Народна библиотека
Србије
III 112733

Реформска Влада
Републике
Србије

Министарство здравља Републике Србије

Боље здравље за све у трећем миленијуму

- **Здравствена политика**
- **Визија система здравствене заштите у Србији**
- **Стратегија и акциони план реформе система здравствене заштите у Републици Србији - радна верзија**

Београд,
фебруар 2003. године



Министарство здравља Републике Србије

Боље здравље за све у трећем миленијуму

- **Здравствена политика**
- **Визија система здравствене заштите у Србији**
- **Стратегија и акциони план реформе система здравствене заштите у Републици Србији - радна верзија**

Београд,
фебруар 2003. године

Радна група за припрему стратегије:

Др Снежана Симић
Др Анка Шаулић
Др Јасмина Грозданов
Др Весна Бјеговић
Др Драгана Атанасијевић

Текст "Визије система здравствене заштите у Србији" са енглеског превеле:
Др Јасмина Грозданов и Др Анка Шаулић

Техничка подршка:
Урош Делић

Садржај:

ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА СРБИЈЕ.....1
Увод.....2
Циљеви здравствене политике Србије.....3
1. Очување и унапређење здравственог стања становништва Србије и јачање здравственог потенцијала нације.....4
2. Обезбеђење и унапређење правичног и једнаког приступа здравственој заштити за све грађане Србије, као и унапређење здравствене заштите угрожених популација.....5
2.1. Дефинисање националних циљева за смањење неједнакости у здрављу.....5
2.2. Унапређење здравствене заштите групација становништва које су у неповољном положају и због тога посебно осетљиве.....5
3. Постављање корисника (пацијента) у центар система здравствене заштите.....6
4. Одрживост здравственог система уз транспарентност и селективну децентрализацију у области управљања ресурсима и ширење спектра извора и начина финансирања.....7
5. Побољшање функционисања, ефикасности и квалитета здравственог система уз дефинисање посебних националних програма у области кадрова, мреже институција, технологије и медицинског снабдевања.....8
6. Дефинисање улоге приватног сектора у пружању здравствених услуга становништву.....9
7. Унапређење кадровске базе здравствене заштите (хуманих ресурса за здравље)
Кораци у реализацији здравствене политике.....11

ВИЗИЈА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ.....12
1. Увод.....15
2. Резиме постојећих докумената здравствене политике.....16
3. Општа визија здравственог сектора Србије.....17
4. Водећи принципи у реформи здравственог сектора Србије.....17
4.1. Водећи принцип 1.....17
4.2. Водећи принцип 2.....18
4.3. Водећи принцип 3.....19
4.4. Водећи принцип 4.....20
4.5. Водећи принцип 5.....21
4.6. Водећи принцип 6.....22
4.7. Водећи принцип 7.....23
4.8. Водећи принцип 8.....23
4.9. Водећи принцип 9.....24
5. Следећи кораци.....25
5.1. Краткорочни период (0-3 године).....25
5.2. Средњерочни период (4-7 година) и дугорочни (8-15 година).....29
Литература.....30

СТРАТЕГИЈА И АКЦИОНИ ПЛАН РЕФОРМЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ ДО 2015. ГОДИНЕ....31
Уместо увода....33
1. Детерминанте здравља....40
1.1. Социјално-економски развој и здравље....41
1.2. Животни стилови и здравље....46
1.3. Животна средина и здравље....51
2. Здравствено стање становништва – основни показатељи....54
2.1. Национални приоритети у превенцији болести и повреда....59
2.1.1. Стратешка опредељења....62
2.1.2. Активности на реализацији стратешких опредељења....62
2.2. Здравствено стање деце и адолесцената....64
2.2.1. Стратешка опредељења....66
2.2.2. Активности на реализацији стратешких опредељења....67
2.3. Здравствено стање одраслих....70
2.3.1. Стратешка опредељења....71
2.3.2. Активности на реализацији стратешких опредељења....71
2.4. Здравствено стање старих....73
2.4.1. Стратешка опредељења у заштити старих....73
2.4.2. Активности на реализацији стратешких опредељења....73
3. Финансирање здравствене заштите и здравствено осигурање....75
3.1. Стратешка опредељења....77
3.2. Активности на реализацији стратешких опредељења....77
4. Јавно здравље....79
4.1. Изазови јавног здравља у Србији....81
4.2. Стратешка опредељења....82
4.3. Активности на реализацији стратешких опредељења....82
5. Систем здравствене заштите по нивоима....84
5.1. Примарна здравствена заштита....85
5.1.1. Стратешка опредељења....86
5.1.2. Активности на реализацији стратешких опредељења у примарној здравственој заштити....86
5.2. Секундарна и терцијарна здравствена заштита....88
5.2.1. Стратешка опредељења за секундарну и терцијарну здравствену заштиту....90
5.2.2. Активности на реализацији стратешких опредељења на нивоу секундарне и терцијарне здравствене заштите....91
5.3 Стоматолошка здравствена заштита....93
5.3.1. Стратешка опредељења....93
5.3.2. Активности на реализацији стратешких опредељења....94
5.4. Фармацеутска здравствена заштита....94
5.4.1. Стратешка опредељења....95
5.4.2. Активности на реализацији стратешких опредељења....95

6. Развој кадрова у здравству....96
6.1. Стратешка опредељења....97
6.2. Активности на реализацији стратешких опредељења....98
7. Развој здравственог информационог система и побољшање менаџмента системом здравствене заштите....99
7.1. Здравствени информациони систем....99
7.1.1. Стратешка опредељења....100
7.1.2. Активности на реализацији стратешких опредељења....100
7.2. Менаџмент у систему здравствене заштите....103
7.2.1. Стратешка опредељења....103
7.2.2. Активности на реализацији стратешких опредељења....105
8. Нова улога Министарства здравља у реформи система здравствене заштите....106
8.1. Стратешка опредељења....107
8.2. Активности на реализацији стратешких опредељења....107
Прилог 1....109
Прилог 2....122

ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА СРБИЈЕ

Полазећи од постигнутог договора о визији реформе система здравствене заштите и става, да је здравље народа од општег друштвеног интереса и најзначајнији ресурс за развој, Влада Републике Србије дефинише оквир здравствене политике у Србији и допринос система здравствене заштите у очувању и унапређењу здравља становништва. Полазне основе за дефинисање здравствене политике Србије су :

- Универзална декларација о људским правима у којој, поред осталих, значајно место заузимају право на живот и здравље;
- Декларација Светске Здравствене Организације (СЗО) о одговорности државних органа за здравље народа сваке земље, чланице СЗО;
- Препоруке Светског самита УН о превазилажењу социјалних разлика у земљама велике економске кризе и посткатастрофалних санација;
- Европска политика и "Циљеви здравље за све у 21. веку";
- Љубљанска повеља о реформисању система здравствене заштите;
- Устав Републике Србије;
- Иницијатива Пакта за стабилност на унапређењу социјалне кохезије становништва једне земље.

УВОД

Доношење овог документа засновано је на општем друштвеном значају који има здравље и потреби да се представници друштва у целини одреде према циљевима и мерама здравствене заштите. Здравље је тесно повезано са свим секторима друштва и државе који треба да дају свој допринос, а здравствена политика произилази и наслања се на укупну друштвено-економску и социјалну политику.

Како до сада сличан документ није усвајан у Србији, овим започиње нови процес залагања за здравље у складу са политиком Европске заједнице у овој области.

Дефинисање основних праваца развоја система здравствене заштите је неопходно да би се на основу њих формулисали законски и подзаконски акти и кренуло са реформским променама система здравствене заштите.

Разлози за реформу налазе се у идентификованим бројним тешкоћама које постоје у систему здравствене заштите већ дужи временски период. За отклањање највећег броја тих тешкоћа и решавање великог броја актуелних проблема потребне су коренite реформске промене.

Непосредно са трансформацијом система здравствене заштите повезан је процес децентрализације у одлучивању о прикупљању и расподели средстава и кадрова у систему здравствене заштите.

Промењена улога државе, као и министарства здравља, подразумева усвајање здравствене политике на националном нивоу, дефинисање приоритета, прављење плана развоја здравствене заштите, установљавање механизама за стално унапређење квалитета рада у здравству, одлучивање о увођењу нових здравствених технологија и друго. У том смислу, приступачност благовремених и поузданих информација је кључна претпоставка у напорима да се реформише систем здравствене заштите. Прикупљање података и прављење употребљивих информација за доношење одлука су предуслов ефикасног управљања и планирања здравствене заштите.

Овај документ је настао из потребе да се дефинишу основни циљеви и правци развоја здравствене заштите у Србији и резултат је експертски вођеног консултативног процеса.

ЦИЉЕВИ ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ СРБИЈЕ

Реформа система здравствене заштите у Србији, као континуирани процес који прати развој укупног друштвено-економског система, подразумева остварење следећих циљева здравствене политике:

1. Очување и унапређење здравственог стања становништва Србије и јачање здравственог потенцијала нације.

2. Правичан и једнак приступ здравственој заштити свим грађанима Србије, за исте потребе, као и унапређење здравствене заштите угрожених популација.

3. Постављање корисника (пацијената) у центар система здравствене заштите.

4. Одрживост здравственог система, уз транспарентност и селективну децентрализацију у области управљања ресурсима, и ширење извора и начина финансирања.

5. Побољшање функционисања, ефикасности и квалитета здравственог система уз дефинисање посебних националних програма у области кадрова, мреже институција, технологије и медицинског снабдевања.

6. Дефинисање улоге приватног сектора у пружању здравствених услуга становништву.

7. Унапређење кадровске базе здравствене заштите (хумани ресурси за здравље).

1. ОЧУВАЊЕ И УНАПРЕЂЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ И ЈАЧАЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ ПОТЕНЦИЈАЛА НАЦИЈЕ

Здравље становништва није статичка категорија, већ динамички процес за чије одржавање су неопходни организовани напори на очувању и унапређењу здравља и јачању здравственог потенцијала и то у свим фазама живота. Посебне активности неопходне су у оним критичним периодима који представљају посебне здравствене изазове, као што су рано детињство, младост и старост. Те активности реализују се кроз:

- интерсекторску сарадњу и боље повезивање са заједницом и њеним структурама (како државног тако и цивилног сектора) на свим нивоима здравственог система;
- свеобухватну, континуирану и доступну здравствену заштиту;
- концепт промоције здравља.

Промоција здравља, заједно са својом најзначајнијом компонентом, васпитањем за здравље, има за циљ унапређење способности индивидуе, породице и заједнице за предузимање активности у вези са унапређењем здравља. У том смислу, активности на остваривању овог циља биће усмерене на:

- развој друштвеног и организационог капитала за унапређење здравља;
- развој здравствених комуникација базираних на систему социјалног маркетинга;
- креирање инфраструктуре која ће омогућити промоцију здравља;
- развијање партнерства у контексту инфраструктуре за промоцију здравља, посебно партнерства између државног и приватног сектора и невладиних организација;
- подстицање (бољим финансирањем и вредновањем) здравствено-васпитног рада као неопходне саставне компоненте ангажмана сваког здравственог радника, како у државном, тако и у приватном сектору;
- стимулисање, посебним механизмима финансирања, примене оних превентивних активности за које постоје докази да доводе до побољшања здравственог стања становништва и продужења људског века (здравствена заштита заснована на доказима);
- кадровско, материјално, информатичко, менаџерско и друго оспособљавање јавно-здравствених институција, као што су институти и заводи за заштиту здравља, као и друге институције од националног значаја за поједине области заштите здравља и учешће у програмима промоције здравља који се спроводе у земљама Европске заједнице.

2. ОБЕЗБЕЂЕЊЕ И УНАПРЕЂЕЊЕ ПРАВИЧНОГ И ЈЕДНАКОГ ПРИСТУПА ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ ЗА СВЕ ГРАЂАНЕ СРБИЈЕ, КАО И УНАПРЕЂЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ УГРОЖЕНИХ ПОПУЛАЦИЈА

Овај циљ реализује се кроз два подциља:

2.1. ДЕФИНИСАЊЕ НАЦИОНАЛНИХ ЦИЉЕВА ЗА СМАЊЕЊЕ НЕЈЕДНАКОСТИ У ЗДРАВЉУ

Неједнакост у здрављу испољава се, најчешће тако што оне територије, групације и/или индивидуе чије су здравствене потребе највеће не добијају здравствену заштиту или је добијају у облику и садржају који не задовољава њихове потребе. Неопходно је да се механизми једнакости, правичности и солидарности примене тако да се смање разлике у здравственом стању и здравственој заштити између:

- Урбаних и руралних територија;
- Различитих социоекономских, образовних и других слојева становништва;
- Међу групацијама у неповољном положају и са специјалним потребама и осталог дела становништва.

2.2. УНАПРЕЂЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ГРУПАЦИЈА СТАНОВНИШТВА КОЈЕ СУ У НЕПОВОЉНОМ ПОЛОЖАЈУ И ЗБОГ ТОГА ПОСЕБНО ОСЕТЉИВЕ

Ове групације су бројне, али и различите по узроку који је тај положај проузроковао, као што је сиромаштво, недовољно образовање, незапосленост, избеглиштво, припадност маргинализованим, дискримисаним и социјално изолованим групама, а посебно припадност групи особа са инвалидитетом. Здравствени систем има значајну улогу у очувању и унапређењу здравља, као и превенцији болести ових групација и ову улогу треба да реализује кроз чврсто партнерство са другим секторима заједнице, посебно социјалним. Најзначајније активности су:

- Препознавање посебних здравствених потреба ових групација као и њихову повезаност са социјалним потребама и доношење програма за синхронизовано деловање на свим нивоима заједнице;
- Повезивање институција примарне здравствене заштите – дома здравља, са институцијама социјалне заштите – центрима за социјални рад и развој мултидисциплинарног, тимског рада;
- Повезивање институција примарне здравствене заштите – дома здравља, са образовно –васпитним и другим институцијама.

3. ПОСТАВЉАЊЕ КОРИСНИКА (ПАЦИЈЕНТА) У ЦЕНТАР СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Реализација овог циља треба да допринесе бољој информисаности грађана -пацијената о њиховим правима, као и да допринесе њиховом учешћу у одлучивању и планирању здравствене заштите.

Овај циљ подразумева, исто тако, реализацију социјалних и индивидуалних права корисника у систему здравствене заштите, као и развој односа између запослених у здравству и корисника који ће бити мање хијерархијски и патерналистички, а више базиран на поштовању личности и партиципаторних права корисника.

3.1. СОЦИЈАЛНА ПРАВА КОЈА ЋЕ СЕ РЕАЛИЗОВАТИ СУ:

- Право на једнаку доступност и приступачност здравствене заштите;
- Елиминација било којих од дискриминаторских баријера (економских, географских, социјалних, психолошких) које ометају реализацију предходног права.

3.2. ИНДИВИДУАЛНА ПРАВА КОРИСНИКА КОЈА ЋЕ СЕ РЕАЛИЗОВАТИ СУ:

- Право на информисање;
- Право на давање пристанака за медицинску интервенцију, као и право на изражавање свог става и мишљења;
- Право на поверљивост здравствених информација које се саопштавају у здравственој установи;
- Право на приватност;
- Право на здравствену заштиту која одговара његовим потребама;
- Право на квалитет заштите који одговара најбољим стандардима;
- Право на сигурност у здравственом систему;
- Право на постојање једне, задужене особе у свакој здравственој установи, којој се пацијент-корисник може обратити (институција "Пацијентовог адвоката").

За имплементацију ових права доноси се Конвенција о правима пацијената, као подзаконски акт и поштују се већ постојећи документи из ове области као што су "Декларација о правима пацијената", "Конвенција о дечјим правима" и други.

4. ОДРЖИВОСТ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА, УЗ ТРАНСПАРЕНТНОСТ И СЕЛЕКТИВНУ ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЈУ У ОБЛАСТИ УПРАВЉАЊА РЕСУРСИМА И ШИРЕЊЕ СПЕКТРА ИЗВОРА И НАЧИНА ФИНАНСИРАЊА

У реформи система здравствене заштите истрајаће се на даљем развоју и унапређењу обавезног здравственог осигурања, заснованог на принципима узајамности и солидарности.

У том смислу приоритет прелазног периода реформе је да се пословање Републичког Завода за здравствено осигурање постави на економске основе и тиме оствари континуитет овог вида финансирања здравствене заштите.

Развој институција здравственог осигурања обухвата следеће:

- Постизање аутономије система обавезног здравственог осигурања којом управљају осигураници;
- Активну улогу РЗЗО у утврђивању фискалне политике, а пре свега у утврђивању стопе доприноса за обавезно здравствено осигурање;
- Стварање услова за већу аутономију завода и његових организационих целина и формирање других облика осигурања;
- Јачање система контроле обрачуна и уплате доприноса за здравствено осигурање, као и контрола наменског трошења средстава обавезног осигурања;
- Повећање учешћа средстава из буџета Републике у структури прихода здравственог осигурања за покриће дела трошкова здравствене заштите неосигураних лица и за друге, законом утврђене, обавезе државе;
- Селективно и постепено повећање учешћа осигураника, као механизама контроле коришћења и делимичног покривања трошкова;
- Увођење нових извора прихода РЗЗО, који би били везани за факторе ризика по здравље људи (део пореза на промет од продаје бензина и дизел горива, прерађевине дувана и алкохола и др.);
- Разматрање могућности за остваривање нових облика здравственог осигурања (допунско, добровољно/приватно) и припремање за њихову институционализацију на профитној и непрофитној основи;
- Редефинисање садржаја и обима здравствене заштите који ће финансирати здравствено осигурање, укључујући неопходан кадар и његову стручну оспособљеност, физичке ресурсе (простор и опрема, лекови и медицински материјал), као и додатне организационо-управљачке механизме. Накнада за рад здравствених установа засниваће се на:
  - плаћању по слободно опредељеном грађанину (капитација) у примарној здравственој заштити;
  - буџетском начину плаћања (проспективним буџетом) здравствених установа поликлиничко-болничке здравствене заштите, као и јавно-здравствене делатности;
  - плаћању по ценама појединачних услуга за високоспецијализоване здравствене услуге.

5. ПОБОЉШАЊЕ ФУНКЦИОНИСАЊА, ЕФИКАСНОСТИ И КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА УЗ ДЕФИНИСАЊЕ ПОСЕБНИХ НАЦИОНАЛНИХ ПРОГРАМА У ОБЛАСТИ КАДРОВА, МРЕЖЕ ИНСТИТУЦИЈА, ТЕХНОЛОГИЈЕ И МЕДИЦИНСКОГ СНАБДЕВАЊА

Примарна здравствена заштита, као основа система здравствене заштите, заснивање се на изабраном лекару примарне здравствене заштите и његовом тиму. Они ће представљати "чуваре капије" за улаз у систем. Ово подразумева:

- Одговорност за целокупно становништво, а не за поједине популационе групе;
- Усмереност према породици, очувању и унапређењу њеног здравља;
- Листу опредељених корисника за лечење код изабраног лекара;
- Равноправно учествовање приватних лекара у компетицији за листу опредељених пацијената и уговарање њихове здравствене заштите са осигурањем, под једнаком условима, са могућношћу закупа ординација у домовима здравља и коришћења заједничких и потпорних служби у овим здравственим установама (лабораторија, рентген, здравствена администрација и др.);
- Развој механизама за унапређење квалитета заштите која се пружа корисницима.

У стоматолошкој здравственој заштити здравствено осигурање преузима финансирање дечије и превентивне стоматолошке заштите и ургентних стања у стоматологији.

У циљу прилагођавања структуре болничких капацитета потребама, довести болничке капацитете на ниво до испод 5 постеља на 1000 становника и извршити прерасподелу болничких установа и/или болничких одељења на болнице за: краткотрајну хоспитализацију (за лечење акутних обољења и стања), продужено лечење и негу (укључујући и болеснике у терминалним стадијумима болести), хоспитализацију хроничних обољења и стања и специјализовану рехабилитацију као наставак болничког лечења повређених и оболелих са последицама на локомоторном апарату. За сваки наведени профил болничких установа биће утврђена потребна обезбеђеност кадровима, величина болничких јединица, критеријуми за хоспитализацију, просечна дужина болничког лечења и протоколи за дијагностичку и терапијску обраду пацијента. У оквиру постојећих високо-специјализованих установа извршиће се подела рада са прецизним дефинисањем потребних капацитета. Упоредо са овим променама развијаће се алтернативе скупом болничком лечењу у виду дневних болница, као и кућне неге и лечења.

У циљу повећања ефикасности и ефеката здравствене заштите потребно је:
- Развијање и примена водича добре праксе;
- Обезбеђивање аутономије здравствених установа у управљању ресурсима;
- Увођење система спољне и унутрашње контроле квалитета рада и система акредитације;
- Повезивање и сарадња општих болница и примарне здравствене заштите.

У области медицинског снабдевања:

- У примарној здравственој заштити дефинисаће се права пацијената из области прописивања лекова и других медицинских средстава и помагала у оквиру основних здравствених услуга. Предуслови су формирање "позитивне листе лекова" и дефинисање начина и степена учешћа пацијената у трошковима за лекове и помагала;
- У области болничког лечења треба одредити буџет за набавку лекова, на основу претходно утврђених потреба за лековима. У оквиру дефинисаног буџета болницама треба омогућити самосталност у набавци лекова у оквиру система јавних набавки.

6. ДЕФИНИСАЊЕ УЛОГЕ ПРИВАТНОГ СЕКТОРА У ПРУЖАЊУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА СТАНОВНИШТВУ

Развој сарадње и комплементарног деловања на заједничком задатку основ је дефинисања улоге и међусобног односа државног и приватног сектора. Овакав развој треба да буде од користи како за државни тако и за приватни сектор, а пре свега за корисника.

Министарство здравља ће, у оквиру својинске трансформације, предузимати мере за егзактну процену државног и друштвеног интереса у здравству, као и дела система здравствене заштите који се може препустити приватном сектору. Активан став државе према приватном сектору у здравству подразумева његово укључивање у процес финансирања и обезбеђивања здравствене заштите становништва.

7. УНАПРЕЂЕЊЕ КАДРОВСКЕ БАЗЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ (ХУМАНИХ РЕСУРСА ЗА ЗДРАВЉЕ)

Здравствени радници су најзначајнија карика и покретачка снага здравственог система, а однос корисника и даваоца услуга (било технички или интерперсонални аспект) предуслов је за добре резултате у здравственој установи.

На нивоу управљања људским ресурсима предузеће се мере које се односе на планирање кадрова у систему здравствене заштите, њихово вођење, праксу запошљавања, професионални развој, односе са менаџерима и организовану промену.

То подразумева:

- Доношење националне стратегије развоја хуманих ресурса у систему здравствене заштите;
- Едукацију менаџера и запослених у здравству, а посебно за управљање променама у систему здравствене заштите;
- Увођење одговарајућих подстицаја за унапређење задовољства унутар здравственог система и то како корисника, тако и давалаца услуга, и унапређење квалитета рада уз примену тоталног менаџмента квалитетом (сталног унапређења квалитетом).

Даље активности које ће се предузети су:

- Улагање напора за реафирмисање етичких принципа професије;
- Неговање односа у којима се вреднује знање, поверење, оданост позиву;
- Стварање бољих радних услова;
- Побољшање материјалног положаја здравствених радника и других запослених у здравству;
- Стимулисање изузетних достигнућа (мерених стандардима квалитета и пацијентовом сатисфакцијом);
- Стварање услова за континуирану едукацију;
- Лиценцирање и периодична провера стручне компетентности;
- Формирање сталешких комора и удружења, регулисаних посебним прописима, као легалних механизама за заштиту интереса професије.

КОРАЦИ У РЕАЛИЗАЦИЈИ ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ

Реализација предложеног оквира здравствене политике Србије у пракси подразумева сагласност свих кључних актера у систему здравствене заштите (корисника, даваоца услуга и посредника у пружању здравствене заштите – осигурања и министарства) и има следеће иницијалне кораке:

- Влада Србије у првом тромесечју 2002. године усваја документ о здравственој политици Србије и доноси одлуку о даљој динамици реформе укључујући и усвајање документа од стране Народне скупштине;
- Доношење програма за реализацију циљева као и одређивање носиоца свих задатака, времена за извођење и потребних средстава;
- Доношење закона (пре свега Закона о здравственој заштити, Закона о здравственом осигурању и Закона о сталешким коморама) и подзаконских аката као инструмената за имплементацију реформе.

Министарство здравља Републике Србије, Савет за здравство Владе Републике Србије и Комисија за реформу система здравствене заштите координираће активности у извођењу реформе и оформити тимове стручњака који ће на основу опредељења из овог документа даље разрађивати предложене циљеве. Они ће формулисати истраживачке задатке за проучавање и анализу различитих аспеката и проблема реформе система здравствене заштите.

Највећи број решења биће реализован у оквиру пројеката, а тек после пажљиве анализе примењен и на системском нивоу. Промене ће се изводити у фазама и неће се прелазити на следећу фазу док претходна није завршена и евалуирана. Биће обезбеђени механизми – индикатори за праћење и евалуацију ефеката реформских захвата уз коришћење информација за периодично модификовање уочених недостатака или недоследности. Евалуацију би требало започети од 12 до 18 месеци по имплементацији реформе.

ФИНАЛНИ ИЗВЕШТАЈ

Визија система здравствене заштите у Србији

-Извештај са радног састанка о стратешким опцијама-

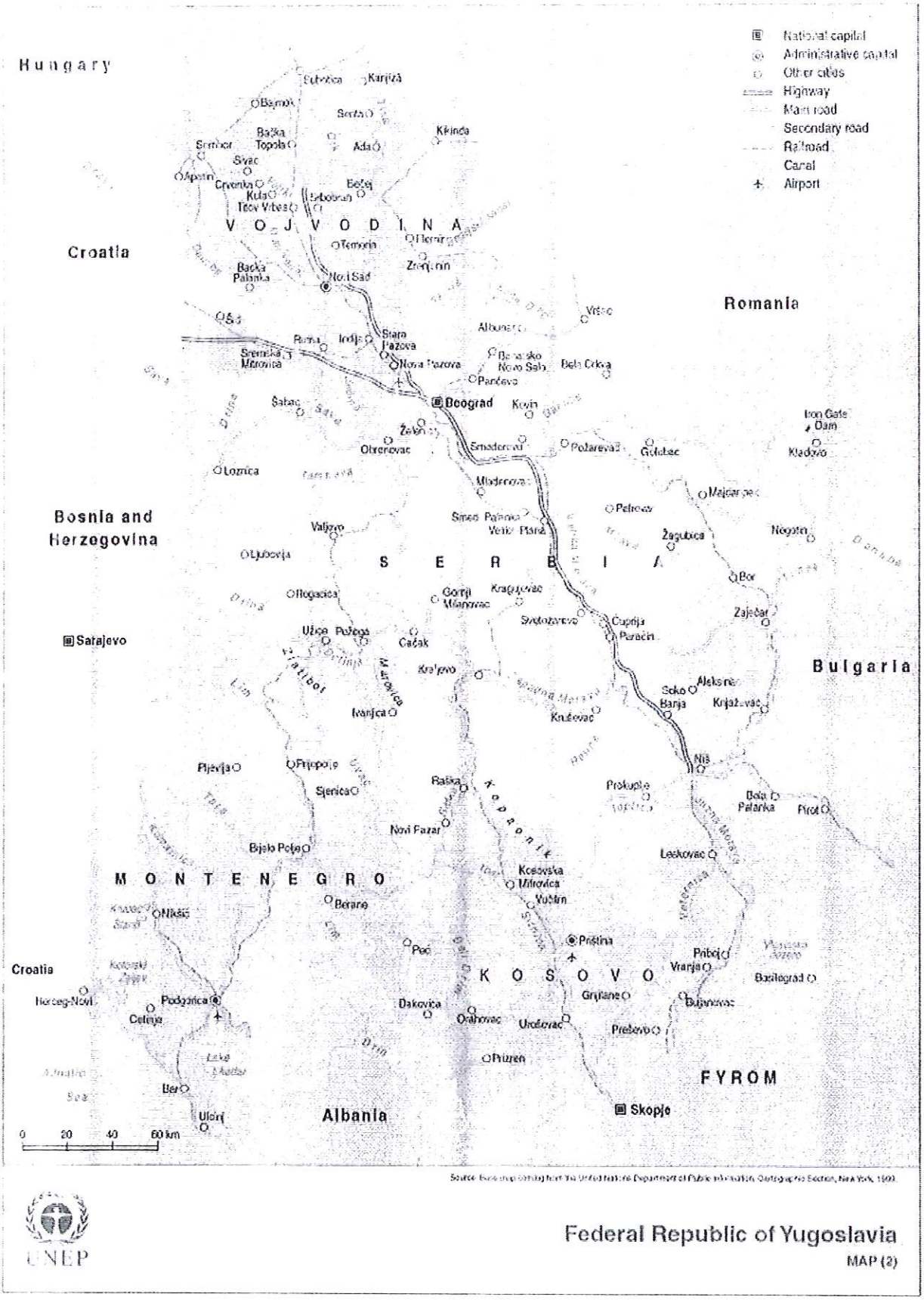
Младеновац

Министарство здравља
Републике Србије

15. септембар 2001. године

Carl Bro International

Географска карта Србије



Source: Excerpt of map from the United Nations Department of Public Information, Cartographic Section, New York, 1993.

UNEP

Federal Republic of Yugoslavia

MAP (2)

1. УВОД

У фебруару 2002. године, Влада Републике Србије усвојила је документ о Здравственој политици Србије. Документ представља добар почетак, али не обезбеђује довољно потребних података да би се одговорило на важна питања као што су децентрализација, приватизација и пружање здравствене заштите. Документ Здравствене политике Србије уз друге документе, као што је "Основе за реформу система здравствене заштите у Републици Србији" садржe у себи мешавину елемента, од визије политике и стратегије, до стандарда и омерница.

У циљу развијања јасне визије система здравствене заштите, одржан је састанак 23. и 24. августа 2002. године у Младеновцу (Србија). Учесници су били:

Др Томица Милосављевић, министар здравља
Др Драгомир Марисављевић, заменик министра здравља
Др Иван Јовановић, помоћник министра здравља
Др Снежана Симић, помоћник министра здравља
Др Василије Антић, помоћник министра здравља
Др Зоран Маричић, помоћник министра здравља
Др Мијат Савић, директор Републичког завода за здравствено осигурање (РЗЗЗО)
Никола Павић, заменик директора Републичког завода за здравствено осигурање
Др Зоран Весић, саветник у Републичком заводу за здравствено осигурање
Др Иванка Гајић, директор Института за заштиту здравља Србије
Dr Gunnar Schioler, експерт за здравствени систем, Carl Bro International
Mr. Klaus Beck, економиста здравства, Carl Bro International
Mr. Bjarne Lading Rasmussen, вођа тима, Carl Bro International

Циљ састанка је био развијање визије будућег система здравствене заштите Србије. То је било потребно да би се установили општи водичи за процес израде Главног плана система здравствене заштите. Овим планом, систем здравствене заштите треба да се постави у реалне оквире. Будуће промене у дистрибуцији, функционисању и финансирању здравствених установа, треба да се заснивају на критеријумима који су у складу са укупном визијом новог система здравствене заштите.

У току боравка у Србији, тим Carl Bro International-a је наишао на љубазну подршку и добио корисне информације од стране представника институција и појединаца са којима је остварио контакт. Ова подршка је веома драгоцена и стога бисмо желели да изразимо своју захвалност свима који су учествовали у разговорима са нама.

Извештај са радног састанка "Визија система здравствене заштите у Србији" садржи ставове тима и не мора у потпуности да се подудара са ставовима Републике Србије или Светске банке.

2. РЕЗИМЕ ПОСТОЈЕЋИХ ДОКУМЕНАТА ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ

Пре овог састанка групе за формулисање визије система здравствене заштите у Србији постојало је неколико докумената са елементима визије, политике, стратегије, стандарда, смерница и планова. Неки од њих су:

- Здравствена политика Србије;
- Основни принципи реформе система здравствене заштите;
- Документи Републичког завода за здравствено осигурање.

Карактеристично је за ове документе да идентификују и описују проблеме и реформске иницијативе, али свеобухватна визија о томе, где ће се здравствени сектор наћи у будућности, коју би заједнички формулисали високи представници кључних заинтересованих страна у оквиру сектора (Министарства здравља, Републичког завода за здравствено осигурање и Института за заштиту здравља Србије), није постојала пре овог састанка. Сви заинтересовани су је сада заједнички формулисали.

Овај документ, који описује визију и даје смернице, је заснован на претходно наведеним документима и не обезвређује ни један од њих. У ствари, краткорочно посматрано, било би продуктивније фокусирати се на дефинисање програма, пројеката и активности, које ће визију учинити јаснијом и конкретнијом. Међутим, кључни носиоци реформи могу донети одлуку да преформулишу стратегију, у смислу експлицитније изражене визије и смерница. То може да доведе до ситуације, у којој је здравствена политика фокусирана само на политичке садржаје, а изоставља циљеве. Последица тога такође може бити и изостављање специфичних активности и критеријума за планирање (на пример: број кревета на хиљаду становника), који морају да буду део Главног плана реформе система здравствене заштите.

Поред специфичних докумената здравственог сектора, у Србији су доступни и општи реформски програми и стратегије:

- Средњерочни економски програм опоравка и транзиције (вол. 1 и 2);
- Полазни оквири Стратегије за смањивање сиромаштва у Републици Србији.

Ова визија је у складу са програмима и стратегијама описаним у наведеним документима.

3. ОПШТА ВИЗИЈА ЗДРАВСТВЕНОГ СЕКТОРА СРБИЈЕ

У току састанка дошло се до опште визије здравственог сектора у Србији:

- Будући систем здравствене заштите у Србији мора да се развије из постојећих капацитета и наслеђене традиције;
- Убудуће, принцип солидарности мора да буде најважнији за доношење одлука и избор решења те се мора континуирано поштовати на свим нивоима. Корисник здравствене заштите увек мора да буде у центру пажње оних који доносе одлуке на политичком, административном и професионалном нивоу, као и даваоца услуга;
- Иако циљ мора да буде усмеравање свих неопходних ресурса за обезбеђење најбоље могуће здравствене заштите, развој у наредним годинама мора имати у виду финансијска ограничења условљена економским могућностима земље. О овој чињеници мора се отворено дискутовати, како у политичким институцијама, тако и у јавности;
- У току следеће деценије, контролисана промена од садашњег система треба да доведе до таквог система у коме ће заједничко деловање јавног и приватног сектора у пружању здравствених услуга обезбедити становништву систем здравствене заштите, у коме ће се у оквиру делотворне организације и реалних ресурса омогућити једнак приступ услугама. Такве услуге биће базиране на модерној технологији и савременим научним методама, подржане ефективним превентивним и промотивним активностима у свим релевантним друштвеним секторима.

4. ВОДЕЋИ ПРИНЦИПИ У РЕФОРМИ ЗДРАВСТВЕНОГ СЕКТОРА СРБИЈЕ

Да би се добила целокупна визија здравственог сектора потребно је обезбедити скуп водећих принципа за планирање, регулисање, управљање и финансирање овог сектора.

У овом делу је представљено девет водећих принципа са назнакама њиховог утицаја на будући реформски процес у здравственом сектору.

4.1. ВОДЕЋИ ПРИНЦИП БРОЈ 1

Систем пружања здравствене заштите биће јасно организован у три функционална нивоа, да би се обезбедила прихватљива и делотворна здравствена заштита становништву, при чему ће се она обезбеђивати на најнижем могућем нивоу који има довољну стручност и опремљеност.

Садашњи систем здравствене заштите је углавном, али не увек, системски организован на три функционална нивоа.

Реформа система здравствене заштите ће категоризовати институције на следећим нивоима:

Ниво 1: Примарна здравствена заштита, која ће се састојати од заштите коју пружају лекари опште праксе и педијатри (укључујући антенаталну заштиту, имунизацију, превентивне програме у здравственој заштити деце), стоматолошке заштите и одређене специјалистичке ванболничке здравствене заштите у области гинекологије и психијатрије. Аптеке и друге услуге биће укључене у групу услуга на овом нивоу.

Ниво 2: Секундарна болничка и ванболничка здравствена заштита пружаће се у општој болници, у оквиру следећих специјалности: хирургија, интерна медицина, гинекологија и акушерство, педијатрија и психијатрија, заједно са услугама радиологије, лабораторијске дијагностике и анестезиологије. Опис услуга ће бити извршен за сваку болницу појединачно.

Ниво 3: Високоспецијализована болничка и ванболничка здравствена заштита у оквиру свих специјалности. Поједине болнице могу да пружају услуге у оквиру једне или неколико специјалности или могу, зависно од локалних услова, да пружају и неке услуге са другог нивоа. Опис услуга ће бити извршен за сваку болницу појединачно. Сви нивои су у обавези да пружају услуге хитне помоћи.

4.2. ВОДЕЋИ ПРИНЦИП БРОЈ 2

Постојаће једнака приступачност за услуге основног садржаја и обима здравствене заштите ("пакет" здравствених услуга) за све осигуране грађане и финансијско покриће за ове услуге од стране Републичког завода за здравствено осигурање. За остале грађане ће се обезбедити финансирање из државног буџета за овај основни скуп услуга, без обзира на њихов социјално-економски статус.

Овај принцип је важан за очување раније прихваћене солидарности у условима модернизације и промена, којима се остварује прихваћена визија будућег система.

