

На основу члана 99. став 1. тачка 7. Устава Републике Србије, члана 16. став 1. Закона о здравственој заштити („Службени гласник РС”, бр. 107/05 и 72/09-др.закон) и члана 8. став 1. Закона о Народној скупштини („Службени гласник РС”, број 9/10),

Народна скупштина Републике Србије, на Трећој седници Другог редовног заседања у 2010. години, одржаној 23. новембра 2010. године, донела је

О Д Л У К У

О ПЛАНУ РАЗВОЈА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

1. Усваја се План развоја здравствене заштите Републике Србије, који је одштампан уз ову одлуку и чини њен саставни део.

2. Ова одлука ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”.

РС број 34
У Београду, 23. новембра 2010. године

НАРОДНА СКУПШТИНА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

ПРЕДСЕДНИК
проф. др Славица Ђукић -Дејановић

ПЛАН РАЗВОЈА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

Здрави грађани су темељ развоја сваке земље, јер само здрави људи доприносе социјалном и економском развоју. У том светлу, систем здравствене заштите се не може посматрати као потрошња, већ инвестиција у остваривање свеукупног развоја друштва.

УВОД

Здравље има изузетно важан утицај на способност људи да живе свакодневни живот, на допринос друштвеном и економском развоју, односно општем успеху земље. Стога здрављу треба прићи као великом националном ресурсу који заслужује континуирани стратешки развој. Поред тога, право на здравље и здравствену заштиту је једно од основних људских права и сви би требало да уживају у најбољем здрављу – свака особа у Републици Србији треба да има прилику на избор здравих начина живота и живот у окружењу које даје подршку здрављу.

План развоја здравствене заштите Републике Србије (у даљем тексту: План) је стручни и политички документ, на основу кога се усмерава развој здравственог система у складу са укупним развојем друштва. Овај документ дефинише основне циљеве и правце развоја здравствене заштите у Републици Србији и резултат је експертски вођеног консултативног процеса. 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.

План представља инструмент за даљи развој система здравствене заштите и промена које треба да обележе наредни период у смислу унапређења и успостављања равнотеже између ефикасности и ефективности и квалитета и безбедности здравствене заштите на свим нивоима система, уважавајући околности везане за друштвена кретања, демографске промене, ниво образовних и културолошких достигнућа становништва, здравствено стање становништва, као и низ других фактора који могу утицати на одрживи развој здравствене заштите.

Основ за доношење Плана

План се доноси на основу члана 16. Закона о здравственој заштити („Службени гласник РС”, бр. 107/05 и 72/09-др. закон), а полазећи од стратегија и националних програма које је донела Влада, а посебно: Здравствене политике Србије (2002), Стратегије за смањење сиромаштва у Србији (2003), Националних миленијумских циљева развоја у Републици Србији (2006), Стратегије развоја здравља младих у Републици Србији (2006), Националне стратегије о старењу 2006-2015 (2006), Стратегије контроле дувана (2007), Стратегије развоја заштите менталног здравља (2007), Националне стратегије одрживог развоја (2008), Стратегије за борбу против дрога (2009), Стратегије за превенцију и контролу хроничних незаразних болести (2009), Стратегије за унапређење положаја Рома (2009), Стратегије јавног здравља Републике Србије (2009) и др.

Усклађеност Плана са међународним документима

План се заснива на основним принципима и вредностима садржаним у међународним документима донетим под окриљем Светске здравствене организације (у даљем тексту: СЗО), а посебно у: Декларацији из Алма Ате (1978); Отавској повељи о промоцији здравља (1986); Декларацији из Џакарте на увођењу промоције здравља у 21. век (1997); Политичком оквиру за европски регион „Здравље за све” (2005); Европској стратегији за здравље и развој деце

и младих „Од Резолуције до акције 2005-2008” (2005); Декларацији „Здравље у свим политикама” (2007); Талинској повељи „Здравствени системи за здравље и благостање” (2008) и другим међународно признатим документима, као што су: Конвенција Уједињених нација о правима детета (1989); Ревидирана европска социјална повеља (1996); Европска повеља о правима пацијената (2002), те документима донетим у оквиру Европске уније (у даљем тексту: ЕУ): Лисабонска стратегија (2000); Европски Акциони план за животну средину и здравље 2004-2010, (2004); Бели папир, „Заједно за здравље”, Стратешки приступ 2008-2013 (2007) и др.

Усмерења

План је заснован на циљевима здравствене политике Републике Србије, а реализација Плана треба да обезбеди континуитет у спровођењу здравствене политике у наредних пет година.

Циљеви здравствене политике Републике Србије јесу:

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 (пацијента) 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).

Многи циљеви здравствене политике у значајном степену су достигнути, попут развијености мреже здравствених установа или одговарајуће стопе обезбеђености становништва здравственим радницима, посебно у примарној здравственој заштити, али неопходно је и даље праћење и преиспитивање њихове реализације узимајући у обзир новонастале промене. Такође, неопходно је убрзати процес реализације појединих циљева као што су обухват становништва изабраним лекаром, унапређење квалитета, децентрализација итд. као и започети реализацију већег броја циљева – финансијска одрживост здравствене заштите (нови извори и начини финансирања) или функционална повезаност државне и приватне здравствене службе.

Главни циљ Плана, чије су основне премисе садржане у циљевима здравствене политике, јесте очување и унапређење здравља становништва Републике Србије и одрживост система здравствене заштите. Да би се то постигло, неопходно је обезбедити солидарност и једнакост (између здравих и болесних, сиромашних и богатих, старих и младих), као и родну равноправност, са акцентом на вулнерабилне групе становништва, уважавање права и указивање на обавезе грађана према сопственом здрављу. Здравствени систем мора да осигура физички, географски и економски доступну и приступачну,

интегрисану (вертикалну повезаност примарног, секундарног, терцијарног нивоа и хоризонталну повезаност у систему и у односу на локалну заједницу) и квалитетну здравствену заштиту (стално унапређење квалитета здравствене заштите и право корисника на избор лекара и информисаност), развој здравствених кадрова, одрживост финансирања, децентрализацију управљања и финансирања здравствене заштите и постављање грађанина у центар система здравствене заштите.

Посебно треба истаћи да се доношење Плана одвија у условима када је наша земља попут највећег броја земаља у свету суочена са ефектима светске економске кризе из 2008. године и великим напорима да се спречи ескалација негативних последица ове кризе на економију и остале области друштва, а самим тим и на здравствену заштиту.

Светска економска криза доводи до преиспитивања основних вредности свих друштава и заједница широм света, а одговор система здравствене заштите и државе на ову кризу требало би да буде усмерен с једне стране, ка социјалној правди а с друге, инсистирању на економској добити од инвестирања у здравље, са посебним акцентом на социјално-економске детерминанте здравља.

Стога је од велике важности да се спровођење Плана посматра као циклус у коме је поред дијагностиковања приоритетних проблема и анализе узрока њиховог настанка, најважнија етапа постављање циљева које треба достићи у дефинисаном временском року. Ништа мање важна етапа је доношење одлука за спровођење одговарајућих мера и активности. Евалуација, као завршна етапа, представља неизоставну активност на основу које је једино могуће уочити „слабе тачке” и проценити одрживост појединих решења, након чега је могуће редеофинисати одређене циљеве како би се испунила настојања садржана у Плану.

I. ПРИКАЗ АКТУЕЛНОГ СТАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Приказ актуелног стања здравствене заштите у Републици Србији заснован је на подацима из извештаја истраживања спроведених у Републици Србији у периоду од 2000. до 2009. године (Истраживање здравља становника Србије 2000. и 2006. године, Истраживање вишеструких показатеља стања деце и жена Србије 2000. и 2005. године, Студија о животном стандарду 2002. и 2007. године, Оптерећење болешћу и повредама у Србији, 2003. године, Европско истраживање о употреби алкохола и других дрога међу младима у Србији, 2008. године, Извештај Светске Банке бр. 48620-УФ Србија: Како са мање урадити више, 2009. године), као и из других извештаја, саопштења, анализа и публикација Министарства здравља, Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут” (Аналитичка студија 1997-2007. година – Здравље становника Србије, Здравствено-статистички годишњак Републике Србије, Република Србија – Одабрани здравствени показатељи), Републичког завода за статистику (Статистички годишњак Србије, Демографска статистика, Анкета о радној снази, Анкета о потрошњи домаћинства), Министарства финансија и Републичког завода за здравствено осигурање. Приликом упоређивања у погледу показатеља са земљама ЕУ и другим земљама Европског региона СЗО коришћени су подаци из базе података СЗО „Здравље за све” (за 2007. годину или најсвежији доступни).

СТАНОВНИШТВО

Према процени Републичког завода за статистику за 2008. годину у Републици Србији живи 7.350.222 становника. Тенденција смањења броја и старење становника су главна обележја демографских прилика у Републици Србији. Стопа живорођења је у 2008. години износила 9,4 на 1000 становника, а стопа смртности 14 на 1000 становника, што је условило негативну стопу природног прираштаја од 4,6 на 1000 становника. Проценат лица старих 65 и више година (17,2%) у укупној популацији је изнад просека у Европском региону (15,1%), док је проценат младих узраста до 14 година (15,5%) испод просека (17%). У 2008. години, просечан животни век (оčekивано трајање живота на рођењу) за мушкарце је износио 71,1 годину, а за жене 76,2 године, што је за око шест година краће од просека за земље ЕУ. Према пројекцији становништва Републичког завода за статистику до 2022. године очекује се континуирано смањење броја становника.

Важан демографски, а уједно и показатељ социјално-економских услова и функционисања здравствене службе једне земље је смртност деце до навршене прве године живота. У Републици Србији је морталитет одојчади смањен са 11,6 на 1000 живорођених (1998) на 6,7 на 1000 живорођених (2008). Међутим, вредност овог показатеља је још увек изнад вредности које се бележе у земљама ЕУ (4,6 на 1000 живорођених) и Евро А-групе¹ (3,9 на 1000 живорођених).

СОЦИЈАЛНО – ЕКОНОМСКЕ ДЕТЕРМИНАНТЕ ЗДРАВЉА

У Републици Србији период после 2000. године обележила су позитивна кретања низа социјално-економских показатеља, попут раста бруто домаћег производа (у даљем тексту: БДП), релативне монетарне стабилности и раста издвајања у области здравствене потрошње. Међутим, низак ниво БДП-а и висока стопа незапослености представљају озбиљан лимитирајући фактор одрживог финансирања здравствене заштите.

БДП у Републици Србији по становнику у 2004. години износио је 3.177 америчких долара, да би у 2008. години, према процени Министарства финансија достигао 6.800 америчких долара, односно 4.600 евра. БДП по становнику, изражен путем паритета куповне моћи, у 2008. години био је међу најнижим у Европи и износио свега 35 индексних поена просека ЕУ.

У петогодишњем периоду (2004-2008. година), просечне реалне зараде бележиле су пораст у свакој посматраној години, мада упадљиво различитог интензитета. Тако су у 2004. години просечне реалне зараде у нето износу достигле 194 евра, да би тај износ у 2008. години био повећан на 400 евра. У 2008. години дошло је до знатног успоравања раста просечних реалних зарада, укључујући и успоравање раста зарада у јавном сектору.

Релативно ниске просечне зараде утицале су и на структуру личне потрошње домаћинства по намени. Према Анкети о потрошњи становништва у

¹ Евро-група А (Еур-А) је најпрестижнија од пет група европских земаља чланица СЗО које су класификоване према стопи смртности деце узраста до пет година и одраслих мушкараца старости 15 до 59 година, с обзиром да је чине земље са најнижом стопом умирања деце и одраслих. У групи (Еур-А) је 27 земаља: Андора, Аустрија, Белгија, Хрватска, Кипар, Чешка, Данска, Финска, Француска, Немачка, Грчка, Исланд, Ирска, Израел, Италија, Луксембург, Малта, Монако, Холандија, Норвешка, Португалија, Сан Марино, Словенија, Шпанија, Шведска, Швајцарска и Велика Британија.

Републици Србији карактеристично је високо учешће издатака за исхрану, чак 41,3% у 2008. години. Расходи за здравствену заштиту чинили су 4% у потрошњи домаћинства у 2008. години.

Према Анкети о радној снази, стопа незапослености у Републици Србији има тенденцију пада од 2005. године, тако да је у 2008. години смањена на 14,7%. Укупан број незапослених лица (која предузимају активне кораке у циљу налажења посла) у 2008. години смањен је на 445.383, док је укупан број запослених порастао у односу на претходну годину за 6,3%, односно износио 2.821.724. Ипак, стопа незапослености у Републици Србији и даље је значајно виша од просека ЕУ (7,2%) и већине земаља у окружењу (Хрватска 9,6%, Словенија 7,7%, Бугарска 6,9%).

ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ СТАНОВНИШТВА

На здравствено стање становништва утицала су, поред старења популације, и негативна социјално-економска кретања у последњој деценији прошлог века. Здравствени потенцијал нације се истрошио због чега се у времену социјално-економског опоравка, али уз све тешкоће које са собом носи транзиција државе и друштва, не може очекивати брзо заустављање негативних показатеља здравља и њихово жељено побољшање.

Хроничне незаразне болести

Хроничне незаразне болести водећи су узроци оболевања, инвалидности и превременог (пре 65. године) умирања становника Републике Србије. Ишемијске болести срца, цереброваскуларне болести, рак плућа, афективни поремећаји (униполарна депресија) и шећерна болест (дијабетес) представљају хроничне незаразне болести које су одговорне за скоро две трећине укупног оптерећења болешћу.

Хроничне незаразне болести у 2008. години чиниле су преко 85% свих узрока смрти. У структури mortalитета, болести срца и крвних судова чиниле су више од половине свих смртних исхода (55,8%), а свака пета умрла особа (20%) била је жртва малигног тумора. Од укупног броја умрлих, за 3,6% су разлог умирања биле повреде и тровања, за 3% хронична опструктивна болест плућа или астма, а за 2,6% компликације дијабетеса.

