRAVSTVENEGA VARSTVA OTROK** za zdravnike-pediatre in medicinske sestre.

Organizator omenjene šole je prof. dr. Miro Juretić, potekala pa bo teden dni v drugi polovici meseca aprila 1983 v Splitu.

Program obsega preventivno zdravstveno varstvo otrok — prehrano in bolezni presnove, preventivno genetiko, intenzivno nego in terapijo ter rehabilitacijo otrok. Moderatorji posameznih tematskih področij so priznani strokovnjaki iz vse Jugoslavije.

Vse informacije o tem pomembnem strokovnem izpopolnjevanju za zdravnike-pediatre in medicinske sestre daje **dr. Livio Balarin, Otroški oddelek Splošne bolnišnice v Splitu** (Dječji odjel Opće bolnice u Splitu).

Vjesnik 20 (1982), 3—4:405

MLADOST JE ČAS, KO PREUČUJEMO MODROST, STAROST PA ČAS, KO JO SPREMINJAMO V PRAKSO.

Rousseau