Реформа здравствене службе мора да укључи равномерну географску дистрибуцију здравствених ресурса, првенствено на нивоу примарне здравствене заштите. Домови здравља (или друге организационе јединице) морају да имају квалификовано особље и адекватну опрему да би задовољили захтеве описане на овом нивоу, као и основни пакет здравствених услуга, развијен од стране Републичког завода за здравствено осигурање (РЗЗО) и Министарства здравља.

Када се основни пакет здравствених услуга ревидира током година, даваоци услуга морају бити способни да укључе нове, или прошире постојеће услуге из тог пакета.

Примарна здравствена заштита, која се пружа у складу са овим принципом, мора да укључи превентивне мере, као што су, на пример, антенатална заштита, систематски прегледи за дефинисане групе (одојчад и деца), програми имунизације и услуге здравственог васпитања. Водичи за ове превентивне услуге и промоцију здравља морају бити обезбеђени

од стране Министарства здравља и/или Института за заштиту здравља Србије, заједно са писаним материјалом за кориснике.

Да би се обезбедио квалитет рада у здравству, плаћање из средстава РЗЗО и других извора мора бити довољно да покрије трошкове основне заштите. Управљачка структура ових установа мора бити квалификована за планирање реалних буџета базираних на годишњим активностима и додељеним средствима и за контролу буџета током фискалне године.

Становништво мора бити потпуно информисано о услугама које се пружају на основама овог принципа, али и о томе да се додатне услуге могу добити путем додатног плаћања.

4.3. ВОДЕЋИ ПРИНЦИП БРОЈ 3

Основне здравствене услуге ће бити одабране на основу односа трошкова и ефеката (cost-benefit) у смањивању оптерећења болешћу, а основна здравствена заштита коју финансира Републички завод за здравствено осигурање, ће бити доступна и пружена на ефикасан начин.

У току су напори да се брижљиво дефинишу основне здравствене услуге које ће се финансирати из обавезног здравственог осигурања, а које могу бити пружене на ефикасан начин уз најниже трошкове. Ово је веома важна активност, јер ресурси који су доступни у кратком року ће и даље бити недовољни, док су очекивања осигураника у вези са тим шта треба да покрије осигурање, велика.

Студија оптерећења друштва болешћу из 1996. године може да пружи одређену основу за дефинисање основне здравствене заштите, коју ће да покрије РЗЗО. Ова студија је идентификовала незаразне болести као основне узроке оптерећења, при чему су кардиоваскуларне болести, болести дисајних органа, болести коштано-мишићног система и неуропсихијатријске болести и стања, малигне неоплазме и дијабетес, узроци више од 85% изгубљених година живота лишених неспособности (Disability Adjusted Years of Life - DALY). Нова национална студија оптерећења друштва болешћу треба да буде уговорена и финансирана (октобар 2002.) од стране Европске агенције за развој. Очекује се да ће бити завршена до краја јуна 2003. године.

Није довољно само идентификовати основне болести одговорне за оптерећење друштва болешћу, већ је подједнако важно да се пронађе најисплативији начин за заштиту од ових болести. Врло често интервенције, као што су рано откривање и лечење ових болести у примарној здравственој заштити, представљају очигледан избор, али исто тако, превентивне јавноздравствене интервенције у дужем временском периоду, могу бити исплативије.

Коштање основне здравствене заштите, коју ће финансирати РЗЗО, захтева пажљиву и реалну анализу стварних трошкова, укључујући годишње текуће трошкове (плате, лекови и медицинско снабдевање, енергенти, чишћење, уклањање отпада, одржавање и поправке) и годишње капиталне трошкове (зграде, медицинска опрема, намештај), без обзира на њихов садашњи извор финансирања.

Потребно је уложити напор да се исте групе трошкова пројектују и у реформисаном систему здравствене заштите, да би се избегло стварање неодрживог основног пакета здравствених услуга. Тек на основу ових анализа и пројекција може се креирати одржива здравствена заштита финансирана од РЗЗО.

Ефикасно пружање основне здравствене заштите коју финансира РЗЗО, праћено раздвајањем улога оних којих плаћају од оних који пружају здравствене услуге, неће бити одговорност само РЗЗО, али ће остати један од његових основних интереса. Механизми администрације, организације и финансирања успостављени од стране РЗЗО и даље ће имати велики утицај на ефикасност будућег система пружања здравствених услуга. Кључ успеха је да се ови односи успоставе тако, да даваоци услуга имају висок степен слободе избора у томе како да организује пружање здравствених услуга. Истовремено треба да постоје механизми праћења, који осигуравају да РЗЗО добија оно што је платио, а корисници оно на шта имају право. Дефинисање нивоа заштите, обима и садржаја услуга, упућивања на више нивое заштите, клиничких водича добре праксе и склапање уговора са оптималним бројем лекара/здравствених установа је део овог процеса и представља механизам плаћања, који промовише ефикасно коришћење ресурса у здравству.

Све набројане активности морају да буду урађене више пута. Да би се осигурало да су основне здравствене услуге одабране на основу односа трошкова и ефеката, да доводе до смањивања оптерећења болешћу и да је здравствена заштита коју финансира РЗЗО доступна и ефикасна, потребни су праћење, евалуација и прилагођавање.

4.4. ВОДЕЋИ ПРИНЦИП БРОЈ 4

Превентивна и примарна здравствена заштита имаће висок приоритет у будућем систему здравствене заштите.

Примарна заштита ће преузети функцију "чувара капије" за улаз у систем здравствене заштите. Постојећи начини упућивања на више нивое здравствене заштите морају бити преиспитани и примењени у целој земљи на тај начин, да се институције на секундарном и терцијарном нивоу могу концентрисати на пружање оних услуга, којима су намењене. Пацијент увек треба да буде збринут на најнижем могућем нивоу, који има задовољавајућу компетентност и опремљеност.

Финансирање здравствене заштите од стране РЗЗО ће подржати примену овог принципа помоћу основног пакета здравствених услуга, а у примарној здравственој заштити пакет ће укључивати најважније превентивне мере, као што су антенатална заштита, програми имунизације, програми заштите одојчади и деце итд. Превентивне здравствене услуге ће бити формулисане и унапређене установљавањем оперативних група за акцију у превентивној здравственој заштити (Preventive Task Force).

Постоји изразита потреба за промоцијом и јачањем јавноздравствених активности у друштву. Мора бити направљен и примењен детаљан план који обухвата све релевантне секторе и министарства на основу резултата пројекта о јавном здрављу. Институт за заштиту

здравља Србије, други институти и заводи за заштиту здравља ће и даље бити одговорни за оне активности које су прописане законом или одлуком министарстава, стога они треба да развијају и оснажују своју улогу координатора јавноздравствених активности у које су укључене различите институције, министарства и други сектори, а све то под руководством Министарства здравља.

Посебну пажњу би требало посветити иницијативама које ће побољшати заштиту и промоцију здравља деце и младих. Поштујући укупни финансијски капацитет земље, адекватни фондови за планиране активности институција јавног здравља морају да буду алоцирани првенствено, али не и једино, кроз годишњи буџет Министарства здравља. Такође и други сектори морају да обрате пажњу на своју улогу у јавном здрављу и да омогуће финансирање релевантних активности.

Заводи за заштиту здравља морају да побољшају своје управљачке капацитете и да представе годишњи буџет са обрачуном који обухвата приходе и трошкове везане за специфичне задатке и пројекте финансиране из других извора, ван буџета Министарства здравља.

4.5. ВОДЕЋИ ПРИНЦИП БРОЈ 5

Повећаће се учешће приватног, профитног и непрофитног сектора у пружању здравствене заштите финансиране од стране Републичког завода за здравствено осигурање.

Дискусија о здравственој заштити у Србији углавном се фокусира на државни сектор у оквиру кога се остварује већина здравствених услуга које финансира РЗЗО. Међутим, процењује се да ће се учешће приватног сектора у пружању здравствене заштите повећавати у наредном периоду.

Под претпоставком да приватни сектор нуди квалитетне услуге, коришћење услуга приватне здравствене заштите није само по себи проблем. Међутим, биће неопходно да се направи ваљана анализа рада приватног сектора у току следећих неколико година, посебно квалитета услуга, да би се утврдио потенцијал приватног сектора за уговарање услуга породичне медицине и других здравствених услуга.

Јавноздравствене услуге, посебно здравствено васпитање и активности у вези са животном средином, које су намењене локалним заједницама више него појединцима, је тешко дефинисати, и према томе, биће их тешко уговорити. Средњорочно гледано, државни сектор мора бити спреман да и даље има главну улогу у пружању ових услуга. То, међутим, не искључује уговарање специфичних јавноздравствених услуга, које плаћа Министарство здравља и/или РЗЗО, са приватним сектором.

Визија Министарства здравља је да приватни сектор у будућности треба да буде укључен у пружање здравствене заштите путем уговарања са РЗЗО. Степен, до кога ће то бити постигнуто, ће углавном зависити од потенцијала и воље приватног сектора да у томе

учествује, када буде успостављено одговарајуће окружење. Постоји политичка воља да се охрабри и убрза укључивање приватног сектора.

Критеријуми за обезбеђивање квалитета морају бити постављени за приватни сектор на истом нивоу као и за државни (јавни) сектор здравства. Обезбеђивање ових критеријума ће омогућити приватном сектору приступ програмима. Међутим, у фази транзиције, док се не успоставе и примене системи за обезбеђивање квалитета, мора постојати одређена флексибилност.

Област у којој постоји активна партиципација приватног сектора је стоматолошка здравствена заштита, где се од стране РЗЗО (државе) финансира превентивна заштита и хитне услуге, а све остале обезбеђују приватне стоматолошке ординације уз наплату пуне цене услуга.

Такође, у Србији постоји велики број приватних апотека.

Осим тога, у дужој временској перспективи размотриће се могућност да се одређене активности као што су прање рубља, чишћење, одржавање и превоз санитетским возилима ускладе са општим развојем приватног и државног сектора и препусте приватној иницијативи.

Далекосежно посматрано, приватници ће моћи да изнајмљују државне болничке капацитете.

4.6. ВОДЕЋИ ПРИНЦИП БРОЈ 6

Главни извор финансирања ће и даље бити обавезно здравствено осигурање преко основног пакета здравствених услуга Републичког завода за здравствено осигурање, али ће извори финансирања бити проширени развојем допунског осигурања, било профитног (приватног) или непрофитног.

Постојеће обавезно здравствено осигурање (РЗЗО) и даље ће бити главни извор финансирања основне здравствене заштите у Републици Србији. У тренутку када се основни пакет здравствених услуга финансиран од стране РЗЗО дефинише и проследи релевантним учесницима (корисницима и доваоцима услуга), од велике је важности да се постојећа законска регулатива у вези са здравственим осигурањем промени, да би заштитила РЗЗО од захтева за надокнадом трошкова изван онога, што може да се финансира кроз основни пакет здравствених услуга. Истовремено, РЗЗО и приватне компаније за здравствено осигурање треба да имају могућност да понуде допунско здравствено осигурање, које уговарају са појединцима, послодавцима у име својих запослених, и чак са Владом Србије за одређене, посебно вулнерабилне групе.

4.7. ВОДЕЋИ ПРИНЦИП БРОЈ 7

Категоризација здравствених установа и развој Главног плана морају да се предузму као припрема за децентрализацију процеса планирања, управљања и пружања здравствених услуга.

Иако је децентрализација одговорности за пружање здравствене заштите на регионална и локална политичка и административна тела пожељна, то не може да се уради без потпуне припреме овог процеса, што може захтевати дужи временски период.

Као део припремног рада за овај процес, све здравствене установе морају бити категорисане, да би било јасно ком од три нивоа заштите одређена установа припада. То мора да буде један од првих корака у припреми за децентрализацију. Категоризација ће бити део Главног плана Министарства здравља за реформу здравствене службе.

Главни план мора да одреди распоред институција и њихових капацитета (кревети, кадар, прегледи, итд.) по регионима и областима. Главни план такође мора да дефинише капацитете на специјалистичким нивоима и циљеве којима се предвиђа смањивање капацитета у наредних 4-6 година.

Сви приватни даваоци услуга ће такође бити категорисани на бази нивоа заштите.

Пре него што се приступи процесу децентрализације, менаџерске вештине на регионалном и нивоу округа морају бити дефинисане и унапређене.

4.8. ВОДЕЋИ ПРИНЦИП БРОЈ 8

Улоге корисника, посредника у пружању здравствене заштите и давалаца здравствених услуга биће јасно дефинисане и раздвојене.

Реформа система здравствене заштите би требало да осигура јасно раздвајање улога корисника, посредника у обезбеђивању заштите и давалаца здравствених услуга. Ово раздвајање ће бити основа за дефинисање права и обавеза сваког од наведених учесника.

Корисници ће путем законске регулативе и одлука Министарства здравља знати шта да очекују од здравствене службе, која су правила за бесплатне услуге и за услуге за које морају да плате (пуну цену или партиципацију). Постојаће такође јасна правила за поступак са жалбама пацијената.

Закон ће такође дефинисати улогу посредника у обезбеђивању здравствене заштите (Министарства здравља, Републички завод за здравствено осиурање, компаније приватног осигурања).

Главну улогу ће имати РЗЗО, али и РЗЗО и приватне компаније ће моћи да понуде шеме додатног здравственог осигурања корисницима. РЗЗО и остали посредници моћи ће да

контактирају и са државним (јавним) и приватним даваоцима здравствених услуга, када је то потребно, и моћи ће да понуде корисницима најбољу могућу услуту у земљи.

Плаћање ће бити повезано са квалитетом услуга које су пружене корисницима, а не са елементима текућих трошкова у буџету даваоца услуга.

Главни давалац услуга на сва три нивоа биће државне здравствене установе, које ће бити одговорне за пружање основних услуга становништву, као и за подручја која нису атрактивна за друге даваоце услуга.

Према томе, одвајање улоге даваоца и посредника у обезбеђивању здравствених услуга, омогућава отварање за приватне даваоце услуга, под претпоставком да су у стању да задовоље захтеве у вези са квалитетом здравствене услуге и друге прописане норме.

Под овим условима, од давалаца услуга се очекује да поштују интересе и права пацијената и да развијају услуге са најбољим односом трошкова и ефеката, као и да побољшају управљање установама здравствене заштите на свим нивоима.

4.9. ВОДЕЋИ ПРИНЦИП БРОЈ 9

Квалитет услуга и установа ће бити промовисан, побољшан, праћен и контролисан, на бази националног система за обезбеђивање квалитета и лиценцирање.

Реформа здравствене службе укључује развијање и обезбеђивање квалитета здравствених услуга.

Корисник мора да има поверења у здравствену службу и да се осећа сигурним када му је потребна здравствена заштита. Да би се ово постигло, корисници морају да знају да ће увек бити изложени најмањем могућем ризику.

Они који плаћају здравствене услуге морају да знају какав квалитет услуга се очекује. Они, такође, морају да имају могућност да упоређују квалитет здравствених услуга различитих давалаца.

Даваоци услуга треба да знају који ниво квалитета очекују корисници и они који плаћају услуге и да имају стандарде за мерење квалитета пружених услуга. Систем обезбеђења квалитета омогућава заштиту корисника од грешака у процесу пружања здравствене заштите.

Развој националног система за обезбеђивање квалитета је дуготрајан и сложен процес у коме морају да учествују доносиоци одлука, они који плаћају и даваоци услуга на свим нивоима.

Овај процес ће трајати годинама и мора бити грађен на основу доступних међународних искустава.

Међу постојећим методама и системима, као што је акредитација, потребно је усвојити и применити онај који највише одговара Србији, на свим нивоима здравствене заштите и за све врсте институција. Неће бити разлика између државних и приватних давалаца услуга.

Још једна димензија обезбеђивања квалитета је квалификациона структура здравственог кадра. Министарство здравља ће на основу неопходне законске регулативе, после консултација са професионалним групама (лекарске коморе, удружења лекара и медицинских сестара итд.), променити принципе за лиценцирање здравственог кадра и путем континуиране едукације омогућити осавремењивање знања и стицање нових знања и вештина за све.

5. СЛЕДЕЋИ КОРАЦИ

Остваривање визије система здравствене заштите ће бити омогућено имплементацијом одговарајућег политичког оквира, стратегије, законских прописа и планова који ће се компетентно водити и бити засновани на адекватним ресурсима.

5.1. КРАТКОРОЧНИ ПЕРИОД (0-3 ГОДИНЕ)

Израда Главног плана

Израда Главног плана здравствене службе је започета и треба да се настави. Подељена је на следеће фазе:

- **Фаза 1: Дефинисање стратешких праваца (визије) здравственог сектора.** Један од првих корака је израда документа о стратешким правцима (визијама). Стратешки правци су садржани у овом документу.

- **Фаза 2а: Припрема Националних стандарда за планирање здравствене заштите и водича**. Као предуслов за израду Главног плана неопходно је установити Националне стандарде за планирање здравствене заштите и водиче за здравствене услуге, које ће бити обухваћене планом. Они морају бити засновани на визији здравственог сектора и политици дефинисаним у фази 1. Стандарди и водичи морају да се припреме на основу консензуса међу заинтересованим странама, укључујући здравствене стручњаке, специјалисте у техничким областима, стручњаке који се баве планирањем на националном и локалном нивоу и представнике власти. Овај модел рада мора бити одобрен од стране Министарства здравља.

- **Фаза 2б: Прикупљање и процена података**. Доступни постојећи подаци треба да буду процењени, а за додатне би требало организовати прикупљање. Део ових података ће бити коришћен за израду Националних стандарда за планирање здравствене заштите и водича, а део за припрему Главног плана. Ову фазу ће

подржати Европска агенција за реконструкцију (EAR) пројектом "Процена здравствене службе у Републици Србији".

- **Фаза 3: Припрема Главног плана.** На основу Националних стандарда за планирање здравствене заштите и водича, процене постојећих података и прикупљања нових из фазе број 2, један изводљив, технички добро осмишљен Главни план за одређено географско подручје, може да буде направљен уз истовремену грубу процену трошкова. Национални стандарди за планирање здравствене заштите и водичи треба да буду ревидирани на основу искустава добијених у току припреме Главног плана. Министарство здравља ће одобрити коначну верзију Националних стандарда за планирање здравствене заштите и водича, који ће затим послужити као основа за припрему планова у другим деловима земље.

- **Фаза 4: Имплементација Главног плана.** Имплементација плана ће започети са детаљном студијом стања, у коме се налазе здравствене установе обухваћене Главним планом, укључујући ажурирање базе података о здравственим установама и опреми коју су направили Лекари света – Грчка (MDM). Осим тога, пројектовање и надзор изградње, реконструкције и реновирања здравствених установа, набавка медицинске опреме и преструктурирање хуманих ресурса одвијаће се у склопу овог плана.

Прва фаза је завршена 15. септембра 2002., фазе 2а и 2б треба да буду завршене до првог маја 2003., а фаза 3 до првог новембра 2003. године. Најкасније пре краја фазе 2а и 2б, Министарство здравља треба да одлучи да ли ће се развој и имплемантација Главног плана (фаза 3 и фаза 4) примењивати на територији целе земље, или треба да се примени пилот пројекат за неки регион или област, да би се претходно испитало како се стандарди, водичи и главни план примењују у пракси.

Током свих наведених фаза, Министарство здравља, РЗЗО и Институт за заштиту здравља Србије морају координирати активности везане за израду Главног плана. Ово је посебно важно за послове везане за редефинисање нивоа здравствене заштите, обима и садржаја услуга, система упућивања на више нивое заштите, израде основног пакета здравствених услуга за РЗЗО и категоризацију здравствених установа. Да би координирало овим активностима, Министарство здравља је основало Јединицу за координацију пројеката (Project Coordinator Unit – PCU), која ће поред тога координирати и активности, које нису непосредно везане за Главни план. Зависно од садржаја пројекта, појединачне Јединице за имплементацију пројекта (Project Implementation Unit – PIU) биће установљене у одговарајућим институцијама. Задаци који се односе на главни план су:

- Прикупљање података о постојећем систему;
- Организација здравственог сектора и заинтересовани учесници;
- Финансирање здравствене заштите;
- Нивои заштите;
- Обим и садржај услуга;
- Људски ресурси;
- Физичка инфраструктура;
- Лекови и медицинско снабдевање;

- Медицински отпад;
- Хитна медицинска помоћ;
- Лабораторијске услуге и трансфузија;
- Административне структуре;
- Здравствени информациони систем;
- Преглед постојећих стандарда и водича за здравствене услуге;
- Предлог ревидираних стандарда и водича, укључујући:
  - Обим и саджај услуга по типу установе и утврђен број специјалности и кревета;
  - Критеријуми за планирање физичке инфраструктуре према типу здравствене установе;
  - Потребна радна снага по типу установе и броја кревета;
  - Модел за процену текућих трошкова по типу установе и броја кревета;
  - Разматрање ревидираних стандарда и водича са Министарством здравља, РЗЗО и заинтересованим учесницима;
  - Прелиминарно одобравање стандарда и водича;
  - Пилот тестирање стандарда и водича;
  - Ревизија стандарда и водича за здравствену службу;
  - Коначно усвајање стандарда и водича за здравствену службу.

Пошто у Министарству здравља траје процес реорганизације, није још био погодан моменат да се чврсто дефинишу подручја, где ће бити потребна техничка помоћ (домаћа и страна) за израду Главног плана. Међутим, са овим ће морати да се почне врло брзо тако да се Национални стандарди за планирање здравствене заштите и водичи (фаза 2а) могу развијати паралелно са пројектом прикупљања и процене података (фаза 2б), који финансира Европска агенција за реконструкцију.

Као први, претходни корак, Министарство здравља је наговестило, да ће техничка помоћ (не само за прављење Главног плана) бити потребна за следеће области:

- Обезбеђење квалитета;
- Лиценцирање;
- Економика здравства;
- Здравствени системи;
- Здравствена политика;
- Управљање у здравству;
- Примарна здравствена заштита;
- Реформа болничке здравствене заштите.

Специфичан садржај техничке помоћи и њени трошкови биће утврђени на основу дискусије са заинтересованим учесницима у Србији и могућим донаторима.

Друге активности

Реорганизација Министарства здравља. Да би удовољило захтевима реформског процеса, Министарство здравља је започело реорганизацију своје службе. Овај процес треба да буде завршен до краја 2002. године.

Због још увек ограничених капацитета Министрства здравља, потреба за слољашњом техничком помоћи ће се разматрати заједно са свим реформским пројектима и биће координисана са потребама за техничком помоћи у РЗЗО и ИЗЗС.

Редефинисање улога и одговорности Министарства за здравље, РЗЗО и ИЗЗС. Светска банка и Европска агенција за реконструкцију финансирају техничку помоћ, која ће омогућити да Министарство здравља, РЗЗО и ИЗЗС јасно редефинишу своје улоге и одговорности у складу са визијом здравственог сектора и са здравственом политиком.

Категоризација установа. На основу дефинисаних нивоа здравствене заштите и обима и садржаја здравствених услуга, Министарство здравља ће морати да класификује све постојеће установе здравствене заштите, у складу са њиховом будућом улогом као установе, првог, другог или трећег нивоа. Ова категоризација мора да буде завршена пре припреме за први главни план (фаза 3), која почиње 1. маја 2003. године.

Нивои здравствене заштите – обим и садржај услуга. Министарство здравља и РЗЗО ће одмах почети са радом на јасном дефинисању нивоа здравствене заштите и предлога обима и садржаја услуга, које се пружају на ова три нивоа, без обзира на то да ли ће те услуге бити део основног пакета здравствених услуга, финансираног од стране РЗЗО, на основу обавезног здравственог осигурања. Овај посао је једна од битних основа за Националне стандарде за планирање здравствене заштите и водиче за здравствене услуге (фаза 2), који треба да буду завршени до 1. маја 2003. године. Рад на дефинисању нивоа здравствене заштите и обима и садржаја здравствених услуга мора да буде завршен пре тог датума.

Развијање основног пакета здравствених услуга. Истовремено са израдом главног плана, Министарство здравља и РЗЗО заједно ће развити прву верзију основног пакета здравствених услуга за сваки ниво здравствене заштите, који ће обезбедити бесплатне услуге корисницима здравствене заштите, а који ће одговарати садашњим финансијским могућностима РЗЗО. Овај посао укључује и периодичну ревизију пакета, како би се ускладио са повећаном економском моћи. Прва верзија пакета биће завршена до маја 2003. године, што је РЗЗО назначио као реалан рок.

Јавно здравље. Планирано је да се пројекат Процене јавног здравља, који је у току, заврши до краја септембра 2002. године. У оквиру овог пројекта, биће дефинисана и стратегија за унапређење здравствене статистике и капацитета за планирање, као и јачање координативне улоге. Овај посао ће бити координиран са развојем главног плана, када год је то потребно.

Здравствени информациони систем (ЗИС). Развојем гланог плана за ЗИС руководи Комисија за ЗИС, уз техничку помоћ експерата, финансирану од стране Светске банке.

Систем за обезбеђивање квалитета. Заједно са лекарским удружењима Србије, Министарство здравља већ припрема промене у садашњем начину лиценцирања лекара, који је тренутно базиран на полагању испита само једном, у систем, у коме ће обавезна и одговарајућа континуирана едукација бити део обнављање лиценци.

Кадрови - стицање нових вештина. Стицање нових вештина неће се само односити на лекаре и обнављање лиценци, већ ће такође укључити и стицање вештина, које могу да побољшају организационо и финасијско управљање у систему, а које је данас веома

потребно у здравственом сектору Србије. Велики број специјалиста из примарне здравствене заштите, такође могу да се обуче за лекаре опште медицине.

Здравствено осигурање. Кроз контакте са Светском банком, препознат је одређени број области, у којима је потребна помоћ. То су:

1) развој могућег ефективнијег и ефикаснијег организованог корисничког пакета;
2) развој методологије за управљање листама чекања на медицинске услуге;
3) даљи развој информационог система, који ће унапредити рад РЗЗО и његових филијала.

Лекови. ЕАР помаже јачање фармацеутског сектора. Прва група активности односи се на подршку фармацеутском сектору кроз набавку есенцијалних лекова, као и техничку помоћ за установљавање праћења снабдевања лековима и информациони систем, затим обезбеђивање добрих услова за складиштење и дистрибуцију лекова, побољшање дијагностичке и терапијске праксе, кроз развој и имплементацију дијагностичких и терапијских протокола и протокола за упућивање пацијената, побољшање праксе прописивања лекова и образовање пацијената у овој области. Друга група активности односи се на рационализацију фармацеутске индустрије, кроз израду студија и дефинисања предлога решења. На крају, трећа група активности односи се на подршку правне регулативе у фармацеутском сектору.

5.2. СРЕДЊОРОЧНИ ПЕРИОД (4 – 7 ГОДИНА) И ДУГОРОЧНИ (ВИШЕ ОД 8 ГОДИНА):

Израда Главног плана

Припремљени стандарди и водичи, као и Главни план, су веома користан први корак у реформи здравственог сектора. Међутим, то није "чаробни штапић", који ће решити све проблеме и тешкоће са којима се данас сусреће здравствени сектор у Србији. У току средњерочног, а до дугорочног периода, када је имплементација планирана детаљно и већ започета, вероватно је да ће Главни план(ови), Национални стандарди за планирање здравствене заштите и водичи за здравствене услуге морати да буду ревидирани и прилагођени на основу стечених искустава и промена услова на локалном нивоу. Није само неопходно, него и пожељно, да се осигура да планови, стандарди и водичи буду континуирано добро прилагођени условима на терену. Један од начина, на који се ово може практично постићи, је да се користи процес текућег планирања, у коме се примена главног плана ревидира сваке године.

Остале активности

Ревизија визије здравственог сектора у Србији и њени основни принципи могу се, такође, предузети у току средњорочног до дугорочног периода.

Одређени број осталих активности, које су поменуте у претходном поглављу као могуће у краткорочном периоду, могу такође да имају елементе, који се не могу завршити за кратко време. На пример, имплементација компоненти здравственог информационог система захтеваће значајно дуже време од три године.

Литература

1. Health Care Reform in the Federal Republic of Yugoslavia, Dr. Stéphane Vandam, SRFRY, April 1998, WHO Regional Office for Europe, Area office for Humanitarian Assistance
2. The Health Policy of Serbia
3. Basic Principles of the Health Care System Reform in the Republic of Serbia, Policy Paper, Simic S. Bjegovic V, Jelaca P, Eric-Marinkovic J, Kosanovic R, Mladenovic D.
4. Acts of the Republic Funds
5. Interim Poverty Reduction Strategy Paper for the Republic of Serbia, June 18th, 2002
6. Serbia, Assistance Strategy for Health, World Bank, April 2002
7. Improvement of Planning and Financing in Health (Introduction of the Global Burden of Disease Methodology in the Health Policy in FR Yugoslavia), Economics Institute, Institute of Public Health of Serbia, Dr. Milan Jovanovic Batut, Belgrade, November 1996
8. Institute of Public Health of Serbia, "Dr. Milan Jovanovic Batut", Health Status, health needs and utilisation of health services – in 2000, Report on analysis for adult population in Serbia: Differences between domicile population, refugees and internally displaced persons. Implemented through: World health Organization, Emergency and Humanitarian Assistance Office Belgrade. Funded by: Humanitarian Office of the European Union.
9. Report No. 22090-YU. Federal Republic of Yugoslavia, Transitional Support Strategy, June 26, 2001, South East Europe Country Unit ECC04, Europe and Central Asia Region, Document of the World Bank
10. Current Organization and Health Service Financing and Necessary Measures
11. Draft Concept Note, Policy and Planning in the Serbian Health sector
12. Federal Republic of Yugoslavia, Breaking with the Past: The Path to Stability and Growth, Volume I: The Economic, Social and Institutional Reform Agenda
13. Federal Republic of Yugoslavia, Breaking with the Past: The Path to Stability and Growth, Volume II: Assistance Priorities and Sectornal Analyses
14. Public Expenditure and Institutional Review, Serbia: Health, Draft 1/15/2002
15. The World Bank Operations Evaluation Department, Supporting a Health Transition, Lessons from Early World Bank Experience in Eastern Europe, Timothy Johnston, World Bank, 2002

Министарство здравља Републике Србије

Стратегија и акциони план реформе система здравствене заштите у Републици Србији до 2015. године

- радна верзија-

Београд,
фебруар 2003. године

УМЕСТО УВОДА!

"Систем здравствене заштите коме грађани Србије могу да верују" ***(мишљење једног правника)*;**

"Систем здравствене заштите који не прави разлике међу људима, када су им неопходне здравствене услуге према томе да ли могу да их (до)плате" ***(мишљење једног пензионера)*;**

"Систем здравствене заштите који на прави начин брине о здрављу деце и младих" ***(мишљење једне мајке)*;**

"Систем здравствене заштите који ми омогућава да достојанствено радим и помажем људима" ***(мишљење једног здравственог радника);***

То су само неке од порука упућених држави, а Стратегија реформе система здравствене заштите је одговор Министарства здравља на њихове захтеве. То је стратегија која ставља грађанина - корисника - пацијента у средиште целокупног система здравствене заштите, настојећи да развије систем одржив за будућност. Она, заједно са Документом здравствене политике и Визијом будућег система, обезбеђује оквир који одређује понашање кључних актера: корисника, даваоца услуга и посредника - осигурања и Министарства - у наредних десетак година.

Ова статегија установљава приоритете, око којих је постигнута сагласност, да су најважнији за здравствено стање становништва, на пример: превенција и третман болести срца и крвних судова, малигних болести, шећерне болести, повреда и тровања, смањивање фактора ризика (као што су пушење и неправилна исхрана) и обезбеђивање делотворних, квалитетних и исплативих здравствених услуга. При томе, прихватање приоритета не значи да ће бити занемарене друге области, већ само да ће приоритетне области бити посебно истакнуте, када се доносе одлуке о финансирању.

Постављајући платформу за активности Владе у здравственом сектору, циљеви ове Стратегије су да промене буду усмерене на оне области, које ће обезбедити највеће добробити за становништво, имајући у виду ограничене економске могућности земље. Стратегија се односи посебно на задатке Министарства здравља, локалне заједнице и здравствене службе.

Међутим, ако се жели позитиван помак ка бољем здрављу, морају се координисати активности владиног и невладиног сектора тако што ће се обухватити широк спектар социјалних и економских одредница и одредница животних стилова у развоју програма и пројеката, који чувају и унапређују здравље и спречавају настанак болести и повреда.

Ова Стратегија ће наставити да се развија и усавршава током времена - то је жива Стратегија, која ће укључивати све предности и ограничења будућег развоја и настојати да се прилагоди променама након пажљивих анализа и преиспитивања постигнутих резултата.

ЗАШТО РЕФОРМЕ?

Ово Министарство је одлучило да, заједно са здравственом службом, здравственим осигурањем и другим друштвеним секторима, покуша да реши нагомилане проблеме, упркос тешкоћама са којима се у периоду транзиције земља сусреће. Стратегијом реформе система здравствене заштите се позива здравствена служба да буде кооперативна у реализацији постављених циљева, задатака и активности, уместо да буде компетитивна за већи део здравственог динара.

Позната је чињеница да се сви системи здравствене заштите, како развијених тако и земаља у развоју, реформишу са циљем да постигну правичност у коришћењу и финансирању здравствене заштите, финансијску и институционалну одрживост система, да повећају алокативну и техничку ефикасност, да унапреде квалитет рада и услуга и да обезбеде прихватљивост таквог система за кориснике и даваоце услуга у здравству. Побољшање перформанси система здравствене заштите путем рефроми би требало да доведе до:

- Побољшања здравственог стања становништва;
- Смањења трошкова путем пораста ефикасности пружања здравствене заштите;
- Повећања задовољства пацијената радом здравствене службе као димензије квалитета;
- Повећање могућности избора за кориснике и даваоце услуга у здравству.

Посебно земље у транзицији сматрају да су им реформе у здравству потребне у три међусобно повезане области, које обухватају: организацију јавно-здравствених услуга на заштити и промоцији здравља, обезбеђивање и пружање услуга примарне и болничке здравствене заштите и финансирање здравствене службе. Међутим, тешкоће и ограничења у креирању и имплементацији реформи у бившим социјалистичким земљама су узроковане бројним факторима које би требало имати у виду, као што су:

- Слабе и нестабилне економије ових земаља;
- Непостојање јасних визија жељених циљева, и то визија које би биле заједничке лидерима министарстава здравља и финансија. Визија које би спроводили исти људи, како би се остварио континуитет у смеру промена;
- Неискуство у процесима формулисања и развоја политике у здравственој заштити и осигурању, модерном концепту обезбеђења квалитета рада, модерном менаџменту и системским приступима проблемима здравства;
- Неодговарајући начин упознавања јавности са величином постојећих проблема и добробитима, које ће настати од наступајућих промена;
- Настојање да се оствари много промена сувише брзо, без поступности у имплементацији;
- Непостојање јасних циљева и дефинисаних стратегија за имплементацију програма реформи.

Стратегија реформе система здравствене заштите Републике Србије је организована у неколико целина, у којима су наведене карактеристике садашњег стања, уочени проблеми и основна опредељења за будућност. То су следеће целине: детерминанте здравља, здравствено стање становништва са основним показатељима, финансирање здравствене заштите и здравствено осигурање, јавно здравље, систем здравствене заштите по нивоима, развој

здравственог информационог система и побољшање менаџмента, и нова улога Министарства здравља у реформи система здравствене заштите. Потом је изложен акциони план реформе, а у прилогу је дат преглед националних радних и експертских група, које припремају пројекте и националне програме за одређене области медицине или популационе групе.

Према Документу здравствене политике, усвојеном на Влади Републике Србије јануара 2002. године, општи и специфични циљеви реформе система здравствене заштите у Републици Србији су наведени у следећој табели.

Табела 1: ЦИЉЕВИ ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ СРБИЈЕ

ОПШТИ ЦИЉЕВИ	СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉЕВИ
1. **Обезбеђење и унапређење правичног и једнаког приступа здравственој заштити за све грађане Србије.**	1.1. Подршка развоју интерсекторске сарадње и боље повезивање са заједницом и њеним структурама (како државног тако и цивилног сектора) на свим нивоима здравственог система. 1.2. Обезбеђивање свеобухватне, континуиране и доступне здравствене заштите. 1.3. Подршка развоју концепта промоције здравља путем: ▪ Развоја друштвеног и организационог капитала за унапређење здравља; ▪ Развоја здравствених комуникација базираних на систему социјалног маркетинга; ▪ Креирања инфраструктуре која ће омогућити промоцију здравља; ▪ Развијања партнерства у контексту инфраструктуре за промоцију здравља, посебно партнерства између државног и приватног сектора и невладиних организација; ▪ Подстицање (бољим финансирањем и вредновањем) здравствено васпитног рада, као неопходне саставне компоненте ангажмана сваког здравственог радника, како у државном тако и у приватном сектору; ▪ Стимулисања, посебним механизмима финансирања, примене у пракси оних превентивних активности, за које постоје докази да доводе до побољшања здравственог стања становништва и продужења људског века (здравствена заштита заснована на доказима); ▪ Кадровског, материјалног, информатичког, менаџерског и другог оспособљавање јавно-здравствених институција, као што су институти и заводи за заштиту здравља и друге институције од националног значаја за поједнине области заштите здравља; ▪ Учешћа у програмима и пројектима промоције здравља, који се спроводе у земљама Европске заједнице.