Највећи пораст специфичног mortalитета забележен у Републици Србији током последње деценије је од малигних тумора посматраних заједно, односно свих водећих локализација малигних тумора (осим рака желуца), као и компликација шећерне болести. Стандардизована стопа смртности од малигних болести у Републици Србији у 2007. години износила је 203 умрла на 100.000 становника, док је та стопа у Евро А-групи 169 на 100.000 становника. У истом периоду је забележен благи пад стопа умирања од болести срца и крвних судова (болести циркулаторног система). Посебно охрабрује регистравање тренда пада стопа превременог умирања од ишемијских болести срца, чије су се вредности смањиле за 13,6%. И поред смањења, стопе умирања од болести срца и крвних судова су и даље високе у поређењу са развијеним европским земљама. У 2007. години, стандардизована стопа смртности од болести срца и крвних судова у Републици Србији износила је 542 на 100.000 становника (199 у Евро-А групи), а од ишемијске болести срца 122 (77 у Евро-А групи).

Фактори ризика

Пушење, хипертензија, хиперхолестеролемија, гојазност, неправилна исхрана, физичка неактивност, ризици присутни у животној средини и злоупотреба алкохола и психоактивних супстанци су фактори ризика за бројне

хроничне незаразне болести, чији настанак најчешће има мултифакторску етиологију.

У Републици Србији 2006. године пушило је 33,6% одраслог становништва и 15,5% младих узраста 15–19 година, 46,5% одраслог становништва имало је хипертензију или је потенцијално могло да оболи од повишеног крвног притиска, 18,3% одраслих и 6,4% деце и омладине узраста 7–19 година било је гојазно, 74,3% одраслих становника било је физички неактивно, док је 40,3% одраслих свакодневно или повремено конзумирало алкохол. Укупан број пушача у односу на 2000. годину је смањен за 6,9% код одраслих и 7,4% код младих. Учесталост хипертензије је код одраслих повећана за 2%. Такође, гојазност је била учесталија код младе популације за 2%. Забрињавају и подаци о употреби алкохола међу младима јер је навику опијања бар једном месечно имало 5,5% младих у Републици Србији, док се свако четврто дете, односно адолесцент узраста 12–19 година, (25,5%) напило бар једном у животу, и то скоро сваки трећи дечак и свака пета девојчица.

Смањење учесталости пушења у популацији, као најраспрострањенијег фактора ризика који се тиче сваког појединца и његовог окружења, најбољи је пример делотворности примене модела интензивног, интегрисаног приступа промоцији здравствено одговорног понашања становника Републике Србије.

Заразне болести

Заразне болести данас не представљају водећи здравствени проблем у Републици Србији, али се и даље пријављују било као појединачни, односно спорадични случајеви или у епидемијској форми.

Заразне болести већ шест последњих година нису међу првих десет група болести – непосредних узрока смрти. Од последица заразних болести у 2008. години умрло је 212 лица, са стопом морталитета од 2,87 на 100.000 становника.

Тренд раста, који се наставио и у 2008. години, бележи се једино код инциденције одређених респираторних болести. Од болести које се могу превенирати вакцинама у дечијем узрасту, у 2008. години оболело је 313 особа, што је 0,08% укупног оболевања од заразних болести. У истој години, планиране имунизације против дифтерије, тетануса, великог кашља (ДТП) и дечије парализе (ОПВ) спроведене су са високим обухватом од 97,5%. Такође, ревакцинације деце у другој години живота, ревакцинације предшколске и школске деце против тетануса, дифтерије и полиомијелитиса обављене су са високим обухватом, изнад 96%. Неадекватан обухват имунизацијом је био присутан међу социјално угроженим групама становништва (Роми) што угрожава статус земље без полиомијелитиса, одржавање одсуства дифтерије и достизање елиминације морбила.

Број оболелих од плућне туберкулозе у 2008. години износио је 1.841 (инциденција 24,9/100.000), што представља смањење у односу на 2004. годину и резултат је увођења Стратегије директно опсервиране терапије (ДОТС) у 2002. години.

У Републици Србији у периоду од 1985. године, када су регистровани први случајеви, закључно са 2008. годином пријављено је 1.436 оболелих од ХИВ/АИДС-а од којих је 945 (66%) особа умрло. Током 2008. године регистровано је 38 новооболелих особа (стопа инциденције 0,51 на 100.000 становника), док је 22 особе умрло (стопа морталитета 0,30 на 100.000 становника). Ниске стопе инциденције и морталитета су резултат примене високоактивне, комбиноване антиретровирусне терапије – ХААРТ, која је

бесплатна и доступна у нашој земљи од 1997. године, као и спровођења Националне стратегије за борбу против ХИВ/АИДС-а.

ЗДРАВСТВЕНА СЛУЖБА

Основну организациону структуру у систему здравствене заштите чини мрежа здравствених установа у државној својини, као и здравствене установе у приватној својини и приватна пракса.

Врсте здравствених установа у Републици Србији дефинисане су Законом о здравственој заштити, а број, структура, капацитети и просторни распоред здравствених установа у државној својини Уредбом о Плану мреже здравствених установа („Службени гласник РС”, бр. 42/06, 119/07, 84/08, 71/09 и 85/09). Мрежа здравствених установа у државној својини организована је на три нивоа пружања здравствене заштите.

Оснивачи здравствених установа у државној својини су Република, аутономна покрајина и локална самоуправа. Највећи степен децентрализације спроведен је на нивоу примарне здравствене заштите, с обзиром да је вршење оснивачких права над установама на примарном нивоу (домови здравља, апотеке и заводи на примарном нивоу) преузето од стране локалне самоуправе.

Капацитети

Према Плану мреже, укупан број здравствених установа у државној својини је 375 и то: 167 домова здравља, 41 апотека, 16 завода на примарном нивоу, пет здравствених центара, 40 опшних болница, 40 специјалних болница за акутна и хронична стања и за рехабилитацију, пет клиничко-болничких центара, шест клиника, 13 института, Војно-медицинска академија, четири клиничка центра, 37 института и завода који обављају делатност на више нивоа, од којих су четири институти и 23 заводи за јавно здравље.

Укупан број постеља утврђен Планом мреже износи 38.590, чиме је постигнута обезбеђеност од 525 постеља на 100.000 становника. Према подацима добијеним из здравствених установа путем здравствено-статистичких извештаја, укупан број постеља у 2008. години износио је 39.660 постеља (без постеља у дневним болницама). На тај начин је постигнута обезбеђеност од 540 постеља на 100.000 становника, што је нешто мање од просека ЕУ (570 на 100.000 становника), а значајно мање од просека европског региона СЗО који износи 668 постеља на 100.000 становника.

У здравственим установама из Плана мреже 2008. године било је укупно 114.317 запослених. Од тог броја 20.668 (18,1%) су доктори медицине (од тога 74,3% специјалисти разних дисциплина), 39.905 (34,9%) медицинске сестре-техничари, 29.117 (25,5%) административно-технички радници, док 24.627 (21,5%) чине остали здравствени радници (доктори стоматологије, дипломирани фармацеути, дипломирани фармацеути-медицински биохемичари, стоматолошки техничари, фармацеутски техничари, лабораторијски техничари, радиолошки техничари и др.) и здравствени сарадници. То је за 1% више запослених у односу на пре 10 година, али у исто време за 5% мање него што је било 2003. године, када је забележен највећи број запослених у истом десетогодишњем периоду. Истовремено је промењена квалификациона структура запослених, смањен удео немедицинских (административно-техничких) радника, док је порастао удео лекара и медицинских сестара. Тиме се кадровска обезбеђеност, односно број лекара и број медицинских сестара на 100.000 становника, приближила просечним вредностима за земље ЕУ.

У Републици Србији је, у односу на број запослених у здравственим установама из Плана мреже, постигнута обезбеђеност од 281 лекара на 100.000 становника, док је у ЕУ тај број нешто већи – 321 лекар на 100.000 становника. У примарној здравственој заштити постигнута је обезбеђеност од 81 лекара на 100.000 становника, односно једног лекара на 1.228 становника. Здравствена заштита која се пружа у установама стационарног типа и даље ангажује највећи број лекара, око половине од укупног броја. Уколико се посматра обезбеђеност становништва лекарима у односу на укупан број лиценцираних лекара у Републици Србији (28.413 према подацима Лекарске коморе Србије) она износи 387 лекара на 100.000 становника.

Број медицинских сестара-техничара (узимајући у обзир запослене у здравственим установама из Плана мреже) на 100.000 становника у Републици Србији је 572, док је у ЕУ тај број већи за једну трећину и износи 745 на 100.000 становника. Међутим, ако узмемо у обзир укупан број лиценцираних медицинских сестара и здравствених техничара (50.801 према подацима Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије), онда је обезбеђеност становништва медицинским сестрама ближа просеку ЕУ и износи 721 медицинска сестра на 100.000 становника.

Удео административно-техничких радника у укупном броју запослених, према континуирано смањиван, и даље је висок и у 2008. години износио је 25,5%.

Упркос високој обезбеђености кадровима на нивоу Републике Србије и даље је присутан проблем територијалне неједнакости у погледу обезбеђености становништва здравственим радницима. Тако, број лекара (запослених у установама из Плана мреже) на 100.000 становника у управним окрузима креће се у распону од 151 (Сремски управни округ) до чак 437 (Нишавски управни округ), а медицинских сестара од 314 (Сремски управни округ) до 657 (Зајечарски управни округ).

Број незапослених лекара, стоматолога и фармацеута од 2000. године показује тренд раста, са највећим вредностима забележеним 2005. и 2006. године, да би у 2008. години износио укупно 3.102 (1.750 доктора медицине, 1.145 доктора стоматологије и 207 дипломираних фармацеута). Пораст незапослених здравствених високообразованих кадрова највећим делом је последица недостатка доследне националне политике планирања уписа и школовања, запошљавања и сталног усавршавања здравствених радника и сарадника.

У Републици Србији континуирано се улаже у обнављање и набавку медицинске опреме, посебно опреме високе технолошке вредности. На основу анализе постојећих података здравствене установе и приватна пракса у Републици Србији располажу са: два апарата за позитрон емисиону томографију (ПЕТ скенер) (0,27 на милион становника), 38 апарата за магнетну резонанцу (МР) (5,17 на милион становника), 90 апарата за компјутеризовану томографију (ЦТ) (12,24 на милион становника), 14 линеарних акцелератора (ЛИНАЦ) (1,9 на милион становника) и 75 мамографа (10,2 на милион становника) од којих су два покретни дигитални мамографи.

У Републици Србији здравствене услуге становништву пружају се, поред здравствених установа у државној својини, и у здравственим установама у приватној својини и приватној пракси. Почетком 2009. године у Републици Србији било је регистровано преко 5.000 облика здравствене службе у приватној својини (здравствене установе и приватна пракса), од чега су 7 домови здравља, 72 болнице, затим 136 поликлиника, око 1.200 лекарских

ординација, 2.000 стоматолошких ординација, 1.400 апотека и 200 различитих лабораторија и дијагностичких ординација.

Коришћење здравствене заштите

Просечан број посета службама у примарној здравственој заштити у 2008. години износио је 8,3 посете по становнику, што је знатно више од просека у ЕУ (6,8). Приметна је територијална неуједначеност у коришћењу примарне здравствене заштите, а резултати Студије о животном стандарду показују мање коришћење здравствених услуга међу сиромашним и социјално осетљивим групама становништва (здравствено неосигурани, Роми, избегла и расељена лица, незапослени).

У Републици Србији регистровано је 1.106.643 хоспитализација у 2008. години. Премда стопа хоспитализације бележи тренд пораста, и у 2008. години износи 15,1 хоспитализованих на 100 становника, још увек је значајно нижа од просека у европском региону СЗО (19,2) и ЕУ (17,9). Просечна дужина лечења је у протеклих 10 година смањена за 3,6 дана и у 2008. години износила је 9,7 дана, што је веома близу просечне вредности у ЕУ (9 дана). Просечна дневна заузетост постеља у стационарним здравственим установама за краткотрајну хоспитализацију (из Плана мреже) у Републици Србији износила је 69,8%, што је мање како од просека у ЕУ (76,3%), тако и од европског просека (79,1%). Низак ниво заузетости постеља не може се тумачити само као резултат вишка постељних капацитета, већ као резултат деловања више фактора, као што су неодговарајућа дистрибуција постеља у односу на актуелне потребе и традиционални начин финансирања капацитета здравствених установа.

ЖИВОТНА СРЕДИНА И ЗДРАВЉЕ

Животна средина са својим физичким, биолошким, хемијским, друштвеним и психосоцијалним факторима има значајан утицај на здравље људи, премда њихово дејство на здравље може бити примећено углавном након много година. Према доступним проценама, око једне трећине здравствених проблема може бити директно повезано са факторима животне и радне средине. Деца, труднице и стари су нарочито осетљиви на утицај ризичних фактора из животне средине.

У Републици Србији је проценат становништва који има прикључак за воду у кући, односно стану висок и износи 95,2%, а безбедне изворе воде за пиће користи 99,1% популације, што представља значајно побољшање у односу на 2000. годину. Овако висок проценат прикључености на систем водоснабдевања и доступност воде за пиће сврстава нашу земљу у групу развијених земаља. Квалитет воде за пиће разликује се од округа до округа и зависи од самог порекла воде, састава земљишта и техничко-технолошког третмана прераде воде. У последњих десет година, уочен је тренд побољшања микробиолошке исправности и физичко-хемијског квалитета воде за пиће.

Утицај загађења ваздуха доприноси развоју хроничних респираторних болести. Главни извори аерозагађења у Републици Србији припадају енергетском сектору (термо-електране), рафинеријама нафте, локалним топланама, кућним ложиштима на течна и чврста фосилна горива, саобраћају, као и несанитарним депонијама чврстог отпада, док су главни узроци аерозагађења сагоревање некавалитетног лигнита, нерационално и неефикасно трошење енергије, неефикасне технологије сагоревања фосилних горива, као и неадекватно одржавање индустријских постројења. Међу највеће загађиваче ваздуха спадају рафинерије нафте у Панчеву и Новом Саду, цементаре у Беочину, Косјерићу и Поповцу и хемијски комбинати у Панчеву, Крушевцу,

Шапцу и Смедереву. У све већем броју насеља обавља се континуирано мерење основних параметара загађења ваздуха.

У Републици Србији је посебно критична област управљања чврстим и течним отпадним материјама, нарочито медицинским отпадом. Отпад се прикупља неселективно, па се често у комуналном отпаду налазе и поједине категорије индустријског и медицинског отпада. Када је у питању чврсти отпад, највећи проблем је његово неконтролисано одлагање и стварање „дивљих“ депонија. У циљу отклањања и умањења утицаја ризичних фактора на здравље становништва последњих година интензиван је мултисекторски приступ. Решавање проблема медицинског отпада, увођењем његовог организованог одлагања, започето је 2006. године и успешно се наставља.

ФИНАНСИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Финансирање здравствене заштите у Републици Србији у основи је засновано на Бизмарковом моделу, пошто се преко 90% средстава за остваривање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђује из средстава доприноса за обавезно здравствено осигурање. Међутим, Законом о здравственој заштити предвиђено је и финансирање здравствене заштите из буџета Републике за лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, а која су изложена повећаном ризику оболевања (неосигурана лица, избеглице и интерно расељена лица са територије Аутономне покрајине Косово и Метохија, примаоци социјалне помоћи и други) што је иначе карактеристика Бевериџевог модела. Стога се може рећи да је у Србији присутан мешовити систем финансирања, кога карактерише готово искључиво јаван извор финансирања, јер се финансирање највећим делом остварује из средстава доприноса и из буџета Републике.

Обавезним здравственим осигурањем осигураним лицима обезбеђује се право на здравствену заштиту и право на новчане накнаде у складу са Законом о здравственом осигурању („Службени гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05). Обавезно здравствено осигурање обезбеђује се и спроводи у Републичком заводу за здравствено осигурање (у даљем тексту: РЗЗО).

Поред обавезног, Закон о здравственом осигурању уређује и добровољно здравствено осигурање. Уредбом о добровољном здравственом осигурању („Службени гласник РС”, бр. 108/08 и 49/09) прописане су врсте добровољног здравственог осигурања, услови, начин и поступак организовања и спровођења добровољног здравственог осигурања.

Здравствена заштита у Републици Србији финансира се и средствима из донација, као и директним плаћањем од стране корисника здравствене заштите (партиципација и плаћање услуга које се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања).

Расподела финансијских ресурса и плаћање давалаца услуга

Укупни расходи за здравствену заштиту могу се поделити на јавне и приватне. Јавни расходи представљају расходе из јавних прихода (обавезно здравствено осигурање, буџет Републике, буџет аутономне покрајине и буџет локалне самоуправе). Такође, јавни расходи су и инвестиције у систем здравствене заштите из државних фондова попут фонда Националног инвестиционог плана, за изградњу инфраструктуре и финансирање набавке медицинске опреме. Приватни расходи за здравствену заштиту су из приватних извора, као што су директно плаћање (партиципација и плаћање од стране корисника здравствене заштите) и добровољног осигурања.

У 2007. години, према подацима Националног здравственог рачуна, укупни расходи за здравствену заштиту у Републици Србији износили су 9,6% бруто друштвеног производа (БДП). Учешће јавних расхода за здравствену заштиту у БДП-у износило је 6,1%. Тако су јавни расходи за здравствену заштиту износили 63,8%, а приватни 36,2% укупних расхода за здравствену заштиту.

Укупни расходи за здравствену заштиту, посматрани према становнику, показују стабилан раст у периоду 2003-2007. година, да би 2007. године достигли 384 евра, односно 525 америчких долара по становнику. Посматрајући издвајања за здравствену заштиту као проценат БДП-а у 2007. години, Република Србија је била изнад просека ЕУ (8,9%), односно приближно на нивоу Данске (9,8%), Грчке (9,6%) и Исланда (9,3%). Такође је била изнад Чешке, Мађарске, Италије, Пољске, Словачке и низа других земаља. Међутим, због релативно ниског нивоа БДП-а, Србија издваја у апсолутном износу релативно мала средства за здравствену заштиту у поређењу са другим европским земљама.

Расподела средстава прикупљених по основу доприноса за обавезно здравствено осигурање, односно плаћање надокнаде здравственим установама за пружање здравствене заштите (трошкови за зараде запослених, трошкови превоза, утрошене енергије, трошкови за лекове, санитарски и уградни материјал, трошкови исхране и других потреба корисника односно осигураника) је у надлежности РЗЗО. Дистрибуција средстава се обавља по систему финансирања капацитета здравствених установа. У структури расхода из средстава обавезног здравственог осигурања у 2008. години највећи проценат су имале зараде 104.000 запослених (уговорени број) у здравственим установама – 56,3%, трошкови услуга здравствене заштите (енергенти, вакцине, лекови, потрошни и уградни материјал и сл.) – 22,8%, лекови издати на рецепт – 12,1%, накнаде за боловања и путне трошкове – 3,9%, надокнаде (за помагала и погребне трошкове) – 1%, док су трошкови спровођења здравственог осигурања и отплата камата и кредита износили 2,6% укупних расхода. Уколико се расходи РЗЗО за рад и остале трошкове запослених посматрају као део трошкова здравствене заштите (без трошкова за лекове прописане на рецепт), онда је тај проценат знатно већи и износи 70,1%. Иначе, према Националном здравственом рачуну за 2007. годину, учешће укупних расхода за запослене у јавним расходима за здравствену заштиту износило је 61,2%, а у укупним (јавним и приватним) 69,1%.

Плаћање здравствених услуга утврђује се уговором са даваоцима здравствених услуга, односно откупом плана рада здравствене установе у оквиру средстава планираних предрачуном средстава РЗЗО. План рада садржи број и врсту здравствених услуга и број и структуру запослених. Плате запослених у здравственим установама из Плана мреже исплаћују се у складу са Законом о платама у државним органима и јавним службама („Службени гласник РС”, бр. 34/01 и 62/06) и Уредбом о коефицијентима за обрачун и исплату плата запослених у јавним службама. За извршење плана рада давалац здравствених услуга доставља извештаје о пруженим здравственим услугама у складу са актом РЗЗО којим су утврђени критеријуми и мерила за уговарање са даваоцима здравствених услуга.

Капиталне инвестиције у систему здравствене заштите се у највећем обиму финансирају из буџета Републике, буџета аутономне покрајине и буџета локалне самоуправе, као и из средстава донација и кредита.

II. ПРИОРИТЕТИ У РАЗВОЈУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Приоритети у развоју здравствене заштите дефинишу се у односу на:

- очување и унапређење здравља становништва,
- организацију и функционисање здравствене заштите.

Здравље становништва је циљ и резултат и исход организације здравствене заштите, функционисања здравствене службе и финансирања, али и одговорности целог друштва за здравље које се огледа у синтагми „Здравље у свим политикама” (схема 1).

Схема 1. Функције и циљеви система здравствене заштите



Извор: Светска здравствена организација, Светски здравствени извештај 2000 – Здравствени системи: побољшање учинка, Женева, СЗО, 2000

Дефинисање приоритетних области обезбеђује основу за избор оптималних програма и активности за решавање проблема здравља становништва и организације и функционисања здравствене заштите.

А. ПРИОРИТЕТНЕ ОБЛАСТИ ОЧУВАЊА И УНАПРЕЂЕЊА ЗДРАВЉА

Да би се остварио што здравији и квалитетнији живот појединца и целокупног становништва неопходно је посматрати здравље у складу са дефиницијом СЗО која гласи: „Здравље је стање потпуног психичког, физичког и социјалног благостања, а не само одсуство болести и онеспособљености”. Овако широка дефиниција здравља захтева свеобухватну акцију свих сегмената друштва. Најцеловитији одговор наше државе овом захтеву садржан је у Стратегији одрживог развоја Републике Србије („Службени гласник РС”, број 57/08). Дугорочни концепт одрживог развоја подразумева стални економски раст који осим економске ефикасности, технолошког напретка, више чистијих

технологија, иновативности целог друштва и друштвено одговорног пословања обезбеђује смањење сиромаштва, дугорочно боље коришћење ресурса, смањење загађења на ниво који могу да издрже чиниоци животне средине, спречавање нових загађења као и унапређење здравствених услова и квалитета живота становника.

Приоритетне области очувања и унапређења здравља становништва јесу оне области које се односе на превенцију и контролу хроничних незаразних болести којима је данашње друштво највише оптерећено, превенцију и контролу заразних болести због сталне претње нових болести и распрострањене резистенције на постојеће лекове, и специфичне, приоритетно здравствене потребе појединих категорија становништва. Наведене приоритетне области су и раније препознате и у циљу решавања појединих проблема усвојене су мултисекторске и здравствене стратегије и посебни програми. Важно је напоменути да постојање превеликог броја програма може довести у питање њихову реализацију, иако је њихов утицај на побољшање здравља становништва неспоран. Стога је неопходно да се убудуће, пре доношења одлука о изради посебних програма, обезбеди избор приоритета, што би била надлежност Здравственог савета Србије.

1. Превенција и контрола хроничних незаразних болести

Хроничне незаразне болести карактеришу: дуго, често доживотно трајање, смањење квалитета живота, узроковање инвалидности и превременог умирања, што значајно оптерећује фондове здравственог осигурања. Демографски трендови уз континуирано старење популације, као и савремени начин живота кога карактеришу механизација, аутоматизација радних процеса и компјутеризација, са све мање физичких оптерећења на радном месту, седентарни начин живота, изложеност стресу и по здравље штетне животне навике, доприносе, нарочито последњих деценија, значајном порасту оболевања од хроничних незаразних болести.

У Републици Србији незаразне болести водећи су узроци оболевања, инвалидности и превременог умирања (пре 65. године живота). Да би се постигло значајно смањење оболевања и умирања становника Републике Србије од хроничних незаразних болести, Влада је донела Стратегију за превенцију и контролу хроничних незаразних болести („Службени гласник РС”, број 22/09) и Стратегију контроле дувана („Службени гласник РС”, број 8/07).

Циљеви

1.1. Смањење оболевања и превременог умирања од болести срца и крвних судова

Болести срца и крвних судова, од којих су најзначајније коронарна болест срца и цереброваскуларне болести, главни су узрок болничког лечења и смрти. Данас се сматра да је могуће редуковати око 50% превремене смртности и инвалидности од тих болести. У том смислу, значајну улогу има усвајање здравијег начина живота – непушење, правилна исхрана, редовна физичка активност.

Превенцијом и контролом болести срца и крвних судова, могуће је значајно побољшати здравље. Контрола ових обољења је остварива симултаном превенцијом на индивидуалном и популационом нивоу, смањењем неједнакости у здрављу, заједничком акцијом здравственог и нездравствених сектора, циљаним прегледима, превентивним прегледима и промоцијом здравих стилова живота. Највећи потенцијал унапређења здравља заснива се на смањењу фактора ризика и промоцији здравог живота и здраве животне

средине, превенцији почетка болести, прогресије болести, неспособности и превремене смрти.

Активности

1.1.1. Израда и усвајање програма превенције и контроле кардиоваскуларних болести у Републици Србији

Овим програмом треба предвидети: програм за рано откривање (скрининг) кардиоваскуларних болести, који би се применио у целој земљи и односио на факторе ризика (гојазност, хипертензију, дијабетес и дислипотеинемiju); ефикаснију организацију службе за хитну медицинску помоћ, која подразумева и адекватну опремљеност и едукованост кадра; унапређење стационарне здравствене заштите, која ће се постићи бољом дијагностиком и лечењем и повећањем капацитета. На тај начин ће се смањити и листе чекања у области интервентне кардиологије и кардиохирургије.

1.1.2. Спровођење, праћење и евалуација програма превенције и контроле кардиоваскуларних болести у Републици Србији

Спровођење програма превенције и контроле кардиоваскуларних болести подразумева и континуирани мониторинг, односно праћење спровођења свих планираних мера и активности, како би се постигло смањење оболевања и превременог умирања од кардиоваскуларних болести.

1.1.3. Израда и усвајање програма превенције и контроле цереброваскуларних болести

Овај програм односиће се на превенцију индивидуалних фактора ризика карактеристичних за настанак болести крвних судова (гојазност, хипертензију, дијабетес и дислипотеинемiju) и ефикаснију организацију прехоспиталне и хоспиталне хитне медицинске помоћи, која укључује адекватну опремљеност и едукованост кадра, бољу дијагностику, лечење и рехабилитацију, што би све утицало на смањење оболевања од цереброваскуларних болести и учесталости последица инвалидитета до којих ове болести доводе.

1.2. Смањење оболевања и превременог умирања од малигних болести

Малигни тумори, после болести срца и крвних судова, представљају најчешћи узрок оболевања и умирања људи како у свету тако и у нашој земљи. Превенција малигних болести има огроман јавно-здравствени потенцијал и представља најефикаснији приступ контроли малигних болести. На више од 80% свих малигних болести могуће је утицати спречавањем или модификовањем фактора ризика, тј. спречавањем почетка болести. Уколико до болести ипак дође, њен је исход могуће побољшати раним откривањем, терапијом и рехабилитацијом уз одговарајуће палијативно збрињавање.

Активности

1.2.1. Спровођење, праћење и евалуација Националног програма „Србија против рака“

Влада је донела Уредбу о Националном програму „Србија против рака“ („Службени гласник РС”, број 20/09). Циљ доношења овог програма је смањење броја новооболелих од малигних болести, смањење броја умрлих, побољшање раног откривања и унапређење дијагностике и лечења малигних болести, унапређење квалитета живота оболелих и обезбеђивање одговарајућег стандарда услуга на свим нивоима здравствене заштите.

1.2.2. Спровођење, праћење и евалуација Националног програма за превенцију рака дојке

Влада је донела Уредбу о Националном програму за превенцију рака дојке („Службени гласник РС”, број 15/09). Овај програм има за циљ откривање рака дојке у почетном стадијуму код већег процента жена него што је то данас случај, чиме би се постигло смањење смртности жена од рака дојке, смањење инвалидитета и побољшање квалитета живота. Програм скрининга за рак дојке може бити успешан само уколико су, поред активности за рано откривање, омогућени и адекватна дијагностика, лечење, супортивна и палијативна нега као компоненте свеобухватне контроле рака дојке.