ОПШТИ ЦИЉЕВИ	СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉЕВИ
2. **Обезбеђење и унапређење правичног и једнаког приступа здравственој заштити за све грађане Србије.**	2.1. Дефинисање националних циљева за смањење неједнакости у здрављу у односу на: ▪ Урбане и руралне територије; ▪ Различите социоекономске, образовне и друге слојеве становништва; ▪ Групације у неповољном положају и са специјалним потребама и осталог дела становништва. 2.2. Унапређење здравствене заштите групација становништва, које су у неповољном положају и због тога посебно осетљиве, путем: ▪ Препознавања посебних здравствених потреба ових групација, као и њихову повезаност са социјалним потребама и доношење програма за синхронизовано деловање на свим нивоима заједнице; ▪ Повезивања институција примарне здравствене заштите - дома здравља, са институцијама социјалне заштите - центрима за социјални рад и развој мултидисциплинарног, тимског рада; ▪ Повезивања институција примарне здравствене заштите - дома здравља, са образовно–васпитним и другим институцијама.
3. **Постављање корисника (пацијента) у центар система здравствене заштите.**	3.1. Обезбеђивање социјалних права, која ће се реализовати кроз: ▪ Право на једнаку доступност и приступачност здравствене заштите; ▪ Елиминацију било којих од дискриминаторских баријера (економских, географских, социјалних, психолошких), које ометају реализацију претходног права. 3.2. Обезбеђивање индивидуалних права корисника, која подразумевају: ▪ Право на информисање; ▪ Право на давање пристанака за медицинску интервенцију, као и право на изражавање свог става и мишљења; ▪ Право на поверљивост здравствених информација, које се саопштавају у здравственој установи; ▪ Право на приватност; ▪ Право на здравствену заштиту, која одговара његовим потребама; ▪ Право на квалитет заштите, који одговара најбољим стандардима; ▪ Право на сигурност у здравственом систему; ▪ Право на постојање једне, задужене особе у свакој здравственој установи, којој се пацијент-корисник може обратити (институција "Пацијентовог адвоката").

ОПШТИ ЦИЉЕВИ	СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉЕВИ
4. **Одрживост система здравствене заштите уз транспарентност и селективну децентрализацију у области управљања ресурсима и ширење спектра извора и начина финансирања.**	4.1. Постизање аутономије система обавезног здравственог осигурања, којим управљају осигураници. 4.2 Обезбеђење активне улоге Републичког завода за здравствено осигурање у утврђивању фискалне политике, а пре свега у утврђивању стопе доприноса за обавезно здравствено осигурање. 4.3. Стварање услова за већу аутономију завода и његових филијала и формирање других облика осигурања. 4.4. Јачање система контроле обрачуна и уплате доприноса за здравствено осигурање, као и контрола наменског трошења средстава обавезног осигурања. 4.5. Повећање учешћа средстава из буџета Републике у структури прихода здравственог осигурања за покриће дела трошкова здравствене заштите неосигураних лица и за друге законом утврђене обавезе државе. 4.6. Селективно и постепено повећање учешћа осигураника, као механизама контроле коришћења и делимичног покривања трошкова. 4.7. Увођење нових извора прихода републичког завода за здравствено осигурање, који би били везани за факторе ризика по здравље људи (део пореза на промет од продаје бензина и дизел горива, прерађевине дувана и алкохола и др.). 4.8. Развој нових облика здравственог осигурања (допунско, добровољно/приватно) и припремање за њихову институционализацију на профитној и непрофитној основи. 4.9. Редефинисање садржаја и обима здравствене заштите, који ће финансирати здравствено осигурање, укључујући неопходан кадар и његову стручну оспособљеност, физичке ресурсе (простор и опрема, лекови и медицински материјал), као и додатне организационо управљачке механизме. 4.10. Накнада за рад здравствених установа заснивање се на: ▪ Плаћању по слободно опредељеном грађанину (капитација) у примарној здравственој заштити; ▪ Буџетском начину плаћања (проспективним буџетом) здравствених установа поликлиничко-болничке здравствене заштите, као и јавно-здравствене делатности, и плаћању по ценама појединачних услуга за високо специјализоване здравствене услуге.

ОПШТИ ЦИЉЕВИ	СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉЕВИ
5. **Побољшање функционисања, ефикасности и квалитета система здравствене заштите уз дефинисање посебних националних програма у области кадрова, мреже институција, технологије и медицинског снабдевања.**	5.1 Примарна здравствена заштита, као основ система здравствене заштите, заснивање се на изабраном лекару примарне здравствене заштите и његовом тиму, који ће представљати "чуваре капије" за улаз у систем. 5.2. Преструктурирање болничких капацитета према потребама становништва. 5.3. Повећање ефикасности и делотворности система здравствене заштите путем: ▪ Развијања и примене водича добре праксе; ▪ Обезбеђивања аутономије здравствених установа у управљању ресурсима; ▪ Увођења система спољне и унутрашње контроле квалитета рада и система акредитације; ▪ Повезивања и сарадње општих болница и примарне здравствене заштите. 5.4. У стоматолошкој здравственој заштити обезбедиће се превентивна стоматолошка заштита и збрињавање ургентних стања у оквиру државног сектора здравства. 5.5. У фармацеутској здравственој заштити обезбедиће се "позитивна листа лекова" и дефинисати начин и ниво учешћа пацијената у трошковима за лекове и санитетски материјал.
6. **Дефинисање улоге приватног сектора у пружању здравствених услуга становништву.**	6.1. Развој сарадње и комплементарног деловања државног и приватног сектора. 6.2. Својинска трансформација државног сектора здравства. 6.3. Активан став државе према приватном сектору здравства и његовом укључивању у процес финансирања и обезбеђивања здравствене заштите становништва.
7. **Унапређење кадровске базе здравствене заштите (хуманих ресурса за здравље).**	7.1. Доношење националне стратегије развоја хуманих ресурса у систему здравствене заштите. 7.2. Едукација менаџера и запослених у здравству, а посебно за управљање променама у систему здравствене заштите. 7.3. Увођење одговарајућих подстицаја за унапређење задовољства унутар здравственог система и то како корисника, тако и давалаца услуга, и унапређење квалитета рада уз примену тоталног менаџмента квалитетом (сталног унапређења квалитета).

1. ДЕТЕРМИНАНТЕ ЗДРАВЉА

Унапређење здравља становништва значи усмерење на оне факторе, који највише утичу на здравље. Данас је уобичајено навести дугу листу одредница здравља, као што су наслеђе и индивидуалне карактеристике, животни стилови, животна средина и доступност и делотворност здравствене службе. Разлике у здравственом стању становништва, како међу популационим групама, тако и међу земљама, указују на чињеницу да су све наведене детерминанте повезане са социјалним и економским факторима, који представљају основу друштвеног и политичког развоја земље.

Крајем 2000. године Уједињене нације постављају Миленијумске циљеве развоја, као израз политичке посвећености нација широко прихваћеним интернационалним циљевима развоја, који могу бити коришћени за усмеравање појединих земаља према сопственим дугорочним развојним приоритетима. Сваки од наведених осам циљева би требало достићи до 2015. године.

МИЛЕНИЈУМСКИ ЦИЉЕВИ РАЗВОЈА:

1. **Смањивање сиромаштва и глади;**
2. **Достизање универзалног основног образовања;**
3. **Промоција равноправности међу половима;**
4. **Смањивање смртности деце до пет година старости;**
5. **Смањивање материнске смртности;**
6. **Спречавање ширења ХИВ/СИДЕ и других болести;**
7. **Обезбеђивање одрживе животне средине;**
8. **Глобално развојно партнерство, уз међународну помоћ, стимулисање трговине и олакшице у дуговањима земаља.**

Available at URL: www.un.org/millenniumgoals

Светска здравствена организација (СЗО) као наставак своје политике "Здравље за све до 2000. године", за коју је после критичке евалуације показано да није била довољно успешна у достизању постављених циљева, формулише нову политику "Здравље за све у 21. веку", са десет општих циљева, које би требало реализовати од 2005. до 2020. године.

Регионални биро СЗО за Европу формулише 1998. године политички оквир "Здравље за све" на овом континенту са 21. циљем за 21. век, које би требало остварити до 2015. године. Овај политички оквир настоји да реализује визију здравља за све, постављену још 1978. године на Конференцији о примарној здравственој заштити у Алма Ати.

ОПШТИ ЦИЉЕВИ СЗО ЗА ПОСТИЗАЊЕ "ЗДРАВЉА ЗА СВЕ" У СВЕТУ:

- **Праведност у здрављу;**
- **Преживљавање;**
- **Промена глобалних трендова за пет најзначајнијих пандемија;**
- **Ерадикација и елиминација одређених болести;**
- **Побољшан приступ безбедној пијаћој води, храни и становању и бољи санитарни услови;**
- **Мере и активности намењене промоцији здравља;**
- **Развој, примена и праћење националних политика намењених "Здрављу за све";**
- **Побољшана доступност свеобухватној, основној и квалитетној здравственој заштити;**
- **Примена глобалних и општих здравствених информационих система и система надзора.**

Извор: WHO. Health for all in the twenty-first century. Geneva, 1998. Available from URL: www.who.ch

1.1. СОЦИЈАЛНО-ЕКОНОМСКИ РАЗВОЈ И ЗДРАВЉЕ

Здравље и социјално-економски развој су суштински повезани, тако да побољшање здравља људи мора бити основни циљ развоја. Недавно публикован извештај Комисије за макроекономију и здравље СЗО* истиче централну улогу инвестирања у здравље, као непосредно улагање у економски развој и смањење сиромаштва у једној земљи. Стога сиромаштво, психосоцијални фактори, запошљавање, образовање и демографске карактеристике, као што су пол и старост, у највећој мери одређују здравствено стање становника једне територије.

Неке популационе групе или појединци су више од других осетљиве на социјално-економске услове живота. Уобичајеном терминологијом су означене као вулнерабилне популационе групе. Међу њима су деца и млади, мајке током трудноће, порођаја и у периоду пуерперијума, радно-активно незапослено становништво, старији од 65 година са минималним (недовољним) пензијама. Ту су потом групе људи који живе без званичних докумената, сталног места боравка и било које социјалне заштите, као што су избеглице, интерно расељена лица и мигранти (Роми). Особе, које живе у несигурним условима и које су друштвено маргинализоване: хендикепирани, они који имају озбиљна обољења, као што је ХИВ позитивност и сида, тубекулоза или неко друго тешко хронично обољење, наркомани, алкохоличари, затвореници, проститутке, тинејџери који су напустили своје породице и други. Шири концепт вулнерабилности подразумева. и особе "под ризиком" да буду маргинализоване, које често није лако идентификовати, али они могу имати значајне добити

* WHO. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Commission on Macroeconomics and Health, Geneva, 2001.

од јасно дефинисаних социјалних и здравствених политика, које спречавају сиромаштво, или болест.

У циљу 2 Европског здравља за 21. век истиче се значај постизања праведности у здрављу.

Циљ 2: ПРАВЕДНОСТ У ЗДРАВЉУ

До 2020. године, разлике у здрављу између социјално-економских група унутар земаља, требало би смањити за најмање једну четвртину у свим земљама чланицама, значајним побољшањем нивоа здравља свих угрожених популационих група. Посебно:

- **Разлике у очекиваном трајању живота између социјално-економских група би требало смањити за најмање 25%;**
- **Вредности важнијих показатеља морбидитета, неспособности и морталитета међу групама различитог социјално-економског статуса би требало равномерније распоредити;**
- **Социјално-економске услове, који доводе до негативних ефеката по здравље, посебно разлике у приходима, образовању и запошљавању, би требало значајно смањити;**
- **Пропорцију становништва, које живи у сиромаштву, би требало у великој мери смањити;**
- **Људе са посебним потребама, као последицу њиховог здравственог стања, или социјално-економских околности, би требало заштити од социјалне искључености и обезбедити им лакши приступ одговарајућој здравственој заштити.**

Извор: WHO. Health21. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No 6. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.

Постоје различите процене о броју особа за које се може сматрати да су маргинализоване, да живе у сиромаштву или у несигурним условима живота. Оперише се бројкама од 20 до 25% у Европској Унији и од 40% до више од 60% таквих људи у бившим социјалистичким земљама. Дотицање здравствених проблема тако велике пропорције становништва, која је осетљивија него други на услове живота, представља озбиљан изазов за свако друштво*.

Циљ 2 Здравствене политике Србије истиче значај обезбеђења и унапређења правичног и једнаког приступа здравственој заштити за све грађане Србије, као и унапређења здравствене заштите угрожених популационих група. Подциљеви овог циља се односе на дефинисање националних циљева за смањење неједнакости у здрављу и унапређење

* Council of Europe Publishing. The adaptation of health care services to the demand for helath care and health care services of people in marginal situations. Recommendation Rec (2001.) 12 and explanatory memorandum. May 2002. Strasbourg Cedex.

здравствене заштите групација становништва, које су у неповољном положају и због тога посебно осетљиве.

Идентификоване вулнерабилне групе и маргинализоване особе, на основу постојеће законске регулативе и према последњим доступним подацима, чине значајну пропорцију становништва Републике Србије (табела 2).

Табела 2: ВУЛНЕРАБИЛНЕ ПОПУЛАЦИОНЕ ГРУПЕ У СРБИЈИ (Централна Србија и Војводина)

ПОПУЛАЦИОНЕ ГРУПЕ	БРОЈ ЛИЦА	% УКУПНОГ СТАНОВНИШТВА	ИЗВОР ПОДАТАКА
Деца (0-19 година)	1 672412	22.31%	Коначни резултати пописа*
Мајке (трудноћа, порођај и пуерперијум)	60162	0.82%	Здравствена статистика**
Радно-активни незапослени	891882	11.89%	Завод за тржиште рада
Породице које добијају Социјалну помоћ	113127 лица	1.51%	Министарство за социјална питања
Старији од 65 година	1 240505	16.55%	Коначни резултати пописа
Избеглице	345200	-	УНХЦРСРЈ/ октобар 2000. год.
Интерно расељена Лица	233500	-	УНХЦРСРЈ/ октобар 2000. год.
Роми	108193	1.44%	Коначни резултати пописа
Хендикепирани	103000	1.37%	Процена
Оболели ХИВ/СИДА	1198 СИДА	0.02%	Савезни регистар оболелих од сиде
Туберкулоза	7065	0.09%	Здравствена статистика
Хронична бубрежна инсуфицијенција	15000	0.20%	Здравствена статистика
Шећерна болест	200000	2.67%	Здравствена статистика
Психозе	28117	0.37%	Здравствена статистика
Укупно становништво	7 498001		Коначни резултати пописа

Извор:

* Републички завод за статистику. Статистика становништва. Саопштење број 295. 24. 12. 2002.

**Савезни завод за заштиту и унапређење здравља. Статистички годишњак 2000. о народном здрављу и здравственој заштити у СР Југославији. Београд, 2002.

Уобичајено је схватање да су сиромаштво и маргинализација одговорни за специфичну патологију ових популационих група и појединаца. Међутим, насупрот јавном мишљењу, резултати истраживања показују, да нема посебних обољења узрокованих сиромаштвом. Показано је да за сваки узрок смрти и за сваку старосну групу постоји значајна повезаност са социјалним статусом, али да нема посебних обољења или стања међу неповлашћеним

групама. Другим речима, маргинализоване популационе групе имају више шансе да оболе или умру од уобичајених узрока, укључујући туберкулозу, сиду, малигна обољења, саобраћајне несреће, насиље и друге. Неке осетљиве популационе групе имају 3 до 4 пута већу вероватноћу умирања пре 65. године живота од осталог становништва. Пораст јаза у здравственом стању између неповлашћених и повлашћених друштвених група зато захтева посебну пажњу политичара и доносиоца одлука у здравству.

За превенцију маргинализације, несигурних услова живота и разбољевања ових популационих група, здравствена политика би морала бити интегрисана у шири концепт социјалне политике. То подразумева предузимање мера и активности, које су делом изван капацитета здравственог сектора и засноване су на вредностима усвојеним од Савета Европе - поштовање људских права и права пацијената, достојанства, праведности, солидарности, једнаких могућности по полу, партиципације у одлучивању, слободе избора - балансиране обавезом да се јача одговорност за сопствено здравље. Те мере и активности зависе од националних и регионалних услова, али би морале да укључе и следеће секторе: образовање, запошљавање, становање, здравствену заштиту и различите врсте интервенција у социјалној заштити. Стога међународне препоруке инсистирају на важности развоја стратегија у оквиру кохерентних и интегрисаних социјалних/здравствених политика.

СТРАТЕШКА ОПРЕДЕЉЕЊА

Децембра месеца 1999. године Светска банка и Међународни монетарни фонд дефинисали су нови приступ у смањивању сиромаштва у земљама са ниским дохотком, који би требало да се оствари формулисањем стратегије за смањивање сиромаштва. Кључни аспект приступа смањивању сиромаштва би требало да буду: дијагноза сиромаштва, партиципаторни процеси, хумани развој, развој села и инфраструктуре, као и питања која се тичу пола, човекове околине и конфликата.

На основу договора са Мисијом Светске банке током њихове посете Србији, Министарство за економске везе са иностранством је формулисало **Полазне оквире Стратегије за смањивање сиромаштва у Републици Србији,** којом би се ублажили ефекти транзиције. Планирано је да Влада Републике Србије, користећи оквирну стратегију, приступи изради целовите стратегије за период од три године. Формиран је Међуресорски управни одбор, чији су чланови министри одговарајућих министарстава, а који ће бити одговоран за планирање и реализацију процеса смањења сиромаштва, вођење политике и стратешко одлучивање. У оквиру Министарства за социјална питања образован је тим за управљање пројектом Стратегије за смањивања сиромаштва, који је потом оформио експертске групе за поједине области, међу којима је и група за здравље, исхрану и становништво Министарства здравља Републике Србије.

Влада Републике Србије је препознала као приоритетан задатак формулисање **Националне стратегије за решавање питања избеглих, прогнаних и расељених лица,** са програмом њеног спровођења, која је усвојена у мају 2002. године. Иако се у овој стратегији не разматрају посебно питања здравственог стања и здравствене заштите ових осетљивих популационих група, у мерама и активностима за спровођење стратегије се наводе аспекти повезани са њиховим здрављем, као што су: становање, гашење колективних центара,

запошљавање, репатријација, правни, имовински и информациони аспекти интеграције и репатријације избеглица и интерно расељених лица.

У току је израда **Стратегије за интеграцију и давање нових овлашћења Ромима у Републици Србији**, која предлаже мере и активности за решавање проблема ове осетљиве популационе групе. Препоруке експертске групе за здравље и здравствено осигурање у овој стратегији се односе на:

- Потребу за проценом здравственог стања и здравствених потреба Рома, пошто су досадашњи подаци оскудни и не омогућавају целовитији приступ у побољшању здравствене заштите;
- Упознавање јавности и здравствених радника са проблемима здравља Рома и стварање антидискриминаторских програма;
- Подизање свести ромске популације о постојећим правима у систему здравствене заштите и механизмима заштите тих права, као и повећавању одговорности за сопствено здравље;
- Активно укључивање заједнице, посебно невладиног сектора, у предлагање програма и активности намењених побољшању здравственог стања и коришћења здравствене заштите Рома;
- Мултисекторски приступ у решавању проблема здравља Рома, посебно у областима образовања, запошљавања и социјалне заштите.

Приоритети, назначени у овој стратегији, се односе на повећање обухвата вакцинацијом, систематским и редовним контролним прегледима ромске деце, с обзиром на њихово нередовно школовање. Такође је важно побољшати доступност здравственој служби, оснивањем амбуланти у ромским насељима и обезбедити боље могућности набавке лекова и санитетског материјала.

Министарство здравља Републике Србије је консултовано у изради Стратегије интеграције Рома и подржало је медијску кампању "Ром значи човек", којом се скретала пажња на положај Рома у друштву и на њихове проблеме у здравственој заштити, запошљавању и образовању.

ИНТЕРСЕКТОРСКЕ СТРАТЕГИЈЕ ВЛАДЕ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ:

- **Полазни оквири Стратегије за смањивање сиромаштва у Републици Србији (*финална верзија Стратегије у припреми*);**
- **Националне стратегије за решавање питања избеглих, прогнаних и расељених лица;**
- **Стратегије за интеграцију и давање нових овлашћења Ромима.**

1.2. ЖИВОТНИ СТИЛОВИ И ЗДРАВЉЕ

Постоје одређене личне особине и облици понашања, који повећавају вероватноћу разбољевања и умирања од појединих болести. Неки од њих се не могу променити, док су други подложни променама, путем одговарајућих здравствено-васпитних интервенција. Промена понашања, путем убеђивања људи да прихвате здравије стилове живота, тако што неће пушити, што ће умерено конзумирати алкохол, правилно се хранити и бавити се редовно физичком активношћу, што је изузетно важан део стратегије унапређења здравља.

Већина података о животним стиловима становника Републике Србије потиче из истраживања "Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва Србије", коју је спровео Институт за заштиту здравља Србије, уз фичансијску помоћ Канцеларије за хуманитарну помоћ - ЕСНО, СЗО и УНИЦЕФ-а. Овим истраживањем је обухваћено 5497 домаћинстава са територије Републике Србије, са 9921 одраслог становништва старијег од 20 година и 1654 деце млађе од пет година старости.

У циљу 12 Европског здравља за 21. век наводи се значај смањења штетних ефеката по здравље изазваних дуваном, алкохолом, и психоактивним супстанцама.

Циљ 12: СМАЊИВАЊЕ ШТЕТНИХ ЕФЕКАТА АЛКОХОЛА, ДУВАНА И ДРОГА

До 2015. године негативне ефекте од конзумирања супстанци, које изазивају зависност, као што су дуван, алкохол и психоактивне дроге, требало би значајно смањити у свим земљама чланицама. Посебно:

- **У свим земљама чланицама пропорција непушача би, код становника старијих од 15 година, требало да буде најмање 80% , а близу 100% код оних који су млађи од 15 година;**
- **У свим земљама чланицама потрошња алкохола по глави становника не би требало да пређе 6 литара годишње, а за млађе од 15 година требало би да буде близу нуле;**
- **У свим земљама чланицама преваленцу (незаконитог) коришћења психоактивних дрога требало би смањити за најмање 25%, а морталитет за најмање 50%.**

Извор: WHO. Health21. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No 6. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.

Пушење је један од водећих појединачних фактора ризика за настанак кардиоваскуларних болести, бројних малигних болести, за лоше исходе по здравље новорођенчади (ако је мајка пушач), као и за повреде, смртне исходе и загађење животне средине од пожара проузрокованих запаљеним цигаретама. Због тога је смањење учесталости пушења једна од најважнијих јавно-здравствених мера, коју би требало предузети, да би се побољшало здравље седам и по милиона становника Србије.

Већ наведено истраживање "Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите у Србији" показује, да су међу одраслим становништвом скоро сваки други мушкарац (48%) и свака трећа жена (33.6%) пушачи (табела 1), при чему је већи проценат пушача међу млађим старосним групама. Око половине студентске популације у универзитетским центрима Србије јесу пушачи, а више од једне петине ученика петих и седмих разреда основних школа и првих разреда гимназије, такође пуши. Међу петнаестогодишњацима, 40% њих је већ пробало да пуши (више девојчица него дечака), а 27% их пуши свакодневно (27.6% девојчица и 26.5% дечака).

Табела 3 : УЧЕСТАЛОСТ ПУШЕЊА У СРБИЈИ

ПОПУЛАЦИЈА	ГОДИНА	% ПУШАЧА
Одрасло становништво Србије, старије од 19 година (без Косова)*	2000	40.4%
Студенти прве и треће године у неким универзитетским центрима (Београд, Нови, Сад, Крагујевац)**	2000	49.1%
Школска деца петог и седмог разреда основних школа и првог разреда средњих школа у Београду***	1999	23.3%
Ученици основних школа и	1996	7.5%
ученици средњих школа****		37.5%

Извор:

*Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут". Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва Србије. Београд. 2001. (непубликовани материјал).

** Институт за социјалну медицину Медицинског факултета у Београду. Здравствено понашање средњошколске и студентске омладине. Београд, 2000. године.

*** Бјеговић В. и сарадници. Здравствено понашање школске деце. Београд 1999. године.

**** Институт за плућне болести и ТБЦ Клиничког центра Србије. European Respiratory Journal 1996.; Vol 9 (supl. 23)

Иако кључну улогу у одвикавању од пушења имају здравствени радници, учесталост пушења међу њима је забрињавајуће висока. Тако 37% лекара и 52% медицинских сестара Клиничког центра Србије пуши, а тренутно нема ни једне здравствене установе "без дуванског дима" у Републици.

Једно од ретких међународних поређења, у коме су наведени и подаци за Савезну Републику Југославију (табела 4) показује, да је према учесталости пушења, она у групи земаља у транзицији, у којима је пушење културално прихваћено и веома раширено (Руска федерација, Бугарска, Турска).

Непосредну активност, коју је Министарство здравља предузело поводом овог фактора ризика, је формирање Националне групе за превенцију пушења и иницирање **Кампање против пушења "Угасите цигарету – продужите живот"**, која се одвијала од новембра 2002. до јануара 2003. године. Циљеви кампање су били подизање свести јавности о

штетности пушења, мобилисање здравствених радника за забрану пушења у затвореним просторима и стварање мреже установа за индивидуално и групно одвикавање од пушења. Кампања је завршена 31. јануара - Националним даном против пушења, обележеним догађањима на улицама Београда и већих градова Србије, која су истакла значај смањивања учесталости пушења међу становништвом, посебно младима, и стварања здравствених установа ослобођених дуванског дима. Штампан је и дистрибуиран велики број налепница, постера и лифлета за кориснике у систему здравствене заштите, опремљено је тридесетак билборда са порукама против пушења, а снимљени су спот и звучне поруке за медије. Искуства из ове кампање ће послужити за формулисање **Националног програма са спречавање и сузбијање пушења** за наредни петогодишњи период, којим ће се наставити активности на превенцији пушења.

Табела 4: ПРЕВАЛЕНЦИЈА ПУШЕЊА У ЕВРОПСКИМ ЗЕМЉАМА У ПЕРИОДУ 1991. - 1998. ГОДИНЕ

ЗЕМЉА	ОДРАСЛО СТАНОВНИШТВО (19+)			МЛАДИ	
	Укупно	Мушкарци	Жене	Мушки пол	Женски пол
Југославија	57%			9%	6.8%
Бугарска		49.2%	23.8%	23.5%	31.4%
Грчка		46%	28%	5%	5%
Руска федерација		63%	14%	9%	6%
Турска		51%	49%	13.9%	9.1%
Албанија		44.4%	6.3%	26.2%	3.3%
Велика Британија		29%	28%	8%	11%
Финска		27%	20%	9%	9%
Шведска		17.1%	22.3%	4%	6%
Немачка		43.2%	30%	11%	11%

Извор: Corrao MA, Gordon GE, Sharma N, Shokoohi DF (eds). Tobacco Control Country Profiles. Atlanta GA: American Cancer Society, 2000.

Канадска агенција за међународни развој (CIDA) је, у оквиру свог програма помоћи Републици Србији, заинтересована за јачање политике и регулаторних механизама, који се односе на контролу дувана и за спровођење истраживања о учесталости пушења међу младима (Global Youth Tobacco Survey - GYTS), на основу кога ће се предложити мере превенције и престанка пушења за ову популациону групу. Такође је планирана едукација лекара и медицинских сестара у примарној здравственој заштити за методе, којима би помогли пацијентима у одвикавању од пушења.

Конзумирање алкохола је одговорно за неких 9% укупног терета болести у европском региону, повећавајући ризик од цирозе јетре, неких малигних болести, повећаног крвног притиска, можданог удара и конгениталних малформација. Такође је повећан ризик од породичних, друштвених и проблема на послу због алкохолизма, повреда, насиља, убистава, самоубистава и саобраћајних удеса, тако да се од 40 - 60% свих смртних исхода због

намерног или ненамерног повређивања, може приписати конзумирању алкохола. Трошкови конзумирања алкохола, израчунати као директни и индиректни трошкови, настали због губитка продуктивности, процењују се на 2 до 5% друштвеног производа земље.

Прекомерна потрошња алкохола са порастом алкохолизма је већ дуже време значајан јавно-здравствени проблем у Републици Србији, посебно међу млађим, радно-активним мушкарцима. Према подацима већ наведеног истраживања из 2000. године, скоро половина одраслог становништва конзумира алкохол, с тим што 3.3% то чини свакодневно (6.6% мушкараца и 0.3% особа женског пола). У узрасту од 15 до 19 година, свака трећа особа повремено конзумира алкохол. Захваљујући нашој традицији, обичајима и толерантном односу друштва према конзумирању алкохола, деца код нас рано почињу да пију и већ у узрасту од 15 година Они пију најмање једном недељно, што је више него њихови вршњаци у Естонији, Пољској, Мађарској или Канади.

Значајне економске добити и добити по здравље се могу постићи формулисањем активности намењених смањивању конзумирања алкохола. Важније стратегије обухватају делотворно законодавство, повећање пореза на алкохолна пића и контролу њиховог рекламирања. Сем појединачних програма и пројеката појединих установа, нема националног програма за превенцију алкохолизма у Републици Србији, иако за њим постоји изражена потреба.

Злоупотреба психоактивних супстанци повећава ризик од болести зависности, психоза, самоубистава, општег морталитета и криминала. Коришћење дрога доприноси даљем ширењу ХИВ инфекције и хепатитиса, посебно у Југоисточној Европи. Упркос значајних напора да се контролише коришћење дроге, има само малих знакова побољшања у Европи. Третман и превенција су постали знатно рафинираније последњих година, прихватањем супституционе терапије код зависника. Докази из интервентних студија који су доступни, показују да друштва са широком мрежом подршке, која се пружа наркоманима, јесу успешнија у смањивању ризика од понашања, које штети здрављу, као и у сузбијању асоцијалног и криминогеног понашања.

И у Републици Србији расте злоупотреба психоактивних супстанци, посебно међу младима. Међу децом у петом и седмом разреду основне школе и првом разреду средње школе, око 6% је имало искуства са дрогама. Марихуана је најчешће коришћена дрога (2.9% младих из београдских школа је пробало марихуану), а лепак се налази на другом месту, што се објашњава његовом лаком доступношћу. Млади се такође, често одлучују за комбинацију дрога, као што су алкохол и таблете. Иако је Влада Републике Србије формирала **Комисију за превенцију болести зависности међу омладином,** још увек нема конзистентне стратегије, или националног програма, намењеног превенцији злоупотребе психоактивних супстанци.

На основу Конвенције о финансирању потписане између Владе Републике Француске и Владе СРЈ предвиђена је реализација пројекта **Смањење ризика везаних за употребу дрога** чији је циљ развијање локалног програма смањења ризика од употребе дрога у Београду и борба против сиде.

Неправилна исхрана, која доводи до потхрањености, је фактор ризика за настанак широког спектра обољења, посебно код деце у периоду раста и развоја, док је гојазност, с

друге стране, фактор ризика за разбољевање од кардиоваскуларних болести, шећерне болести, остеопорозе и других. Истраживање на узорку од 5497 домаћинстава у Републици Србији показује, да је 7.9% одраслог становништва потхрањено, док је сваки други становник гојазан. Гојазност другог степена и екцесивна гојазност су чешћи код особа женског пола, док је потхрањеност учесталија код мушкараца.

Код деце и омладине од 7 до 19 година, потхрањеност је чешћа него гојазност и у узрасту од 7 до 10 година износи 16.7%. Према истраживањима УНИЦЕФ-а, на узорку од 1654 деце до пет година старости, слика ухрањености мерена антропометријским показатељима указује, да је главни проблем ове деце гојазност. На пример, 13.6% ове деце је 2000. године било умерено гојазно, а 5.7% веома гојазно. Потхрањеност деце је била много мањи проблем, пошто је само око 4% деце умерено потхрањено, а мање од једног процента (0.7%) изразито потхрањено. Пошто се број потхрањене деце у периоду од 1996. године, када је рађено прво УНИЦЕФ-ово истраживање, до 2000. године повећао, овај здравствени проблем би требало надаље помно анализирати и пратити. Потхрањеност, а нарочито заостајање у расту, доводи до бројних последица по здравље деце, укључујући чешће разбољевање и умирање, као и слабији успех у школи ове деце.

За сада су значајни успеси постигнути у превенцији поремећаја дефицита јода, као резултат **Програма превенције поремећаја јода,** који се одвија уз помоћ УНИЦЕФ-а и Међународног Савета за контролу попремећаја дефицита јода - Субрегионална канцеларија за земље западне и централне Европе. Направљен је План акције за елиминацију поремећаја насталих услед недовољног уноса јода од 2002. до 2005. године. Циљеви овог Плана акције су: обезбеђивање политичке подршке за стабилизацију програма универзалног јодирања соли, успостављање система праћења, изградња информационог система, контрола биолошких индикатора ефективности спровођења програма превенције поремећаја дефицита јода, скрининг програм новорођенчади на хипотироидизам, успостављање лабораторија за контролу садржаја јода у кухињској соли, соли за прехрамбену индустрију и соли за исхрану животиња, социјална мобилизација и припреме земље за добијање међународних сертификата. Ово је један од успешнијих програма, са значајним резултатима, који служи као референца за земље Централне и Источне Европе.

Физичка неактивност, као један од фактора ризика за настанак широког спектра обољења и стања, је раширен облик понашања међу становништвом у Републици Србији, с обзиром да се преко 70% одраслог становништва, и то чешће жена него мушкараца, не бави никаквом физичком активношћу у слободно време. Само 2.5% жена и 4.8% мушкараца се бави рекреацијом или неким спортом 4 до 6 пута недељно. Код младих у основној и средњој школи ситуација је нешто повољнија, с обзиром да се физичком активношћу редовно бави велики број младих људи, мада редовност бављења опада са узрастом, посебно код девојчица.

Циљ 11 Европског здравља за 21. век промовише здраво живљење, а први циљ Здравствене политике Србије је "Очување и унапређење здравственог стања становништва Србије и јачање здравственог потенцијала нације", са специфичним циљем, који подразумева подршку развоју концепта промоције здравља.

Циљ 11: ЗДРАВО ЖИВЉЕЊЕ

До 2015. године људи у свим друштвима би требало да прихвате здравије начине живота. Посебно:

- **Здравије понашање у областима као што су исхрана, физичка активност и сексуалност, требало би значајно унапредити;**
- **Требало би значајно поправити доступност, прихватљивост и расположивост безбедне и здраве хране.**

Извор: WHO. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region European Health for All Series No 6. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.

Унапређење здравља становника Србије и превенција фактора ризика, као што су: пушење, неправилна исхрана, физичка неактивност и прекомерна конзумација алкохола, су циљеви националне кампање **"Твој живот у твојим рукама",** коју спроводе Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут" и остали заводи за заштиту здравља, уз подршку Министарства здравља и локалне заједнице.

1.3. ЖИВОТНА СРЕДИНА И ЗДРАВЉЕ

Посебна пажња се мора посветити факторима средине, као што су: становање, исхрана, радни услови, снабдевање безбедном пијаћом водом, правилна диспозиција отпадних материја и контрола загађења животне средине. Специфичне мере могу бити намењене превенцији појединих обољења, као што је хигијенска производња хране, у циљу спречавања преношења обољења храном, коришћење заштитних средстава за превенцију несрећа на раду и друге.

Циљеви 10 и 13 Европског здравља за 21. век промовишу здраву и безбедну физичку средину и окружење за здравље. Реализација циљева, који се односе на животну средину, је сада у надлежности Министарства за заштиту природних богатстава и животне средине, а Министарство здравља ће сарађивати у развоју стратегија и програма, који се односе на овај аспект, значајан за здравље становништва Србије.

Циљ 10: ЗДРАВА И БЕЗБЕДНА ФИЗИЧКА СРЕДИНА

До 2015. године људи у Региону би требало да живе у безбеднијој физичкој средини, са изложеношћу загађивачима која не прелази интернационално прихваћене стандарде. Посебно:

- **Изложеност становништва физичким, хемијским и биолошким загађивачима у води, ваздуху, земљи и отпаду требало би значајно смањити, према роковима и стопама смањивања наведеним у националним акционим плановима за унапређење здравља и животне средине;**
- **Људи би требало да имају универзалну доступност довољној количини пијаће воде задовољавајућег квалитета.**

Извор: WHO. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No 6. Regional Office for Europe, Copenhagen. 1999

Министарство здравља Републике Србије подржава припрему **Закона о безбедности хране** у сарадњи са Министарством за пољопривреду, као и **Стратегију за безбедну храну у Србији**. Циљеви ове стратегије су подељени у три групе:

1. **Друштвени** - да се заштити здравље потрошача у Србији, путем смањења инциденције болести, које се преносе храном и тровања храном, при чему ће се посебна пажња обратити на обољења, која су озбиљна и која угрожавају живот.
2. **Економски** - да се подржи развој профитабилне и компетитивне индустрије хране у Србији путем:
   - јачања извоза, тако што ће се задовољити захтеви безбедности хране земаља увозника;
   - супституције увоза, тако што ће се обезбедити потрошачима у Србији локални производи исте безбеденост као и увозни;
   - смањења укупних трошкова контроле безбедности хране, укључујући финансијске издатке и потрошено време, тако што ће се повећати ефикасност система контроле.
3. **Политички** - да се подржи тежња Србије ка међународној интеграцији путем:
   - удруживања са Европском унијом, на основу хармонизације закона и процедура са оним у Европској унији;
   - чланства у Међународној трговинској организацији (WTO), на основу усаглашавања са санитарним и фитосанитарним захтевима.