1.2.3. Спровођење, праћење и евалуација Националног програма за превенцију рака грлића материце

Влада је донела Уредбу о Националном програму за превенцију рака грлића материце („Службени гласник РС”, број 54/08). Овај програм обухвата скуп активности међу којима централно место заузима Програм организованог скрининга. Циљ Програма је смањење инциденције и смртности од рака грлића материце у Србији. Да би се то постигло неопходно је реализовати специфичне циљеве, тј. радити на подизању свести жена о значају редовних прегледа, дефинисању улоге установа на свим нивоима здравствене заштите у превенцији и лечењу рака грлића материце, јачању капацитета здравствених установа, као и успостављању контроле квалитета услуга за превенцију рака грлића материце.

1.2.4. Спровођење, праћење и евалуација Националног програма за превенцију колоректалног карцинома

Влада је донела Уредбу о Националном програму за превенцију колоректалног карцинома („Службени гласник РС”, број 20/09). Овај програм има за циљ смањење морбидитета и морталитета становништва од рака дебелог црева. Бољи резултат у раном откривању рака дебелог црева може се постићи бољом обавештеношћу становништва о значају раног откривања рака дебелог црева и бољем образовању здравствених радника о самом програму.

1.3. Смањење повређивања

Повреде су поремећаји здравља који наступају као последице акутне изложености некој од различитих облика енергије: механичкој, топлотној, електричној, хемијској или радијационој, која својим интензитетом превазилази праг физиолошке толеранције. Повреде могу бити ненамерне (повреде настале у саобраћају, излагању топлоти, хемијским агенсима, паду итд.) и намерне повреде, које су резултат насиља против себе или других. Повреде су водећи узрок смртности у узрасту до 29 година и трећи водећи узрок превременог умирања и инвалидности у Републици Србији. Истраживања су показала да прихватање ширег јавноздравственог приступа може значајно смањити утицај повреда и насиља на здравље. Такав приступ укључује разумевање оптерећења друштва повредама и ризика за њихово настајање. Превенција повреда захтева развој и примену мултисекторске политике и блиску сарадњу различитих нивоа друштва да би се створило безбедније физичко и друштвено окружење и да би се побољшала безбедност.

Активности

1.3.1. Спровођење, праћење и евалуација Националне стратегије за младе

Национална стратегија за младе („Службени гласник РС”, број 55/08) има за циљ пружање подршке младима у различитим областима друштвеног живота. Реализација појединих циљева, као што су развијање безбедносне

културе код младих, стварање услова за безбедније и здравије радно окружење младих, стварање безбеднијег школског окружења, повећање безбедности на јавним местима и превенција и сузбијање насиља у породици довела би, поред осталог, и до смањења повређивања ове групације становништва.

1.3.2. Спровођење, праћење и евалуација Стратегије развоја здравља младих у Републици Србији

Стратегија развоја здравља младих у Републици Србији („Службени гласник РС”, број 104/06) представља део стратегије развоја целокупног здравственог сектора, али и инструмент за мобилизацију не само здравственог сектора, већ и свих чинилаца друштва као партнера у очувању здравља младих, решавању проблема и спречавању понашања које је ризично по здравље. Реализација појединих циљева ове стратегије, као што су развијање безбедног и подржавајућег окружења за развој и здравље младих и развијање адекватног система преноса знања и вештина за стицање ставова, навика и понашања које воде ка здрављу, води ка смањењу повређивања младих.

1.3.3. Спровођење, праћење и евалуација Националне стратегије за превенцију и заштиту деце од насиља

Насиље над децом је општи проблем који прожима сва друштва, све културе и све регионе света. Изузетно велики број деце свакодневно трпи насиље. Насиље изазива патњу детета, озбиљно угрожава развој, добробит, па и сам живот детета, а последице су често тешке и дуготрајне. Спровођење Националне стратегије за превенцију и заштиту деце од насиља („Службени гласник РС”, број 122/08) има за циљ развој безбедног окружења у коме ће бити остварено право сваког детета да буде заштићено од свих облика насиља и успостављање националног система превенције и заштите деце од свих облика злостављања, занемаривања и искоришћавања, чиме ће се постићи и смањивање повређивања деце.

1.3.4. Спровођење, праћење и евалуација Стратегије безбедности и здравља на раду у Републици Србији за период 2009-2012. година

Циљ Стратегије безбедности и здравља на раду у Републици Србији за период 2009-2012. година („Службени гласник РС”, број 32/09) јесте унапређење и очување здравља радно активног становништва, односно унапређење услова рада ради спречавања повреда на раду и професионалних болести и болести у вези са радом и њиховог свођења на најмању могућу меру, односно отклањање професионалних ризика. Примена превентивних мера које се предузимају на свим нивоима рада подразумева стварање таквих услова рада којима се приликом организовања рада и радног процеса врши процена ризика и њихово отклањање или свођење на најмањи могући ниво, како би се избегле могућности настајања повреда на раду или професионалних болести запослених, чиме се у највећој могућој мери стварају предуслови за спречавање или елиминисање ризика од могућих повређивања, професионалних болести или болести у вези са радом, а што као циљ има остваривање услова за пуно физичко, психичко и социјално благостање запослених.

1.3.5. Израда и усвајање стратегије безбедности и здравља на раду за период после 2012. године

Важећом стратегијом предвиђено је спровођење активности за њену реализацију до 2012. године. Неопходно је, након свеобухватне евалуације и анализе стања у области безбедности и здравља на раду приступити изради стратегије контроле безбедности и здравља на раду за период после 2012. године.

1.3.6. Израда и усвајање стратегије превенције и контроле повреда

Све наведене стратегије једним својим делом односе се на повреде и повређивање. Међутим, не постоји једна свеобухватна стратегија која би овај проблем сагледала са свих аспеката. Да би до тога дошло, неопходно је да се изврши анализа свих постојећих стратегија и обједињавање њихових активности које се односе на повреде. На тај начин, уз укључивање сегмената који нису обухваћени постојећим стратегијама израдила би се стратегија која би за циљ имала превенцију и контролу свих повреда како у саобраћају, тако и у школама, на радном месту или у кући.

1.4. Смањење оболевања и превременог умирања од шећерне болести

Утврђено је да дијабетес генерално, а нарочито тип два, представља изузетно значајан узрок васкуларних обољења, тако да је најчешћи узрок слепила, терминалне бубрежне инсуфицијенције која захтева дијализу или трансплантацију бубрега, нетрауматске ампутације и периферне неуропатије, и нарочито инфаркта миокарда или možданог удара. Бројна испитивања су показала да је тип два дијабетеса у значајном порасту који добија размере пандемије, посебно у земљама у транзицији. Према резултатима студије „Оптерећење болестима и повредама у Србији“, у нашој земљи, као и у развијеним земљама света, дијабетес је пети водећи узрок оптерећења болешћу. Тренд умирања од компликација дијабетеса је у порасту, тако да је дијабетес у 2007. години четврти водећи узрок смртности у Републици Србији.

Активности

1.4.1. Спровођење, праћење и евалуација Националног програма превенције и ране детекције типа два дијабетеса

Влада је донела Уредбу о Националном програму превенције и ране детекције типа два дијабетеса („Службени гласник РС”, број 17/09). Основни циљ овог програма је успостављање одговарајућег и одрживог система раног откривања и превенције типа два дијабетеса на примарном нивоу здравствене заштите у Републици Србији. Да би се то постигло неопходно је обавити едукацију здравствених радника у примарној здравственој заштити, прилагођавање организације превентивних центара и саветовалишног рада ради раног откривања и превенције типа два дијабетеса, откривање пацијената са високим ризиком и примена превентивних поступака код ових пацијената.

1.4.2. Израда и усвајање програма за унапређење исхране становништва

Програм за унапређење исхране становништва имаће за циљ обезбеђење услова да сви становници имају довољну количину здравствено безбедне и разноврсне хране, адекватне нутритивне вредности. Програм је везан и за унапређење исхране одојчади, деце, адолесцената и одраслих, елиминацију микронутритивних дефицита и превенцију и контролу хроничних незаразних болести повезаних са преобилном исхраном и недовољном физичком активношћу.

1.5. Унапређење менталног здравља

Ментално здравље је саставни део општег здравља. Проблеми и поремећаји менталног здравља утичу на функционисање како појединца, тако и на ширу заједницу. Ментални поремећаји, због релативно високе преваленције и често хроничног тока, као и почетка у адолесценцији и млађој одраслој доби, представљају један од приоритетних јавно-здравствених проблема, а посебан проблем је ментално здравље ратних ветерана. Ментални поремећаји често су повезани са дуготрајним лечењем, што доводи до повећаног одсуствовања с

посла, смањене продуктивности, па и незапослености. Све то утиче на емоционално и економско стање породице и на повећање трошкова заједнице. Ментално здравље је национални капитал и пресудно је за свеобухватно благостање особа, друштава и држава, те стога заштита менталног здравља мора представљати неопходан и значајан аспект свеукупног система здравствене заштите, односно јавног здравља.

Активности

1.5.1. Спровођење, праћење и евалуација Стратегије развоја заштите менталног здравља

Основни циљ Стратегије развоја заштите менталног здравља („Службени гласник РС”, број 8/07) јесте унапређење менталног здравља, адекватним одговором на захтеве лица којима је ментално здравље угрожено, као и њихова финансијска заштита. Активности које треба да доведу до реализације циљева усмерене су на следеће области: израда прописа, људска права, организација служби за ментално здравље, превенција и лечење менталних поремећаја, људски ресурси у здравству, едукација и истраживање, унапређење квалитета здравствене заштите и информациони систем. За сваку од ових области предвиђен је сет активности чија реализација треба да доведе до унапређења менталног здравља.

1.5.2. Спровођење, праћење и евалуација Стратегије за борбу против дрога у Републици Србији за период од 2009. до 2013. године

Злоупотреба дрога довела је савремено човечанство до озбиљних последица које угрожавају здравље становништва, породицу и друштво. Утицај дрога на друштво је разарајући, изазива пораст криминала, нарочито делинквенцију, проституцију, незапосленост, бескућништво и сиромаштво. Актуелну ситуацију на пољу дрога карактерише присуство све више врста дрога на илегалном тржишту, пораст коришћења свих врста дрога, нарочито синтетичких, тренд истовременог коришћења различитих врста дрога (политоксикоманија), заступљеност у свим срединама, а не само у великим градовима, присутност у свим друштвеним слојевима, националним и верским заједницама и померање старосне границе ка млађем узрасту. Циљ Стратегије за борбу против дрога у Републици Србији за период од 2009. до 2013. („Службени гласник РС”, број 16/09) јесте унапређење и очување здравља становништва смањењем коришћења дрога и штетних последица проузрокованих злоупотребом дрога.

1.5.3. Израда и усвајање стратегије за борбу против дрога за период после 2013. године

Важећом стратегијом предвиђено је спровођење активности за њену реализацију до 2013. године. Неопходно је, након свеобухватне евалуације и анализе стања у овој области приступити изради стратегије за борбу против дрога за период после 2013. године.

1.5.4. Израда и усвајање стратегије за борбу против злоупотребе алкохола и алкохолизма

Утицај алкохола на здравље становништва доводи до тежих последица него утицај свих илегалних дрога заједно. Различите проблеме због пијења има готово 40% оних који пију алкохол, од чега 10% мушкараца и око 5% жена тешко злоупотребљава алкохол или су озбиљни болесници, односно алкохоличари. У средини попут наше, где је конзумирање алкохола друштвено широко прихваћена појава, израда и усвајање стратегије за борбу против злоупотребе алкохола и алкохолизма доприноси унапређењу и очувању

здравља становништва смањењем коришћења алкохола и штетних последица проузрокованих његовом злоупотребом.

2. Превенција и контрола заразних болести

Напредак у развоју и коришћењу вакцина ради превенције заразних болести у детињству, лекова за лечење заразних болести, али и унапређени хигијенски услови, довели су до смањења оболевања и умирања од заразних болести. Међутим, у последњих неколико деценија сведоци смо да опасност од заразних болести није прошла. Болести за које се мислило да су у великој мери под контролом поново су се јавиле (туберкулоза), појавиле су се и нове заразне болести (ХИВ/АИДС), а и резистентни сојеви бактерија на лекове су постали све распрострањенији. Стога, здравствени систем мора да обезбеди ефективне и ефикасне механизме за препознавање, превенцију и контролу заразних болести као одговор на сталне претње.

Циљеви

2.1. Превенција и контрола вакцинабилних болести

У Републици Србији достигнут је висок ниво обухвата вакцинацијом деце против дифтерије, тетануса, великог кашља, дечије парализе због чега ове болести чине свега 0,08% укупног оболевања од заразних болести. Међутим, и даље је присутан проблем неадекватног обухвата имунизацијом међу социјално угроженим групама становништва (Роми).

Активности

2.1.1. Спровођење, праћење и евалуација Програма здравствене заштите становништва од заразних болести

Циљеви Програма здравствене заштите становништва од заразних болести („Службени гласник РС”, број 29/02) јесу одржавање обухвата вакцинацијом деце према календару вакцинација са најмање 95% у свакој општини и насељу, имунизација група високог ризика (избеглице, расељена лица, имигранти, Роми и др.) и контрола вакциналног статуса деце и омладине кроз картотеку о имунизацији и деце при уласку у колективне смештаје и вакцинација неимунизованих.

2.1.2. Израда и усвајање програма здравствене заштите становништва од заразних болести за период после 2010. године

Важећим Програмом предвиђено је спровођење активности за његову реализацију до 2010. године. Неопходно је, након свеобухватне евалуације и анализе стања у овој области приступити изради програма здравствене заштите становништва од заразних болести за период после 2010. године.

2.2. Смањење оболевања и умирања од ХИВ/АИДС-а

Од 1981. године када је први пут препознат као нова болест, од АИДС-а је умрло више од 30 милиона људи, чинећи епидемију ХИВ-а најдеструктивнијом у писаној историји човечанства. Према проценама СЗО и Удруженог програма Уједињених нација за ХИВ/АИДС (УНАИДС), у свету је крајем 2007. године 33,2 милиона особа живело са ХИВ-ом. Процењено је да је током 2007. године 2,5 милиона лица новоинфицирано ХИВ-ом и да је 2,1 милиона људи умрло од АИДС-а. У региону западне и централне Европе континуирано расте број људи који живе са ХИВ-ом углавном захваљујући доступности комбиноване антиретровирусне терапије, чиме је продужен њихов животни век, а суочавамо се и са порастом новодијагностикованих ХИВ инфекција од 2002. године.

Активности

2.2.1. Спровођење, праћење и евалуација Националне стратегије за борбу против ХИВ-а/АИДС-а

Општи циљ Националне стратегије за борбу против ХИВ-а/АИДС-а у Републици Србији је превенција ХИВ инфекције и полно преносивих болести, као и обезбеђење лечења и подршке особама које живе са ХИВ-ом/АИДС-ом. Поред тога Стратегија има и специфичне циљеве као што су смањење ризичног понашања за ХИВ инфекцију у општој популацији, смањење нових ХИВ инфекција међу младима, смањење штете од ризичног понашања посебно осетљивих популационих група, интравенских корисника дроге, лица која се баве проституцијом, мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима, особа у затворима, војсци и полицији, јачање капацитета институција здравствено-социјалне заштите на свим нивоима, подизање нивоа друштвене свести и јачање социјалне мреже за подршку особама које живе с ХИВ-ом/АИДС-ом, добар увид у инциденцију и преваленцију ХИВ инфекције и АИДС-а, укључујући трендове и главне детерминанте епидемије ХИВ инфекције и обезбеђење система епидемиолошког надзора који омогућује сагледавање трендова епидемије ХИВ инфекције.

2.2.2. Израда и усвајање стратегије за борбу против ХИВ/АИДС-а за период после 2010. године.

Важећом стратегијом предвиђено је спровођење активности за њену реализацију до 2010. године. Неопходно је, након свеобухватне евалуације и анализе стања у овој области приступити изради нове стратегије за борбу против ХИВ/АИДС за период после 2010. године.

2.3. Смањење оболевања и умирања од туберкулозе

У последњих 10 година туберкулоза постаје поново проблем, како у свету, тако и код нас због низа фактора који укључују: миграције становништва, сиромаштво, ширење ХИВ/АИДС, употребу дрога и неприхватљивост терапијских режима. Пад инциденције плућне туберкулозе у Републици Србији у периоду 2004-2008. година је последица спровођења глобалног програма СЗО за контролу туберкулозе и увођења Стратегије директно опсервиране терапије (ДОТС) у 2002. години.

Активности

2.3.1. Спровођење, праћење и евалуација Програма контроле туберкулозе

Програм контроле туберкулозе усвојен је од стране Републичке комисије за туберкулозу Министарства здравља и Савета за праћење пројеката из области ХИВ/АИДС-а и туберкулозе Владе Републике Србије.

2.3.2. Спровођење Стручно-методолошког упутства за спречавање и сузбијање туберкулозе у Републици Србији

Стручно-методолошко упутство за спречавање и сузбијање туберкулозе у Републици Србији примењиваће се од 2010. године и следиће концепт базиран на стручно-методолошким принципима стратегије СЗО „Стоп туберкулози”.

2.4. Развијање система за брз одговор на претње здравственој безбедности

Услед глобализације, појава епидемија је претња колективној светској безбедности. Претње здрављу и безбедности су све веће и шире се брже него икад. Све државе морају инвестирати у здравље и градити способност за

превенцију постојећих и нових претњи по здравље, јачајући јавно здравствене системе. Претње здравственој безбедности су многобројне и различите: оне обухватају изненадни удар на здравље и привреду од неочекиваних болести, као што су САРС и птичији грип, мексички грип, хуманитарне катастрофе, биотероризам и друге акутне ризике по здравље.

Активности

2.4.1. Спровођење препорука у области јавног здравља СЗО

Спровођење препорука СЗО из 2005. године, које се односе на праћење и извештавање о појавама значајним за област јавног здравља, као и јачање механизма надзора над епидемијама на државном и међународном нивоу.

3. Здравствена заштита посебно осетљивих групација становништва

Свако животно доба има своје специфичности, па и специфичне здравствене потребе. Осим тога, постоје категорије становништва које имају посебне модалитете задовољавања универзалних потреба сваког човека. Сагледавајући то, дефинишу се следеће вулнерабилне категорије становништва: жене репродуктивног доба, мала и предшколска деца, школска деца и омладина, радно активно становништво, стари, особе са инвалидитетом, социјално маргинализоване групе.

Циљеви

3.1. Унапређење здравља жена у репродуктивном добу

Здравље популације жена је од изузетног значаја не само због осетљивости ове групе становништва, него и због значајних реперкусија на здравље потомства – деце. Посебна пажња се посвећује очувању и унапређењу репродуктивног здравља.

Активности

3.1.1. Спровођење, праћење и евалуација Националног програма здравствене заштите жена, деце и омладине

Влада је донела Уредбу о Националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине („Службени гласник РС”, број 28/09), којим су предвиђене активности на очувању и унапређењу здравља жена у репродуктивном периоду. Ово се може остварити адекватном здравственом заштитом жена пре, за време трудноће, порођаја и пуерперијума, као и повећањем знања и променом ставова и понашања у вези здравствених ризика, полно преносивих болести, нежељене трудноће и абортуса и малигних болести репродуктивних органа и дојке.

3.1.2. Спровођење, праћење и евалуација Стратегије подстицања рађања

Стратегија подстицања рађања („Службени гласник РС”, број 13/08), има за циљ смањивање трошкова подизања детета, усклађивање рада и родитељства, борбу против неплодности, промовисање значаја репродуктивног здравља и дефинисање и спровођење политике која ће онемогућити дискриминацију (професионалну и економску) жена због трудноће, порођаја и одгајања деце.

3.1.3. Спровођење, праћење и евалуација Националне стратегије за побољшање положаја жена и унапређивање родне равноправности

Националном стратегијом за побољшање положаја жена и унапређивање родне равноправности („Службени гласник РС”, број 15/09) обухваћене су области које се односе на учешће жена у креирању политика и у доношењу одлука у области економије, образовања, здравља, насиља над

женама, као и питања средстава јавног информисања и јавног мњења, пошто је кроз широку и демократску дијалогску процењено да су ове области кључне за побољшање положаја жена и унапређивање родне равноправности. Овим документом се утврђује целовита и усклађена политика државе у циљу елиминисања дискриминације жена, побољшања њиховог положаја и интегрисања принципа родне равноправности у све области деловања институција система.

3.2. Унапређење здравља одојчади и мале деце, школске деце и омладине

Здравствена заштита одојчади и мале деце, школске деце и омладине је од изузетног значаја, не само због осетљивости ове популационе групе, него и због значајних реперкусија које фактори ризика и оштећења здравља у периоду раста и развоја деце, могу имати на здравље током читавог живота.

Активности

3.2.1. Спровођење, праћење и евалуација Националног програма здравствене заштите жена, деце и омладине

Овај програм има за циљ унапређење и очување здравља деце које се се може остварити смањењем смртности одојчади, едукацијом родитеља и старатеља за активан однос према здрављу и преузимањем одговорности за здравље, смањењем повреда и тровања, спречавањем злостављања и занемаривања деце, раним откривањем фактора ризика за правилан раст и развој, као и преузимањем одговарајућих терапијско-реhabилитационих поступака код деце и адолесцената са откривеним поремећајем и обољењем.

3.2.2. Спровођење, праћење и евалуација Националног програма превентивне стоматолошке здравствене заштите

Влада је донела Уредбу о Националном програму превентивне стоматолошке здравствене заштите („Службени гласник РС”, број 22/09). Овај програм има за циљ промоцију здравља уста и зуба, као и унапређење здравља уста и зуба деце до 18 година. То се може постићи повећањем вредновања здравља уста и зуба на нивоу заједнице и појединца, јачањем партнерства између јединица локалне самоуправе и свих других институција и организација, унапређењем знања, ставова и понашања родитеља и старатеља. Код деце и омладине до 18 година, планира се унапређење стоматолошке здравствене заштите и јачање капацитета у стоматолошкој здравственој заштити деце и омладине овог узраста.

3.2.3. Спровођење, праћење и евалуација Стратегије развоја здравља младих у Републици Србији

Стратегија развоја здравља младих у Републици Србији („Службени гласник РС”, број 104/06) представља део стратегије развоја целокупног здравственог сектора, али и инструмент за мобилизацију не само здравственог сектора, већ и свих чинилаца друштва као партнера у очувању здравља младих, решавању проблема и спречавању понашања које је ризично по здравље.

3.2.4. Спровођење, праћење и евалуација Плана акције за животну средину и здравље деце у Републици Србији за период од 2009. до 2019. године

Циљеви Плана акције за животну средину и здравље деце у Републици Србији за период од 2009. до 2019. године („Службени гласник РС”, број 83/09) јесу смањење и превенција оштећења дечијег здравља проузрокованог утицајима из животне средине, подизање свести јавности о утицајима из

животне средине на здравље деце, као и унапређење дечијег здравља путем унапређења квалитета животне средине.

3.2.5 Спровођење, праћење и евалуација Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања

Циљ Посебног протокола јесте заштита деце од свих облика злостављања, занемаривања и искоришћавања. То се може постићи кроз информисање запослених у установама здравствене заштите о поступку у случају сумње да је дете жртва злостављања и занемаривања или да то може постати, успостављањем ефикасне процедуре збрињавања детета (откривање, дијагностика, третман, документација и евиденција) у случајевима сумње на злостављање и занемаривање и дефинисањем поступака за заштиту деце од даљег злостављања и занемаривања.

3.3. Унапређење и очување здравља старих лица

Демографско старење становништва је проблем са којим се Република Србија сусреће већ више деценија. Број лица старих 65 и више година има тренд пораста, као и њихово учешће у укупном броју становника. Најзначајније карактеристике које се односе на здравље ове популационе групе су слабљење чула и смањење функције локомоторног система, често удружене са једном или више хроничних болести.

Активности

3.3.1. Спровођење, праћење и евалуација Националне стратегије о старењу

Национална стратегија о старењу („Службени гласник РС”, број 76/06) предвиђа активности усмерене ка унапређењу здравља и квалитета живота као и одржавање независног начина живота старијих лица кроз спречавање болести, физичку и менталну рехабилитацију и палијативно збрињавање. То се може остварити обезбеђивањем здравствених услуга одговарајућег обима и квалитета. Најзначајније је јачање примарне здравствене заштите са адекватним кадром (едукованим из области геријатрије), јачање служби поливалентне патронаже и кућног лечења и неге, као и обезбеђивање адекватне секундарне и терцијарне здравствене заштите, уз обезбеђење геријатријских болничких капацитета.

3.3.2. Спровођење, праћење и евалуација Стратегије за палијативно збрињавање

Демографски старо друштво са високом стопом морбидитета од незаразних болести, неминовно се суочава са потребом успостављања организационо и финансијски одрживог модела палијативног збрињавања. Стратегија за палијативно збрињавање („Службени гласник РС”, број 17/09) има за циљ унапређење и достизање најбољег могућег квалитета живота пацијената у терминалној фази болести и њихових породица.

3.4. Остваривање пуног здравственог потенцијала особа са инвалидитетом

Посебно осетљива и обично маргинализована, популациона група особа са инвалидитетом је хетерогена група и обухвата особе са урођеним или стеченим физичким, сензорним, интелектуалним или емоционално умањеним способностима. Ове особе, по правилу, услед друштвених или других препрека имају смањену могућност да се укључе у активности друштва. Прецизни подаци о броју особа са инвалидитетом не постоје у нашој земљи. Процене за Европу (СЗО) говоре да 7-10% људи живи са инвалидитетом. Проблем представља и

различно значење које се у појединим срединама везује за термин особа са инвалидитетом зависно од социјалних, политичких, правних и других услова.

Активности

3.4.1. Спровођење, праћење и евалуација Стратегије унапређења положаја особа са инвалидитетом у Републици Србији

Стратегија унапређења положаја особа са инвалидитетом у Републици Србији („Службени гласник РС”, број 1/07) има за циљ унапређење положаја особа са инвалидитетом до позиције равноправних грађана који уживају сва права и одговорности. У том смислу, социјалне, здравствене и друге услуге морају се учинити доступним у складу са савременим међународно прихваћеним методама процене инвалидности и потреба.

3.5. Унапређење и очување здравља радно активног становништва

Здравље, безбедност, радна способност и благостање сваког радника представља кључно питање свеукупног социо-економског развоја сваке земље. Здравље радника и здраво радно окружење представљају једну од најважнијих тековина појединца, заједнице и земље. Специфична здравствена заштита радника не обезбеђује само здравље радника, већ доприноси јачању економије сваке земље кроз повећану продуктивност, ефективност, ефикасност, квалитет производа и услуга, радну мотивацију, задовољство послом, и позитивно утиче на свеукупни квалитет живота радника и друштва као целине. Очување и унапређење здравља радно активног становништва регулисано је сетом законских прописа у систему здравствене заштите и систему безбедности и здравља на раду.

Процена здравствених ризика радне околине и ефикасан систем заштите здравља на раду који утичу на умањено дејство ризика по здравље радно активног становништва нису довољно развијени у Републици Србији. Они би требало да доведу до смањења повреда на раду, професионалних обољења, а самим тим и губитка радних сати и смањења радне способности.

Активности

3.5.1. Израда и усвајање стратегије медицине рада у Републици Србији

Циљ доношења ове стратегије је да се омогући специфична здравствена заштита радно активног становништва. Стратегија треба да се заснива на принципима који су у складу са Глобалном стратегијом „Медицина рада за све” (СЗО, 1995) и Декларацијом о здрављу радника (Колаборативни центри за медицину рада СЗО, 2006). Очување и унапређење здравља радно активне популације оствариће се кроз имплементацију адекватног концепта делатности медицине рада и организацију службе, који обезбеђују највиши могући ниво заштите здравља на раду за све раднике.

3.5.2. Спровођење, праћење и евалуација стратегије медицине рада у Републици Србији

Након усвајања стратегије медицине рада у Републици Србији неопходно је, уз континуирани мониторинг, односно праћење, спроводити све планиране мере и активности како би се унапредило здравље радно активног становништва.