Циљ 13: ОКРУЖЕЊЕ ЗА ЗДРАВЉЕ

До 2015. године, људи у европском региону би требало да имају веће могућности да живе у здравијој физичкој и социјалној средини у кући, школи, на радном месту и локалној заједници. Посебно:

- **Требало би побољшати безбедност и квалитет кућне средине, путем унапређења личних способности и способности породице за промоцију и заштиту здравља, док би ризике по здравље, који потичу из физичке средине у кући, требало смањити;**
- **Људи са хендикепом би требало да имају значајно боље могућности за здравље, приступ становима, послу и јавном и друштвеном животу, у складу са Стандардним правилима ОУН о уједначавању могућности за особе са хендикепом;**
- **Требало би смањити број несрећа у кући и на послу, у складу са циљем број 10;**
- **Најмање 50% деце би требало да има могућности да се образује у предшколским установама које чувају и унапређују здравље, а 95% деце у таквим школама;**
- **Најмање 50% градова, урбаних средина и локалних заједница би требало да буду активни чланови мрежа здравих градова, или здравих заједница;**
- **Најмање 10% малих и средњих предузећа би требало да се оријентишу ка поштовању принципа здравих компанија/предузећа. Ови принципи укључују безбедну радну средину, здраво понашање на раду и програме намењене промоцији здравља и превенцији психосоцијалних фактора ризика на радном месту, процену ефеката по здравље својих производа за тржиште и њихов допринос здрављу и социјалном развоју заједнице.**

Извор: WHO. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region.

Установљени приоритети у овој Стратегији се односе на заштиту потрошача у Србији путем побољшања домаћих стандарда и хигијене намирница, јачањем примене међународно прихваћених стандарда за извозни сектор и увођењем стандарда Европске уније, како би се избегао ризик да страни произвођачи шаљу производе незадовољавајућег квалитета у Србију.

2. ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ СТАНОВНИШТВА – ОСНОВНИ ПОКАЗАТЕЉИ

Значајан напредак у здравственом стању становништва Републике Србије постигнут после Другог светског рата, који се манифестовао падом морталитета од инфективних и паразитарних болести, морталитета одојчади и порастом очекиваног трајања живота на рођењу, крајем осамдесетих година прошлог века почиње да јењава. До погоршања здравственог стања долази као последица кумулативног ефекта већег броја критичних догађаја, којима је становништво било изложено у последњој деценији двадесетог века, почев од распада бивше Југославије и ратова на њеним просторима, санкција међународне заједнице и хиперинфлационе кризе, па све до бомбардовања Југославије 1999. године од стране НАТО. Овим ефектима се придружио велики број избеглица и интерно расељених лица, загађење животне средине, незапосленост и сиромаштво, као и све већа раширеност ризичних стилова понашања.

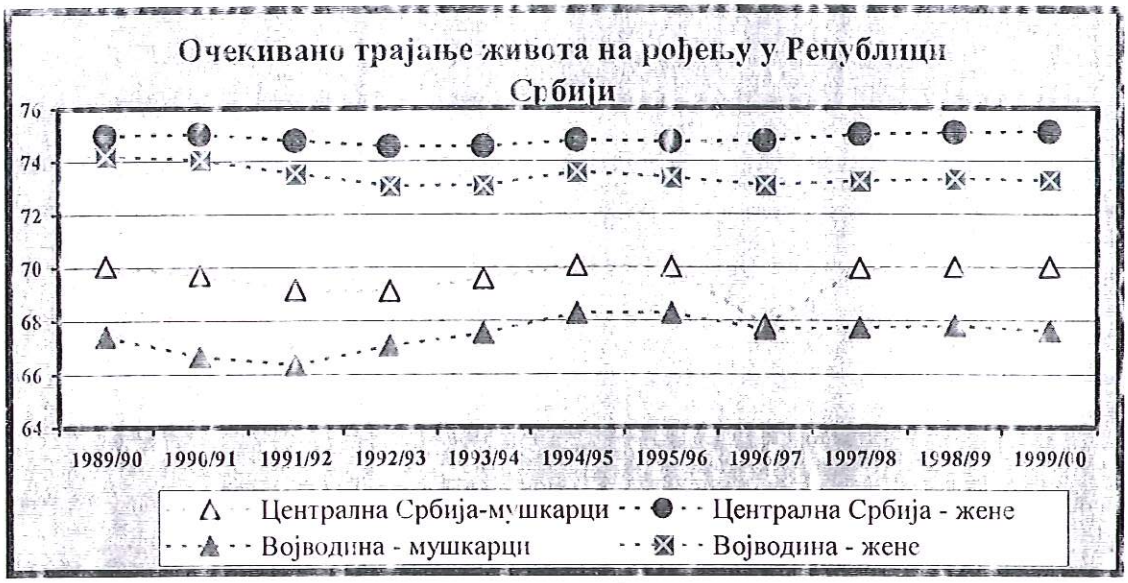
Очекивано трајање живота на рођењу, израчунато из постојећих узрастно-специфичних стопа смрности (скраћене апроксимативне таблице морталитета), је 1999/2000. године било за особе женског пола 75.10 година у централној Србији и за скоро две године ниже у Војводини (73.29 година), а за особе мушког пола, 69.99 година у централној Србији и за више од две године ниже у Војводини (67.62 године). У периоду од 1989/90. до 1999/2000. вредност овог показатеља за мушку и женску новорођенчад је у централној Србији остала практично непромењена, док се у Војводини повећало очекивано трајање на рођењу за мушкарце за мање од пола године, а смањило за скоро једну годину за жене.

Анализа тренда очекиваног трајања живота на рођењу у посматраном временском периоду, издваја два критична периода са падом вредности овог показатеља за мушку новорођенчад (1992/93. и 1996/97. године) и стагнацијом или благим падом вредности показатеља за женску новорођенчад (графикон 1).

У Централној и Источној Европи, очекивано трајање живота на рођењу је опадало током осамдесетих и у првој половини деведесетих година, пошто је транзиција у овим земљама раније почела. Однедавно су вредности овог показатеља стабилизоване и у овим земљама, тако да је просек за 2000. годину за оба пола био 73.1 годину, док је за земље Европске Уније 78.4 године (База података СЗО - Европско здравље за све).

Анализа узрока умирања становништва Републике Србије показује, да је структура узрока смрти у периоду од десет година остала практично непромењена. Више од половине становника је умирало од болести система крвотока (55.8%), на другом месту су малигне болести (17.4%), на трећем - симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (8.7%), а на четвртом, повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (4%).

Графикон 1:



Извор података: Републички завод за статистику. Статистички годишњаци, Република Србија, Београд.

Хроничне масовне незаразне болести (болести срца и крвних судова, малигни тумори, дијабетес, опструктивне болести плућа, повреде, поремећаји менталног здравља и друге) већ деценијама доминирају у националној патологији. Само две групе, болести срца и крвних судова и малигни тумори, чине преко две трећине (73.2%) свих узрока умирања (графикон 2).

Када се елиминише ефекат старења на пораст стопа умирања од појединих узрока стандардизацијом специфичних стопа смртности према европском стандардном становништву, уочава се, да је у последњој деценији двадесетог века најзначајнији пораст умирања од малигних болести на територији централне Србије (за 9.5%), док умирање од болести срца и крвних судова бележи пад за 4%, респираторног система за 22.5%, одређених стања у перинаталном периоду за 32%. На значајан пад квалитета података о узроцима умирања у посматраном периоду указује пораст стопа за групу - симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази, која обухвата различите узроке умирања непрепознате приликом кодирања, за 11%.

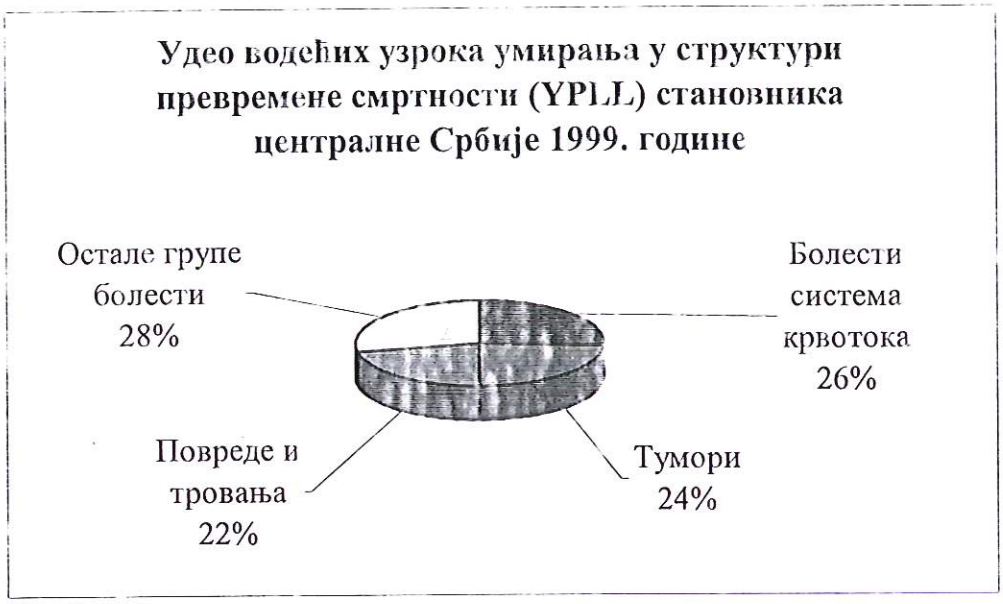
Графикон 2



Извор: Републички завод за статистику. Статистички годишњак Србије 2002. Година 35. Република Србија, Београд, новембар 2002.

Процена релативног значаја, који имају одређени узроци умирања у анализи здравственог стања и планирања рада здравствене службе, по препорукама СЗО, подразумева израчунавање изгубљених година могућег живота (Years of Potential Life Lost - YPLL). Овим показатељем се израчунава превремени или рани морталитет, односно изгубљене године могућег живота за особе млађе од 65 година. У последњој декади двадесетог века долази до пораста броја укупно изгубљених година могућег живота до 1992., а потом вредности овог показатеља опадају, са најнижим регистрованим вредностима у 1996. години. У просеку су сва умрла лица у централној Србији од 1989. до 1999. године изгубила по 9.5 година могућег живота. Најзначајнији узроци превремене смртности, који су проузроковали око 72% укупно изгубљених година могућег живота су болести срца и крвних судова (око 26%), тумори (око 24%) и повреде и тровања (око 22%). Остатак од 28% је изгубљен због свих осталих узрока умирања (графикон 3).

Графикон 3



Извор: Шантрић-Милићевић М. Успостављање приоритета у превенцији болести и повреда на националном нивоу. Магистарска теза. Медицински факултет Универзитета у Београду, Београд, 2002.

Заразне и паразитарне болести не представљају већи здравствени проблем у Србији, али се и даље јављају, појединачно или епидемијски. На територији Републике Србије без Косова и Метохије у 2001. години пријављено је 93896 оболелих од заразних болести са стопом инциденције од 1200.3 на 100000 становника, што је за 21.5% мање у односу на 1996. годину. Смањење стопа оболелих од свих заразних болести првенствено је последица смањења броја оболелих од цревних заразних болести (за око 30%) и од болести које се преносе полним путем (за око 10%).

У 2001. години регистрована је епидемија грипа са 189600 оболелих (стопа инциденције 2423.7/100000). Број оболелих од туберкулозе, са 2907 случајева и инциденцијом од 37.2 на 100000 становника, благо је повећан у односу на 2000. годину. Пораст обољевања од туберкулозе и могућност ширења ове типично социјалне болести међу вулнерабилним популационим групама, намеће потребу за формулисањем националних програма за превенцију и лечење овог обољења. Министарство здравља је формирало **Националну комисију за туберкулозу,** чији је задатак да апликује пројекат код СЗО за директно праћење лечења оболелих од туберкулозе (DOTS - **D**irectly **O**bserved **T**reatment, **S**hort course), којим се побољшава успешно и стално излечење ових болесника и спречава резистенција на туберкулостатике, као и да формулише програм за борбу против ове болести. Имена свих чланова комисија и експертских група за различите области, формираних од стране Владе и Министарства здравља, дата су у прилогу.

На основу броја оболелих у току 2001. године издвојено је првих десет заразних обољења (табела 1).

Табела 5 : ПРВИХ ДЕСЕТ НАЈЧЕШЋИХ ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ (ЦЕНТРАЛНА СРБИЈА И ВОЈВОДИНА) У 2001. ГОДИНИ

ОБОЉЕЊЕ	РАНГ
Varicella	1
Infectiones intestinales bact. Alie	2
Tonsilopharingitis streptococcica	3
Scabies	4
Intoxicationes alimentarie bacteriales	5
Herpes Zoster	6
Salmonellosis	7
Scarlatina	8
Mycosis	9
Hepatitis Virosa A	10

Извор података: Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут"

Од последица акутних заразних болести у току 2001. године је умрло 101 лице, са стопом морталитета 1.3 на 100000 становника, која је најнижа у последњих пет година (графикон 6).

Међу заразним болестима, ХИВ инфицираност и разбољевање од сиде, свакако завређује највећу пажњу, због раширености ризичног сексуалног понашања међу младима и радно-активним становништвом. Појава нових случајева сиде се стабилизовала последњих неколико година и износи 5 до 9 случајева на милион становника. Према последњим доступним подацима од 1. децембра 2002. године, у земљи је било пријављено 1189 случајева оболелих од ове болести, при чему је највећи број њих међу интравенским наркоманима, потом хетеросексулацима и хомосексуалцима/бисексуалцима, а забележен је и известан број (7) преношења вируса са мајке на дете. Требало би напоменути да не постоји процена серопозитивности од ХИВ-а, па чак ни систематски надзор инфекције, док се новооткривени случајеви оболелих са закашњењем пријављују, што отежава процену епидемиолошке ситуације.

Програм за превенцију и сузбијање сиде у Југославији је усвојен 1995. године, на основу препоруке Савезне комисије за сиду. У периоду после 1997. године, рад Савезне комисије је стагнирао. Југословенска асоцијација за борбу против сиде (ЈАЗАС) је ангажована у кампањама, којима се обележава Светски дан борбе против сиде (1. децембар) и у вршњачкој едукацији за првенецију ризичног сексуалног понашања међу адолесцентима и студентима. Пораст обољевања од ове болести у земљама у транзицији и земљама афричког континента ставља ХИВ позитивност и сиду високо на листи приоритета превенције и контроле пандемијских болести. Влада Републике Србије је формирала мултидисциплинарну **Комисију за борбу против сиде,** чији је председник Гордана Матковић, Министар за социјална питања. Задатак ове комисије је да припреми **Превентивну стратегију за борбу против сиде** и да координира пројекте на националном нивоу у овој области.

2.1. НАЦИОНАЛНИ ПРИОРИТЕТИ У ПРЕВЕНЦИЈИ БОЛЕСТИ И ПОВРЕДА

Успостављање приоритета је значајна фаза у формулисању здравствене политике (друга етапа), пошто подразумева доношење одлука о здравственим услугама, програмима и активностима који ће бити обезбеђени пре свих, који ће водити унапређењу здравља и представљати основу за дистрибуцију (увек ограничених) ресурса у систему здравствене заштите. То је процес, којим се утврђују облици здравствене заштите који су најважнији, односно они, који се не могу одложити у корист других. Једно недавно истраживање, које се бавило успостављањем приоритета у превенцији болести и повреда у Републици Србији, је применом софистицираног моделовања дефинисало проблеме и успоставило њихов приоритет, на основу анализе трендова показатеља смртности и разбољевања становништва, посебно превремене смртности мерене изгубљеним годинама могућег живота, као и коришћења здравствене службе и апсентизма. На основу резултата овог истраживања издвојене су три групе приоритета на националном нивоу (табела 6).

Табела 6: ГРУПЕ ПРИОРИТЕТА У ПРЕВЕНЦИЈИ БОЛЕСТИ И ПОВРЕДА СТАНОВНИШТВА ЦЕНТРАЛНЕ СРБИЈЕ 2000. ГОДИНЕ

ПРВА ГРУПА ПРИОРИТЕТА	ДРУГА ГРУПА ПРИОРИТЕТА	ТРЕЋА ГРУПА ПРИОРИТЕТА
▪ Болести система крвотока ▪ Тумори ▪ Болести система за дисање ▪ Болести система за варење ▪ Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора	▪ Душевни поремећаји и поремећаји понашања ▪ Болести мокраћно-полног система ▪ Стања у перинаталном периоду ▪ Болести жлезда са унутрашњим лучењем, исхране и метаболизма ▪ Болести мишићно-коштаног система и везивног ткива	▪ Заразне и паразитарне болести ▪ Болести коже и поткожног ткива ▪ Урођене аномалије ▪ Болести крви, крвотворних органа и поремећаја имунитета

Извор: Шантрић-Милићевић М. Успостављање приоритета у превенцији болести и повреда на националном нивоу. Магистарска теза. Медицински факултет Универзитета у Београду, Београд, 2002.

Анализа наведених обољења и стања према могућности превенције, применом Мек Кјуновог концепта превентабилоности (Mc Koewn T. The role of Medicine. Oxford, Basil Blackwell, 1982.), издваја оне чија је теоретска превентабилност висока, оне које су потенцијално превентабилне и групу болести са малом превентабилношћу. За групе болести и повреда које спадају у прву групу приоритета на националном нивоу, а које су истовремено по Мек Кјуну превентабилне, препоручује се планирање стратегија за њихово решавање, јер ефекат здравствених програма неће изостати. То се односи на болести система крвотока,

болести система за дисање, као и повреде и тровања. Уколико је сврха успостављања приоритета постизање промена у здравственој политици онда би требало планирати програме и за приоритете који нису у првој групи, већ у другој или трећој групи, али са високом теоретском превентабилношћу - то су болести мокраћно-полног система и заразне и паразитарне болести (табела 7).

За групе обољења из прве групе приоритета, које су мањег или малог превентабилног потенцијала, адекватан одговор би био планирање и улагање у истраживања, којима би се њихова превентабилност учинила теоретски, а потом и практично већом. Здравствене активности за групе болести које припадају другој групи приоритета, с обзиром на њихову малу теореску превентабилност, требало би превасходно усмерити ка побољшању квалитета живота оболелих и развоја таквог окружења које би водило ка здрављу, односно развијању подржавајућих и омогућавајућих фактора здравих стилова живота. То су групе: болести нервног система и чула, болести жлезда са унутрашњим лучењем, исхране и метаболизма, болести мишићно-коштаног система и везивног ткива, душевне болести и поремећаји понашања, компликације у току трудноће, порођаја и пуерперијума.

Табела 7: РАНГИРАЊЕ НАЦИОНАЛНИХ ПРИОРИТЕТА У ПРЕВЕНЦИЈИ БОЛЕСТИ И ПОВРЕДА ПРЕМА ТЕОРЕТСКОЈ ПРЕВЕНТАБИЛНОСТИ

МЕК КЛУНОВА ТЕОРЕТСКА ПРЕВЕНТАБИЛНОСТ	ПРВА ГРУПА ПРИОРИТЕТА	ДРУГА ГРУПА ПРИОРИТЕТА	ТРЕЋА ГРУПА ПРИОРИТЕТА
Превентабилна обољења и стања	▪ Болести система крвотока ▪ Болести система за дисање ▪ Повреде, тровања	▪ Болести мокраћно-полног система	▪ Заразне и паразитарне болести
Потенцијално превентабилна обољења и стања	▪ Болести система за варење	▪ Болести жлезда са унутрашњим лучењем, исхране и метаболизма ▪ Болести мишићно-коштаног система и везивног ткива	▪ Болести коже и поткожног ткива ▪ Болести крви, крвотворних органа и поремећаја имунитета
Мала могућност превенције	▪ Тумори	▪ Душевни поремећаји и поремећаји понашања	▪ Урођене аномалије ▪ Стања у перинаталном периоду

Извор: Шантрић-Милићевић М. Успостављање приоритета у превенцији болести и повреда на националном нивоу. Магистарска теза. Медицински факултет Универзитета у Београду, Београд, 2002.

Групе болести које се налазе у трећој групи приоритета нису од националног значаја, мада на нижим нивоима успостављања приоритета, могу постати значајне. Мере и активности на националном нивоу требало би да буду усмерене превасходно ка успостављању регистара ових болести и успостављању контроле над њиховим кретањем.

2.1.1. СТРАТЕШКА ОПРЕДЕЉЕЊА

Први циљ Здравствене политике Србије се односи на "Очување и унапређење здравственог стања становништва Србије и јачање здравственог потенцијала нације", док се циљеви од 6 до 9 Европског здравља 21 односе на поједина обољења и стања значајна за здравствено стање становништва: унапређење менталног здравља, сузбијање заразних болести, сузбијање незаразних болести и смањење броја повреда услед насиља и несрећа.

Циљ 6: УНАПРЕЂЕЊЕ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА

До 2020. године психосоцијално здравље људи требало би побољшати и обезбедити доступност свеобухватним услугама и њихову прихватљивост за особе са менталним проблемима

Циљ 7: СУЗБИЈАЊЕ ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ

До 2020. године негативне ефекте заразних болести по здравље би требало значајно смањити, путем систематски примењених програма намењених ерадикацији, елиминацији или контроли заразних болести од социјално-медицинског значаја.

Циљ 8: СУЗБИЈАЊЕ НЕЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ

До 2020. године морбидитет, трајну неспособност и превремену смртност од најважнијих хроничних болести требало би смањити на најмањи могући ниво широм европског региона.

Циљ 9: СМАЊИВАЊЕ БРОЈА ПОВРЕДА УСЛЕД НАСИЉА И НЕСРЕЋА

До 2020. године требало би постићи значајно смањење повреда, трајне неспособности и морталитета узрокованог насиљем и несрећним случајевима у европском региону.

Извор: WHO. Health21. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No 6. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.

2.1.2 АКТИВНОСТИ НА РЕАЛИЗАЦИЈИ СТРАТЕШКИХ ОПРЕДЕЉЕЊА

На основу установљених приоритета за Републику Србију именовани су **саветници министра здравља,** чији је задатак да мобилишу стручњаке у припреми националних програма за превенцију и третман обољења и стања најзначајнијих у патологији становништва. Тако су именовани: **Саветник министра за превенцију болести срца и крвних судова, Саветник министра за акутни коронарни синдром, Саветник министра**

за превенцију и рано откривање рака грлића материце, Саветник министра за превенцију и рано откривање рака дебелог црева, Саветник министра за ретке метаболичке болести и Саветник министра за хередитарне туморе (имена наведена у прилогу). Формирана је и **Национална комисија за ментално здравље**, чији је задатак формулисање програма промоције менталног здравља и превенције менталних поремећаја, као и координација пројеката из ове области на републичком нивоу. У поступку је припрема за реализацију пројекта "Јачање менталног здравља у заједници", који финансира Пакт за стабилност југоисточне Европе.

Министарство здравља Републике Србије је подржало пројекат израде **Водича клиничке праксе и програм едукације лекара и пацијената за кардиоваскуларне болести, малигне болести, шећерну болест и астму,** који је финансирала Европска агенција за реконструкцију (EAR). Водичи добре праксе су сугестије и препоруке које објављују владине или невладине организације, односе се на одређене процедуре, помажу лекару практичару да се одлучи за одговарајућу здравствену заштиту и представљају стандарде или протоколе праксе. Пројекат ће бити институционализован и наставиће се, не само промоцијом постојећих водича, већ и развојем нових и припремом едукативних брошура за пацијенте.

Министарство здравља је такође подржало и **Глобалну иницијативу за хроничну опструктивну болест плућа** као и **Глобалну стратегију за дијагностиковање, лечење и превенцију хроничне опструктивне болести плућа,** коју је приредило Удружење пулмолога Србије.

У току је рад на **"Студији оптерећења друштва болешћу"** (National Burden of Disease Study - NBD), који ће трајати 9 месеци (септембар 2002.–јуни 2003.). Студију финансира Европска агенција за реконструкцију. Генеришући до сада најобухватније сетове процене морталитета и морбидитета по полу, старости и географским регионима, студија уводи коришћење новог синтетичког показатеља здравственог стања - године живота лишене неспособности (DALY - Disability Adjusted Life Years). Основни циљ студије је да обезбеди квалитетну основу за праћење побољшања здравственог стања становништва и функционисања система здравствене заштите и да побољша доношење политичких одлука заснованих на доказима. Специфични циљеви су:

- Подршка процесу алокације ресурса у здравству обезбеђивањем објективних критеријума за унапређење ефективности и ефикасности система здравствене заштите;
- Развој новог приступа за дефинисање приоритета у систему здравствене заштите;
- Обезбеђивање јасних опција и импликација тих опција на функционисање и доступност здравствене заштите за доносиоце кључних политичких одлука;
- Развој алтернативних пакета основних здравствених услуга.

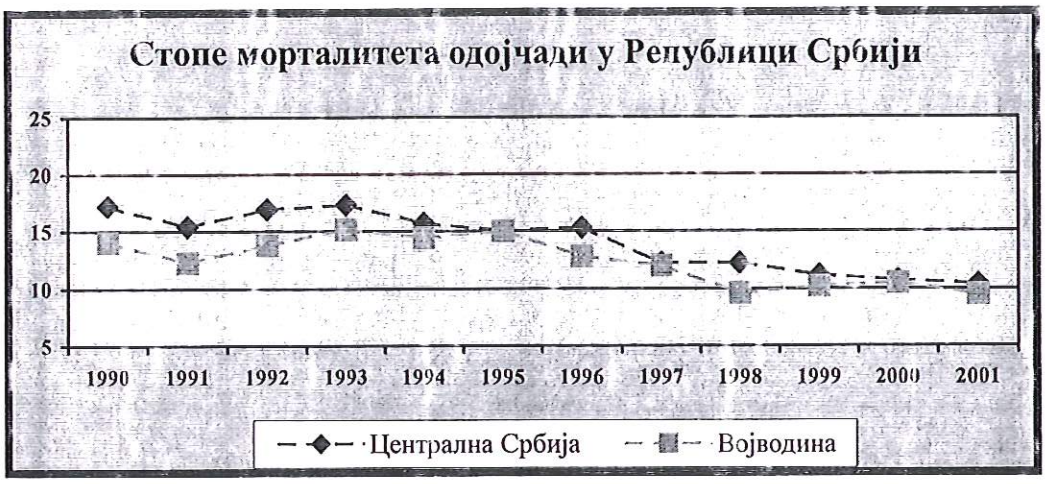
Очекивани резултати студије би требало да буду експлицитне препоруке, које ће се односити на ефективну алокацију ресурса у здравству, промоцију нових, сумарних мера здравља становништва, које ће омогућити нови приступ у формулисању приоритета у здравству и стварање оквира за доношење одлука о основном пакету здравствене заштите.

2.2. ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ ДЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА

Деца и адолесцени су вулнерабилна популациона група, која чини 22.3% становништва Републике Србије.

Морталитет одојчади и морталитет деце до пет година старости су још увек осетљиви показатељи здравственог стања становништва, посебно у земљама у транзицији. После континуираног пада седамдесетих и осамдесетих година, током деведесетих се у Републици Србији повећава вредност овог показатеља (1993. и 1996. године), да би потом наставила да пада и 2001. достигла вредности од 10.4 умрла одојчета на 1000 живорођених у централној Србији и 9.5 у Војводини (графикон 4). Од 1990. године стопа смртности одојчади у централној Србији је смањена за 7 умрле одојчади на 1000 живорођених, а у Војводини за 5 умрле одојчади на 1000 живорођених.

Графикон 4:



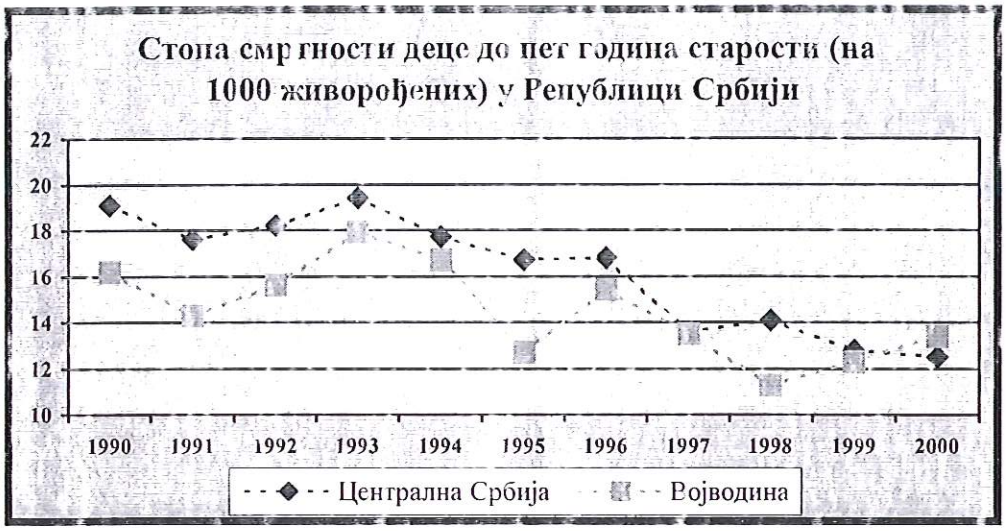
Извор: Републички завод за статистику. Статистички годишњаци Србије, Београд.

Одојчад највише умире у перинаталном периоду, а основи узроци умирања су респираторни дистрес, урођене аномалије и остала перинатална стања.

Шанса да се дете роди здраво и преживи прву годину живота варира широм европског региона. У земљама Европске уније стопа морталитета одојчади у просеку износи 4.9 на 1000 живорођених (1999. година), док су у земљама Централне и Источне Европе просечне вредности ове стопе биле 11.3 у 1999. години, и 10.7 у 2001. години (база података "Здравље за све" СЗО).

Здравље деце је врло осетљиво, не само у првој години живота, већ током целокупног предшколског периода. Вероватноћа умирања деце до пете године живота у Републици Србији 2000. године је била 12.5 умрле деце до пет година старости на 1000 живорођене деце, у централној Србији и нешто виша 13.3 у Војводини (графикон 5). У последњих десетак година смртност деце у овом узрасту је више опала у централној Србији, него у Војводини.

Графикон 5:



Извор: Републички завод за статистику. Статистички годишњаци Србије, Београд.

Деца у овом узрасту још увек умиру од обољења и стања, која се могу превенирати или излечити, као што су дијареја и акутне респираторне инфекције. Истовремено се повећава смртност од повреда, тровања и последица деловања спољних фактора. У структури регистрованог ванболничког морбидитета код деце предшколског узраста, међу првих пет најчешћих група болести 2001. године биле су: болести система за дисање, болести ува и мастоидног наставка, инфективне и паразитарне болести, болести коже и поткожног ткива и болести система за варење. Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом, чине око 10% регистрованог морбидитета.

Водећи узроци умирања међу адолесцентима су повреде, тровања и последице деловања спољних фактора. Ова популациона подгрупа најчешће обољева од болести система за дисање, болести коже и поткожног ткива, заразних и паразитарних болести, болести ува и мастоидног наставка и повреда, тровања и последица деловања спољних фактора, који заједно чине 85% укупног разбољевања. Фактори који утичу на контакт са здрасвтвеном службом и симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази предствљају додатних 15% укупног регистрованог морбидитета деце овог узраста. Због бројних разлога, ови млади људи су под ризиком обољевљња од полно преносивих болести, наркоманије и алкохолизма, док је учесталост пушења међу њима такође у порасту.

2.2.1. СТРАТЕШКА ОПРЕДЕЉЕЊА

Циљеви три и четири Европског здравља 21 истичу значај здравог почетка живота и здравља младих.

Циљ 3: ЗДРАВ ПОЧЕТАК ЖИВОТА

До 2020. године сва новорођена деца, одојчад и деца предшколског узраста у европском региону би требало да имају боље здравље и да им се осигура здрав почетак живота. Посебно:

- **Све земље чланице би требало да осигурају бољу доступност репродуктивном здрављу, антенаталну, перинаталну заштиту и услуге за здравствену заштиту деце;**
- **Стопа морталитета одојчади не би требало да буде већа од 20 умрле одојчади на 1000 живорођених у свакој земљи; земље са нижом стопом од наведене вредности би требало да теже да достигну вредности од 10 умрле одојчади на 1000 живорођених и ниже.**
- **Земље са стопом нижом од 10 умрле одојчади на 1000 живорођених би тебало да теже да повећају пропорцију новорођене деце без конгениталних аномалија и трајне неспособности;**
- **Морбидитет и трајну неспособност од несрећа и насиља код деце до пет година старости би требало смањити за најмање 50%;**
- **Пропорцију деце са малом телесном масом на рођењу (испод 2500 грама) би требало смањити за најмање 20%, као што би требало смањити и разлике међу земљама.**

Извор: WHO. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No 6. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.

Циљ 4. ЗДРАВЉЕ МЛАДИХ

До 2020. године млади људи у европском региону би требало да буду здравији и способнији да испуњавају своје улоге у животу. Посебно:

- **Деца и адолесценти би требало да имају развијеније животне вештине, као и способност да праве боље изборе у односу на своје здравље;**
- **Морталитет и трајну неспособност узроковане насиљем и несрећним случајевима би требало смањити за најмање 50%;**
- **Пропорцију младих људи са штетним облицима понашања по здравље, као што је употреба алкохола, дрога и пушење, требало би значајно смањити;**
- **Инциденцију трудноћа код малолетница ("тинејџерки") требало би смањити за једну трећину.**

Извор: WHO. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No 6. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.

Саветодавна Комисија за здравствену заштиту деце и омладине, коју је формирао **Саветник Министра** здравља за ову област, је предложила циљеве здравствене заштите ових популационих група, које би требало реализовати у реформи целокупног система здравства:

- Унапређење здравља и социјалног благостања деце и омладине, промоција здравог начина живота, превенција поремећаја телесног и менталног здравља и рационална дијагностика и лечење обољења;
- Усклађивање система дзравствене заштите деце и омладине са Декларацијом о примарној здравственој заштити, Конвенцијом о правима детета, циљевима Светског самита за децу, Програмом акције Конвенције о становништву и развоју, визијом Политике Здравље 21 регионалне канцеларије СЗО за Европу и Статегијом УНИЦЕФ-а за децу у 21. веку;
- Уважавање неповољних демографских тенденција (отворена депопулација), водећих узрока умирања и разбољевања деце и младих, као и економске ситуације у земљи.

2.2.2. АКТИВНОСТИ НА РЕАЛИЗАЦИЈИ СТРАТЕШКИХ ОПРЕДЕЉЕЊА

Влада Републике Србије је формирала **Савет за права детета,** чији је задатак да направи **Национални план акције за децу**.

Министар здравља је именовао **Саветника за здравствену заштиту деце и омладине,** са задатком да предложи национални програм за ове популационе групе.

Канцеларија **УНИЦЕФ**-а је у протеклом десетогодишњем периоду реализовала заједно са здравственом службом велики број програма намењених здрављу младих и адолесцената. У наредном периоду, заједно са СЗО и УНПФА, намерава да подржи програм раног развоја

детета и програм здравља и развоја младих кроз пружање информација, обуку за животне вештине и промоцију служби оријентисаних на потребе младих.

Програм раног развоја детета у периоду од 2002. до 2004. године обухвата три пројекта: јачање служби за здравствену заштиту мајке и детета, интегрисани рани развој и исхрану.

1. Пројекат: "Јачање служби за здравствену заштиту мајке и детета" има за циљ обезбеђивање приступа квалитетним здравственим услугама малој деци и мајкама. Чини га неколико подпројеката:

- Интегрисани приступ здравственој заштити - обухвата едукацију лекара у примарној здравственој заштити о промоцији здравља младих и њихово укључивање у локалну заједницу;
- Права деце и здравље - едукација лекара о Повељи о правима детета, усклађивање законодавних решења у области здравствене заштите и њихових права са међународним стандардима, припрема и писање приручника "Дете у здравственој установи", обезбеђивање услова за боравак мајки у болницама са њиховом децом до 6 година старости, оснивање дечјих кутака у свим стационарним здравственим установама;
- Ургентна педијатрија – унапређење способности здравственог система да реагује на ургентна стања у педијатрији, афирмација идеје о потреби едукације лекара у ПЗЗ и процена функционисања прехоспиталног збрињавања ургентних стања у педијатрији;
- Подршка дојењу - установљавање школа за труднице и родитељство и психофизичке припреме трудница за порођај, израда промотивног материјала, Кодекса и програма за праћење спровођења Кодекса, опрема за едукативне кабинете у домовима здравља и опрема универзитетских центара за последипломску едукацију, припрема међународних програмских докумената, који се односе на дефинисане стандарде и методологију релевантну за спровођење програма, евалуацију и мониторинг;
- Имунизација - социјална мобилизација шире друштвене заједнице и локалних медија за спровођење свеобухватних акција у овој области, додатна континуирана едукација здравствених радника о новим приступима у имунизацији.

2. Пројекат: "Интегрисани рани развој" има за циљ повећање знања и унапређење праксе подршке трудницама и мајкама у периоду дојења, у породицама и у заједници, и обухвата следеће подпројекте:

- Телефоном до савета - 24. часовни рад поливалентне патронаже у пружању савета мајкама са малом децом, обилазак трудница и мајки са бебама;
- Иновације и унапређење рада поливалентне патронажне сестре у циљу промоције здравља породице - планира се стручна конференција о патронажним посетама породицама са здравственим психосоцијалним ризицима, уз демонстрацију добробити концепта "сестре породице";
- Рано откривање деце са поремећајима у развоју - стандардизација праксе за рано откривање поремећаја у развоју деце и едукација здравствених радника.