3.5.3. Спровођење, праћење и евалуација Стратегије безбедности и здравља на раду у Републици Србији за период од 2009. до 2012. године

Циљ Стратегије безбедности и здравља на раду у Републици Србији за период од 2009. до 2012. године („Службени гласник РС”, број 32/09) јесте

унапређење и очување здравља радно активног становништва, односно унапређење услова рада ради спречавања повреда на раду и професионалних болести и болести у вези са радом и њиховог свођења на најмању могућу меру, односно отклањање професионалних ризика. Примена превентивних мера које се предузимају на свим нивоима рада подразумева стварање таквих услова рада којима се, приликом организовања рада и радног процеса, врши процена ризика и њихово отклањање или свођење на најмањи могући ниво. Циљ је да се избегне могућност настајања повреда на раду или професионалних болести запослених, чиме се у највећој могућој мери стварају предуслови за спречавање или елиминисање ризика од могућих повреда, професионалних болести и болести у вези са радом, односно, стварају услови за пуно физичко, психичко и социјално благостање запослених.

3.5.4. Израда и усвајање стратегије безбедности и здравља на раду за период после 2012. године

Важећом стратегијом предвиђено је спровођење активности за њену реализацију до 2012. године. Неопходно је, након свеобухватне евалуације и анализе стања у овој области приступити изради нове стратегије безбедности и здравља на раду за период после 2012. године.

3.6. Унапређење и очување здравља маргинализованих група становништва

За хетерогену популациону групу коју чине особе и породице које живе испод границе сиромаштва (незапослени, запослени са нередовним примањима, необразовани и др.), везује се више аспеката проблема остваривања и коришћења здравствене заштите, због њихове позиције да често нису довољно упознати са својим правима на здравствену заштиту, као ни са читавим низом осталих људских права које држава гарантује својим грађанима.

Активности

3.6.1. Спровођење, праћење и евалуација Стратегије за смањење сиромаштва у Србији

Стратегија за смањење сиромаштва у Србији (2003. година), представља саставни део интегралне стратегије развоја Републике Србије. Стратегија садржи целовит план активности усмерен на смањивање кључних аспеката сиромаштва, стварањем материјалних и других предуслова и пружање шанси сваком да обезбеди егзистенцију себи и својој породици.

3.6.2. Спровођење, праћење и евалуација Стратегије за унапређење положаја Рома

Стратегија за унапређење положаја Рома у Републици Србији („Службени гласник РС”, број 27/09) поставља основе за смањење разлике између ромске популације и осталог становништва. Такође, овим документом ствара се основа за идентификовање и примену мера афирмативне акције, пре свега у областима образовања, здравља, запошљавања и становања.

Б. ПРИОРИТЕТНЕ ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИЈЕ И ФУНКЦИОНИСАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Након периода обележеног наглим падом друштвено-економских показатеља у последњој деценији XX века и санкција међународне заједнице, дошло је до урушавања свих сегмената друштвеног система у Републици Србији, па самим тим и система здравствене заштите. Како би се унапредила ефикасност, квалитет и рационално коришћење ресурса, након 2000. године

донет је сет законских аката са тежиштем на неколико важних области: унапређење квалитета здравствене заштите и процену задовољства корисника пруженим услугама; развој едукативних програма и метода едукације здравствених радника и сарадника; лиценцирање здравствених радника; регистрација и лиценцирање нових лекова; развој јавног здравља и института и завода за јавно здравље; развој менаџмента у здравству; израда стандарда, односно водича добре клиничке праксе и развој информационих технологија. У интересу струке и развоја етичких принципа професије, допринос је дат и реструктурирању кадровских капацитета и формирању комора лекара, медицинских сестара и техничара, фармацеута, стоматолога и биохемичара.

Међутим, Република Србија се још увек суочава са многобројним проблемима, почев од рационализације мреже здравствених установа и суштинске децентрализације, па до финансирања скупог система здравствене заштите. Приоритетни проблеми везани за организацију и функционисање система здравствене заштите почивају на низу фактора везаних за техничке (кадар, опрема, простор) и технолошке перформансе система (вештине и знања пружалаца услуга, стандардизоване процедуре), сталном унапређењу законске регулативе, управљању системом здравствене заштите на различитим нивоима (менаџмент, лидерство, заступање), вези здравственог и других комплементарних сектора (социјална заштита, просвета, екологија, економија, правосуђе, итд.) и прилагодљивости, односно флексибилности здравственог система за промене (управљање променама).

Приоритетне области организације и функционисања здравствене заштите су: интегративна здравствена заштита, људски ресурси за здравље, интегрисан здравствени информациони систем, квалитет здравствене заштите и безбедност пацијената и финансирање.

1. Интегративна здравствена заштита

Смањење разлика у здрављу и здравственој заштити представља битну претпоставку даљег развоја система здравствене заштите и њених институција. Важан фактор у организацији и функционисању здравствене службе је и степен интегрисаности система (повезаности примарног, секундарног и терцијарног нивоа), али и његова територијално-административна децентрализација (мрежа и финансирање), као и синхроно деловање државног и приватног сектора. Потенцијалну могућност ефикасније организације и функционисања система здравствене заштите пружа и развој свих облика партнерства у локалној заједници, али и развој ванинституционалних облика лечења и неге болесника. Као међународно прихваћени стандард, брз одговор на епидемије ширих размера, катастрофе, елементарне и друге непогоде, пружање адекватне, ефикасне, квалитетне и хитне, односно ургентне помоћи становништву представља својеврстан изазов за систем здравствене заштите. У дефинисању циљева организације и функционисања, сви набројани фактори имају посебан значај. Они су, истовремено, и основни критеријуми за утврђивање мреже здравствених установа у Републици, чији је оснивач Република, аутономна покрајина, општина, односно град, као и основе за развој здравствене службе на примарном, секундарном и терцијарном нивоу.

Циљеви

1.1. Јачање улоге института и завода за јавно здравље

Јавно здравље у Републици Србији уређено је Законом о јавном здрављу („Службени гласник РС”, број 72/09), коме је претходила израда Стратегије јавног здравља Републике Србије („Службени гласник РС”, број 22/09). Законом, а у складу са европским смерницама и стандардима,

институтима и заводима за јавно здравље дата је улога координатора свих активности у оквиру друштвене бриге за здравље становништва. Циљ је да се развија доктрина јавног здравља у којој је корисник у центру система, а методологија праћења, анализирања и представљања података о здрављу становништва упоређива са земљама ЕУ.

Активности

1.1.1. Спровођење, праћење и евалуација Стратегије јавног здравља Републике Србије

Стратегија јавног здравља Републике Србије садржи елементе који подстичу одговорност државе и друштва у обезбеђењу добробити за све грађане путем унапређења здравља и очувања здраве животне средине. Темељи се на промоцији здравља и примарној превенцији, а остварује кроз тимски и интердисциплинарни рад, мултисекторску сарадњу, као и све облике партнерства.

1.1.2. Израда и усвајање стратегије јавног здравља за период после 2013. године

Важећом стратегијом предвиђено је спровођење активности за њену реализацију до 2013. године. Неопходно је, након свеобухватне евалуације и анализе стања у овој области приступити изради стратегије јавног здравља за период после 2013. године.

1.1.3. Израда и усвајање програма за праћење безбедности хране и болести преносивих храном

Закон о безбедности хране („Службени гласник РС” број 41/09) утврђује надлежност државних органа и других субјеката за безбедност хране. Програм за праћење безбедности хране и болести преносивих храном, који ће бити израђен у сарадњи са институтима и заводима за јавно здравље као носиоцима активности, треба да обезбеди да храна у Републици Србији буде безбедна и погодна за исхрану људи, као и да се смањи број појава болести преносивих храном предузимањем одговарајућих мера када се појави ризик по потрошаче од инцидената везаних за безбедност хране.

1.2. Решавање 80% потреба и захтева за здравственом заштитом у установама примарне здравствене заштите

Сви међународно прихваћени стандарди у области примарне здравствене заштите предвиђају потребу решавања 80-85% здравствених проблема у првом контакту са изабраним лекаром, како би читав систем здравствене заштите био ефикаснији и рационалнији. Потреба за оваквим приступом је резултирала дефинисањем циља коме треба тежити, упркос чињеници да је тешко остварити жељени степен ефикасности, чак и у развијеним земљама света. Међутим, имајући у виду да Република Србија има дугу традицију у развоју концепта примарне здравствене заштите и њених институционалних облика, достизање овог циља се намеће као приоритетно.

Активности

1.2.1. Унапређење вештина и знања лекара и других здравствених радника у примарној здравственој заштити

Континуирана едукација лекара, сестара и здравствених сарадника у примарној здравственој заштити по савременим програмима и методама за рад у ординацији и у кући пацијента, представља предуслов за реализацију овог циља.

1.2.2. Стално обнављање ресурса и унапређење здравствених технологија у установама примарне здравствене заштите

Кадровска обезбеђеност, одржавање, обнављање и израда номенклатуре опреме и лекова у установама примарне здравствене заштите, уз увођење стандардизованих процедура у области превенције и лечења, као и израда и коришћење водича добре клиничке праксе, представљају предуслов за реализацију овог циља.

1.2.3. Унапређење кућног лечења и неге

Кућно лечење пацијената примарне здравствене заштите представља најчешћи вид продуженог болничког лечења. Израда доктринарних поступака и процедура у овој области (водича) као и обука сестара за палијативну негу болесника на кућном лечењу, представља предуслов за реализацију овог циља.

1.3. Повећање опредељености становништва за изабраног лекара

Слободан избор лекара је демократско право грађана да се у оквиру територије на којој живе или раде, одреде за лекара примарне здравствене заштите (опште медицине, педијатрије, гинекологије, стоматологије, медицине рада) који ће им у првом и непосредном контакту пружати здравствене услуге. Интерес лекара примарне здравствене заштите је да пружају здравствене услуге корисницима чију породичну и личну анамнезу, факторе ризика, социјално окружење и економски статус врло добро познају и прате, градећи однос узајамног поверења и разумевања. Са аспекта здравствене службе, изабрани лекар представља формулу за систем финансирања примарне здравствене заштите. Потребно је обезбедити да што већи број грађана (90% укупне популације) има свог изабраног лекара.

Активности

1.3.1. Едукација и мотивисање становништва за избор лекара у примарној здравственој заштити

Индивидуални и групни рад лекара са корисницима који су га изабрали представља један у низу едукативних и мотивационих поступака. Путем средстава јавног информисања потребно је информисати, едуковати и подизати ниво здравствене писмености и тако мотивисати становништво да очувају и унапреде своје здравље, као и да користе права и поштују обавезе у систему здравствене заштите.

1.3.2. Унапређење општег знања и вештина лекара у примарној здравственој заштити

Стално унапређење знања и вештина лекара, не само у оквиру континуиране едукације у области здравствене заштите, него и општег знања у области психологије и основа комунологије, антропологије, социјалног окружења и тимског рада, представља важан елемент који ће привући и одредити корисника за избор лекара у примарној здравственој заштити.

1.4. Унапређење доступности и приступачности здравствене службе корисницима

У циљу смањења постојеће неуједначености у доступности и приступачности здравствене службе у Републици Србији, потребно је стално преиспитивати факторе везане за територијалну и временску доступност здравствене службе корисницима, као и капацитете здравствене службе, односно установе да одговори на захтеве и потребе корисника за различитим облицима здравствене заштите. Здравствене установе морају бити равномерно

технички (опрема, простор) и технолошки (кадар, процедуре) оспособљене за пружање адекватних услуга на свим нивоима. Имајући у виду да поједине услуге плаћају корисници, они морају бити заштићени од финансијског ризика.

Активности

1.4.1. Преструктурирање капацитета здравствених установа из Плана мреже здравствених установа

Критеријуми који се односе на становништво (број, структура, родне карактеристике, здравствене потребе), територију (густина насељености, конфигурација, гравитирајућа популација, постојећа инфраструктура и урбаноруралне особености), као и могућности локалне самоуправе да одговори потребама у области здравствене заштите, захтевају сталне анализе постојећих капацитета, како би се План мреже здравствених установа мењао у односу на потребе становништва за здравственом заштитом и економске могућности Републике, у складу са законом.

1.4.2. Унапређење процеса рада и усклађивање ресурса према захтевима и потребама становништва

Усклађивање кадровске обезбеђености и стандарда медицинске опреме према потребама и захтевима корисника, као и унапређење процеса рада у примарној здравственој заштити, потребно је ради унапређења доступности и приступачности здравствене службе корисницима.

1.4.3. Стално преиспитивање партиципације коју грађани плаћају за коришћење појединих здравствених услуга

Партиципација за коришћење здравствених услуга представља корективни елемент за цену одређене услуге. Здравствени систем путем партиципације штити се од финансијског ризика. Партиципација се континуирано прати и преиспитује, како не би утицала на маргинализовање и продубљивање социјалне неједнакости. Услови за ослобађање од партиципације за поједине групе грађана (са ниским примањима) прописују се Правилником о садржају и обиму права на здравствену заштиту и о партиципацији, који доноси Републички завод за здравствено осигурање сваке године.

1.5. Функционално повезивање ванболничке и болничке хитне медицинске помоћи

На основу истраживања у свету, адекватно и на време пружена хитна медицинска помоћ омогућава смањење смртог исхода и настанак инвалидитета и до 50%. Савремени концепт хитне медицинске помоћи подразумева функционално повезану ванболничку и болничку хитну медицинску помоћ.

Активности

1.5.1. Израда и усвајање стратегије хитне медицинске помоћи

У циљу унапређења квалитета збрињавања свих хитних стања, неопходно је дефинисање стратегије развоја хитне медицинске помоћи којом би се предвидела промена организације у примарној здравственој заштити и комплементарним службама за збрињавање хитних, односно ургентних стања у болницама, установљивање стандарда опреме, простора и лекова потребних за обављање хитне медицинске помоћи и поступака усклађених са међународно прихваћеним стандардима.

1.6. Унапређење функционалне повезаности здравствених служби у систему здравствене заштите

Функционална повезаност служби у рефералном систему здравствене заштите је битан предуслов за ефикасну (стручну и економски исплативу) здравствену делатност, а у најбољем интересу пацијента (брзо, квалитетно и комплетно пружање здравствених услуга). Важну улогу има примарна здравствена заштита, која је „чувар капије” у остваривању права пацијента на даље специјалистичко лечење (специјалистичко-консултативне службе и болничке службе), уз адекватну повратну информацију. Јачањем алтернативних модела секундарне здравствене заштите постиже се рационализација и унапређује болничка здравствена заштита појединих категорија корисника.

Активности

1.6.1 Дефинисање и усвајање основног „пакета” здравствених услуга

„Пакет” здравствених услуга обухвата услуге које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања. Те услуге се морају обезбедити сваком осигуранику и са њиховим садржајем корисник мора бити у потпуности упознат. Све услуге које не припадају „пакету” корисник мора платити сопственим средствима или коришћењем добровољног осигурања, које ће се даље разрађивати током планског периода. Остваривање законом прописаних права осигураника се континуирано прати, а спровођење потребних промена остварује се кроз одговарајуће измене и допуне постојећих или доношење нових прописа.

Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији доноси се сваке године, уз сагласност Владе.

1.6.2 Дефинисање стандарда услуга на нивоу изабраног лекара

Поред врста услуга које улазе у „пакет”, потребно је дефинисати стандардизоване процедуре у области превентиве, дијагностике и лечења код изабраног лекара, како би упућивања на виши реферални ниво (изузимају се ургентна стања) била рационализована, а лекари на секундарном нивоу избегли непотребно понављање процедура у дијагностици. У том смислу, потребно је стално ажурирање водича добре клиничке праксе чије коришћење треба учинити обавезним. Тренутно, коришћење постојећих водича је на нивоу препорука и не обавезује здравствене раднике на њихову употребу.

1.6.3. Унапређење рефералног система здравствене заштите

Боља повезаност примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите обезбеђује се постојањем дефинисаног „пакета” услуга, коришћењем водича добре клиничке праксе и развијених клиничких путева, односно стандардизованих процедура на свим нивоима здравствене заштите. Посебно треба нагласити да неопходан предуслов за реализацију овог циља представља и пуна асистенција и подршка виших рефералних нивоа примарној здравственој заштити када она преузима послове даљег лечења пацијената који су били лечени у стационарним здравственим установама.

1.6.4. Развијање дневних болница

Дневне болнице у оквиру стационарних здравствених установа омогућавају да се пацијентима у току једног радног дана, пруже поједине дијагностичке или терапијске (интернистичке, хируршке, психијатријске) услуге за које није потребан пријем на болничко лечење, чиме се значајно побољшава

ефикасност пружања здравствене заштите. Многоструку корист од развоја дневних болница имају како болничке установе, тако и пацијенти.

1.6.5. Развијање капацитета за палијативну негу болесника

Дуготрајно лечење и нега, посебно старих лица и оболелих од одређених хроничних болести, захтева добро обучен кадар (превасходно средње медицински) у области палијативне неге болесника. Предуслов за рад у овој области је развој стандарда палијативне неге и дефинисање наменских капацитета у стационарним установама за болеснике у терминалној фази болести, или формирање посебних установа за ту намену.

1.7. Унапређење сарадње института и завода за јавно здравље и установа примарне здравствене заштите са институцијама и организацијама локалне заједнице

Програми јавног здравља у свету тежиште здравствених активности стављају на промоцију здравља - очување и унапређење здравља становништва које се реализује на локалном нивоу. Наше законодавство је такође препознало значај деловања система здравствене заштите на ширем плану (тимски и интердисциплинарно у локалној заједници) и у сарадњи са другим владиним и невладиним секторима. Посебну улогу у том смислу имају заводи за јавно здравље и установе примарне здравствене заштите који треба да успоставе партнерске односе у заједници и управљају програмима и активностима усмереним на локално становништво.

Активности

1.7.1. Подстицање партнерства од стране примарне здравствене заштите на локалном нивоу

Установе примарне здравствене заштите, посебно изабрани лекари, сестре, поливалентна патронажна и све друге теренске службе имају важну улогу у успостављању партнерских односа са представницима локалне власти, школства, социјалне заштите, невладиних организација, струковним удружењима, удружењима грађана и волонтерима и у иницирању здравствено-промотивних акција у заједници у интересу грађана и решавања њихових социо-медицинских проблема.

1.7.2. Заједничко управљање и спровођење програма у области здравствене заштите на локалном нивоу

Имплементација превентивних програма који се спроводе на нивоу локалне заједнице треба да буде организована од стране установа примарне здравствене заштите, у сарадњи са представницима локалне заједнице. Координацију програмских активности и евалуацију програма треба да обављају институти и заводи за јавно здравље са циљем да утврде учинак програмских активности и ревидирају циљеве програма, уколико нису евидентирани позитивни резултати.

1.8. Унапређење партнерства између државног и приватног сектора

Систем здравствене заштите укључује поред државног сектора и приватни сектор здравства. Оба сектора треба да функционишу синхронно, по истим етичким, стручним и економским принципима. У циљу што већег уједначавања функционисања оба сектора, заснованих на поменутих принципима, потребно је да се унапреди међусобна сарадња и успостави веће поверење.

Активности

1.8.1. Усклађивање здравствених услуга у оба сектора

Размена информација, примена истих стандарда кадра, опреме, простора и процедура, као и извештаја о раду и стандарда квалитета (контрола квалитета), представљају неопходне предуслове за унапређење сарадње државног и приватног сектора, а у интересу и на добробит корисника здравствене заштите.

1.8.2. Издавање у закуп слободних капацитета

Издавањем у закуп слободних капацитета здравствених установа у државној својини (простора, опреме и других ресурса) здравственим установама у приватној својини и приватној пракси омогућила би се већа доступност здравствене заштите корисницима. Овај поступак треба спроводити под условима и на начин прописан законом.

1.9. Дефинисање улоге невладиног сектора у активностима везаним за здравље и здравствену заштиту

Због неопходног учешћа грађана у активностима везаним за здравље и здравствену заштиту, удружења постају важан фактор у функционисању система, како у пружању појединих услуга, односно преузимању дела одговорности за опште благостање и развој друштва, тако и у изјашњавању о одлукама које се тичу јавног здравља. Ефикасни путеви двосмерне комуникације између стручне и шире јавности морају бити усмерени на бригу о сопственом здрављу сваког појединца и заједнице и подршку развоју система здравствене заштите.

Активности

1.9.1. Подршка изградњи националне мреже удружења која се баве унапређењем здравља

Удружења у Републици Србији требало би да се повежу у мрежу како би се програмске активности које спроводе обављале тимски и мултидисциплинарно, ради подизања свести грађана о очувању и унапређењу здравља и брзој рехабилитацији и социјалном укључивању оболелих и инвалидних лица. Национална мрежа удружења требало би да се повеже са Европском мрежом удружења која се баве унапређењем здравља.

1.9.2. Унапређење дијалога са удружењима која се баве унапређењем здравља

Удружења треба да иницирају доношење одлука на различитим нивоима система здравствене заштите, штитећи интересе групе или појединаца и успостављајући дијалог са другим деловима друштва.

2. Људски ресурси у здравственом систему

Људски ресурси у здравственом систему основна су одредница система здравствене заштите, и то у свим областима (промоције, превенције и лечења). Истовремено, људски ресурси представљају највећи и највреднији ресурс здравственог система, који треба стално развијати.

Циљеви

2.1. Унапређење законске регулативе

Поред стратешких развојних опредељења као неопходних предуслова потребно је унапређивати законски оквир, односно донети прописе који регулишу област људских ресурса у здравственом систему.

Активности

2.1.1. Израда и усвајање стратегије развоја људских ресурса у здравственом систему

Стратегија развоја људских ресурса у здравственом систему биће утврђена и на основу капацитета утврђених Планом мреже здравствених установа, на основу старосне структуре запослених у здравству, миграционих токова, величине гравитационог подручја, искоришћености постојећих капацитета, просечне планиране дужине болничког лечења, просечног броја лечених пацијената у односу на једног лекара, као и на основу потреба становништва за здравственим услугама на основу демографских и епидемиолошких пројекција и нових здравствених технологија.

2.1.2. Преиспитивање стандарда кадровске обезбеђености

Уједначена организација и ефикасно функционисање здравствене службе, доступност појединих нивоа здравствене заштите, као и стручна и економска оправданост постојања одређених делатности захтевају дефинисање стандарда кадровске обезбеђености. Адекватна обезбеђеност кадром подразумева и територијалну уједначеност, односно равномерну географску дистрибуцију кадровских ресурса.

2.1.3. Израда и усвајање прописа о специјализацијама и ужим специјализацијама здравствених радника и здравствених сарадника

Процес придруживања ЕУ, који између осталог подразумева усклађивање домаћих прописа са прописима, односно препорукама ЕУ, као и динамичан развој науке и друштва у светлу неизбежних промена здравствених потреба становништва намеће преиспитивање постојећих и дефинисање нових врста специјализација и ужих специјализација.

2.2. Развијање капацитета за управљање људским ресурсима у здравственом систему

Дугорочно планирање и улагање у људске ресурсе, поред генерисања знања, улагања у инфраструктуру и технологију, неопходно је ради достизања адекватног одговора на променљиве здравствене потребе и различите модалитете пружања услуга.

Активности

2.2.1. Едукација из области здравственог менаџмента

Неопходно је успостављање одрживог система за различите видове едукације доносиоца одлука на националном нивоу, менаџера на свим нивоима и здравствених планера у области формулисања политике планирања и развоја кадрова, као и анализе потреба здравственог система Републике Србије. Поред обнављања уско стручних знања и вештина здравствених радника, потребно је створити услове за стицање знања и вештина које могу да побољшају организационо и финансијско управљање на свим нивоима здравствене заштите.

2.2.2. Израда плана развоја кадрова у здравству

Изработом плана развоја кадрова у здравству, у складу са здравственим потребама и захтевима становништва, као и стратегијом развоја људских ресурса у здравственом систему, обухватиће се потребе за кадром на свим нивоима здравствене заштите.

2.3. Прилагођавање школовања кадра здравствене струке са стварним потребама друштва

Број новоуписаних студената на медицинске факултете у Републици Србији није везан за процену потреба наше здравствене службе и доминантно зависи од интереса самих школа диктираних садашњим системом финансирања факултета здравствене струке по броју студената, што у значајној мери важи и за остале школе здравствене струке. Према препорукама СЗО, политика кадрова у здравству подразумева планирање школовања одговарајућег броја и квалификационе структуре (према процењеним потребама) и њихову одговарајућу искоришћеност, уз стално професионално усавршавање.

Активности

2.3.1. Усклађивање политике уписа на факултете и школе здравствене струке са стварним потребама друштва – израда плана школовања кадрова здравствене струке

Без усклађивања интереса и потреба система образовања и система здравствене заштите, не може бити озбиљнијих промена у развоју политике кадрова у здравству. Неопходна је боља координација планирања између здравственог сектора и сектора образовања и добро познавање и праћење стања на тржишту рада. Резултат ове активности био би израда плана школовања кадрова здравствене струке.

2.3.2. Унапређење знања и вештина запослених у здравственом систему

Демографске и епидемиолошке промене, увођење нових технологија, промене у очекивању корисника, промене у политичком и економском окружењу, глобализација, економска ограничења, европске интеграције и проширење су изазови с којим се сусреће здравствена служба како у Европи, тако и у Републици Србији. У вези с тим, образовање здравствених радника треба посматрати као динамичан процес, који треба стално унапређивати и прилагођавати променама. Додипломске и постдипломске наставне планове и програме неопходно је ускладити са реформским опредељењима и потребама здравственог система, и хармонизовати их са стандардима ЕУ, препорукама СЗО, Болоњским процесом, као и захтевима ЕУ да се омогући мобилност радне снаге.

2.3.3 Акредитација програма континуиране едукације

Захтеви здравственог система захтевају њихово стално усавршавање здравствених радника. У складу са законом стручно усавршавање ради одржавања и унапређења квалитета здравствене заштите је право и обавеза свих здравствених радника, али је и обавеза послодавца да им омогући континуирано усавршавање. Здравствени савет Србије и коморе здравствених радника су најзначајнији покретачи спровођења континуиране едукације. Организатори континуиране едукације јесу факултети и школе здравствене струке, струковна удружења, здравствене установе, приватна пракса и друге установе које обављају здравствену делатност. Због тога је, у наредном периоду, неопходно идентификовати приоритетне програме континуиране едукације за све здравствене раднике и здравствене сараднике.

Акредитација програма континуиране едукације треба да буде у надлежности Здравственог савета Србије и комора здравствених радника, што захтева измену постојећег Закона о здравственој заштити, према коме надлежност у овој области има једино Здравствени савет, као и Закона о коморама здравствених радника.

2.4. Унапређење информационог система за планирање људских ресурса у здравственом систему

Као основни предуслови за повезаност, адекватну и благовремену размену информација неопходно је постојање база података и знања на свим нивоима здравственог система, подржаних одговарајућом информатичком и информационом структуром. То подразумева вертикалну и хоризонталну размену података и информација свих учесника у здравственом систему, доношење законских прописа у области здравствено-статистичког извештавања, заштити података, итд. Осим тога, при планирању људских ресурса за здравље неопходно је праћење и разумевање трендова у друштву, политици, економији, технологијама, демографији, епидемиологији, као и разумевање глобалног тржишта.

Активности

2.4.1. Имплементација централног информационог сервиса

Потребно је остварити техничке и друге предуслове за пуну имплементацију централног информационог сервиса за ресурсне базе података у здравству (организациона структура, кадар, опрема), укључујући и систематско прикупљање података везаних за здравствене установе у приватној својини и приватну праксу, што ће омогућити обезбеђивање неопходних информација за доношење одлука на свим нивоима (Република, аутономна покрајина, локална самоуправа).

3. Интегрисан здравствени информациони систем

Здравствени информациони систем у Републици Србији карактерише присуство традиционалног здравствено-статистичког система и мноштво нових информационих токова који су се појавили као одговор на нарасле потребе у систему здравствене заштите. Актуелни здравствени информациони систем чине три подсистема: први представља здравствено-статистички систем као део система националне статистике, за који је овлашћен Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут” и мрежа института и завода за јавно здравље, други је информациони систем Републичког завода за здравствено осигурање, који је усмерен на праћење трошкова обавезног здравственог осигурања, и трећи се односи на локалне информационе системе на нивоу здравствених установа. Унапређењем свих наведених подсистема и њиховим међусобним повезивањем обезбедиће се ефикасан здравствени информациони систем.