3. **Пројекат "Исхрана"** има за циљ промоцију боље исхране мале деце и њихових мајки. Обухвата следеће подпројекте:

- Елиминација дефицита јода се организује према програму, који је предложила Комисија за превенцију поремећаја дефицита јода;
- Праћење раста и развоја деце - примена софтверског пакета за процену раста и развоја деце у изради националних таблица раста и развоја предшколске деце, дефинисање система континуираног праћења, на основу националних таблица, са промоцијом резултата;
- Анемија - припрема националног плана акције за превенцију анемија изазваних недостатком гвожђа.

Програм: "Здравље, развој и учешће младих" обухвата три пројекта: Развој омладинске политике, Здравље младих (ХИВ/сида) и Окружење по мери младих. Приоритет овог програма је утврђивање механизама за унапређење координације између кључних актера одговорних за здравље ове популационе групе укључујући и њихово учешће у формулисању стратешког плана о здрављу и развоју младих.

1. Пројекат: "Развој омладинске политике" обухвата следеће подпројекте:

- Водич за младе "У праву си";
- Постављање web - сајта;
- Промоција права младих.

2. Пројекат: "Здравље младих (ХИВ/сида)" чине подпројекти:

- Национални одговор на ХИВ/сиду - обухвата брзу процену стања и одговора на ХИВ/сиду у популацији посебно вулнерабилних младих људи, вршњачку едукацију, рад са здравственим радницима на информисаности и прихватању ХИВ особа, повећање доступности саветовања и бесплатног тестирања на ХИВ, смањење стигматизације и дискриминације;
- Првенција ХИВ/сиде и болести зависности - вршњачка едуакција у области болести зависности укључујући и кампању против пушења;
- Здравствене службе - тестирање и саветовање о сиди, саветовалишта за младе и оснаживање капацитета.

3. Пројекат: "Окружење по мери младих људи" обухвата развој клубова за младе, млади у медијима, успостављање сарадње са институцијама локалне заједнице.

Пројекат репродуктивно здравље адолесцената се реализује на Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије - Републички центар за планирање породице у сарадњи са УНИЦЕФ-ом.

2.3. ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ ОДРАСЛИХ

Одрасло становништво Републике Србије је током последње деценије двадесетог века било изложено бројним критичним догађајима, почев од распада бивше Југославије и ратова на њеним просторима, санкција, хиперинфлационе кризе, све до НАТО бомбардовања, што је имало драматичне последице по њихово здравље. Подаци морбидитетне статистике показују да је дошло до повећаног умирања вулнерабилних популационих група и радно активног становништва (нарочито старијег радно активног, од 45 до 64 година).

Високо учешће кардиоваскуалрних и малигних обољења у структури умирања одсликава раширено присуство фактора ризика у понашању (пушење, алкохол, неправилна исхрана и недовољна физичка активност) и спољне средине (загађен ваздух, храна и вода). Спољни узроци смрти, који су на четвртом месту, указују на неодговарајућу заштиту на раду, у саобраћају и код куће. Када се спољни узроци смрти раздвоје, највеће је учешће несрећних случајева, потом самоубистава и затим убистава. Стопе умирања због ових узрока су расле 1991. и 1992. године, на почетку сукоба у републикама бивше Југославије, затим опадају, да би поново забележиле пораст 1996. године (и то за несрећне случајеве и самоубиства).

Здравствено стање жена је посебно угрожено трудноћом, порођајем, материнством, економском зависношћу и другим облицима дискриминације. Здравствене политике и програми често подлежу стереотипима по полу, не узимајући потпуно у обзир све баријере, које женама онемогућавају одлучивање о сопственом здрављу.

Компликације у трудноћи и на порођају су међу водећим узроцима разбољевања жена у репродуктивном периоду у већини земаља у транзицији. Материнални морталитет одсликава све ризике по здравље мајке током трудноће, на порођају и у пуерперијуму (шест недеља после порођаја) и под непосредним је утицајем социјално-економских услова живота, здравственог стања мајке пре трудноће, компликација током трудноће и на порођају, као и доступности и коришћења здравствене службе (посебно антенаталне и перинаталне здравствене заштите). Због тога представља добар показатељ исхода рада здравствене службе, односно квалитета пружених здравствених услуга.

У протеклој деценији, однос материнске смртности (број умрлих жена у трудноћи, на порођају и током бабиња на 100000 живорођене деце) је у централној Србији у просеку био 14 умрлих жена на 100000 живорођених, а у Војводини 9, са великим варијацијама по годинама због мале вероватноће настанка овог догађаја (6).

Графикон 6:



Извор: Републички завод за статистику. Статистички годишњаци Србије, Београд.

На здравље запослених оба пола утиче и прелаз друштвено-економског система са централизовано-планске на тржишну економију, због пораста незапослености и сиромаштва, непотпуног или привременог радног односа, рада на црно, раста приватног предузетништва и малих и средњих предузећа, који немају развијену свест о заштити здравља радника. Све то доводи до пораста професионалних обољења, раста стопа боловања и пораста привремене или трајне неспособности.

2.3.1. СТРАТЕШКА ОПРЕДЕЉЕЊА

Стратешка опредељења за здравље одраслог становништва се односе на унапређење здравља жена (посебно у генеративном периоду) смањивање неједнакости по полу, као и на побољшање безебедности и заштите здравља на раду.

2.3.2. АКТИВНОСТИ НА РЕАЛИЗАЦИЈИ СТРАТЕШКИХ ОПРЕДЕЉЕЊА

Имајући у виду значај превенције и раног откривања најчешћих малигних болести код жена, Министар здравља је именовао Саветника за превенцију и рано откривање карцинома грлића материце.

На основу Конвенције о финансирању, потписане између Владе Републике Француске и Владе СРЈ, започело се са имплементациојом пројекта **Превенција карцинома грлића материце у Браничевском округу,** чији је циљ да се смањи смртност код жена старости од 30 до 49 година, подржавањем пилот пројекта за рано откривање карцинома грлића материце у Браничевском округу.

Министарство здравља је подржало иницијативе неколико невладиних организација, као што су Аутономни женски центар и Мрежа поверења - против насиља, заснованог на родној припадности, усмерених ка превенцији насиља у породици према женама и деци и стварању могућности да се жртавама насиља у породици помогне. Започет је пројекат **"Насиље над женама у Србији"** као део мултицентричне студије СЗО о Насиљу у

породици и женском здрављу. Циљ овог пројекта је оспособљавање здравствених радника у примарној здравственој заштити на територији 9 општина Београда да превазилазе насиље и његове здравствене последице, стекну знања и вештине за разговор са женом, преглед и документовање здравствених последица и пружање свеобухватне здравствене помоћи, као и сарадња са локалном заједницом у решавању проблема породица жртава насиља. Пројекат се реализује током 2003. године.

Министарство здравља је заједно са СЗО у Институту за заштиту здравља Србије промовисало светски извештај о **Насиљу и здрављу**, којом приликом је разговарано о овом веома важном јавноздравственом проблему који је у порасту и све присутнији у Републици Србији.

На иницијативу Министарства за рад и запошљавање, Влада Републике Србије је јула 2001. године донела одлуку о образовању **Савета за заштиту здравља на раду**, чији су чланови и лекари медицине рада. Овај Савет је одмах приступио усаглашавању (хармонизацији) националне регулативе из области заштите на раду са конвенцијама и програмима Међународне организације рада и директивама Европске уније и доношењу **Националне стратегије безбедности и заштите здравља на раду**.

Установљен је предлог Националне стратегије безбедности и заштите на раду са следећим циљевима:

- Стварање здраве радне средине;
- Усвајање "здравих" метода рада и промоција здравља на раду;
- Јачање служби безбедности и заштите здравља на раду;
- Оснивање и јачање служби за подршку безбедности и заштиту здравља на раду;
- Усвајање стандарда безбедности и заштите здравља на раду, утемељених на научној процени ризика;
- Образовање кадрова;
- Оснивање информационог система;
- Јачање научно-истраживачког рада;
- Међусобна сарадња свих носилаца безбедности и заштите здравља на раду.

Влада Републике Србије је са Министарством за рад и запошљавање припремила нацрт **Закона о безбедности и здрављу на раду,** којим се уређују права, обавезе и одговорности послодаваца, запослених и овлашћених правних и физичких лица, која врше послове у вези безбедности и здравља на раду, као и мере, чијом се применом остварује безбедност и здравље на раду. Министарство здравља је детаљно проучило овај закон и доставило своје мишљење Министарству за рад и запошљавање, имајући у виду заједнички интерес у заштити здравља радника и организацији службе медицине рада у Републици Србији.

2.4. ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ СТАРИХ

Становништво Републике Србије (без Косова и Метохије) постаје све старије. Људи живе дуже, наталитет је све нижи, а природни прираштај је и у централној Србији и у Војводини последњих десетак година негативан. Према подацима пописа из 2002 године, старији од 65 година чине 16.5% укупног становништва Србије (близу 17% становништва централне Србије и 15.5%, Војводине). Удео старијих од 75 година је 5.2%, а 0.03% или 2120 становника је старије од 95 година.

Малигне и кардиоваскуларне болести заједно представљају више од две трећине узрока умирања старијих од 65 година и у Републици Србији, као и у већини европских земаља. у којима је од 13% до 18% становништва старо. Ово становништво и до четири пута чешће користи услуге здравствене службе од радно-активног становништва. Међутим, резултати неких истраживања у европским земљама показују да се све чешће приступа рационализацији коришћења здравствених услуга код старијих особа. Уобичајено је схватање међу лекарима практичарима у Западној Европи да се поједине дијагностичке и терапијске услуге не обезбеђују особама преко одређене старосне границе. Може се очекивати да ће овакав облик рационализације бити проминентнији, због раста притиска на систем здравствене заштите изазваног порастом удела старијих особа у укупном становништву.

2.4.1. СТРАТЕШКА ОПРЕДЕЉЕЊА У ЗАШТИТИ СТАРИХ

Пети циљ Европског здравља за 21 је "Здраво старење".

Циљ 5: Здраво старење

До 2020. године људи старији од 65 година би требало да имају могућности да уживају у пуном потенцијалу свога здравља и да имају активну друштвену улогу. Посебно:

- **Требало би постићи пораст од најмање 20% очекиваног трајања живота и очекиваног трајања живота лишеног неспособности за старост од 65 година;**
- **Требало би повећати за најмање 50% проценат старијих, који живе у сопственим кућама, што им омогућава да очувају своју независност, самопоштовање и место у друштву.**

Извор: WHO. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No 6. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.

2.4.2 АКТИВНОСТИ НА РЕАЛИЗАЦИЈИ СТРАТЕШКИХ ОПРЕДЕЉЕЊА

Министарство за социјална питања је у оквиру реформе социјалног система посебну пажњу посветило потребама старих особа и њиховој социјалној заштити. Основана је **Радна група за заштиту старих лица,** састављена од стручњака у области старења и представника

разних дисциплина, чији је задатак да дефинише политику социјалне заштите старих, предложи реорганизацију и редистрибуцију услуга за заштиту старих на локалном нивоу и предложи услове за обезбеђивање интегрисаних услуга за старе - здравствених услуга, услуга невладиног сектора, приватног сектора и локалне управе. Представник Министарства здравља је члан ове радне групе.

Покренут је пилот пројекат "Програм подршке реформи политике социјалне заштите старих у Србији", уз финансијску помоћ Италијанске кооперације (Cooperazione Italiana). Циљ програма је јачање способности јавних установа и локалне заједнице да понуде обједињене услуге, које се односе на здравствену и социјалну помоћ, у оквиру подршке социјалној промоцији лица старијих од 65 година тако, што ће се побољшати општи животни услови. Пилот програм се одвијао у Крагујевцу, у трајању од годину дана, до октобра 2002., а у наредне три године ће бити институционализован у Крагујевцу и проширен на Нови Сад.

Радна група за заштиту старих је припремила предлог **Стратегије заштите старих "Окружење за старе по њиховој мери".** Основни циљ стратегије је да дефинише и покрене активности, које треба да доведу до задовољавања свих егзистенцијалних, здравствених, социјалних, психолошких, емоционалних и других потреба старих, истовремено обухватајући неким активностима и особе, које се о старима брину. Специфични циљеви стратегије су:

- Смањење сиромаштва у старости и побољшање социјалне сигурности и социјалне заштите старих;
- Промена друштвене климе везане за старост и изградња нове улоге старе особе у друштву;
- Обезбеђење ефикасне заштите старих, базиране на интегралном приступу;
- Проширивање могућности и стварање услова да старе особе живе у својим кућама;
- Унапређење постојећих и развој нових капацитета у домовима за старе;
- Развој капацитета за дуготрајну негу старих;
- Обезбеђивање адекватне здравствене заштите старим особама.

3. ФИНАНСИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Најважнији извор финансирања здравствене заштите у Србији је институција обавезног здравственог осигурања, коју представља Републички завод за здравствено осигурање. Поред средстава Републичког завода за здравствено осигурање, која се обезбеђују путем доприноса запослених појединаца и послодаваца, додатни извори финансирања су, пре свега, буџет Републике Србије и лично учешће осигураника у трошковима здравствене заштите. Из фонда Републичког завода за здравствено осигурање обезбеђују се средства за здравствену заштиту осигураних лица, док се из буџета Републике обезбеђују средства за здравствену заштиту неосигураних грађана, промоцију здравља, превенцију болести, посебне програме и мере за заштиту здравља целокупног становништва. Расходи за здравствену заштиту по глави становника у Републици Србији кретала су се од 121 USD у 1996. години до 74 USD у 2001. години, када се укључе избеглице и интерно расељена лица, односно 81 USD у 2001. и 103 USD у 2002. за домицилно становништво без избеглица и интерно расељених лица (табела 8).

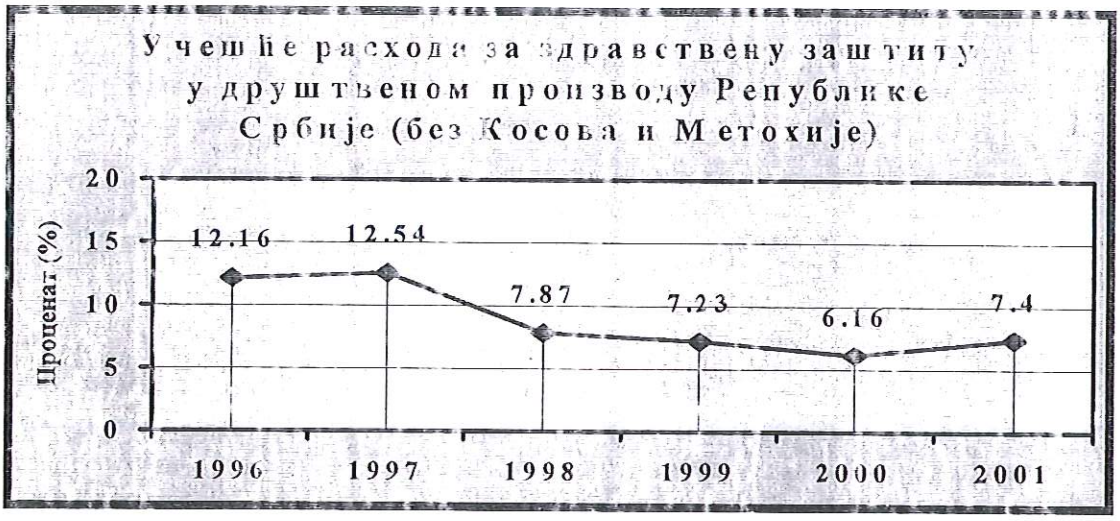
Табела 8: РАСХОДИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ПО СТАНОВНИКУ У ДОЛАРИМА, РЕПУБЛИКА СРБИЈА (без Косова и Метохије)

Година	Расходи за здравствену заштиту у 1.000 дин.[1)]	Становништво Републике Србије без Косова и Метохије [1)]	Број избеглица	Укупно становништво (колоне 2+3.)	Расходи за здравствену заштиту per capita у дин.	Расходи за здр. заштиту per capita у USD	
						Према званичном курсу НБЈ [5)]	Према тржишном курсу НБЈ [6)]
1996	5 643275	7844000	705622[3)]	8 549622	660,06	132,90	121,00
1967	7 655534	7828000	705622[3)]	8 533622	897,10	156,70	128,20
1998	8 877799	7807000	705622[3)]	8 512622	1042,90	111,60	98,80
1999	10 891415	7822795	615000[4)]	8 437795	1290,78	117,30	53,40
2000	19 438498	7747000	615000[4)]	8 362000	2324,62	139,20	41,60
2001	40 968165[2)]	7727000	615000[4)]	8 342000	4911,07	74,00	74,00

Извор:
[1), 3)] Статистички годишњаци Републике Србије 1998.-2002. Београд: Републички завод за статистику
[2)] Одлука о усвајању годишњег рачуна РЗЗО за 2001. годину. Сл гл. РС бр. 10/02.
[4)] Комесаријат за избеглице Републике Србије
[5)] Билтен НБЈ XXIII година бр.11, новембар 2002.; Билтен НБЈ XVIII година бр.11, новембар 1995.
[6)] Кретање тржишних курсева. Публикација НБЈ, 2001.

Удео трошкова за здравствену заштиту у друштвеном производу Републике Србије (без Косова и Метохије) последњих пет година се кретао од 12.2% у 1996. години до 7.4% у 2001. години (графикон 7).

Графикон 7:



Извори:
Статистички годишњаци Републике Србије 1998.-2002. Београд: Републички завод за статистику
Друштвени производ и народни доходак - Коначни резултати - Принцип чистих делатности. Саопштење ПБ 14 и ПБ 14/5 од 17.01.2003. Београд: Републички завод за статистику.
Одлука о усвајању годишњег рачуна РЗЗО за 2001. годину. Службени гласник РС бр.10/2002.

Изражени недостатак финансијских средстава довео је до тога да су плате здравствених радника ниске, да се није улагало у инфраструктуру и опрему здравствених установа и да су текући трошкови пружања здравствене заштите створили велики дефицит у фонду осигурања. Све то је угрозило доступност, као основни принцип у здравственој заштити становништва. Садржај и обим права на здравствену заштиту, финансираних из средстава фонда здравственог осигурања, обухватао је скоро све здравствене услуге. Створена је велика неравнотежа између права на здравствену заштиту и ограничених финансијских средстава за задовољавање тих права.

Највећи део средстава Републичког завода за здравствено осигурање прикупљен за финансирање здравствене службе, коришћен је за плате здравствених радника. Другим речима, чак 60 до 80 % укупних трошкова фонда здравственог осигурања се односило на надокнаде за рад здравственим радницима. Осталим средствима требало је да се покрију сви други трошкови пружања здравствене заштите. Републички завод за здравствено осигурање је био у обавези да финансира укупне капацитете свих здравствених установа, без обзира на стварне потребе и расположива средства. Тако је укупан број запослених здравствених радника у здравственим установама био главни критеријум за плаћање надокнада даваоцима услуга у државном сектору здравства, а не садржај и квалитет пружених услуга. Неадекватно финансирање здравствене службе било је праћено одсуством механизама контроле трошкова и квалитета здравствених услуга.

Приватни здравствени сектор је почео да се развија пре више од десет година. Међутим, он још увек није активно укључен у систем здравствене заштите и здравственог осигурања.

3.1. СТРАТЕШКА ОПРЕДЕЉЕЊА

Основно стратешко опредељење је да се обезбеди одрживо финансирање здравствене службе, са циљем универзалног приступа неопходним услугама адекватног квалитета, без финансијских баријера, кроз увођење основног пакета здравствене заштите и механизама расподеле средстава и плаћања давалаца у здравству тако да се смање трошкови, стимулише ефикасност, квалитет и праведна расподела средстава, као и да се охрабре превентивне активности, како на општем, тако и на индивидуалном нивоу.

Циљ четири Здравствене политике Србије се односи на "Одрживост система здравствене заштите, уз транспарентност и селективну децентрализацију управљања ресурсима и ширење спектра извора и начина финансирања". Подциљеви обухватају редефинисање садржаја и обима здравствене заштите, који ће финансирати здравствено осигурање, развој нових облика плаћања даваоцима услуга за њихов рад, као што је капитација у примарној здравственој заштити, развој нових облика осигурања (допунско и приватно осигурање), повећање личног учешћа у трошковима и повећање средстава из буџета Републике за здравствену заштиту неосигураних, расељених лица и избеглица.

Водећи принцип број шест, из Визије система здравствене заштите у Републици Србији, наглашава да ће "Главни извор финансирања и даље бити обавезно здравствено осигурање, преко основног пакета здравствених услуга Републичког завода за здравствено осигурање, али ће извори финансирања бити проширени развојем допунског осигурања, било профитног (приватног) или непрофитног".

3.2. АКТИВНОСТИ НА РЕАЛИЗАЦИЈИ СТРАТЕШКИХ ОПРЕДЕЉЕЊА

Пројекат за сектор здравства Светске банке, који ће се у виду кредита реализовати у петогодишњем фискалном периоду (2003.-2008.), као једну од компонената има **Финансирање система здравствене заштите, развој здравствене политике и менаџмент.** У оквиру ове компоненте, предвиђене су две подкомпоненте: прва - **Основни пакет здравствене заштите и смањење трошкова** и друга **- Финансирање јавних служби.**

Да би се обезбедио одржив основни "пакет" (садржај и обим) здравствене заштите, приступиће се систематском критичком преиспитивању садашњих здравствених услуга, као и оних, које евентуално треба укључити у пакет услуга обавезног здравственог осигурања. На овај начин ће се проценити релевантност здравствених услуга са аспекта здравља, односа трошкова и ефеката и других добити од медицинских интервенција (односно здравствених технологија) заснованих на доказима, и обезбедити информације за доношење одлука о ревизији постојеће регулативе и усвајању нове. Дефинисање основног пакета неће бити само доношење одлука о укључивању или искључивању одређених услуга, већ и разматрање питања, као што су: ко ће пружати те услуге, на ком нивоу здравствене заштите и под којим условима се остварује приступ тим услугама.

У циљу развоја и имплементације различитих ефикасних инструмената за контролу трошкова и квалитета здраственних услуга, обезбедиће се:

- Различити модели плаћања надокнада даваоцима услуга за њихов рад: "главарина" у примарној здравственој заштити или "буџетско" финансирање за стационарне здравствене установе (тврди буџет, меки буџет, проспективни буџет);
- Побољшано уговарање услуга између посредника у пружању услуга (обавезног, допунског или приватног здравственог осигурања) и даваоца услуга (државног или приватног сектора здравства), са јасно дефинисаним критеријумима за уговарање и контролу уговорних обавеза;
- Транспарентност финансијских токова у систему здравствене заштите;
- Увођење информационог система здравственог осигурања, чија употреба треба да допринесе како праћењу финансијских трошкова и коришћења здравствене службе, тако и контроли и обезбеђивању квалитета рада;
- Формирање професионалних тела за лиценцирање здравствених радника и тела за акредитацију здравствених установа, као предуслова за контролу и обезбеђивање квалитета рада у систему здравствене заштите.

Комбинација приватног и јавног у финансирању и обезбеђивању здравствене заштите ће подразумевати израду и имплементацију конкретних одлука о томе, које ће услуге бити укључене у приватно финансиран пакет, које приватне услуге се могу обезбеђивати у јавним институцијама и/или од здравствених радника, који су запослени у државном сектору здравства, као и у којој мери приватни даваоци услуга могу бити ангажовани, или какви се уговори могу са њима склапати за пружање пакета услуга обавезног здравственог осигурања.

Праведно финансирање здравствених услуга има за циљ успостављање праведније дистрибуције средстава из здравственог осигурања. Подржаће се активности ревизије географске расподеле средстава на Београд и округе, имајући у виду приступачност, праведност, ефикасност и квалитет потребне здравствене заштите, процениће се критеријуми расподеле и израдити систем расподеле, који ће омогућити редистрибуцију средстава са вишег на ниже нивое заштите.

Финансирање јавних здравствених служби је подкомпонента, која ће помоћи у успостављању приоритета у расходима јавног здравства (односе се на превенцију болести, промоцију здравља и здравствену заштиту) и израду нових механизама финансирања и стимулација за решавање приоритетних проблема у оквиру јавног здравства.

Формирана је **Комисија за финансирање здравствене заштите и здравствено осигурање** у октобру месецу 2002. године, која учествује у процесу реформи начина финансирања здравствене заштите, формулисању обима и садржаја здравствене заштите, као и механизама уговарања. Да би се наведени аспекти одвијали у складу са захтевима и искуствима земаља у транзицији и били прилагођени могућностима нашег система здравствене заштите, приступило се припремним активностима и изради потребних докумената за добијање кредита Светске банке. Ове активности се изводе у оквиру грантова за економску подршку социјалној заштити (Social Protection Economic Assistance Grant – SPEAG) и за развој политике и хуманих ресурса (Policy and Human Resource Development – PHRD). Један од првих захтева у низу био је и Опис послова и задатака за добијање техничке помоћи у виду консултаната за област финансирања (Terms of Reference for Technical Assisstance on Health Insurance and Health care Financing).

У новембру 2002. године почеле су припреме за рад на пројекту **"Национални здравствени рачун у Србији"**, уз финансијску подршку Одељења за међународни развој Велике Британије (DIFID). Национални здравствени рачун мери проток новца у здравственом сектору, обезбеђујући доносиоцима одлука у домену здравствене политике неке основне одговоре о коришћењу финансијских средстава у овом сектору. На агрегатном нивоу, он обезбеђује основу за поређење економске активности у систему здравствене заштите са укупном економском активношћу земље. Поређењем трошкова по компонентама је могуће анализирати да ли су алокацијом ресурса реализовани приоритети у здравственој политици, односно да ли, рецимо, превентивне услуге добијају довољно средстава, у односу на куративне услуге.

Постојећи подаци о финансијским токовима у здравственом сектору су половични и углавном усмерени на друштвене трошкове. Ток новца од фонда осигурања до даваоца услуга је углавном добро документован, али су информације о трошковима за здравствену заштиту из буџета некомплетне и нема поузданих информација о плаћањима из џепа корисника. Мањи фондови, као што су трошкови приватних фирми, невладиних организација и страних агенција уопште се не евидентирају. Национални здравствени рачун обезбеђује солидну основу за израчунавање свих трошкова намењених обезбеђивању здравствене заштите и побољшању здравственог стања становништва. Требало би да буде свеобухватан, упоредив током времена и простора, и конзистентан унутар ширег оквира националног статистичког рачуна. У изградњи и стварању националних здравствених рачуна би се примењивали стандарди препоручени у публикацији ОЕЦД - Систем рачуна у здравству. Формиран је Републички координациони одбор пројекта и одржан стручни скуп посвећен овој теми под покровитељством Министарства здравља, коме су присуствовали сви кључни актери за развој здравственог рачуна. Пројекат би започео у 2003. години.

Почетком 2003. године припремиће се предлог **Одлуке о личном учешћу осигураних лица у трошковима здравствене заштите,** у коме би се преиспитала и смањила постојећа изузећа од личног учешћа и размотрила могућност повећања износа учешћа за поједине здравствене услуге. Ово је један од услова за добијање кредита за прилагођавање социјалног сектора Светске банке (Social Sector Adjustment Credit - SOSAC), којим се пуни буџет Републике Србије.

Током 2003. године приступиће се ревизији **Листе лекова** који се прописују на терет средстава Републичког завода за здравствео осигурање из 2001. године. Тај посао је поверен комисији за лекове са бројним подкомисијама.

4. ЈАВНО ЗДРАВЉЕ

Према најчешће цитираној дефиницији јавног здравља, на којој почивају мултисекторске стратегије за креирање одрживог здравља у 21, веку то је "наука и уметност превенције болести, продуживања живота и унапређења менталног и физичког здравља и ефикасности кроз организоване напоре заједнице". Јавно здравље укључује програме и активности оријентисане ка заједници, било да доприносе свима (на пример, чист ваздух и вода), или само појединцима (на пример: скрининг програми, саветовалишта за полно

преносиве болести). Истовремено, одговорност за спровођење јавно-здравствених активности је одговорност владе, како на савезном, тако и на републичком нивоу, нивоу округа и општина. Модеран концепт јавног здравља, 'ново јавно здравље', подразумева мисију у напорима да се мобилише хиљаде заједница широм света, њихови јавно-здравствени планери и политички лидери око пројеката промоције здравља.

ДЕСЕТ ОСНОВНИХ ФУНКЦИЈА СЛУЖБИ ЈАВНОГ ЗДРАВЉА* СУ:

1. **Праћење здравственог стања да би се идентификовали здраствени проблеми заједнице;**
2. **Дијагностиковање и истраживање здравствених проблема и ризика по здравље;**
3. **Информисање, образовање и оспособљавање људи за бригу о сопственом здрављу;**
4. **Мобилизација партнерства у заједници за идентификовање и решавање здравствених проблема;**
5. **Развој политике и планова, који подржавају међународне активности и активности у заједници;**
6. **Јачање закона и регулативе, која штити здравље и обезбеђује сигурност људи;**
7. **Обезбеђивање потребне здравствене заштите становништву;**
8. **Обезбеђивање компетентне јавно-здравствене радне снаге;**
9. **Евалуација ефективности, доступности и квалитета здравствених услуга;**
10. **Истраживања новог приступа и иновативних решења за здравствене проблеме у заједници.**

Извор: WHO. Terminology for the European Health Policy Conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1994.

* Координационо тело за функције јавног здравља. Америчко удружење јавног здравља, јули 1995. године

Јавно здравље у Европској Унији је обухваћено чланом 152 Споразума Европске Уније, који је озваничен уговором из Мастрихта. У овом члану се наводи, да акције у заједници треба усмерити на превенцију болести, промоцију истраживања узрока и преношења болести, а такође и на информисаност и образовање људи. Савет Европе и Европски Парламент су недавно постигли договор о шестогодишњем програму (2003.-2008.) акција јавног здравља у заједници, који ће промовисати интегрисану здравствену стратегију кроз три главна циља:

- Унапређење информисаности и знања о јавном здрављу, што ће се постићи развојем свеобухватних информационих система, који ће доносиоцима одлука, здравственим радницима и јавности обезбедити основне податке и информације које су им потребне;

- Брза реакција и одговор на опасности по здравље, што ће се постићи успостављањем делотворног система за брзе одговоре на опасности по јавно здравље. Интеграција Европске Уније, која омогућава слободно кретање грађана, повећава потребу за таквим системом;
- Усмерење ка одредницама здравља, што ће се постићи програмима, који ће омогућити да се побољша здравствено стање становника и смањи превремена смртност у Европској Унији, путем мера промоције здравља и превенције болести усмереним ка узроцима разбољевања.

4.1. ИЗАЗОВИ ЈАВНОГ ЗДРАВЉА У СРБИЈИ

Актуелни систем здравствене заштите (оријентисан ка специјалисти) није у могућности да се бори са растућим здравственим проблемима повезаним са животном средином и стиловима живота популације. Наука и пракса јавног здравља има кључну улогу у промоцији здравља људи у Србији и у реконструкцији система здравствене заштите, нарочито када је реч о епидемиолошким анализама болести и повреда и истраживања њихових детерминанти, затим о праведном и ефикасном систему здравственог осигурања, као и једнаком приступу и квалитету здравствених услуга за једнаке потребе. Међутим, нешто што би се могло назвати општом филозофијом и знањем у новом јавном здрављу у Србији, не постоји. Спектар "традиционалног јавног здравља" још увек је присутан заједно са снажним фокусом на контроли инфективних болести и умереном оријентацијом ка превенцији хроничних масовних незаразних болести, промоцији здравља, истраживањима здравственог система, менаџменту и здравственој политици ("ново јавно здравље").

У тренутној реализацији здравствене политике, значај јавног здравља није препознат и заводи за заштиту здравља пате од последица неадекватног и слабог финансирања током година, које је, између осталих фактора, проузроковано захтевима за биомедицинским приступом и значајним развојем лабораторија и микробиолошких услуга као њихових саставних делова.

Специјалистичко знање затворено је унутар различитих грана специјализације, које слабо комуницирају међусобно (епидемиологија, хигијена, социјална медицина, медицина рада). Цело јавно здравље се води искључиво медицински, са веома мало удела осталих професија. Образовање запослених у јавном здрављу није мултипрофесијско (што се најбоље може постићи последипломским програмима). Одговарајући облик институције која подржава континуирано образовање у јавном здрављу, пружа стручне консултације Министарству здравља и обавља приоритетна истраживања у јавном здрављу у форми независне универзитетске "Школе јавног здравља", који је најчешћи облик у Европи, у Србији не постоји.

Може се закључити да се многи здравствени проблеми у Србији могу сврстати у проблеме јавног здравља. Изазов за јавно здравље је борба против приоритетних здравствених проблема у циљу унапређења здравственог стања становништва. Због тога су мрежи завода за заштиту здравља у Србији потребна унапређења у раду и финансирању, а радницима у јавном здрављу шири опсег вештина и селективна знања у специјалистичким областима.

4.2. СТРАТЕШКА ОПРЕДЕЉЕЊА

У првом циљу Здравствене политике Србије "Очување и унапређење здравственог стања становништва Србије и јачање здравственог потенцијала нације" неколико специфичних циљева (подциљева) истиче значај јавно здравствених активности и услуга:

- Креирање инфрастурктуре, која ће омогућити промоцију здравља;
- Развијање партнерства у контексту инфраструктуре за промоцију здравља, посебно партнерства између државног и приватног сектора и невладиних организација;
- Подстицање (бољим финансирањем и вредновањем) здравствено - васпитног рада, као неопходне саставне компоненте ангажмана сваког здравственог радника, како у државном тако и у приватном сектору;
- Стимулисање, посебним механизмима финансирања, примене у пракси оних превентивних активности, за које постоје докази да доводе до побољшања здравственог стања становништва и продужења животног века (здравствена заштита заснована на доказима);
- Кадровско, маатеријално, информатичко, менаџерско и друго оспособљавање јавноздравствених институција, као што су институти и заводи за заштиту здравља и других институција од националног значаја за поједине области заштите здравља;
- Учешће у програмима и пројектима јавног здравља који се спроводе у земљама Европске Уније.

Водећи принцип број четири Визије система здравствене заштите наводи да ће "превентивна и примарна здравствена заштита имати висок приоритет у будућем систему здравствене заштите".

4.3. АКТИВНОСТИ НА РЕАЛИЗАЦИЈИ СТРАТЕШКИХ ОПРЕДЕЉЕЊА

Током 2002. године реализован је пројекат **"Процена мреже завода за заштиту здравља у Републици Србији"**, који је финансијски подржала Европска агенција за реконстукцију. Циљеви овог пројекта су били, да се анализира стање у заводима за заштиту здравља, да се изврши процена њиховог функционисања и да предлог мера неопходних за унапређење њиховог рада. Препоруке овог пројекта се односе на повећање ефикасности и утицаја јавног здравља путем прилагођавања улоге и задатака института и завода за заштиту здравља приступу новог јавног здравља и пракси промоције здравља, уз одговарајућу реорганизацију постојећих служби, унапређења институционалног менаџмента на свим нивоима и развоја информационог система јавног здравља. Такође је потребно развијати људске ресурсе тако, да одговарају захтевима новог јавног здравља, уз поштовање принципа мултидисциплинарности и интерсекторалности, уз унапређење знања и вештина за рад на свим пољима јавног здравља, путем различитих видова последипломске едукације у Центру за континуирану едукацију у области јавног здравља (прекурсору Школе јавног здравља). Неопходне су услуге које су више оријентисане ка промоцији здравља, координацији интерсекторских програма у заједници, стварању и ширењу мрежа здравог окружења, уз укључивање различитих партнера из заједнице.

Овај пројекат је био припрема за амбициозniји пројекат у наредном двогодишњем периоду (2003.-2004.), који ће се такође реализовати уз финансијску помоћ Европске агенције за реконструкцију: **"Развој јавног здравља у Србији"**.

Једна од подкомпоненти **Пројекта здравства у Србији,** који ће финансирати Светска банка, се односи на **финансирање јавно здравствених служби**. Ова активност ће помоћи у успостављању приоритета у расходима јавног здравства (у расходима који се односе на превенцију болести, промоцију здравља и мере и активности здравствене заштите) и изради нових механизама финансирања и стимулације за решавање приоритетних проблема у јавном здравству. Као припрема за овај пројекат из средстава грантова за економску подршку социјалној заштити (Social Protection Economic Assistance Grant - SPEAG) и за развој политике и хуманих ресурса (Policy and Human Resource Development - PHRD) затражена је **техничка помоћ консултанта,** који би помогао у разграничавању надлежности и улога кључних актера у систему здравствене заштите - Министарства здравља, Републичког завода за здравствено осигурање и Института за заштиту здравља Србије и у дефинисању начина и могућих извора финансирања ових институција.

Канадска агенција за међународнио развој (CIDA), у оквиру своје финансијске подршке Србији, приоритет даје пројектима јавног здравља као што су:

- Унапређење вештина за надзор над заразним и незаразним болестима;
- Унапређење способности за креирање, примену и процену приступа промоцији здравља као одговор на јавно-здравствене проблеме;
- Превенција и контрола пушења међу младима;
- Побољшање способности институција да планирају и учествују у активностима заштите здраве животне средине;
- Учешће невладиног сектора у одлучивању о здрављу путем помоћи у оснивању Удружења јавног здравља у Републици Србији.

Министар здравља је основао експертску групу за јавно здравље, чији је задатак да формулише **Националну стратегију у области јавног здравља**. Група је организовала серију конференција и консултативних скупова посвећених јавном здрављу, на којима се разговарало о јавном здрављу у Србији, изазовима јавног здравља и препорукама пројекта Процена мреже завода за заштиту здравља у Србији и могућим правцима реформе овог сектора. Постигнут је конценсус око општих циљева Стратегије јавног здравља:

- Успостављање националних приоритета у области јавног здравља и креирање интервенција у заједници, које су ефективне у односу на трошкове ("кост-ефективне") и усмерене ка промоцији здравља;
- Померање фокуса интервенција са болести на детерминанте здравља и факторе ризика, који доводе до обољевања (и превремене смртности) и то путем промоције здравља и мера примарне превенције;
- Подржавање развоја здравствене политике засноване на доказима и развоја сталног унапређења квалитета здравствене заштите;
- Обезбеђивање квалитетних информација и минималног скупа показатеља за праћење здравственог стања становништва, као и фактора који га угрожавају, односно детерминанти здравља и са њима повезаних стања. Информације, које се у овој области прате, морају бити упоредиве са другим европским земљама;

- Развој система за брзо реаговање у непредвидим ситуацијама, укључујући и контролу и надзор над заразним болестима, као и над другим факторима који угрожавају здравље.

Формулисан је предлог **ТЕМПУС пројекта,** који се односи на континуирану едукацију стручњака из јавног здравља, а у сарадњи са 9 институција, како универзитетских, из земаља Европске Уније (Немачка, Данска и Холандија), Југоисточне Европе (Румунија, Бугарска и Албанија) и Србије (Медицински факултет у Београду и Крагујевцу), тако и јавноздравствених (Институт за заштиту здравља Србије и Градски завод за заштиту здравља Београд). Тема предложеног пројекта, који се заснива на принципима Болоњске декларације је: Курсеви обуке из новог јавног здравља намењени јачању институција (Training Courses in New Public Health for Institution Building).

5. СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ПО НИВОИМА

Здравствену заштиту становништву Републике Србије у државном сектору обезбеђује добро развијена мрежа од 275 самосталних здравствених установа (са статусом правног лица). На нивоу примарне здравствене заштите то су домови здравља са здравственим станицама и амбулантама, који обезбеђују здравствену заштиту становницима на територији једне општине. На нивоу секундарне здравствене заштите то су опште, специјалне болнице и здравствени центри - као посебна врста установа, која би требало да функционално обједињује примарну и секундарну здравствену заштиту и уобичајено се састоје од једног или више домова здравља са општим болницама. Терцијарну здравствену заштиту пружају клиничко-болнички центри, клинике и клинички центри, који се поред здравствене, баве и научно-истраживачком и образовном делатношћу, те су стога уобичајено лоцирани у универзитетским центрима.

Иако је систем здравствене заштите у Републици Србији организован на три нивоа, они нису увек јасно и систематски диференцирани. Томе, између осталог, доприноси и постојећа законска регулатива, која као врсту здравствене установе дефинише и здравствени центар, у настојању да функционално интегрише примарни и секундарни ниво здравствене заштите. То се у пракси није остварило, али су створене сложене организационе целине, којима је тешко управљати, са доминацијом клиничког приступа на рачун промоције здравља и превентивних мера и активности у великој мери запостављених у свакодневном раду лекара. Такође, специфичност функционисања и организационе структуре здравствених установа у универзитетским центрима, има за последицу преплитање секундарног и терцијарног нивоа. Процењено је да око 80% здравствених услуга пружених у овим високо специјализованим здравственим установама терцијарног нивоа, по степену сложености у ствари припада секундарном нивоу.

Стратешки циљ 5 који се односи на систем здравствене заштите у Документу здравствене политике Србије је: "Побољшање функционисања, ефикасности и квалитета система здравствене заштите уз дефинисање посебних националних програма у области кадрова, мреже институција, здравствених технологија и медицинског снабдевања".

Први водећи принцип у Визији система здравствене заштите у Србији истиче, да ће "Систем здравствене заштите бити јасно организован у три функционална нивоа, да би се обезбедила прихватљива и делотворна здравствена заштита становништва, при чему ће се она обезбеђивати на најнижем могућем нивоу, који има довољну стручност и опремљеност". При томе је наведено да будући систем здравствене заштите у Србији мора да се развије из постојећих капацитета и наслеђене традиције.

5.1. ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Примарну здравствену заштиту становништву Централне Србије и Војводине обезбеђује 83 самосталних домова здравља и 78 њих у саставу здравствених центара, са развијеном мрежом здравствених станица и амбуланти. Приближно 64% свих лекара и 63% здравствених радника са средњом и вишом стручном спремом ради на овом нивоу.Од лекара у примарној здравственој заштити тек сваки пети (20.3%) је лекар опште праксе, а остали су специјалисти. Највећи број специјалиста је у служби за здравствену заштиту жена (85.5%), а најмањи у служби опште медицине (50.5%). Просечан број становника на једног лекара у примарној здравственој заштити (укључујући и све специјалистичке службе домова здравља) је нешто више од 600. Креће се од 784 деце до шест година старости на једног лекара у служби за здравствену заштиту деце предшколског узраста, до 5573 жена старијих од 15 година на једног гинеколога у служби за здравствену заштиту жена (табела 9).

Табела 9: ОБЕЗБЕЂЕНОСТ СТАНОВНИШТВА КАДРОВИМА И КОРИШЋЕЊЕ УСЛУГА У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

СЛУЖБА	Становника на једног		Просечан број посета по особи код		Порсечан број посета у току радног дана код	
	лекара	сестру	лекара	сестре	лекара	сестре
Опште медицина (19 година и више)	1836	972			23.3	12.3
Здравствена заштита деце предшколског узраста (0 - 6)	784	429	6.8	4.1	19.6	6.5
Здравствена заштита деце школског узраста (7 – 18)	1976	1292	3.2	1.8	23.5	8.7
Здравствена заштита жена (15 година и више)	5573	3171	0.6	0.4	12.1	4.7
Медицина рада (запослено становништво)	3099	2097	1.8	1.1	20.1	8.6

Извор: Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут". Здравствено статистичкиж годишњак 2001. Центар здравственог информационог система. Београд, октобар 2002.

Коришћење услуга здравствених радника ових служби је различито са од више од 6 посета по детету предшколског узраста годишње, до мање од једне посете по жени старијој од 15 година, при чему је ово коришћење веће за куративне услуге (дијагностичке и терапијске), него за превентивне, које обухватају посете саветовалишту или систематске прегледе.

Добра обезбеђеност становништва лекарима на овом нивоу здравствене заштите, запостављање породице као основне јединице заштите здравља, фрагментација здравствених служби и увођење низа клиничких специјалности, недостатак континуитета у пружању здравствених услуга, формализован приступ промоцији здравља и превенцији болести и значајно неоправдано коришћење виших нивоа заштите (на три посете у примарној заштити реализује се једна посета на секундарном нивоу), представљају основне карактеристике примарне здравствене заштите у Републици Србији. Занемарени су и ванинституционални облици заштите и сарадње са локалном заједницом у обезбеђивању социјалне мреже и подршке становништву на територији општине.

Медицина рада као грана медицине која се бави очувањем и унапређењем здравља радника, унапређењем радне средине и развојем организације рада и радне културе (што све заједно обезбеђује здравље и сигурност на раду) у пракси је углавном оријентисана на куративне услуге са значајним дуплирањем ових услуга и услуга лекара опште медицине на нивоу примарне здравствене заштите. Смањивање броја радника узроковано економском кризом, приватизација и оснивање малих и средњих предузећа намеће потребу преиспитивања места и улоге ове гране медицине, рационализацију кадра и формирање нове мреже дипанзера и установа које обезбеђују здравствену заштиту радника оријентисану на промоцију здравља и превенцију болести.

5.1.1. СТРАТЕШКА ОПРЕДЕЉЕЊА

Подциљ петог циља Документа здравствене политке Србије истиче, да ће се "Примарна здравствена заштита као основ система здравствене заштите заснивати на изабраном лекару и његовом тиму, који ће представљати "чувара капије" за улаз у систем".

У Визији будућег система здравствене заштите, у оквиру првог водећег принципа, наводи се, да ће се "Примарна здравствена заштита састојати од заштите коју пружају лекари опште медицине и педијатри (укључујући антенаталну заштиту, имунизацију, превентивне програме у здравственој заштити деце), стоматолошке заштите и одређене специјалистичке ванболничке здравствене заштите у области гинекологије и психијатрије. Апотеке и друге услуге биће укључене у групу услуга на овом нивоу". Створиће се услови за увођење нове специјалиазције – породичне медицине у систем здравствене заштите.

5.1.2. АКТИВНОСТИ НА РЕАЛИЗАЦИЈИ СТРАТЕШКИХ ОПРЕДЕЉЕЊА У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

Министарство здравља је подржало трогодишњи пилот пројекат Међународног комитета Црвеног крста **"Пакет основних здравствених услуга у дому здравља Краљево"**, покренут у јулу 2001. године. Министарство здравља је прикључило две

установе: Институт за заштиту здравља Србије "Батут" и Републички завод за здравствено осигурање, тако да је то заједнички пројекат ових установа и дома здравља/здравственог центра Краљево, на чијој територији се пројекат реализује. Посебну подршку извођењу пројекта је пружила Светска банка у виду донација за постконфликтне ситуације

Пилот пројекат се бави планирањем, развојем и операционализацијом јединственог пакета основних здравствених услуга за задовољење потреба становништва једне општине за примарном здравственом заштитом, са тежиштем на најугроженијим популационим групама. Општина Краљево са око 150000 становника има највећи број угроженог становништва, укључујући расељена лица (25694), избеглице и социјалне случајеве (6269). Сваки четврти становник ове општине је угрожено лице.

Пројекат се одвија у три фазе (2001.-2003.): планирање и развијање капацитета за извођење пројекта, имплементација и у последњој фази – имплементација са евалуацијом и дистрибуцијом информација о резултатима пројекта.

Главни циљеви пројекта су:

- Унапређење локалних капацитета за руковођење здравственим програмима;
- Развој одрживог система примарне здравствене заштите, заснованог на исплативим интервенцијама и приоритетним јавно-здравственим програмима, са посебним нагласком на задовољавање потреба расељених лица и угрожених група;
- Смањење терета обољења и инвалидности међу циљним корисницима (расељеним лицима и угроженим групама), као и целокупним становништвом општине.

Очекивани резултати пројекта су:

- Успостављање функционалног и одрживог модела менаџмента основним пакетом здравствених услуга у примарној здравственој заштити, са циљем да се задовоље приоритетне здравствене потреба становништва општине Краљево (укључујући и расељена лица);
- Успостављање одрживог модела здравственог осигурања, који ће моћи да финансира обезбеђивање пакета основних здравствених услуга за ПЗЗ становништва општине Краљево (укључујући и све угрожене групе), на основу нове регистрације свих корисника и тежинске (према ризику усклађене) капитације (главарине), као основног начина плаћања даваоца услуга;
- Успешне стратегије предаје пројекта након треће године, као подршке даљем развоју и ширењу пројекта од стране Министарства здравља и других заинтереосваних партнера.

Министарство здравља је такође подржало **Развојни програм за породичну медицину у региону Балкана,** Квинс Универзитета уз финансијску подршку Канадске агенције за међународни развој (CIDA). Програм обухвата реформске активности у примарној здравственој заштити за период од четири године (2003.-2007.) са следећим задацима:

- Припрему Стратешког плана за реформу примарне здравствене заштите, који ће се формулисати уз техничку помоћ Канадске агенције за међународни развој и Квинс Универзитета до јуна 2003. године и који ће бити интегрисан у планове реформе секундарне и терцијарне здравствене заштите;
- Развој специјализације из породичне медицине, са програмом образовања и обуке кадрова за увођење ове нове специјализације у систем здравствене заштите Србије,

формулисање плана и програма специјализације (курикулуме) и селекција особа које ће учествовати у извођењу програма;
- Установљавање одељења породичне медицине на медицинским факултетима Србије, који би представљали будуће центре за целокупну едукацију, истраживачки рад и професионални развој новоуведене специјализације;
- Увођење додипломске едукације из породичне медицине, са програмом наставе и практичног рада, који би требало да савлада студент медицине;
- Развој стратегије за превенцију пушења на нивоу примарне здравствене заштите у сарадњи са Канадским удружењем јавног здравља, која ће обухватити примену програма намењених промоцији здравља у региону Балкана, са оспособљавањем здравствених радника, лекара и медицинских сестара, за одвикавање пушача од пушења.

Све наведене активности би омогућиле, да се до 2010. оспособи прва генерација лекара породичне медицине у Србији, да се ојача њихова улога као "чувара капије" за више нивое здравствене заштите, да се уведе главарина као начин плаћања свих лекара у примарној здравственој заштити и да се дефинише пакет основних услуга за становништво на овом нивоу здравствене заштите.

У оквиру припрема за реформу **медицине рада**, Министарство здравља је предузело активности, да се посебним упитником припреме поуздани подаци о пунктовима и кадровима у овој грани медицине, броју радних места са посебним условима рада и додипломској и последипломској едукацији из ове области. На основу анализе ових података дефинисаће се место медицине рада интерресорски у односу на Министарство за рад, структура и мрежа установа у складу са потребама на локалном и националном нивоу, делатности и задаци медицине рада на различитим нивоима, активности које је потребно да финансира Завод за здравствено осигурање и процениће се потребан кадар (стандарди обезбеђености). Припремиће се и предлог савременије едукације из ове области, посебно континуиране медицинске едукације за стицање потребних знања и вештина у промењеној улози ове гране медицине.

5.2. СЕКУНДАРНА И ТЕРЦИЈАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Болничку или стационарну здравствену заштиту у Републици Србији обезбеђују 42 опште болнице (3 самосталне и 39 у саставу здравствених центара), 15 специјалних болница, 23 самосталне клинике и институти, 5 клиничко - болничких центара и три клиничка центра, као и 59 завода (51 самосталних и 8 у саставу других установа). Ове стационарне установе располажу са 46547 постеља што чини 6.2 постеље на 1000 становника. Мање од 40% постеља се налази у општим болницама, док практично исто толико (38%) припада високоспецијализованим установама – клиникама и клиничко-болничким центрима, што знатно поскупљује цео систем здравствене заштите, а не одговара потребама становништва.

Обезбеђеност становништва округа болничким постељама је неуједначена и креће се између 1.6 и 4.9 постеља на 1000 становника. Непланski развој овог подсистема здравствене заштите се огледа у великим разликама у перформансама појединих грана медицине, нерационалној унутрашњој организацији са често врло малим болничким јединицама,

укључујући и делатности из домена терцијарног нивоа заштите, као што је неурохирургија, максилофацијална хирургија и друге.

Неприлагођеност структуре болничких постеља промењеним потребама становништва огледа се и у израженим разликама у интензитету њиховог коришћења. Смањено коришћење постеља (на и испод 60% дана у години) забележено је на одељењима за лечење инфективних и паразитарних болести, респираторних обољења, болничког збрињавања деце и жена у функцији материнства и гинеколошких обољења, офталмологији, оториноларинтологији и дерматовенерологији. Истовремено недостају постеље за продужену негу и лечење старијих особа, оболелих у терминалним фазама болести, или специфичне установе као што су сестрински домови за негу. Такође је због промењене патологије становништва у двадесетогодишњем периоду, порастао број хоспитализованих због болести срца и крвних судова и ендокриних обољења за око 50%, болести нервног система и чула за око 35% и малигних обољења за око 25%, са недовољним постељним капацитетима за њихово збрињавање. Надпросечно су оптерећени капацитети већине установа терцијарног нивоа, а у појединим, као у области кардиохирургије и другим хируршким дисциплинама где се користе скупи увозни материјали, ендопротезе и сл., формиране су дугачке листе чекања.

Од 6140 (0.82/1000) психијатријских постеља, једна трећина (2100) је у општим и клиничко болничким установама и користе се претежно за збрињавање акутних обољења и стања. Преосталих 4000 постеља је у психијатријским болницама, где хоспитализација траје од 60 до 245, а у просеку 77 дана и где је, према доступним подацима, најмање половина пацијената који се више пута хоспитализују.

Скоро једна петина постељних капацитета Републике Србије (8460) је у установама за специјализовану рехабилитацију. Део ових капацитета (5270) Уредбом о плану мреже здравствених установа је дефинисан тако да се плански користи на терет средстава здравственог осигурања, а преостале (око 3200) постеље су у функцији балнеолошког и климатско-рекреативног третмана на терет корисника. Анализом коришћења, кадровских и физичких ресурса, утврђено је да се 14 ових установа (капацитет 3890 постеља) баве физикалном медицином и рехабилитацијом, 6 њих (са 1800 постеља) продуженим лечењем и рехабилитацијома, а 7 (са 2700 постеља) продуженим лечењем уз коришћење природног фактора.

Интензитет болничке заштите, мерен бројем хоспитализованих на 1000 становника у свим установама, смањен је од 1990. до 2001. године са 138.8 на 130.7, просечна заузетост постеља са 80.9% на 69.3%, просечна дужина лечења са 13.6 на 12.0 дана, број болничких епизода по постељи са 22 на 21, и по лекару са 167 на 133 (табела 10) што указује на значајно опадање коришћења болница као последицу недостатка основних дијагностичких и терапијских услуга које би се обезбеђивале пацијентима.

Табела 10: ОБЕЗБЕЂЕНОСТ СТАНОВНИКА ПОСТЕЉАМА И ПОКАЗАТЕЉИ РАДА БОЛНИЦА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ (БЕЗ КОСОВА И МЕТОХИЈЕ) 2001 ГОДИНЕ

ПОКАЗАТЕЉИ ОБЕЗБЕЂЕНОСТИ И РАДА БОЛНИЦА	ВРЕДНОСТИ ПОКАЗАТЕЉА
Обезбеђеност постељама на 1000 становника	6.2
Стопа хоспитализације (број епизода на 1000 становника)	130.7
Број исписаних болесника по лекару	133.5
Број исписаних болесника по медицинској сестри/техничару	52.4
Стопа болничког леталитета (умрлих од укупно лечених)	3.1%
Просечна дужина болничког лечења у данима	12.0
Просечна дневна заузетост постеља у процентима	69.3%
Обрт постеља (исписаних болничких епизода по постељи)	20
Број постеља по лекару	6.3
Број постеља по медицинској сестри/техничару	2.5
Однос лекара и медицинских сестара/техничара	1:2.5

Извор: Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут". Здравствено статистички годишњак 2001. Центар здравственог информационог система. Београд, октобар 2002.

Болничка здравствена заштита представља један од најзначајних и најскупљих сегмената здравствене заштите становништва јер се на секундарном и терцијарном нивоу решавају најсложенији здравствени проблеми становништва уз ангажовање високоспецијализованих кадрова и коришћење скупе опреме. Ниска ефикасност, недостатак генеричких показатеља квалитета рада, непостојање механизама "полагања рачуна" као што су акредитација, регулатива, неразвијени болнички информациони системи и недостатак тржишта и компетиције, уз бројне тешкоће у медицинском снабдевању, руиниране зграде и застарелу опрему су основна обележја функционисања болничких здравствених установа протекле деценије.

5.2.1. СТРАТЕШКА ОПРЕДЕЉЕЊА ЗА СЕКУНДАРНУ И ТЕРЦИЈАРНУ ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ

Подциљ петог циља Здравствене политике Србије који се односи на реформу система здравствене заштите истиче значај "Преструктуирања болничких капацитета према потребама становништва", док се у оквиру првог водећег принципа Визије система здравствене заштите у Србији наводи:

- "Секундарна болничка и ванболничка здравствена заштита пружаће се у општој болници у оквиру следећих специјалности: хирургија, интерна медицина, гинекологија и акушерство, педијатрија и психијатрија заједно са услугама радиологије, лабораторијске дијагностике и анестезиологије. Опис услуга ће бити извршен за сваку болницу појединачно";
- "Високоспецијализована болничка и ванболничка здравствена заштита у оквиру свих специјалности се обезбеђује на трећем нивоу. Поједине болнице могу да пружају услуге у оквиру једне или неколико специјалности, или могу, зависно од

локалних услова, да пружају и неке услуге са другог нивоа заштите. Опис услуга ће бити извршен за сваку болницу појединачно".

Реконструкцијом болничког система, којој ће претходити доношење одговарајућих планских докумената, потребно је постепено усклађивати укупан број и структуру болничких постеља по нивоима заштите са потребама становништва и са материјалним могућностима друштва. Основним опредељењем да укупан број болничких кревета у државној својини не буде већи од 5/1000, а за збрињавање акутних обољења и стања на нивоу округа око 3/1000, ближе би се дефинисали капацитети и територијални распоред болничких и поликлиничких служби терцијарног нивоа (са 0.6-0.7 постеља на 1000 становника), капацитети за геријатрију, рехабилитацију, продужено лечење и за палијативну негу. Упоредо са редукцијом и пренаменом постељних капацитета планski ће се развијати и организационо-технички јачати поликлиничке службе, укључујући нарочито развој дневних болница и капацитета једнодневне хирургије као алтернатива болничком лечењу.

Побољшаће се нега болесника у болницама за краткотрајну хоспитализацију са развојем посебних здравствених установа за негу оболелих у терминалним стадијумима болести или за негу оболелих од хроничних болести који делимично или потпуно зависе од туђе неге и помоћи.

5.2.2. АКТИВНОСТИ НА РЕАЛИЗАЦИЈИ СТРАТЕШКИХ ОПРЕДЕЉЕЊА НА НИВОУ СЕКУНДАРНЕ И ТЕРЦИЈАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Друга компонента **Пројекта здравства у Србији** који ће финансирати Светска банка у наредном петогодишњем периоду се односи на **реструктурирање здравственог система.** Циљ је побољшање ефикасности у пружању квалитетне здравствене заштите у четири округа, лечењем већег броја пацијената на нижем (одговарајућем) нивоу здравствене заштите, реструктуирањем људских и материјалних ресурса и рационалнијим коришћењем ресурса на примарном и секундарном нивоу здравствене заштите. Ова компонента пројекта се састоји од неколико подкомпоненти:

- Припрема главног плана (Мастер плана) и мера за његову имплементацију;
- Преструктурирање здравствене службе у Краљеву - регионалних болничких услуга;
- Интеграција система јавног здравства у реструктурирања здравствене службе Краљева;
- Реструктурирање здравствене службе у окрузима Зрењанин, Ваљево и Врање.

Као припрема за овај пројекат из средстава грантова за економску подршку социјалној заштити (Social Protection Economic Assistance Grant - SPEAG) и за развој политике и хуманих ресурса (Policy and Human Resource Development - PHRD) затражена је **техничка помоћ консултанта** (Lindsay Sales) који је анализирао функционисање болница у четири наведена округа у свом извештају: **Савети за реструктурирање болничких капацитета (секундарни ниво услуга) и однос са примарним и терцијарним нивоом услуга**. Предложени су показатељи за праћење њихових перформанси и препоруке за реформске активности у оквиру пројекта Свестке банке чија би реализација започела крајем 2003. године.

Крајем 2002. године покренута је иницијатива Европске агенције за реконструкцију (*EAR*) са предлогом Влади Републике Србије за спровођење истоветног **реструктурирања окружних болница** по узору на пројекат Светске банке. Они предлажу подршку за развијање планова реструктурирања и одабир 12-13 болница за инвестирање око 25 милиона еура преко Европске банке за инвестирање (EIB). Циљеви овог пројекта су да се направи процена изабраних болница, и процена изводљивости целог пројекта, припреме планови за постизање ефикасног обезбеђивања услуга посебно у области ургентне медицине и установе детаљни инвестициони пројекти са трошковима неопходне дијагностичке и терапеутске опреме.

У циљу јасног диференцирања нивоа секундарне и терцијарне здравствене заштите у Републици Србији предвиђен је и **Пројекат реструктурирања клиничких центара са анализама стања**, у трајању од девет месеци, који би такође продржала Европска агенција за реконструкцију. Овај пројекат би се односио на високо специјализоване установе у четири универзитетска центра (Београд - КЦ Србије, КЦ Нови Сад, КЦ Ниш и КБЦ Крагујевац). За овај пројекат Влада Јапана предвидела је донацију медицинске опреме у износу од 12.5 милиона долара с тим да око половине ове вредности буде дистрибуирано Клиничком центру Србије а друга половина Новом Саду, Нишу и Крагујевцу. Крајем 2002. и почетком 2003. године дефинисана је листа потребне опреме за ова 3 КЦ и КЦ Србије.

Постоји интерес **владе Шпаније** да подржи реформе система здравствене заштите у Србији редефинисањем улоге и места клиничких центара. Имајући у виду њихов стратешки важан положај на главном путу повезивања Централне и Југоисточне Европе у оквиру Е-10 коридора, **владе Немачке, Аустрије и Норвешке** су започеле пројекат изградње капацитета и реструктурирања службе ургентне медицине у овим установама. Помоћ **владе Грчке** у оквиру "Хеленик плана" такође би била коришћена за спровођење пројекта јачања центара ургентне медицине дуж коридора Е-10 (аутопут Суботица - Ниш).

Када је у питању здравствена нега, Министар здравља је именовао саветника за здравствену негу, а она радну групу за унапређење здравствене неге (у прилогу стратегије) чији је задатак да формулише **Стратегију здравствене неге у Србији.** Ова стратегија би обухватила:

- Израду националних стандарда за планирање здравствене неге у циљу побољшања праксе здравствене неге;
- Обезбеђење услова за остваривање континуиране здравствене неге између постојећих нивоа здравствене заштите;
- Израда норматива кадрова, простора и опреме и средстава за рад у области здравствене неге;
- Истраживање, планирање, организација, процена, контрола и развој у области здравствене неге у сарадњи са свим релевантним институцијама, почевши од Министарства здравља;
- Увођење информационог система за евидентирање, праћење и евалуацију здравствене неге;
- Обезбеђивање сталне сарадње са колаборативним центрима СЗО у овој области, Комитетом за сестринство у Европи и другим међународним удружењима;
- Стварање јединствене сестринске асоцијације;

- Заједнички рад сестринске асоцијације, синдиката и коморе на остварењу постављених циљева.

Акциони план на реализацији циљева из стратегије би обухватио активно учешће медицинских сестара у изради свих законских прописа и реорганизацији службе здравствене неге.

5.3. СТОМАТОЛОШКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

У Републици Србији има око 7000 стоматолога од којих 3382 ради у државном сектору здравства, а око 1000 њих је незапослено. Здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом је око 10000, од којих 4991 зубних техничара и асистената ради у државном сектору здравства (подаци за 2001. годину).

Обезбеђеност становништва стоматолозима у државном сектору је 2220 становника на једног стоматолога и 1500 становника на једног зубног техничара и асистента. У раду овог сектора постоје низ озбиљних проблема, почев од предимензионираности у односу на материјалне могућности, неефикасности, концентрације у већим местима, застарелости опреме, лоше снабдевености потребним материјалом, све до немотивисаности запослених за рад због ниских зарада. Радна ангажованост службе је ниска са просечним бројем посета у току радног дана од 6.6, и мање од једне посете у току радног сата (0.8). У току године је такође мање од једне посете стоматологу по становнику, на сваких пет становника је један пломбиран и један извађен зуб, а на 1000 њих је око 13 извршених протетских радова, само у државном сектору стоматолошке службе.

Приватна стоматолошка пракса се хаотично и стихијски развијала без активног ангажовања државе у регулисању њеног рада, без подстицаја (кредити, пореска полтика) и праћења и евалуације ефеката по здравље зуба становништва. Присутан је и раширен нелегални рад (рад на црно) запослених у државном сектору, недостатак контроле квалитета рада и недостатак извештавања о обиму и садржају рада, тако да су активности приватног стоматолошког сектора потпуна непознаница у рутинској здравственој статистици иако постоји обавеза попуњавања индивидуалних и збирних извештаја.

5.3.1. СТРАТЕШКА ОПРЕДЕЉЕЊА

У специфичном циљу 21 општег циља број пет Документа здравствене политке, наводи се: "У стоматолошкој здравственој заштити обезбедиће се превентивна стоматолошка заштита и збрињавање ургентних стања у оквиру државног сектора здравства".

Стоматолошка здравствена делатност би требало да представља јединствени систем државне и приватне службе. Да би се постигао оптималан број кадрова у државном сектору, приватизацију би требало стимулисати могућношћу откупа радног места, закупа и других радно-правних алтернатива. Приватној стоматолошкој служби би требало ставрати услове за равноправан положај у систему здравствене заштите са могућношћу уговарања са Фондом обавезног здравственог осигурања, прописивњем рецепата и давањем упута, као и

менторства стажерима и специјализантима. Да би се смањио рад "на црно" требало би либерализовати услове за регистрацију приватних ординација водећи рачуна о територијалној дистрибуцији према потребама становника и увођењем озбиљних санкција за нерегистроване ординације, као и за непоштовање обавезе извештавања или придржавања стандарда квалитета рада.

Обавеза државе би била да у оквиру стоматолошке здравствене заштите обезбеди:

1. Програм превентивне стоматолошке заштите са:
   - Превентивном стоматолошком заштитом становништву (један преглед годишње);
   - Раном дијагностиком и санацијом обољења уста и зуба деце предшколског и школског узраста;
   - Ортодонтским третманом деце;
   - Протетским збрињавањем деце.

2. Ургентну стоматолошку заштиту (прва помоћ, екстракција зуба, траума, акутна обољења уста и зуба);
3. Стандардну стоматолошку заштиту лица ометених у психофизичком развоју и особа са високим медицинским ризиком;
4. Стоматолошку заштиту старијих од 65 година до протетског збрињавања;
5. Хируршко лечење бенигних и малигних тумора орофацијалне регије.

5.3.2. АКТИВНОСТИ НА РЕАЛИЗАЦИЈИ СТРАТЕШКИХ ОПРЕДЕЉЕЊА

Министарство здравља је основало **Националну експертску групу за стоматологију** (у прилогу стратегије) чији је задатак да формулише Национални програм превентивне стоматолошке здравствене заштите, предлоге за реформу у овој области, да формулише пакет основних услуга који би се обезбеђивао становништву и да координира пројекте намењене унапређењу здравља уста и зуба и превенцији болести ове регије.

5.4. ФАРМАЦЕУТСКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

На светском тржишту је све већи број фармацеутских производа са рапидним порастом како потрошње лекова, тако и трошкова који се издвајају за њих. Ипак, велики број људи још увек не може да дође до лекова који су им потребни, било због тога што су недоступни, или зато што нема одговарајућих установа и обученог особља за ординирање тих лекова. Чак и они људи који имају приступ лековима, понекад не добијају прави лек у одговарајућим дозама.

У већини земаља, систем обезбеђења квалитета лекова је неодговарајући, због тога што недостају неопходне компоненте. Те компоненте су савремено законодавство и регулатива, функционисање овлашћених независних тела за регулативу са одговарајућим ресурсима и инфраструктуром. Све те компоненте могу имати озбиљне ефекте по здравље и економске консеквенце по земљу.

5.4.1. СТРАТЕШКА ОПРЕДЕЉЕЊА

У најширем смислу, политика лекова би требало да промовише правичност и одрживост фармацеутског сектора. Општи циљеви су да се обезбеди праведна доступност есенцијалних лекова, њихов квалитет, безбедност и делотворност, као и промоција терапеутски оправданог и исплативог (рационалног) коришћења лекова од стране здравствених радника и корисника у систему здравствене заштите.

5.4.2. АКТИВНОСТИ НА РЕАЛИЗАЦИЈИ СТРАТЕШКИХ ОПРЕДЕЉЕЊА

Централизована набавка и дистрибуција стратешких лекова и медицинских средстава, која омогућава ефикасно управљање медицинским снабдевањем, установљена је у новембру 2002. године. Стратешки циљеви који на овај начин треба да буду остварени су:

- Ниже цене лекова и медицинских средстава;
- Ефикасније и ефективније управљање набавком и дистрибуцијом стратешких лекова и медицинских средстава;
- Равномернија дистрибуција у складу са потребама;
- Праћење потрошње према установљеним потребама појединих здравствених установа;
- Смањено ангажовање обртног капитала за залихе лекова и медицинског материјала;
- Редистрибуција у екстремним случајевима несташица.

Да би се ови циљеви реализовали, неопходно је креирати **интегрисани пословни информациони систем** који би подржао све фазе регистровања потреба за лековима, наручивања, пријављивања залиха за дистрибуцију, саму дистрибуцију, испоруку лекова и медицинских средстава и њихове пословне процесе, прегледе и извештаје. **Норвешка влада** је финансијски подржала развој овог фармацеутског информационог система.

Јачање фармацеутског сектора у Србији подржава и финансијски помаже **Европска агенција за реконструкцију**.

Прва група активности ове агенције односила се на **набавку есенцијалних лекова**, као и **техничку помоћ** за установљавање праћења снабдевања лековима, побољшање дијагностичке и терапијске праксе путем развоја и имплементације протокола добре клиничке праксе, протокола за упућивање пацијената, протокола за прописивање лекова и образовање пацијената у овој области.

Друга група активности се односи на рационализацију фармацеутске индустрије, путем израде студија и дефинисање предлога решења.

Трећа група активности се односи на подршку правној регулативи у фармацеутском сектору. Припремљен је предлог **Закона о лековима и медицинским средствима,** који би тебало да уђе у скупштинску процедуру. Овај Закон хармонизује области производње и промета лекова и медицинских средстава са прописима Европске Уније, како би се лекови и медицинска средства, као роба од општег интереса могли извозити у земље Европске Уније, као и у друге земље, под европским условима и општеприхваћеним стандардима Европске

Уније. Примењене су смернице, које се односе на добру лабораторијску праксу, добру произвођачку праксу, добру клиничку праксу у испитивању лекова, добру праксу у складиштењу и добру праксу у дистрибуцији лекова.

Овим Законом је предвиђено оснивање **Агенције за медицинске производе** (лекове и медицинска средства) и у том погледу ће Закон бити потпуно усклађен са европским стандардима, с обзиром да готово у свим земљама постоје сличне или идентичне агенције, чији је основни циљ да тржиште буде снбдевено лековима и медицинским средствима, чији квалитет, безбедност и ефикасност омогућава безбедну здравствену заштиту становништву.

Предстоји формулисање **Националне политике лекова,** која дефинише циљеве и водиче за акцију у овој области. Она ће успоставити средњорочне и дугорочне приоритете за владу у фармацеутском сектору и идентификовати главне стратегије да се они достигну. Ове стратегије обухватају избор есенцијалних лекова, доступност, финансирање и снабдевање, регулативу и обезбеђење квалитета, рационално коришћење, истраживања у овој области, кадрове и праћење и евалуацију ефеката стратегија на фамацеутски сектор.

6. РАЗВОЈ КАДРОВА У ЗДРАВСТВУ

"Здравствени радници су најзначајнија карика и покретачка снага система здравствене заштите, а однос даваоца и корисника услуга (било технички или интерперсонални аспект) предуслов је за добар квалитет рада у здравству" (Документ здравствене политике Србије).

За три деценије прошлог века, од почетка седамдесетих до почетка трећег миленијума, број запослених у здравству је повећан за 130%, док је у исто време број болничких постеља порастао за 21%, а број становника за 15%. Истовремено је промењена квалификациона структура запослених, смањен је удео немедицинских радника и медицинских радника ниже стручне спреме, док је изузетно порастао број здравствених радника и здравствених сарадника високе стручне спреме. Штавише, целокупна здравствена заштита је подигнута на специјалистички ниво, пошто је учешће лекара специјалиста (72.6%) и лекара субспецијалиста (10.3%) у укупном броју лекара 82.9%, а само 17.1% је лекара без специјализације. При томе је важно истаћи неповољан удео специјалиста опште медицине (11.6%) у укупном броју специјалиста, док у развијеним европским земљама специјалисти опште медицине/породичне медицине чине у Финској (20%) једну петину, а у Данској (36%) једну трећину од укупног броја специјалиста.

Достигнути ниво обезбеђености становништва Републике Србије здравственим кадром је нешто бољи од просека за земље Централне и Источне Европе, а нешто лошији од просека за Европску Унију (табела 11).

Прекобројност и специјализованост здравственог кадра у условима економске кризе са проблемима у финансирању здравствених установа и малим зарадама запослених, утиче на ниску професионалну сатисфакцију здравствених радника, отуђен однос лекара и пацијената, наметнуте разне облике неформалног плаћања, било од здравствених установа, или самих здравствених радника.

Такође је важно истаћи да нема одговарајуће и доследне националне политике планирања уписа и школовања, запошљавања и сталног усавршавања здравствених радника и сарадника. Према препорукама експерата СЗО, политика кадрова у здравству подразумева планирање школовања одговарајућег броја и квалификационе структуре (према процењеним потребама) и њихову одговарајућу искоришћеност, уз стално професионално усавршавање. Без усклађивања интереса и потреба система образовања и система здравствене заштите не може бити озбиљнијих реформских промена у развоју политике кадрова у здравству.