Циљ

3.1. Успостављање интегрисаног здравственог информационог система

Активности

3.1.1 Израда и усвајање закона којим се уређују евиденције у области здравствене заштите

Прописи којима се регулише област медицинске документације, евиденција и извештавања у области здравствене заштите не омогућавају прави одговор здравственог статистичког система за пружањем здравствених информација главним корисницима, доносиоцима одлука на свим нивоима. Такође, развој информатичког друштва мора да прати свеобухватна правна регулатива везана за примену информационих и комуникационих технологија примерених здравственом систему. Израда и усвајање Закона којим се уређују евиденције у области здравствене заштите представља предуслов за успешну

реализацију спровођења програма рада, развоја и организације интегрисаног здравственог информационог система.

3.1.2. Спровођење, праћење и евалуација Програма рада, развоја и организације интегрисаног здравственог информационог система – „е-Здравље”

Програм рада, развоја и организације интегрисаног здравственог информационог система – „е-Здравље” („Службени гласник РС”, број 55/09) одражава и даље разрађује основне смернице и стратешка опредељења из Стратегије развоја информационог друштва у Републици Србији („Службени гласник РС”, број 87/06). Циљ овог програма јесте да се у наредних пет година, употребом информационих и комуникационих технологија, омогући несметано и квалитетно функционисање свих делова система здравствене заштите, путем аутоматизације и смањења трошкова свих административних поступака и процеса који прате основне делатности система здравствене заштите. Потребно је обезбедити благовремени прихват података и подршку могућим изменама и проширењима, сигурну и ефикасну размену информација између свих учесника у здравственом систему уз активно учешће грађана у бризи о сопственом здрављу (у смислу потпуне информисаности и одређене слободе избора, степена одлучивања и утицаја на сопствено лечење, као и учешћа у превенцији). Поред тога потребно је формирати електронску базу знања здравственог сектора и размену информација од значаја за обављање научно-истраживачке делатности и континуиране едукације здравственог кадра.

4. Квалитет здравствене заштите и безбедност пацијената

Квалитет здравствене заштите је једна од најважнијих карактеристика система здравствене заштите, како у државном, тако и у приватном сектору. Стално унапређење квалитета и безбедности пацијената је саставни део свакодневних активности здравствених радника и свих других запослених у здравственом систему. Стално унапређење квалитета представља континуирани процес чији је циљ достизање вишег нивоа ефикасности и успешности у раду, као и веће задовољство корисника и давалаца здравствених услуга. Стога, од свих учесника у пружању здравствене заштите треба захтевати увођење и коришћење националних и међународних клиничких смерница, односно водича добре клиничке праксе, формирање и коришћење клиничких путева, стандарда, протокола, алгоритама, упутстава и правила струке, који су засновани на научним доказима.

Циљеви

4.1. Стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената

Активности

4.1.1. Спровођење, праћење и евалуација Стратегије за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената

Стратегијом за унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената („Службени гласник РС”, број 15/09) тежи се достизању највишег нивоа квалитета рада и безбедности пацијената у Републици Србији. Примена ове стратегије има за циљ да смањи неуједначени квалитет здравствених услуга, неприхватљив ниво варирања у исходима по здравље лечених пацијената, неефикасно коришћење здравствених технологија, време чекања на медицинске процедуре и интервенције и трошкове који настају због лошег квалитета, као и да повећа задовољство корисника пруженим здравственим услугама и задовољство запослених у систему здравствене заштите.

5. Финансирање

Финансирање здравствене заштите мора да обезбеди успостављање равнотеже између притиска за повећањем трошкова и увек ограничених ресурса. Међутим, одрживо финансирање се мора сагледавати искључиво са становишта дуготрајне одрживости система здравствене заштите.

Циљеви

5.1. Финансијска стабилност система здравствене заштите

Финансијска стабилност система здравствене заштите у Републици почива на обавезном здравственом осигурању, које треба задржати по постојећем моделу као основ за остваривање и финансирање права на здравствену заштиту и других права у случају болести и одсуствовања са рада, заснованог на начелима обавезности, солидарности и узајамности.

Активности

5.1.1. Дефинисање „основног пакета” здравствених услуга

Обим и садржај права директно утиче на обим потрошње средстава намењених за здравствену заштиту. Обим и садржај права из обавезног здравственог осигурања су прописани Законом о здравственом осигурању и другим приописима. Међутим, њихов обим и садржај за лица обухваћена обавезним здравственим осигурањем мора се прилагодити економским могућностима привреде и становништва, односно висини средстава која се издвајају за обавезно осигурање.

5.1.2. Утврђивање основице на коју се плаћају доприноси за обавезно здравствено осигурање

Како би се обезбедила једнакост у плаћању доприноса у складу са могућностима осигураника потребно је прилагођавање основица на које се плаћају доприноси за обавезно здравствено осигурање и доприноса. Тако би се проширењем основица или повећањем доприноса, обезбедило повећање средстава прикупљених по основу доприноса за обавезно здравствено осигурање, као и стабилност јавних финансија.

5.1.3. Унапређење система контроле редовне уплате доприноса

Систем редовне уплате доприноса свих обвезника подразумева потпуно успостављање система регистрације обвезника плаћања доприноса и контроле наплате доприноса, како би се избегло евентуално смањивање садржаја и обима права из обавезног здравственог осигурања.

5.1.4. Остваривање свеобухватног обавезног здравственог осигурања за све грађане Републике Србије

Установљавањем броја неосигураних лица и даљим дефинисањем извора плаћања доприноса обезбеђује се да сва лица имају обавезно здравствено осигурање, једнак приступ здравственим услугама и једнак квалитет пружених здравствених услуга.

5.1.5. Обезбеђивање одговарајућег износа средстава за здравствену заштиту из буџета Републике, аутономне покрајине и јединице локалне самоуправе

Већи обим средстава за здравствену заштиту предвиђених у буџету Републике, аутономне покрајине, јединице локалне самоуправе за потребе обавезног здравственог осигурања посебних група становништва предвиђених Законом о здравственом осигурању, нарочито за спровођење посебних програма здравствене заштите и финансирање јавноздравствене делатности,

као и за капиталне инвестиције у систему здравствене заштите, може се обезбедити бољом расподелом буџетских средстава.

5.1.6. Унапређење и даља примена добровољног здравственог осигурања

Учешће приватних извора финансирања присутно је у облику партиципације или плаћања за пружање услуга које нису обухваћене обавезним здравственим осигурањем или чије остваривање није у складу са прописаним начином и поступком остваривања права из обавезног здравственог осигурања, путем допунског рада здравствених радника запослених у државним здравственим установама.

У садашњој ситуацији коју карактерише значајно учешће приватних средстава за здравствену заштиту и партиципација чије повећавање није гаранција значајног смањивања јавних трошкова, даља примена добровољног здравственог осигурања као вида здравственог осигурања прописаног Законом о здравственом осигурању и Уредбом о добровољном здравственом осигурању доводи до побољшања услова финансирања здравствене заштите. Поред тога, грађанима Републике Србије пружа се могућност избора, односно да поред обавезног здравственог осигурања имају неки од облика добровољног осигурања чиме себи, својим породицама или запосленима обезбеђују већи садржај, обим и стандард права од права која се обезбеђују из обавезног здравственог осигурања. Код увођења добровољног здравственог осигурања неопходно је јасно дефинисати услуге, које су покривене обавезним здравственим осигурањем (основни пакет услуга) и оставити простор за добровољно здравствено осигурање. Примена добровољног здравственог осигурања надале ће се разрађивати у планском периоду.

Планским увођењем сарадње, путем различитих врста уговорних односа између давалаца услуга у државном и приватном сектору, такође се могу побољшати услови финансирања здравствене заштите.

5.2. Унапређење ефикасности и квалитета пружања здравствених услуга

Прелазак са модела финансирања капацитета на модел финансирања здравствених услуга, односно учинка здравствених установа захтева да се за све нивое здравствене заштите утврде и унапреде подстицајни механизми за обезбеђење ефикасности и квалитета пружања здравствених услуга.

Активности

5.2.1. Увођење новог начина финансирања установа које обављају здравствену делатност на примарном нивоу

Финансирање примарне здравствене заштите подразумева опредељивање унапред одређеног фиксног износа средстава обавезног здравственог осигурања, за одређени временски период, а зависно од одређеног броја и структуре пацијената који су се регистровали код изабраног лекара у здравственој установи (дом здравља), којима би се обезбедило пружање свих предвиђених здравствених услуга. Предвиђа се постепено увођење овог начина финансирања, односно постепено укључивање свих елемената неопходних за успешно спровођење оваквог модела, уз одређену стимулацију за успешно спровођење превентивних програма и квалитет здравствене заштите.

5.2.2. Увођење новог начина финансирања установа које обављају здравствену делатност на секундарном и терцијарном нивоу

У секундарној и терцијарној здравственој заштити нов начин финансирања по дијагностички сродним групама омогућава прелазак на проспективно плаћање болница (плаћање унапред одређеног износа) на основу просечне цене лечења пацијената груписаних према заједничким карактеристикама: дијагнозе, старости, пола, компликација и пратећих обољења. Тако ће се приступити начину плаћања према сложености здравственог стања болесника и у складу са тим пруженим здравственим услугама. У овај начин плаћања мора да се уграде и елементи квалитета пружене здравствене заштите, чиме би се дошло до плаћања стационарних здравствених установа према исходима лечења.

5.2.3. Обезбеђивање финансирања јавног здравља

Полазећи од тога да су програми јавног здравља кључно средство којим се остварују циљеви здравствене политике у Републици Србији, за њихову реализацију потребно је обезбедити сигурне изворе финансирања. За праћење и евалуацију спровођења посебних програма, надзор, праћење и евалуацију здравља становништва, функционисања здравствене службе и система здравствене заштите на свим нивоима обезбеђују се средства у складу са законом.

5.2.4. Процена здравствених технологија

Ради обезбеђења квалитетније и ефикасније здравствене заштите неопходно је обједињавање процена клиничке и економске успешности нових технологија (лекови, дијагностички тестови, медицински апарати и уређаји, хируршке и клиничке процедуре и остале терапеутске интервенције), како би се утврдила вредност увођења нових технологија у односу на алтернативне, затим издавање смерница за њихову примену као и алата који се користе у надзору одређене интервенције. За сваку нову технологију потребно је дефинисати очекиван корист за здравље и националну здравствену политику као и очекиван утицај на ресурсе у систему здравствене заштите. Због тога треба развити, односно доградити националне стандарде за мерење успешности здравственог система и увођење нових технологија са становишта трошкова и позитивног утицаја на људски живот (квалитет живота, продуктивност, социјално-економска корист). Оснивање посебне јединице за процену здравствених технологија у оквиру постојећих институција је предуслов развоја ове области.

5.2.5. Обезбеђивање доступности безбедних, квалитетних и ефикасних лекова

Увођење система референтних цена и доброг управљања листама лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања довело је до добрих резултата, тако да је смањено учешће средстава које РЗЗО издваја за ове намене у структури укупних трошкова. Рад у области лекова и убудуће мора бити заснован на примени референтних цена. Уз то је потребно увести начин процењивања коришћењем економских анализа, уз уважавање добре праксе. Доступност лекова мора да буде заснована на научним сазнањима и фармакоекономским параметрима, који морају бити уравнотежени са социјално-економским и етичким становиштем. На основу наведеног треба правилно определити средства за поједине лекове и групе лекова у лечењу болести као и евентуална додатна средства за нове лекове, што би требало уважити код одређивања цена лекова, који се финансирају из јавних средстава.

5.2.6. Обезбеђење потпуне примене методологије националних здравствених рачуна у систему здравствене заштите

Праћење и евалуација укупних трошкова за здравствену заштиту на основу информација о изворима средстава и начину њиховог коришћења неопходни су за делотворно финансирање здравствене заштите. У том смислу, потребна је потпуна примена методологије националних здравствених рачуна у систему здравствене заштите, као једног од главних средстава за спровођење успешне здравствене политике.

5.2.7. Повећавање управљачких способности и одговорности менаџмента за пословање и управљање ресурсима у здравственим установама

СТИЦАЊЕ ЗНАЊА ИЗ ОБЛАСТИ УПРАВЉАЊА У ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ, ПОСЕБНО АДЕКВАТНИХ ЗНАЊА И ВЕШТИНА ЗА СТРАТЕШКО УПРАВЉАЊЕ, ФИНАНСИЈСКО ПЛАНИРАЊЕ И ДРУГЕ АКТИВНОСТИ НУЖНЕ ЗА УПРАВЉАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА од пресудног су значаја за бољу ефикасност и квалитет рада здравствених установа. Улога данашњих менаџера здравствених установа је веома сложена. Уз лидерство и визију, управљачи у својим активностима треба да буду иновативни, флексибилни, едукативни, треба да уважавају знање и искуство особља на свим нивоима здравствене установе, да унапређују тимски рад и комуникацију између организационих јединица као и да награђују тимове и особље за квалитетан рад.

III. СПРОВОЂЕЊЕ, ПРАЋЕЊЕ И ЕВАЛУАЦИЈА

Кључну улогу у спровођењу Плана има Министарство здравља. У спровођењу мера и активности, ради остваривања циљева Плана, ово министарство ће сарађивати са другим органима државне управе, као и са осталим носиоцима активности, и то: Здравственим саветом Србије, Републичким заводом за здравствено осигурање, Републичким фондом за пензијско и инвалидско осигурање, Агенцијом за лекове и медицинска средства Србије, Агенцијом за акредитацију здравствених установа, органима аутономних покрајина, органима јединица локалне самоуправе, институтима, односно заводима за јавно здравље, здравственим установама на свим нивоима здравствене заштите и приватном праксом, установама социјалне заштите, факултетима и школама здравствене струке, коморама здравствених радника, Комором здравствених установа, средствима јавног информисања, удружењима и међународним организацијама које се баве питањима здравља.

Средства за спровођење Плана обезбедиће се у буџету Републике Србије, као и у буџету територијалних аутономија и јединица локалне самоуправе, у складу са билансним могућностима, као и у оквиру средстава планираних финансијским планом Републичког завода за здравствено осигурање.

Евалуација спровођења Плана обављаће се у свакој фази процеса. За евалуацију се користе здравствени показатељи који се користе у земљама ЕУ.