Табела 11: КОМПАРАТИВНИ ПРЕГЛЕД ОБЕЗБЕЂЕНОСТИ СТАНОВНИШТВА ЗДРАВСТВЕНИМ КАДРОМ У ЕВРОПИ

ОБЕЗБЕЂЕНОСТ СТАНОВНИКА	РЕПУБЛИКА СРБИЈА (2001)*	ЕВРОПСКА УНИЈА (2000)**	ЦЕНТРАЛНА И ИСТОЧНА ЕВРОПА (2001)**
Лекара на 100000 становника	265	387	244
Лекара у служби опште медицине на 100000 становника	42	102	70
Медицинских сестара/техничара на 100000 становника	773	-	514
Стоматолога на 100000 становника	45	71	40
Фармацеута на 100000 становника	24	76	35

* Извор: Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут". Здравствено статистички годишњак 2001. Центар здравственог информационог система. Београд, октобар 2002. Подаци се односе само на државни сектор здравства

**Извор: European Health for All Database, WHO Europe, January 2003.

6.1. СТРАТЕШКА ОПРЕДЕЉЕЊА

Циљ 7 Здравствене политике Србије се односи на "Унапређење кадровске базе здравствене заштите (хуманих ресурса за здравље)". У оквиру специфичних циљева, посебно се истиче значај формулисања националног програма планирања развоја кадрова у здравству и стицање знања и вештина менаџмента у здравству, нарочито управљања променама, као и механизама унапређења квалитета рада, путем акредитације образовних програма и здравствених установа, као и лиценцирања здравствених радника.

Водећи принцип број 9 Визије система здравствене заштите Србије предвиђа да ће "Квалитет услуга и установа бити промовисан, побољшан, праћен и контролисан на бази националног система за обезбеђење квалитета и лиценцирање".

Решење проблема хиперепродукције здравствених радника требало би тражити превентивно у рестриктивном приступу и усклађивању политике уписа на факултете и школе здравствене струке са стварним потребама друштва.

Следећи корак је преиспитивање бројних специјализација и субспецијализација и укидање волонтерских специјализација, које се данас одобравају чим се стекну формални услови. Увођење специјализације из породичне медицине, са савременим садржајем наставе из ове области, обезбедиће равноправнији третман и бољи статус запослених у примарној здравственој заштити.

Проблем вишка запослених требало би постепено решавати, имајући у виду осетљивост овог аспекта реформе система здравствене заштите, заустављањем пријема нових радника, преквалификацијом административних и других нездравствених радника, пензионисањем, уколико је испуњен један од потребних услова, и активним приступом приватизацији, са одговарајућим подстицајима у развоју овог сектора и отварањем могућности за запошљавање нових људи.

6.2. АКТИВНОСТИ НА РЕАЛИЗАЦИЈИ СТРАТЕШКИХ ОПРЕДЕЉЕЊА

У новембру месецу 2002. године **обустављено је одобравање нових специјализација**, изузев четири које су проглашене дефицитарним. Одлука важи до доношења нових стандарда обезбеђености становништва здравственим кадром и формулисања националног програма развоја кадрова у здравству.

Као припрема за формулисање **Националног програма кадрова у здравству**, припремљен је опис послова и задатака за **техничку помоћ** иностраног експерта у дефинисању националних стандарда за планирање здравствене заштите и процену броја потребних стручњака специјалиста. Финансирање ове техничке помоћи је обезбеђено из средстава грантова Светске банке за економску подршку социјалној заштити (Social Protection Economic Assistance Grant - SPEAG) и за развој политике и хуманих ресурса (Policy and Human Resource Development - PHRD).

Кредит Светске банке **"Пројекат здравства у Србији"**, у оквиру треће компоненте: Здравствена политика и менаџмент, у првој подкомпоненти планира увођење система лиценцирања и акредитације.

Када је у питању давање лиценци за рад, заједно са лекарским и сестринским удружењима (коморама), Министарство здравља ће припремити промену у садашњем начину лиценцирања здравствених радника, која се тренутно обавља само једном - полагањем стручног испита по обављеном стажу. Лиценцирање би требало да прерасте у систем, у коме ће обавезна и континуирана медицинска едукација бити део обнављања лиценци. Активности које ће се финансирати из кредита Светске банке су:

- Израда и имплементација плана за формулисање тела за акредитацију;
- Техничка помоћ у упознавању са најбољим међународним искуствима у лиценцирању;
- Имплементација базе података о кадровима у здравству;

- Израда система критеријума и процедура за (ре)лиценцирање;
- Пилотирање и развијање стандарда лиценцирања.

Студијска путовања и курсеви обуке ће такође бити финансирани из кредита Светске банке.

Акредитација, као субкомпонента кредита, ће подржати средњорочно успостављање институције за акредитацију здравствених установа и здравствених програма у циљу перманентног подизања нивоа квалитета услуга у здравству. Основаће се агенција за акредитацију као независно тело, а програм акредитације би требало да помогне у гарантовању професионалне и институционалне независности. Активности које ће кредит подржати су:

- Израда и имплементација националног програма акредитације и плана формирања одговарајућег тела за акредитацију;
- Техничка помоћ у сагледавању најбољих међународних искустава;
- Развој базе података о установама и програмима;
- Обука инспектора и координатора задужених за контролу квалитета;
- Израда стандарда и процедура истраживања;
- Студијска путовања, курсеви, обука.

Стицање нових вештина се неће односити само на лекаре у обнављању лиценци. већ ће укључити и стицање вештина, које побољшавају организационо и финансијско управљање (менаџерске вештине), а које су данас неопходне здравственој служби Србије.

7. РАЗВОЈ ЗДРАВСТВЕНОГ ИНФОРМАЦИОНОГ СИСТЕМА И ПОБОЉШАЊЕ МЕНАЏМЕНТА СИСТЕМОМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

7. 1. ЗДРАВСТВЕНИ ИНФОРМАЦИОНИ СИСТЕМ

Примена информатичке технологије у нашем систему здравствене заштите почела је током седамдесетих година прошлог века. Током осамдесетих бележи се велики број програма, договора, идејних пројеката и планова за увођење информационих система, али значајна практична решења постоје и даље само у појединим областима. Године 1993, израдом пројекта Информационог система Републичког завода за здравствено осигурање, направљен је први корак у постављању основа за развој јединственог здравственог информационог система, а 1995. усвојен је Елаборат о увођењу и развоју фармацеутског информационог система и Програм развоја јединственог здравственог информационог система Србије. Затим је у току 1997. године усвојена Стратешка студија развоја здравственог информационог система Србије са радном верзијом за прву контролну тачку пројекта, али ови пројекти нису реализовани.

Основна карактеристика садашњег стања је чињеница да и поред развијених информационих и комуникационих технологија и препознате потребе за благовременим и тачним подацима, у нашем систему нема развијеног здравственог информационог система, као ни организационо-управљачке основе, систематичности и упорности за његову реализацију, што је непосредно повезано и са материјалном кризом у здравству током последњих година. Већина здравствених установа у Србији данас има персоналне рачунаре, али је веома мало заокружених информационих система на нивоу одељења, служби и установа, а основни метод записа и комуникације је још увек папирни документ.

7.1.1. СТРАТЕШКА ОПРЕДЕЉЕЊА

Основни циљ развоја здравственог информационог система је да обезбеди подршку реформи система здравствене заштите. Информационе и комуникационе технологије, које омогућују систематску и ефикасну размену и коришћење информација, интегритет и безбедност медицинских и административно-финансијских података, данас су доказана основа сваке успешне реформе, јер омогућавају:

- Развој и унапређење управљања у свим елементима система, путем доношења одлука заснованих на доказима од стране здравствених радника, корисника, посредника и политичара;
- Стварање услова за одрживо финансирање система здравствене заштите;
- Мерење кључних димензија система здравствене заштите, као што су доступност, једнакост, квалитет, ефикасност и одрживост.

Специфични циљеви су:

- Анализа постојећих и изградња нових информационих садржаја, који ће бити доступни свим потенцијалним корисницима;
- Координација развоја информационих система у систему здравствене заштите коришћењем стандардних модела података, стандардне архитектуре система, стандардне комуникације међу њима и стандардног менаџмента њихове имплементације, развоја и евалуације, као и стандарда за обезбеђење квалитета пројеката;
- Успостављање, одржавање и развој здравственог информационог система, са коришћењем заједничких ресурса, заснованих на стандардним моделима, кроз здравствене информационе мреже.

7.1.2. АКТИВНОСТИ НА РЕАЛИЗАЦИЈИ СТРАТЕШКИХ ОПРЕДЕЉЕЊА

Развој и реализација овако конципираног савременог здравственог информационог система захтева низ активности, које се морају одвијати утврђеним хронолошким редоследом:

1. Стварање претпоставки за информатизацију система здравствене заштите, што су:
   - Дефинисање стандарда на националном нивоу, везаних за податке и њихов пренос, за пројектовање информационих система и њихову компатибилност;

- Оријентација ка електронској медицинској документацији (од идентификације корисника, преко електронског здравственог картона до електронске историје болести);
- Формирање електронске мреже система здравствене заштите, која ће омогућити размену информација између различитих учесника у систему;
- Омогућавање приступа информацијама о здравственим услугама и процедурама, о здрављу, болести и најбољим третманима појединих обољења или стања;
- Увођење телемедицине, као новог начина пружања здравствене заштите, који омогућава доступност специјалистичких вештина у удаљеним крајевима државе.

2. Развој националног здравственог информационог система - здравство информационе мреже. Национални здравствени информациони систем је рачунарско-комуникациони систем, који служи за управљање системом здравствене заштите и развија се као синтеза/мрежа свих информационих система, које су установиле здравствене институције, установе здравственог осигурања и регионални центри. У њему се дефинисани подаци уносе само једном, на месту настанка, садржи јединствене минималне скупове података стандардних формата, са стандардним начином преношења тих података кроз електронску мрежу и са обезбеђеном приватношћу, поверљивошћу и сигурношћу.

3. Обезбеђивање познатог и сталног извора финансирања националног здравственог информационог система и електронске мреже здравствених информација, који се по правилу уграђује у трошкове за здравствену заштиту.

4. Усвајање неопходних законских решења, која треба да обезбеде приватност, поверљивост и сигурност информација и обавезују све кључне актере у стварању, размени и коришћењу информација да штите основна људска права.

5. Установљавање организационо-управљачког оквира националног здравственог информационог система, који обавезно подразумева независно експертско тело и више саветодавних тела.

6. Омогућавање приступа систему и коришћења ресурса информационог система, за који је неопходна идентификација корисника и дефинисање права приступа одређеним скуповима података.

7. Јединствена идентификација корисника и давалаца услуга у систему здравствене заштите.

Министарство здравља образовало је у априлу месецу 2002. године **Комисију за здравствени информациони систем**, чији је задатак био да формулише основе за увођење информационих и комуникационих технологија у систем здравствене заштите Републике Србије и изградњу здравственог информационог система. У сарадњи са страним експертом, именованим од стране Светске Банке, до новембра 2002. године комисија је саставила следеће документе:

1. Идентификациони документ пројекта Здравственог информационог система (Project Identification Document for the component "Building Information Core - Health Information System");

2. Опис послова и задатака за техничку помоћ у реализацији циљева дефинисаних у Идентификационом документу (ToR for technical assistance). Укупно је завршено седам оваквих докумената, који су груписани у оквиру три субкомпоненте.

2.1. Субкомпонента 1: Израда Главног плана здравственог информационог система, који обухвата:

- Анализу организације, функција и технологије у ЗИС-у и успостављање релација између њих;
- Дефинисање пилот пројеката за примарну, секундарну и терцијарну здравствену заштиту, за праћење потрошње лекова и рада фармацеутске службе, за установе јавног здравља и институције здравственог осигурања. Пилот пројекти треба да буду примењени у једном или више региона;
- Дефиниција и спецификација стандарда у овој области;
- Дефиниција здравственог информационог система Србије;
- Дефиниција нове јавне Националне агенције за здравствене информације (National Health Information Clearinghouse).

Документ у оквиру ове субкомпоненте је - Опис послова и задатака за израду Главног плана ЗИС-а.

2.2. Субкомпонента 2: План за усвајање информационих и комуникационих стандарда у ЗИС - у, којим се дефинише:

- Који национални стандарди у овој области треба да буду развијени;
- Како да се обезбеди компатибилност са интернационалним активностима у овој области;
- Ко треба да буде одговоран за развој националних стандарда;
- Како ће се финансирати развој националних стандарда.

Документи ове субкомпоненте су: опис послова и задатака за установљење Плана стандарда ЗИС-а, опис послова и задатака за организовање конференције о здравственим информационим стандардима и опис послова и задатака за превођење међународних здравствених информационих стандарда на српски језик.

2.3. Субкомпонента 3: Успостављање мета базе података ЗИС - а, која обухвата:

- Дефинисање потреба за информацијама и основни скупови/сетови података, који задовољавају ове потребе;
- Анализа постојећих података у здравственом и статистичком систему;
- Дефинисање заједничких мета база података са детаљним упутствима за њихово коришћење;
- План за унапређење постојећих скупова и база података;
- План за дефинисање заједничких база података, које ће бити потребне у будућности (јединствени национални идентификатори, системи за узбуњивање, минимални сет података о пацијенту и др.).

Документи су: опис послова и задатака за успостављање мета базе података здравственог информационог система (прихваћен од стране Светске Банке), опис послова и задатака за успостављање мета базе података о информационој и

комуникационој технологији у систему здравствене заштите и опис послова и задатака за израду Web-презентације: "База знања о здрављу Србије".

3. Финансијски план за Идентификациони документ ЗИС-а.

4. Водич за увођење и менаџмент информационим и комуникационим технологијама у здравственим установама (радна верзија).

Министар здравља је именовао **саветника за развој ЗИС**-а чији је задатак да у оквиру пилот пројеката Светске банке приступи развоју наведених компоненти.

Прикупљање потребних података за установљавање националних стандарда и смерница потребних за планирање и израду Главног плана развоја здравственог сектора у Србији је основни циљ пројекта **"Процена здравствене службе у Србији"** који траје од јануара до јуна 2003. године уз финансијску и организациону подршку Европске агенције за реконструкцију. Овај пројекат је наставак реализације пројекта формирања **Базе података о опреми у здравству Србије** (МДМ-Грчка) и процене постојећих статистичких података који се рутински прикупљају у базама постојећег здравственог информационог система.

7. 2. МЕНАЏМЕНТ У СИСТЕМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Менаџмент је скуп управљачких мера предузетих за планирање, организовање, функционисање и евалуацију међусобно повезаних елемената система. У претходном периоду, квалитет менаџмента у нашем систему здравствене заштите био је на ниском нивоу. Основне карактеристике менаџмента биле су условљене изразитом централизацијом структуре моћи и овлашћења и снажном зависношћу у доношењу одлука од надређених ауторитета, који су често изван самог система. Реформа система здравствене заштите, која подразумева децентрализацију и флексибилност менаџмента, већу аутономију за даваоце здравствених услуга и увођење активне приватизације, захтева едуковане менаџере, који ће бити далеко софистицираније, него што је то био случај приликом руковођења хијерархијским административним системом у претходном периоду.

У систему менаџмента у процесу реформе изузетно је важно, да се не понављају грешке прављене у току реформи у земљама Централне и Источне Европе. Оне су се најчешће односиле на занемаривање потребе за квалификованим и ефикасним управљањем и ангажовање иностраних експерата, који често немају довољно искустава и знања о локалним окружењима, социјално-економским и политичким системима те земље. Позитиван ефекат овог приступа био је успостављање партнерства са високоразвијеним земљама, у смислу дугорочне подршке у програмима едукације за менаџмент и организациони развој.

7.2.1. СТРАТЕШКА ОПРЕДЕЉЕЊА

Основни циљ унапређења менаџмента у систему здравствене заштите је увођење савременог системског и институционалног менаџмента, заснованог на менаџменту према циљевима и менаџменту тоталног квалитета.

Менаџмент према циљевима је процес, у току кога се на свим нивоима идентификују општи циљеви, дефинишу одговорности за достизање очекиваних резултата и критеријуми, на основу којих се прати и процењује појединачни допринос у достизању циљева.

Менаџмент тоталним квалитетом је принцип пословања, који као основне карактеристике има ефективност, ефикасност и исправно реаговање на потребе заинтересованих учесника у систему.

Специфични циљеви односе се на успостављање и јасно дефинисање овлашћења и задатака менаџерских структура на различитим организационим нивоима. Светска здравствена организација препоручила је три основна нивоа:

- Менаџмент на националном нивоу - јавно-здравствена политика, која подразумева постављање циљева и установљавање приоритета, усвајање политике (формулисање законских основа) и имплементацију политике;
- Менаџмент на институционалном нивоу - менаџмент здравственим установама и менаџмент здравственим осигурањем;
- Менаџмент на индивидуалном нивоу - менаџмент људским ресурсима (кадровима) у систему здравствене заштите.

За сваки од дефинисаних нивоа предвиђа се низ мера и активности:

1. Активности на националном нивоу:
   - Редефинисање улоге државе и Министарства здравља,
   - Обезбеђивање процеса децентрализације на свим нивоима;
   - Регулисање процеса приватизације;
   - Одрживо финансирање система здравствене заштите;
   - Увођење савременог менаџмента на институционалном нивоу,
   - Развој здравственог информационог система, као подршке процесима одлучивања;
   - Едукација менаџера у систему здравствене заштите.

2. Активности на институционалном нивоу (здравствене установе):
   - Менаџмент према циљевима. Дефинисање обавеза и одговорности, као и критеријума за мерење и евалуацију достигнутих резултата руководилаца и запослених у складу са принципима менаџмента према циљевима;
   - Менаџмент тоталним квалитетом. На основу принципа менаџмента тоталним квалитетом извршити трансформацију организационог процеса тако, да он буде потпуно усмерен на корисника и његову сатисфакцију, да се потстиче стално унапређење организационог процеса, да се запослени награђују и мотивишу на основу квалитета и продуктивности њиховог рада, да се подржава децентрализација у доношењу одлука и системски приступ руковођењу организационим променама;
   - Менаџмент променом. Обезбеђивање ефикасног функционисања установе у условима реформских процеса увођењем менаџмента променом, који обухвата темељно планирање, потпуну комуникацију, убеђивање запослених у вредности и корист предложене промене, укључивање запослених када код је то могуће и праћење извођења промена.

3. Менаџмент на институционалном нивоу (здравствено осигурање):

- Успостављање политичке независности здравственог осигурања;
- Децентрализација структуре овлашћења и одговорности;
- Развој информационог система здравственог осигурања;
- Едукација менаџера и особља здравственог осигурања;
- Примена менаџмента променом - пројектом.

4. Едукација менаџера за нови систем здравствене заштите према препорукама EHMA (European Health Management Association):

- Иницијална и хитна едукација;
- Средњерочни пројекат едукације;
- Дугорочни пројекат едукације;
- Развој менаџерских вештина на радном месту (израда стратешког плана здравствених установа, израда бизнис/пословног/оперативног плана здравствене установе, праћење функционисања установе, праћење перформанси рада запослених и вештине мотивисања);
- Примена менаџмента заснованог на доказима у здравственим установама (комплетно едуковани менаџери).

7.2.2. АКТИВНОСТИ НА РЕАЛИЗАЦИЈИ СТРАТЕШКИХ ОПРЕДЕЉЕЊА

У оквиру едукације менаџера за нови систем здравствене заштите организовани су следећи курсеви:

1. Семинар: **"Како бити добар менаџер у здравственим установама"**, у организацији Факултета организационих наука. Семинар је одржан у току јануара и маја 2002. године, за директоре и руководиоце у здравственим установама. Било је 140 полазника.

2. Семинар: **"Унапређење менаџмента у здравственим установама"**, у организацији невладине организације Handicap International, а под покровитељством Министарства здравља. Семинар је одржан у току децембра 2002. године, за директоре и начелнике одељења у општим боницама и рехабилитационим центрима. Било је 70 полазника.

8. НОВА УЛОГА МИНИСТАРСТВА ЗДРАВЉА У РЕФОРМИ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Јачање капацитета Министарства здравља за реформу система здравствене заштите подразумева пре свега дефинисање његове управљачке улоге са децентрализацијом процеса одлучивања и промењену организациону структуру која би требало да подржи његову нову улогу у реформи здравства.

Преиспитивање улоге Министарства здравља је посебно важно у условима јаке државе у скоро свим аспектима система здравствене заштите и односи се на промену структуре одговорности међу кључним актерима у управљању системом. Држава има улогу медијатора између популације, корисника здравствених услуга, даваоца услуга, оних који генеришу средства и других друштвених сектора. У процесу реформе система здравствене заштите, улога Министарства здравља се се односи како на прихватање промена у здравственој политици, тако и на имплементацију тих промена, нарочито оних које се односе на:

- Децентрализацију;
- Регулативу;
- Приватизацију;
- Финансирање система здравствене заштите.

Децентрализација је један од суштинских елемената реформе система здравствене заштите земаља у транзицији од централизовано планских ка тржишним економијама. Она се доживљава као начин за побољшања у обезбеђивању здравствених услуга становништву, бољу алокацију ресурса према потребама, укључивање локалне заједнице у доношење одлука о приоритетима и смањивање неједнакости у здрављу. Развој информационих и комуникационих технологија помаже у побољшању техничке изводљивости децентрализације.

Ипак, искуства многих земаља последњих година показују да постоје неке области које се не могу децентрализовати, као што су:

- Основни оквир здравствене политике;
- Стратешке одлуке о развоју ресурса у здравству;
- Регулатива која се односи на здравствену сигурност становништва;
- Праћење, процена и анализа здравља и обезбеђивања здравствене заштите становништву.

Улога министарства здравља, као продужене руке државе је да обезбеди функционисање система здравствене заштите доношењем системских закона и потребних подзаконских аката. Затим би требало да обезбеди тржишно оријентисане моделе пружања здравствених услуга, при чему би регулаторне мере требало да буду флексибилне и да, путем закона, уважавају вишеструке регионалне, демографске и друге разлике. Одговорности министарства здравља су:

- Национално планирање и супервизија регионалних планова;
- Подстицаји за обезбеђивање здравствене заштите вулнерабилним популационим групама;
- Прикупљање података о здравственом стању становништва и функционисању система здравствене заштите;

- Брига за програме сталног унапређења квалитета у здравству - менаџмент свеукупним квалитетом.

8.1. СТРАТЕШКА ОПРЕДЕЉЕЊА

Будућност министарства здравља као представника државе јесте ослобађање од оперативних одговорности и усмеравање на здравствену политику што обухвата:

- Подстицање активности да процес финансирања буде повезан са потребама здравствене службе;
- Рад са партнерима на развоју пројеката намењених здравственом сектору;
- Обезебеђивање информација о квалитету, ефикасности, приоритетима и протоколима на нациоанлном нивоу.

Када се ради о приватном сектору здравства, улога министарства здравља се односи на:

- Контролу величине приватног сектора;
- Регистрацију и праћење тог сектора;
- Контролу скупих здравствених технологија;
- Уговарање услуга које ће се финансирати из јавних фондова и имати одговарајући стандард квалитета.

8.2. АКТИВНОСТИ НА РЕАЛИЗАЦИЈИ СТРАТЕШКИХ ОПРЕДЕЉЕЊА

Европска агенција за реконструкцију је августа 2002. године извршила **Процену капацитета Министарства здравља** са циљем да установе улогу и циљеве три главна актера у систему здравствене заштите (Министартсва здравља, Републичког завода за здравствено осигурање и Института за заштиту здравља "Батут"), да предложи могуће структуралне промене министарства и потребну обуку кадрова запослених у Министарству као подршку реформским иницијативама. Резултати ове процене показују да је потребно уложити значајне напоре у релативно кратком времену како би се Министрарство здравља оспособило за суочавање са реформом система здравствене заштите и са будућим изазовима, као што је децентрализација. Ново предложена организациона структура Министарства здравља би се могла реализовати у периоду од две године. Развој институција и побољшање перформанси на централном нивоу ће опет захтевати дугорочнију стратегију изградње капацитета, ако се жели увођење промена и њихова институционализација.

Овај пројекат је представљао увод за двогодишњи пројекат Европске агенције за реконструкцију (2003.-2004.) који се односи на "**Јачање капацитета Министарства здравља**" и подразумева техничку помоћ у институционализацији нових функција министарства које би представљале подршку реформи система здравствене заштите.

Савет за државну управу и Фонд за подизање капацитета Програма за развој Уједињених Нација (UNDP) су током октобра и новембра направили **Функционалну анализу Министарства здравља Репблике Србије**. На основу ове анализе су предложене организазционе промене у Министарству и одговарајућа законодавна регулатива.

Пројекат **Здравства у Србији** Светске банке у оквиру треће компоненте – **Здравствена политика и менаџмент** предвиђа: "Ефикасан менаџмент, коришћење ресурса и ефикасно пружање здравствених услуга путем побољшаног квалитета здравствених услуга и јасно организовано Министарство здравља, Републички завод за здравствено осигурање и Институт за заштиту здравља Србије, пособних да обављају своје задатке на ефиаксан начин". Трећа подкомпонента се односи на **Развој капацитета Министарства здравља за анализу и доношење одлука** и обухвата:

- Разграничавање улога кључних актера у систему здравствене заштите и побољшање њихових извршења;
- Изградњу капацитета за анализу и доношење одлука што ће побољшти способност Министарства здравља да користи податке за планирање и евалуацију.

Четврта подкомпонента се односи на **Комуникацију** и обухвата истраживања прихватања реформи у популацији и могућности њене имплементације. Особље Министарства здравља и стручњака који раде са јавношћу ће бити обучено у комуникационим вештинама и развоју комуникационих стратегија за социјални маркетинг реформи система здравствене заштите.

Децентрализација управљачке улоге Министарства здравља започиње са оснивањем **Окружних савета за здравље.** Ови савети ће у складу са целокупном стратегијом здравља:

- Формулисати здравствене политике,планове и услуге на локалном нивоу:
- Успостављати локалне приоритета у контенксту националних које је поставило Министарство здравља;
- Уводити промене у спектру или рангу здравствених услуга;
- Учествовати у избору менаџера здравствених установа.

Окружни савети за здравље имају посебну одговорност да обезбеде учешће грађана у процесу доношења одлука о њиховом здрављу и пружању здравствених услуга.

Када је у питању **законодавна регулатива** Министарства здравља, очекује се доношење неколико важних закона током 2003. године:

- Закон о лековима и медицинским средствима;
- Закон о коморама здравствених радника;
- Закон о лечењу неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења;
- Закон о узимању и пресађивању делова људског тела;
- Измена и допуна Закона о здравственој заштити;
- Измена и допуна Закона о здравственом осигурању.

За наредну годину (2004.) је предвиђено доношење два системска закона:

- Закон о здравственој заштити;
- Закон о здравственом осигурању.

Прилог 1:

Акциони план реформе система здравствене заштите

ДЕТЕРМИНАНТЕ ЗДРАВЉА - **Циљ 2 Здравствене политике Србије:** *Обезбеђење и унапређење правичног и једнаког приступа здравственој заштити за све грађане Србије и унапређење здравствене заштите угрожених популација*	**СТРАТЕГИЈЕ, ПРОЈЕКТИ И ПРОГРАМИ**	**НОСИЛАЦ ЗАДАТКА**	**РОК** до 2015. године
1.Социјално-економски развој	Полазни оквири Стратегије за смањивање сиромаштва у Републици Србији Национална стратегија за решавање питања избеглих, програних и расељених лица Предлог Стратегије за интеграцију и давање нових овлашћења Ромима у Републици Србији	Влада Републике Србије	У припреми, 2003.-2006.
2. Животни стилови и здравље: - пушење	Кампања против пушења "Угасите цигарету - продужите живот"	Влада Републике Србије	2003.
- алкохол	Национални програм за превенцију и сузбијање пушења	Влада Републике Србије	У припреми, 2003.-2007.
- психоактивне супстанце	Национални програм за превенцију болести зависности међу омладином	Влада Републике Србије, Комисија за превенцију болести зависности међу омладином	У припреми
	Пројекат "Смањење ризика везаних за употребу дрога"	Влада СРЈ	
- неправилна исхрана	Програм превенције поремећаја јода са Планом акције за елиминацију поремећаја насталих услед недовољног уноса јода		2002.-2005.
- физичка неактивност	Национална кампања "Твој живот у твојим рукама"	Институт за заштиту здравља Србије - "Др Милан Јовановић-Батут"	У току
- ризично сексуално понашање			
3. Животна средина и здравље	Закон о безбедности хране Стратегија за безбедну храну у Србији	Министарство здравља и Министарство за пољопривреду	У припреми У припреми

ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ СТАНОВНИШТВА – **Циљ 1 Здравствене политике Србије:** *Очување и унапређење здравственог стања становништва Србије и јачање здравственог потенцијала нације*	**СТРАТЕГИЈЕ, ПРОЈЕКТИ И ПРОГРАМИ**	**НОСИЛАЦ ЗАДАТКА**	**РОК до 2015. године**
1. Болести срца и крвних судова	Програм превенције кардиоваскуалрних болести Програм за акутни коронарни синдром Национални водич клиничке праксе -кардиоваскуларне болести	Светник министра за КВО Саветник министра за акутни коронарни синдром Европска агенција за реконструкцију	У припреми У припреми Примена у току
2. Малигни тумори	Програм за превенцију и рано откривање рака грлића материце. Програм за превенцију и рано откривање рака дебелог црева Програм за откривање хередитарних тумора Национални водич клиничке праксе - малигне болести	Саветник министра за превенцију и рано откривање грлића материцеа Саветник министра за превенцију и рано откривање рака дебелог црева Саветник министра за откривање хередитарних тумора Европска агенција за реконструкцију	У припреми У припреми Примена у току
3. Болести система за дисање	Глобална иницијатива за хроничну опструктивну болест плућа и Глобална стратегија за дијагностиковање, лечење и превенцију хроничне опструктивне болести плућа Национални водич клиничке праксе - астма у дечјем узрасту	Удружење пулмолога Србије и Министарство здравља Европска агенција за реконструкцију	Примена у току Примена у току
4. Болести жлезда са унутрашњим лучењем, исхране и метаболизма	Национални водич клиничке праксе - шећерна болест	Европска агенција за реконструкцију	Примена у току
5. Душевни поремећаји и поремећаји понашања	Национални програм за ментално здравље Пројекат "Јачање менталног здравља у заједници"	Министарство здравља, Национална комисија за ментално здравље Пакт за стабилност југоисточне Европе	У припреми Примена у току
6. Заразне болести	Национални програм за превенцију и лечење туберкулозе Превентивна стратегија за борбу против сиде	Министарство здравља, Национална комисија за туберкулозу Влада Републике Србије, Комисија за борбу против сиде	У припреми У припреми
7. Укупно оптерећење болешћу	Студија оптерећења друштва болешћу	Европска агенција за реконструкцију	Септембар 2002. - јуни 2005.

ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ ПОПУЛАЦИОНИХ ГРУПА	СТРАТЕГИЈЕ, ПРОЈЕКТИ И ПРОГРАМИ	НОСИЛАЦ ЗАДАТКА	РОК до 2015. године
1. Здравствено стање деце и адолесцената	Национални план акције за децу	Влада Републике Србије, Савет за права детета	У припреми
	Национални програм за децу и омладину	Саветник министра за здравствену заштиту деце и омладине	У припреми
	Програм раног развоја детета: - Пројекат "Јачање служби за здравствену заштиту мајке и детета" - Пројекат "Интегрисани рани развој" - Пројекат "Исхрана" - Програм "Здравље, развој и учешће младих" - Пројекат "Развој омладинске политике" - Пројекат "ХИВ/сида (здравље младих)" - Пројекат "Окружење по мери младих људи" - Пројекат "Репродуктивно здравље адолесцената"	Саветодавна комисија за здравствену заштиту деце и омладине УНИЦЕФ, СЗО и УНПФА у сарадњи са установама за здравствену заштиту деце и омладине и Институтом за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут"	2002.-2004.
2. Здравствено стање одраслих	Пројекат "Превенција карцинома грлића материце у Браничевском округу"	Министарство здравља	У току
	Едукативни пројекат за карцином грлића материце	Саветник министра за превенцију и рано откривање карцинома грлића материце	У току
	Пројекат "Промоција скрининга за карцином грлића материце у Југославији"	Експертски тим за превенцију и рано откривање карцинома грлића материце Европски конзорцијум за карцином грлића материце Фондација Alliance for Cervical Cancer Prevention	У току
	Пројекат "Насиље над женама у Србији"	Министарство здравља	2003.
	Светски извештај "Насиље и здравље"	Министарство здравља	2002.
	Предлог Националне стратегије безбедности и заштите здравља на раду	Министарство за рад и запошљавање Савет за заштиту на раду	2002.-2003.
3. Здравствено стање старих	Предлог Стратегије заштите старих "Окружење за старе по њиховој мери"	Министарство за социјална питања Радна група за заштиту старих	2002.-2003.
	Пилот пројекат "Програм подршке реформи политике социјалне заштите старих у Србији", Крагујевац и Нови Сад	Министарство за социјална питања Cooperazione Italiana UNOPS Proggeto Sviluppo	2001.-2005.

ФИНАНСИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ **Циљ:** *Обезбеђење одрживог финансирања здравствене службе и универзалног приступа неопходним услугама, увођењем основног пакета здравствених услуга и ефикасних механизама за расподелу средстава и плаћање давалаца здравствених услуга*	**СТРАТЕГИЈЕ, ПРОЈЕКТИ И ПРОГРАМИ**	**НОСИЛАЦ ЗАДАТКА**	**РОК** до 2015. године
1. Финансирање система здравствене заштите - Модели плаћања надокнада даваоцима услуга за њихов рад - Механизми уговарања између посредника у пружању услуга и давалаца услуга	Компонента Пројекта за сектор здравства - "Финансирање система здравствене заштите, развој здравствене политике и менаџмент", са подкомпонентатама: - Основни пакет здравствене заштите и смањење трошкова - Финансирање јавно-здравствених служби	Министарство здравља Комисија за финасирање здравствене заштите и здравствено осигурање Републички завод за здравствено осигурање	2003.-2008.
2. Транспарентност финансијских трошкова у систему здравствене заштите	Пројекат: "Национални здравствени рачун у Србији"	Министарство здравља Министарство за економске односе са иностранством Министарство финансија Одељење за међународни развој Велике Британије (DIFID)	2003.
3. Информациони систем здравственог осигурања	Идејни пројекат Информационог система Републичког завода за здравствено осигурање: евалуација постојећих решења	Комисија за финансирање здравствене заштите и здравствено осигурање Републички завод за здравствено осигурање	У припреми

ЈАВНО ЗДРАВЉЕ **Циљ 1 Здравствене политике Србије:** *Очување и унапређење здравственог стања становништва Србије и јачање здравственог потенцијала земље*	**СТРАТЕГИЈЕ, ПРОЈЕКТИ И ПРОГРАМИ**	**НОСИЛАЦ ЗАДАТКА**	**РОК** **до 2015. године**
Модерни концепт јавног здравља – **"ново јавно здравље"**	Национална стратегија у области јавног здравља	Министарство здравља Експертска група за јавно здравље	У току
- Промоција здравља као одговор на јавно-здравствене проблеме – креирање инфраструктуре која ће омогућити промоцију здравља	Пројекат "Унапређење способности за креирање, примену и процену приступа промоцији здравља, као одговор на јавно здравствене проблеме"	Канадска агенција за међународни развој (CIDA)	2003.-2008.
- Развијање партнерства у инфраструктури за промоцију здравља (државни и приватни сектор, невладине организације)	Пројекат "Развој јавног здравља у Србији"	Европска агенција за реконструкцију	2003.-2004.
- Подстицање здравствено-васпитног рада, као неопходне компоненте ангажмана сваког здравственог радника	Пројекат "Учешће невладиног сектора у одлучивању о здрављу путем помоћи у оснивању Удружења јавног здравља у Републици Србији"	Канадска агенција за међународни развој (CIDA)	2003.-2008.
- Стимулисање примене у пракси оних превентивних активности, за које постоје докази, да доводе до побољшања здравственог стања становништва и продужења животног века (здравтвена заштита заснована на доказима)	Пројекат "Превенција и контрола пушења међу младима"	Канадска агенција за међународни развој (CIDA)	2003.-2008.
- Кадровско, материјално, информатичко, менаџерско и друго оспособљавање јавно-здравствених институција и других институција од националног значаја за поједине области заштите здравља	Пројекат "Унапређење вештина за надзор над заразним и незаразним болестима"	Канадска агенција за међународни развој (CIDA)	2003.-2008.
	Пројекат "Побољшање способности институција да планирају и учествују у активностима заштите животне средине"	Канадска агенција за међународни развој (CIDA)	2003.2008.
- Учешће у програмима и пројектима јавног здравља, који се спроводе у земљама Европске Уније	ТЕМПУС пројекат за континуирану едукацију стручњака из јавног здравља	Група европских и домаћих универзитетских и јавно-здравствених установа	У припреми

СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ПО НИВОИМА **Циљ 5 Здравствене политике Србије:** *Побољшање функционисања, ефикасности и квалитета система здравствене заштите, уз дефинисање посебних националних програма у области кадрова, мреже институција, технологије и медицинског снабдевања*	**СТРАТЕГИЈЕ, ПРОЈЕКТИ И ПРОГРАМИ**	**НОСИЛАЦ ЗАДАТКА**	**РОК** **до 2015. године**
1. Примарна здравствена заштита - заштита, коју пружају лекари опште праксе и педијатри (укључујући антенаталну заштиту, имунизацију, превентивне програме у здравственој заштити деце) - стоматолошка заштита - одређене услуге специјалистичке ванболничке здравствена заштита у области гинекологије и психијатрије - медицина рада	Пилот пројекат "Пакет основних здравствених услуга у Дому здравља Краљево" Развојни програм за породичну медицину у региону Балкана Анализа постојећег стања и дефинисање места медицине рада интресекторски у односу на Министарство за рад, структуре и мреже установа, делатности и задатака медицине рада	Министарство здравља Међународни комитет Црвеног Крста Институт за заштиту здравља Србије "Батут" Републички завод за здравствено осигурање Канадска агенција за међународни развој (CIDA) Министарство здравља Министарство за рад	2001.-2003. 2003.-2008. У припреми

2. Секундарна и терцијарна здравствена заштита преструктуирање болничких капацитета према потребама становништва и материјалним могућностима друштва - секундарна болничка и ванболничка заштита у областима: хирургије, интерне медицине, гинекологије и акушерства, педијатрије и психијатрије, уз услуге радиологије, лабораторијске дијагностике и анастезиологије, пружање се у општој болници - високоспецијализована болничка и ванболничка заштита у оквиру свих специјалности обезбеђиваће се на трећем нивоу	Компонента Пројекта за сектор здравства - "Реструктуирање здравственог система" са поткомпонентама: Прирема главног плана Реструктурање здравствене службе у Краљеву Интеграција система јавног здравља у реструктуирање здравствене службе Краљева Реструктуирање здравствене службе у окрузима Зрењанин, Ваљево и Врање Пројекат "Реструктуирање окружних болница" Пројекат реструктуирања клиничких центара са анализом стања Стратегија здравствене неге у Србији	Министарство здравља Европска агенција за реконструкцију Европска агенција за реконструкцију Министарство здравља Саветник министра за здравствену негу Радна група за унапређење здравствене неге	2003.-2008. 2002.-2003. 2002.-2003 У припреми
3. Стоматолошка здравствена заштита - програм превентивне стоматолошке заштите: рана дијагностика и санација обољења уста и зуба деце предшколског и школског узраста, ортодонстки третман и протетско збрињавање деце - ургентна стоматолошка заштита - стандардна стоматолошка заштита старијих од 65 година, до протеског збрињавања - хируршко лечење бенигних и малигних тумора орофацијалне регије	Национални програм превентивне стоматолошке заштите Пакет основних услуга из области стоматологије	Министарство здравља Национална експертска група за стоматологију	У припреми

4. Фармацеутска здравствена заштита - формулисање националне политике лекова	Национална политика лекова	Министарство здравља Комисија за здравствено осигурање и финансирање здравствене заштите	У припреми
- развој фармацеутског информационог система	Пројекат фармацеутског информационог система	Министарство здравља	
	Пројекат информационог система Апотекарске установе Београд	Влада Норвешке	2003.
- унапређење процеса снабдевања лековима	Пројекат "Набавка есенцијалних лекова"	Европска агенција за реконструкцију	У току
- побољшање праксе у прописивању лекова	Протоколи за прописивање лекова и образовање пацијената у овој области	Европска агенција за реконструкцију	У току
- унапређење правне регулативе у фармацеутском сектору	Предлог закона о лековима и медицинским средствима	Министарство здравља	У току

РАЗВОЈ ЗДРАВСТВЕНОГ ИНФОРМАЦИОНОГ СИСТЕМА И МЕНАЏМЕНТ СИСТЕМОМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ	СТРАТЕГИЈЕ, ПРОЈЕКТИ И ПРОГРАМИ	НОСИЛАЦ ЗАДАТКА	РОК до 2015. године
1. Развој здравственог информационог система	Идентификациони документ Пројекта здравственог информационог система (ЗИС)	Министарство здравља Комисија за информациони систем Саветник министра за развој ЗИС	2002.-2003.
1.1. Стварање претпоставки за информатизацију система здравствене заштите: - дефинисање стандарда на националном нивоу, везаних за податке и њихов пренос, за пројектовање информационих система и њихову компатибилност - оријентација ка електронској медицинској документацији - формирање електронске мреже система здравствене заштите - омогућавање приступа информацијама о здравственим услугама и процедурама, о здрављу, болести и најбољим третманима појединих обољења или стања	Опис послова и задатака за техничку помоћ у реализацији циљева дефинисаних у идентификационом документу: - Субкомпонента 1: Израда главног плана ЗИС - Субкомпонента 2: План за усвајање информационих и комуникационих стандарда у ЗИС - Субкомпонента 3: Успостављање мета базе података ЗИС	Комисија за информациони систем	2003.
1.2. Развој националног здравственог информационог система	Пројекат "Процена здравствене службе у Србији"	Министарство здравља Европска агенција за реконструкцију	2003.
1.3. Обезбеђивање познатог и сталног извора финансирања националног здравственог информационог система	Финансијски план за Идентификациони документ ЗИС	Министарство здравља	2003.
1.4. Усвајање неопходних законских решења		Влада Републике Србије Министарство здравља	2003.

1.5. Установљавање организационо-управљачког оквира националног здравственог информационог система 1.6. Омогућавање приступа систему и коришћења ресурса информационог система (идентификација корисника и дефинисање права приступа) 1.7. Јединствена идентификација корисника и давалаца услуга у систему здравствене заштите			
2. Унапређење менаџмента у систему здравствене заштите: 2.1. Менаџмент на националном нивоу: редефинисање улоге државе и министарства здравља 2.2. Менаџмент на институционалном нивоу: - менаџмент према циљевима - менаџмент тоталним квалитетом - менаџмент променом 2.3.Менаџмент на институционалном нивоу – здравствено осигурање 2.4. Едукација менаџера за нови систем здравствене заштите	Увођење едукације менаџера за нови систем здравствене заштите, према препорукама EXMA (European Health Management Association)	Министарство здравља	2002.-2003.

РАЗВОЈ КАДРОВА У ЗДРАВСТВУ Циљ 7 Здравствене политике Србије: *Унапређење кадровске базе здравствене заштите (људских ресурса за здравље)*	СТРАТЕГИЈЕ, ПРОЈЕКТИ И ПРОГРАМИ	НОСИЛАЦ ЗАДАТКА	РОК до 2015. године
1. Формулисање националне политике планирања кадрова у здравству	Национални програм планирања кадрова у здравству	Министарство здравља	У припреми
2. Професионална тела за лиценцирање здравствених радника	Оснивање Агенције за лиценцирање здравствених радника Компонента Пројекта за сектор здравства - "Здравствена политика и менаџмент", подкомпонента: - Увођење система за лиценцирање здравствених радника	Министраство здравља Министарство здравља	У припреми 2003.-2008.
3. Акредитација здравствених установа	Оснивање Агенције за акредитацију здравствених установа Компонента Пројекта за сектор здравства - "Здравствена политика и менаџмент", подкомпонента: - Увођење система за акредитацију здравствених установа	Министарство здравља Министарство здравља	У припреми 2003.-2008.

ЈАЧАЊЕ КАПАЦИТЕТА МИНИСТАРСТВА ЗДРАВЉА ЗА РЕФОРМУ СИСТЕМА	СТРАТЕГИЈЕ, ПРОЈЕКТИ И ПРОГРАМИ	НОСИЛАЦ ЗАДАТКА	РОК до 2015. године
1. Ослобађање од оперативних одговорности и усмеравање на здравствену политику:	Пројекат "Јачање капацитета Министарства здравља"	Европска агенција за реконструкцију	2004.
- потстицање повезивања процеса финансирања са потребама здравствене службе	Компонента пројекта Здравство у Србији "Здравствена политика и менаџмент", поткомпоненте: - "Развој капацитета Министраства здравља за анализу и доношење одлука" - "Комуникације"	Министарство здравља	2003.-2008.
- рад са партнерима на развоју пројеката намењених здравственом сектору			
- обезбеђивање информација о квалитету, ефикасности, приоритетима и протоколима на националном нивоу	Оснивање Окружних савета за здравље	Министарство здравља	2003.
	Законска регулатива:	Министарство здравља	
2. Приватни сектор здравства:	- Закон о здравственој заштити		2004.
	- Закон о здравственом осигурању		2004.
	- Закон о лековима и медицинским средствима		2003.
- контрола величине приватног сектора	- Закон о коморама здравствених радника		2003.
	- Закон о лечењу неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења		2003.
- регистрација и праћење тог сектора	- Закон о узимању и пресађивању делова људског тела		2003.
- контрола скупих здравствених технологија			
- уговарање услуга које ће се финансирати из јавних фондова			

Прилог 2:

Савети, комисије и експертске групе Владе Републике Србије и Министарства здравља

Савет за здравство Владе Републике Србије (6.12.2001.)

Проф. др Жарко Кораћ, потпредседник Владе Републике Србије - председник
Др Гордана Матковић, министар за социјална питања
Мр Божидар Ђелић, министар за финансије и економију
Проф. др Гашо Кнежевић, министар за просвету
Драган Миловановић, министар за рад и запошљавање
Проф. др Драган Домазет, министар за науку, технологију и развој
Проф. др Томица Милосављевић, министар здравља
Проф. др Владимир Костић, декан Медицинског факултета у Београду
Проф. др Милан Вишњић, декан Медицинског факултета у Нишу
Проф. др Стеван Поповић, декан Медицинског факултета у Новом Саду
Др Мијат Савић, директор Републичког завода за здравствено осигурање
Проф. др Вељко Ђукић, директор Клиничког центра Србије
Др Душан Божић, покрајински секретар за рад, запошљавање и социјалну политику АП Војводине
Проф. др Војислав Лековић, декан Стоматолошког факултета у Београду

Савет за заштиту на раду Владе Републике Србије (3.06.2001.)

Горан Стојановић, помоћник министра за рад и запошљавање - председник
Проф. др Љубиша Папић, помоћник министра за науку, технологију и развој
Милинка Јеремић - члан Већа и секретар Комисије за заштиту на раду
Видоје Шћеповић, асоцијација слободних и независних синдиката
Драгослав Петровић, Унија послодаваца Србије, Унија послодаваца Југославије
Бранислав Гаврић, ХИП "Петрохемија", Панчево
Прим. др Богољуб Перуничић, Институт за медицину рада и радиолошку заштиту, Београд
Др сци. мед. Срмена Крстев, Институт за медицину рада и радиолошку заштиту, Београд
Др Драган Цветковић, Факултет заштите на раду, Ниш
Др Мирослава Ивањац, Факултет заштите на раду, Ниш
Др Драган Стојановић, Савез заштите на раду Југославије
Др Светлана Мајсторовић, Савез заштите на раду Југославије

Комисија за превенцију болести зависности међу омладином Владе Републике Србије (22.03.2002.)

Жарко Михаиловић, Министарство просвете и спорта
Др Иван Димитријевић, Институт за неуропсихијатријске болести "Др Лаза Лазаревић"
Др Весна Фридман, Завод за болести зависности
Др Зоран Маричић, Министарство здравља
Јелена Влајковић, Београдски универзитет
Звонко Поповић, компанија "Артер"
Горан Драшковић, Министарство унутрашњих послова
Зоран Стајић, Министарство унутрашњих послова

Проф. др Весна Бјеговић, Институт за социјалну медицину Медицинског факултета Универзитета у Београду
Др Влада Шубаревић, Институт за имунологију и вирусологију "Торлак"
Лазар Антонић, Министарство финансија и економије

Комисија за борбу против СИДЕ Владе Републике Србије (22.03.2002.)

Др Гордана Матковић, Министарство за социјална питања
Др Зоран Маричић, Министарство здравља
Мр Жељко Попов, Министарство просвете и спорта
Др Миро Чаваљуга, Министарство за социјална питања
Миле Новаковић, Министарство унутрашњих послова
Снежана Лукић, Министарство правде и локалне самоуправе
Проф. др Славенка Јанковић, Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут"
Др Ђорђе Јевтовић, Институт за инфективне болести Клиничког центра Србије
Др Мира Ковачевић, Завод за болести зависности
Др Александар Дујић, Извршни одбор Скупштине града Београда
Проф. др Викторија Цуцић, Југословенска асоцијација за борбу против СИДЕ
Др Предраг Стојичић, Омладина југословенске асоцијације за борбу против СИДЕ
Дарко Ћебић, Невладина организација ХИВ/АИДС
Александра Христић, Невладина организација АЛЕКСО
Војислав Ђупурдија, Црвени крст Србије

Радна група за заштиту старих лица (Министарство за социјална питања, 6.02.2002)

Проф. др Викторија Цуцић, Институт за социјалну медицину Медицинског факултета у Београду - председник комисије
Ас. др Бојана Матејић, Институт за социјалну медицину Медицинског факултета у Београду - секретар комисије
Прим. др Предраг Јелача, Градски завод за заштиту здравља, Београд
Проф. др Момир Јањић, пензионер Медицинског факултета у Београду
Проф. др Младен Давидовић, Клиничко-болнички центар "Звездара", Београд
Др сци. Мирјана Рашевић, Институт за демографска истраживања, Београд
Др Горан Шево, Градски завод за кућну негу и лечење, Београд
Драган Вулевић, Министарство за социјална питања
Марија Вујошевић, Геронтолошки центар, Нови Сад

Савет за права детета Владе Републике Србије (16.05.2002)

Професор др Жарко Корач, потпредседник Владе Републике Србије - председник
Милентије Тадић, Министарство унутрашњих послова
Мр Желимир Попов, Министарство просвете и спорта
Др Нада Корач, Учитељски факултет у Београду

Проф. др Иван Ивић, Филозофски факултет у Београду
Др Марија Драшкић, Правни факултет у Београду
Др Смиљка Томановић, Филозофски факултет у Београду
Проф. др Вероника Ишпановић, Институт за ментално здравље, Београд
Др Михајло Арандаренко, Институт Г17
Проф. др Снежана Симић, Медицински факултет у Београду
Драгица Влаовић-Васиљевић, Министарство за социјална питања
Др Мирјана Рашевић, Институт друштвених наука, Београд
Др Ивана Симовић-Хибер, Министарство за науку, технологију и развој
Др Ивана Мишић, Министарство здравља

Национални комитет пројекта: "Оптерећење друштва болешћу" (11.10.2002.)

Донателa Линари, Европска агенција за реконструкцију - председник
Проф. др Снежана Симић, Министарство здравља
Др Иван Јовановић, Министарство здравља
Др Иванка Гајић, Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут"
Проф. др Вера Грујић, Институт за заштиту здравља, Нови Сад
Доц. др Бранислав Петровић, Завод за заштиту здравља, Ниш
Доц. др Часлав Милић, Завод за заштиту здравља, Крагујевац

Републички координациони одбор пројекта "Национални здравствени рачун" (16.12.2002.)

Проф. Божидар Раичевић, Економски институт у Београду - председник
Рајко Косановић, Председник управног одбора Републичког завода за здравствено осигурање - заменик председника
Ида Ковач, Републички завод за статистику - секретар
Проф. др Снежана Симић, Министарство здравља
Доц. др Василије Антић, Министарство здравља
Проф. Јелена Маринковић-Ерић, Институт за медицинску статистику и информатику Медицинског факултета Универзитета у Београду
Славко Капуран, Републички завод за статистику
Андра Милојић, Савезни завод за статистику
Снежана Пуача, Савезни завод за социјално осигурање
Жељко Бараћ, Републички завод за здравствено осигурање, Филијала за град Београд

САВЕТНИЦИ МИНИСТРА ЗДРАВЉА ЗА ОДРЕЂЕНЕ ОБЛАСТИ

Проф. др Небојша Лалић, саветник министра за рационалну дијагностику и лечење шећерне болести
Проф. др Зорана Васиљевић Покрајчић, саветник министра за акутни коронарни синдром
Доц. др Весна Кесић, саветник министра за превенцију и рано откривање рака грлића материце

Проф. др Зоран Кривокапић, саветник министра за превенцију и рано откривање рака дебелог црева
Проф. др Слободан Јанковић, саветник министра за рационалну потрошњу лекова у болницама
Проф. др Рудолф Папић, саветник министра за здравствену заштиту деце
Проф. др Светозар Дамјановић, саветник министра за хередитарне туморе
Доц. др Нада Сувајџић-Вуковић, саветник министра за ретке метаболичке болести
Проф. др Миодраг Остојић, саветник министра за превенцију болести срца и крвних судова
Проф. др Драган Вучовић, саветник министра за ургентну медицину
Виша медицинска сестра Драгица Булатовић, саветник министра за здравствену негу
Дипл. правник Маја Станковић-Иветић, заступник права пацијената у Министарству здравља Републике Србије
Ас. др Горан Милашиновић, саветник министра за пејсмејкере

ЕКСПЕРТСКЕ ГРУПЕ МИНИСТАРСТВА ЗДРАВЉА

Комисија за медицинску и клиничку биохемију (16.4.2002.)

Проф. др Славица Спасић, Фармацеутски факултет Универзитета у Београду - председник
Проф. др Весна Спасојевић, Фармацеутски факултет, Београд
Доц. др Виолета Допсај, Институт за медицинску биохемију Клиничког центра Србије
Др Марија Прерадов-Микић, Дом здравља, Нови Сад
Мр сци. мед. Драгана Беговић, Клиничко-болнички центар "Др Драгиша Мишовић", Београд
Дипл. фарм. Надица Костић, Здравствени центар, Крушевац
Дипл. фарм. Слађана Стојковић, Здравствени центар, Ужице
Дипл. фарм. Светлана Веселиновић, Здравствени центар, Шабац
Дипл. фарм. Љубица Затезало, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије, Нови Београд
Др Јадранка Митровић, Универзитетска дечија клиника, Београд
Др Драгица Шешовић, Дом здравља "Палилула", Београд

Комисија за здравствени информациони систем (19.04.2002. више није активна)

Проф. др Јелена Маринковић, Институт за медицинску статистику и информатику Медицинског факултета Универзитета у Београду - председник
Инг. Весна Урошевић, Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут" - заменик председника
Др Анка Шаулић, Градски завод за заштиту здравља - секретар
Проф. др Снежана Симић, Институт за социјалну медицину Медицинског факултета Универзитета у Београду
Др Зорица Атанацковић-Марковић, Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут"
Инг. Зоран Пурић, Републички завод за здравствено осигурање
Професор Владан Девецић, Факултет организационих наука

Инг. Никола Коцев, Институт за медицинску статистику и информатику Медицинског факултета Универзитета у Београду
Проф. Милан Милосављевић, Електротехнички факултет, Београд
Проф. др Весна Бјеговић, Институт за медицинску статистику и информатику Медицинског факултета Универзитета у Београду
Мр Љиљана Ђукић, Завод за фармацију
Др Жељко Павловић, Савезни завод за заштиту здравља

Комисија за хемодијализу (26.08.2002.)

Доц. др Драгомир Марисављевић, заменик министра Републике Србије
Др Зоран Маричић, помоћник министра здравља Републике Србије
Проф. др Владимир Оштрић, Клинички центар Србије
Доц. др Нада Димковић, Клиничко-болнички центар "Звездара", Београд
Проф. др Стева Пљеша, Клиничко-болнички центар, Земун
Др Марина Лазаревић, Клиничко-болнички центар, Крагујевац
Прим. др Момчило Вукомановић, Клинички центар, Ниш
Др Зоран Ковачевић, ВМА, Београд
Др Душан Божић, секретар за здравље АП Војводине

Комисија за здравствено осигурање и финансирање здравствене заштите (18.10.2002.)

Др Василије Антић, Министарство здравља Републике Србије
Зорица Павловић, Министарство здравља Републике Србије
Др Јасмина Грозданов, Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут"
Снежана Димитријевић, Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут"
Анђелија Јелача, Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут"
Др Милена Васић, Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут"
Даница Радосављевић, Републички завод за здравствено осигурање, Филијала за град Београд - помоћник директора
Рајко Косановић, Републички завод за здравствено осигурање, Филијала за град Београд - председник Управног одбора
Љиљана Стојановић, Клинички центар Србије

Комисија за реструктуирање здравствене службе (21.10.2002.)

Др Зоран Маричић, Министарство здравља Републике Србије
Проф. др Мирјана Мартинов-Цвејин, Институт за заштиту здравља, Нови Сад
Др Драгана Атанасијевић, Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут"
Др Весна Кораћ, Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут"
Др сци. мед. Милена Васић, Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут"
Др Александра Секулић, Дом здравља, Нови Београд

Др Роберта Марковић, Институт за заштиту здравља, Ниш
Др Драго Јелача, Градски завод за заштиту здравља, Београд
Др Анђелија Нешковић, Градски завод за заштиту здравља, Београд
Проф. др Часлав Милић, Институт за заштиту здравља, Крагујевац
Др Весна Пајевић, Скупштина општине, Крагујевац
Др Зоран Стојановић, Здравствени центар, Краљево
Рајко Косановић, Скупштина града Београда

Радна група за здравствену негу (2.10.2002.)

Драгица Булатовић саветник Министра за здравствену негу, Клинички центар Србије - председник
Ксенија Ковачевић, Виша медицинска школа, Београд
Наташа Перчић, Средња медицинска школа, Суботица
Верица Ђорлука, пензионер
Жана Алексић, пензионер
Миљана Гајовић, Здравствени центар, Краљево
Милијана Матијевић, Институт за неурологију, Београд
Татјана Симеоновић
Верица Сенчић, Дом здравља "Палилула", Београд
Верица Миловановић, ВМА, Београд
Драгица Стојановић, Здравствени центар, Смедерево

Комисија за медицинску технологију (26.10.2002.)

Проф. др Томица Милосављевић, министар здравља Републике Србије
Доц. др Драгомир Марисављевић, заменик министра здравља Републике Србије
Доц. др Драган Томић, Клинички центар Србије
Проф. др Зоран Ракочевић, Стоматолошки факултет, Београд
Проф. др Слободан Јанковић, Клиничко болнички центар, Крагујевац
Ас. др сци. мед. Горан Милашиновић, Клинички центар Србије
Проф. др Ђорђе Лалошевић, Клиничко-болнички центар "Др Драгиша Мишовић"
Прим. др Мијат Савић, директор Републичког завода за здравствено осигурање
Проф. Дејан Поповић, Електротехнички факултет Универзитета у Београду

Комисија за цитостатике и трансплатацију матичне ћелије хематопоезе (14.10.2002.)

Доц. др Драгомир Марисављевић, заменик министра здравља - председник комисије
Ас. др Василије Антић, помоћник министра здравља - заменик председника комисије
Доц. др Ненад Бородевић, Институт за радиологију и онкологију Србије
Др Душан Јовановић, Институт за онкологију, Сремска Каменица
Др Стојан Радић, Клиника за онкологију, Кнез Село
Проф. др Даринка Бошковић, Институт за хематологију, Клинички центар Србије
Др Наташа Милићевић, Клиничко-болнички центар "Бежанијска коса", Београд
Проф. др Стеван Поповић, Клиника за хематологију, Клинички центар, Нови Сад

Др Томислав Лукићевић, Клиника за хематологију, Клинички центар, Ниш
Проф. др Миломир Малешевић, Клиника за хематологију ВМА Београд

Комисија за ортопедију и имплантате (01.11.2002)

Др Милинковић, Институт "Бањица"
Др Зоран Благојевић, Институт "Бањица"
Др Марко Бумбаширевић, Клинички центар Србије
Др Митковић, Ниш
Др Костић, Краљево
Др Миловановић, Неготин
Др Бора Костић, Параћин
Др Ђурић, Суботица
Доц. др Ерцеган, Нови Сад

Саветодавна комисија за здравствену заштиту деце и омладине (26.11.2002.)

Проф. др Рудолф Папић, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије - председник комисије
Др сци. мед. Љубомир Стојанов, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије
Проф. др Радован Богдановић, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије
Др сци. мед. Катарина Седлецки, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије
Др Гордана Рајин, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије - секретар комисије
Проф. др Зоран Крстић, Универзитетска дечја клиника, Београд
Проф. др Недељко Радловић, Универзитетска дечја клиника, Београд
Доц. др Георгиос Константинидис, Институт за здравствену заштиту деце и омладине, Нови Сад
Др Љиљана Пејчић, Дечја клиника, Ниш
Мр сци.мед. др Љиљана Сокал-Јовановић, Градски завод за заштиту здравља, Београд
Др Бојана Вишњић, Дом здравља, Суботица
Др Нада Бачић, Дом здравља, Зрењанин
Др Зоран Недељковић, Дом здравља, Ужице
Др Мирко Срећковић, Дом здравља, Крагујевац
Др Томисалв Павловић, Дом здравља, Ниш
Др Зоран Роско, Дом здравља, Зајечар
Др Барјам Хасани, Дом здравља, Бујановац
Др Мехо Махмутовић, Дом здравља, Нови Пазар
Др Ненад Миљковић, Дом здравља, Лесковац

Национална група за кампању у борби против пушења

Др Снежана Симић, Министарство здравља - помоћник министра
Др Наташа Лазаревић-Петровић, Министарство здравља
Ана Вуксановић, Министарство здравља

Ранко Бјелановић, Министарство здравља
Др Ђорђе Стојљковић, Савезни завод за заштиту и унапређење здравља
Др Анђелка Целеговић, Институт за заштиту здравља Србије "Батут"
Др Петар Боровић, Савез Србије против пушења
Др Предраг Брзаковић, Друштво Србије за борбу против рака
Др Либија Димитријевић, Градски завод за заштиту здравља, Београд
Др Снежана Укропина, Институт за заштиту здравља, Нови Сад
Др Весна Андрејевић, Институт за заштиту здравља, Крагујевац
Ика Пешић, Институт за плућне болести и туберкулозу КЦ Србије
Др Ана Јовићевић-Бекић, Институт за онкологију и радиологију Србије
Др Дејана Вуковић, Институт за социјалну медицину Медицинског факултета Универзитета у Београду
Др Срмена Крстев, Институт за медицину рада и радиолошку заштиту КЦ Србије
Бранко Тувешић, YUSA farm
Милан Матковић, GalxoSmithKline
Др Мелита Вујновић, Светска здравствена организација, канцеларија Београд
Споменка Ћирић-Јанковић, Невладина организација "Корак по корак"
Др Зорица Плавшић, Градски завод за плућне болести и заштиту од туберкулозе, Београд

Комисија за трансфузиологију (11.12.2002.)

Градимир Богдановић, Институт за трансфузију крви Србије, Београд - председник комисије
Светлана Ракић, Завод за трансфузију крви, Нови Сад
Зоран Станојковић, Завод за трансфузију крви, Ниш
Градимир Димитријевић, Завод за трансфузију крви, Нови Сад
Чеда Гавранчић, Здравствени центар, Кикинда
Весна Самарџија, Клиничко-болнички центар, Земун
Лепосава Сикимић, Институт за ортопедско-хируршке болести "Бањица", Београд
Милутин Михајловић, Здравствени центар, Ваљево
Даринка Бошковић, Клинички центар Србије, Институт за хематологију
Мирољуб Тркуљић, ВМА, Београд
Снежана Драшковић, Институт за трансфузију крви, Београд
Јасмина Савић-Јоксимовић, Министарство здравља Републике Србије

Национална експертска група за јавно здравље (12.12.2002.)

Проф. др Викторија Цуцић, Институт за социјалну медицину, Медицински факултет Универзитета у Београду - председник комисије
Доц. др Љиљана Денић, Институт за епидемиологију, Медицински факултет Универзитета у Београду - заменик председника комисије
Др Верица Јовановић, Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут" - секретар комисије
Проф. др Иванка Гајић, Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић - Батут"
Проф. др Весна Бјеговић, Институт за социјалну медицину, Медицински факултет Универзитета у Београду

Проф. др Јелена Маринковић-Ерић, Институт за медицинску статистику и информатику, Медицински факултет Универзитета у Београду
Доц. др Татјана Пекмезовић, Институт за епидемиологију, Медицински факултет Универзитета у Београду
Проф. др Радојка Коцијанчић, Институт за хигијену и медицинску екологију, Медицински факултет Универзитета у Београду
Доц. др Нађа Васиљевић, Институт за хигијену и медицинску екологију, Медицински факултет Универзитета у Београду
Проф. др Милан Павловић, Институт за медицину рада и радиолошку заштиту "Др Драгомир Карајовић", Београд
Др Љиљана Сокал Јовановић, Градски завод за заштиту здравља, Београд
Др Зорица Димитријевић, Градски завод за заштиту здравља, Београд
Проф. др Вера Грујић, Институт за заштиту здравља, Нови Сад
Проф. др Велизар Станишић, Институт за заштиту здравља, Ниш
Др Милена Илић, Институт за заштиту здравља, Крагујевац
Проф. др Снежана Симић, Министарство здравља

Национална експертска група за стоматологију (12.12.2002.)

Проф. др Марко Вуловић, Стоматолошки факултет Универзитета у Београду - председник
Др Миодраг Барјактаревић, Комора приватних доктора стоматологије - заменик председника комисије
Др Слађана Пурић, Стоматолошки факултет Универзитета у Београду - секретар
Др Стево Дражин, Дом здравља, Нови Сад
Др Бешир Љушковић, ВМА, Београд
Др Вељко Куловић, Дом здравља "Звездара", Београд
Др Иван Марковић, Дом здавља, Пријепоље
Др Јовица Радивојевић, Дом здравља, Ниш
Др Божидар Глумац, Дом здравља, Нови Београд
Др Александра Рудњанин, Дом здравља, Зрењанин
Др Мирјана Јовановић, Дом здравља, Пожаревац
Др Зоран Југовић, Дом здравља, Чачак
Др Дејан Станишић, Завод за стоматологију, Крагујевац
Др Соња Јовановић, Комора приватних доктора стоматологије, Јагодина
Др Бранислав Кардашевић, Комора приватних доктора стоматологије - Друштво лекара Војводине, Нови Сад
Др Веселин Лукић, Комора приватних доктора стоматологије, Крагујевац

Национална комисија за туберкулозу (27.12.2002.)

Основна група:

Проф. др Гордана Радосављевић-Ашић, Институт за плућне болести и туберкулозу Клиничког центра Србије - председник комисије
Проф. др Предраг Ребић, Институт за плућне болести и туберкулозу Клиничког центра Србије - заменик председника комисије

Доц. др Драгица Пешут, Институт за плућне болести и туберкулозу Клиничког центра Србије - секретар комисије
Доц. др Драгана Јовановић, Институт за плућне болести и туберкулозу Клиничког центра Србије
Проф. др Душан Поповац, Градски завод за болести плућа и заштиту од туберкулозе
Прим. др Драгана Мандић, Градски завод за болести плућа и заштиту од туберкулозе
Проф. др Ђорђе Живковић, Клиника за плућне болести, Клинички центар, Ниш
Проф. др Слободан Павловић, Институт за плућне болести, Сремска Каменица
Прим. др сци. мед. Владана Милошковић, Дом здравља, Крагујевац
Др Раденка Станковић, Здравствени центар "Лаза Лазаревић", Шабац

Консултанти за поједина питања (или чланови по позиву):

Проф. др Бранислава Савић, Институт за микробиологију, Медицински факултет Универзитета у Београду
Др Гордана Стефановић, Институт за плућне болести и туберкулозу Клиничког центра Србије
Др Милован Шаровић, Специјална болница за плућне болести и туберкулозу "Озрен" на Озрену
Др Фетија Рашљанин, Дом здравља, Нови Пазар
Прим. др Данко Стојнић, Клиничко-болнички центар "Др Драгиша Мишовић", Београд
Др Милан Ивановић, Медицински центар, Косовска Митровица

Национална комисија за ментално здравље (14.01.2003.)

Проф. др Душица Лечић-Тошевски, Институт за ментално здравље у Београду - председник комисије
Ас. др Сања Тотић, тим менаџер пројекта Пакта за стабилност југоисточне Европе, Институт за психијатрију Клиничког центра Србије
Ас. др Срђан Миловановић, тим лидер (национални координатор) пројекта Пакта за стабилност југоисточне Европе, Институт за психијатрију Клиничког центра Србије
Проф. др Вероника Ишпановић (ментално здравље деце), Институт за ментално здравље, Београд
Др Зоран Станковић (терапија алкохолизма, препоручен за националног координатора), Институт за ментално здравље, Београд
Др Милан Станојковић, Специјална психијатријска клиника "Горња Топоница", Ниш
Др Гордана Кокора, Специјална неуропсихијатријска болница, Ковин
Др Војислав Ђурчић (ментално здравље адолесцената), Клиника за психијатију Клиничко-болничког центра "Др Драгиша Мишовић" Дедиње, Београд
Проф. др Грозданко Грбеша, Клиника за ментално здравље Клиничког центра, Ниш
Доц. др Горан Михајловић, Психијатријска клиника Клиничко-болничког центра, Крагујевац
Проф. др Никола Вучковић, Институт за неурологију, психијатрију и ментално здравље, Нови Сад
Др Александра Миличевић-Калашић (ментално здравље старих), Градски завод за геронтологију, кућно лечење и негу, Београд

Централна стручна комисија за лекове са поткомисијама (Управни одбор Републичког завода за здравствено осигурање, 25.12.2002)

Централна комисија:
Проф. др Светозар Дамјановић, Медицински факултет у Београду - председник
Академик проф. др Владимир Костић, Медицински факултет у Београду
Др сци. мед. Бранка Терзић, клинички фармаколог
Доц. др Драгомир Марисављевић, заменик Министра здравља
Мр фармације Милош Кнежевић, представник Републичког завода за здравствено осигурање

Стручна поткомисија за алиментарни тракт и метаболизам:
Доц. др Миша Крстић - председник
Проф. др Владимир Вукчевић
Доц. др Драган Челиковић

Стручна поткомисија за крв и крвотворне органе:
Доц. др Драгана Јанић - председник
Ас. др Андрија Богдановић
Проф. др Стеван Поповић

Стручна поткомисија за кардиоваскуларни систем:
Проф. др Миодраг Грујић - председник
Проф. др Синиша Димковић
Проф. др Бињана Обреновић

Стручна поткомисија за дерматологију:
Проф. др Љиљана Меденица - председник
Ас. др Милош Николић
Др Горана Исаиловић

Стручна поткомисија за генитоуринарни систем и полне хормоне:
Проф. др Весна Кесић - председник
Проф. др Сава Мићић
Ас. др Ђуро Мацут

Стручна поткомисија за хормоне за системску примену укључујући и полне хормоне:
Проф. др Небојша Лалић
Проф. др Божа Трбојевић
Доц. др Силвија Сајић

Стручна поткомисија за опште антиинфективне лекове за системску примену:
Проф. др Милорад Павловић - председник
Прим. др Јулијана Драгојловић
Доц. др Ђорђе Јевтовић

Стручна поткомисија за антинеопластике и имуномодулаторе:
Др Давор Радосављевић - председник
Др сц мед. Снежана Бошњак

Прим. др Наташа Милићевић

Стручна поткомисија за мишићно-коштани систем:
Проф. др Гоксанда Стојановић - председник
Проф. др Немања Дамњанов
Ас. др Бранка Бонаћи-Николић

Стручна поткомисија за нервни систем:
Проф. др Слободан Апостолски
Др Александар Дамјановић
Проф. др Радомир Синђелић

Стручна поткомисија за антипаразитарне производе, инсектициде и средства за заштиту од инсеката:
Проф. др Олга Дуловић - председник
Проф. др Миомир Пелемиш
Доц. др Елеонора Гвозденовић

Стручна поткомисија за респираторни систем:
Проф. др Марија Митић - председник
Доц. др Драгана Јовановић
Доц. др Предраг Минић

Стручна поткомисија за сензорне органе:
Проф. др Антон Микић - председник
Доц. др Светлана Стошић
Др Марија Хорватић

Стручна поткомисија за остале лекове:
Доц. др Тања Стошић
Мр фармације Бранкица Стојановић
Др Славка Николић

Комисија за заразне болести (11.02.2003.)

Проф. др Милорад Павловић, Институт за инфективне и тропске болести Клиничког центра Србије - председник
Др Горанка Лончаревић, Институт за заштиту здравља Србије - секретар
Проф. др Славица Стефановић, Институт за заштиту здравља, Нови Сад
Доц. Др Јован Вукадинов, Клиника за инфективне болести, Клинички центар, Нови Сад
Проф. др Велимир Костић, Клиника за инфективне болести, Клинички центар, Ниш
Доц. др Зоран Величковић, Институт за заштиту здравља, Ниш
Проф. др Славенка Јанковић, Институт за заштиту здравља Србије
Др Мила Комарчић, Институт за заштиту здравља Србије
Проф. др Милан Шошић, Институт за инфективне и тропске болести, Клинички центар Србије

Проф. др Милоје Чобелић, Институт за епидемиологију, ВМА, Београд
Проф. др Слеван Бајошевић, Клинички-болнички центар, Приштина
Доц. др Милан Парлић, Институт за заштиту здравља Србије
Др Александар Јанковић, Институт за имунологију и вирусологију "Торлак"
Др Предраг Кон, Градски завод за заштиту здравља, Београд
Др сци. мед. Вилма Јовичић, Институт за заштиту здравља Србије
Др Александра Макај, Министарство здравља Републике Србије

Експертска група за превенцију и рано откривање карцинома грлића материце
(20.02.2003.)

Доц. др Весна Кесић, гинеколог-онколог
Проф. др Бранко Станимировић, гинеколог - председник Југословенске асоцијације за патологију грлића материце
Проф. др Зоран Поп-Трајковић, гинеколог-цитолог
Доц. др Љиљана Денић-Марковић, епидемиолог
Ас. др Бојана Матејић, специјалиста социјалне медицине