

ODLUKA O PLANU RAZVOJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE REPUBLIKE SRBIJE

Sl. glasnik RS, br. 88/2010

1. Usvaja se Plan razvoja zdravstvene zaštite Republike Srbije, koji je odštampan uz ovu odluku i čini njen sastavni deo.
2. Ova odluka stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom glasniku Republike Srbije".

PLAN RAZVOJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE REPUBLIKE SRBIJE

Zdravi građani su temelj razvoja svake zemlje, jer samo zdravi ljudi doprinose socijalnom i ekonomskom razvoju. U tom svetlu, sistem zdravstvene zaštite se ne može posmatrati kao potrošnja, već investicija u ostvarivanje sveukupnog razvoja društva.

UVOD

Zdravlje ima izuzetno važan uticaj na sposobnost ljudi da žive svakodnevni život, na doprinos društvenom i ekonomskom razvoju, odnosno opštem uspehu zemlje. Stoga zdravlju treba prići kao velikom nacionalnom resursu koji zaslužuje kontinuirani strateški razvoj. Pored toga, pravo na zdravlje i zdravstvenu zaštitu je jedno od osnovnih ljudskih prava i svi bi trebalo da uživaju u najboljem zdravlju - svaka osoba u Republici Srbiji treba da ima priliku na izbor zdravih načina života i život u okruženju koje daje podršku zdravlju.

Plan razvoja zdravstvene zaštite Republike Srbije (u daljem tekstu: Plan) je stručni i politički dokument, na osnovu koga se usmerava razvoj zdravstvenog sistema u skladu sa ukupnim razvojem društva. Ovaj dokument definiše osnovne ciljeve i pravce razvoja zdravstvene zaštite u Republici Srbiji i rezultat je ekspertske vođenog konsultativnog procesa. Donošenje ovog dokumenta zasnovano je na opštem društvenom značaju koji ima zdravlje i potrebi da se predstavnici društva u celini odrede prema ciljevima i merama zdravstvene zaštite.

Plan predstavlja instrument za dalji razvoj sistema zdravstvene zaštite i promena koje treba da obeleže naredni period u smislu unapređenja i uspostavljanja ravnoteže između efikasnosti i efektivnosti i kvaliteta i bezbednosti zdravstvene zaštite na svim nivoima sistema, uvažavajući okolnosti vezane za društvena kretanja, demografske promene, nivo obrazovnih i kulturoloških dostignuća stanovništva, zdravstveno stanje stanovništva, kao i niz drugih faktora koji mogu uticati na održivi razvoj zdravstvene zaštite.

Osnov za donošenje Plana

Plan se donosi na osnovu člana 16. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Službeni glasnik RS", br. 107/05 i 72/09 - dr. zakon), a polazeći od strategija i nacionalnih programa koje je donela Vlada, a posebno: Zdravstvene politike Srbije (2002), Strategije za smanjenje siromaštva u Srbiji (2003), Nacionalnih milenijumskih ciljeva razvoja u Republici Srbiji (2006), Strategije razvoja zdravlja mladih u Republici Srbiji (2006), Nacionalne strategije o starenju 2006-2015 (2006), Strategije kontrole duvana (2007), Strategije razvoja zaštite mentalnog zdravlja (2007),

Nacionalne strategije održivog razvoja (2008), Strategije za borbu protiv droga (2009), Strategije za prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti (2009), Strategije za unapređenje položaja Roma (2009), Strategije javnog zdravlja Republike Srbije (2009) i dr.

Usklađenost Plana sa međunarodnim dokumentima

Plan se zasniva na osnovnim principima i vrednostima sadržanim u međunarodnim dokumentima donetim pod okriljem Svetske zdravstvene organizacije (u daljem tekstu: SZO), a posebno u: Deklaraciji iz Alma Ate (1978); Otavskoj povelji o promociji zdravlja (1986); Deklaraciji iz Džakarte na uvođenju promocije zdravlja u 21. vek (1997); Političkom okviru za evropski region "Zdravlje za sve" (2005); Evropskoj strategiji za zdravlje i razvoj dece i mladih "Od Rezolucije do akcije 2005-2008" (2005); Deklaraciji "Zdravlje u svim politikama" (2007); Talinskoj povelji "Zdravstveni sistemi za zdravlje i blagostanje" (2008) i drugim međunarodno priznatim dokumentima, kao što su: Konvencija Ujedinjenih nacija o pravima deteta (1989); Revidirana evropska socijalna povelja (1996); Evropska povelja o pravima pacijenata (2002), te dokumentima donetim u okviru Evropske unije (u daljem tekstu: EU): Lisabonska strategija (2000); Evropski Akcioni plan za životnu sredinu i zdravlje 2004-2010, (2004); Beli papir, "Zajedno za zdravlje", Strateški pristup 2008-2013 (2007) i dr.

Usmerenja

Plan je zasnovan na ciljevima zdravstvene politike Republike Srbije, a realizacija Plana treba da obezbedi kontinuitet u sprovođenju zdravstvene politike u narednih pet godina.

Ciljevi zdravstvene politike Republike Srbije jesu:

1. očuvanje i unapređenje zdravstvenog stanja stanovništva Srbije i jačanje zdravstvenog potencijala nacije;
2. pravičan i jednak pristup zdravstvenoj zaštiti svim građanima Srbije, za iste potrebe, kao i unapređenje zdravstvene zaštite ugroženih populacija;
3. postavljanje korisnika (pacijenta) u centar sistema zdravstvene zaštite;
4. održivost zdravstvenog sistema, uz transparentnost i selektivnu decentralizaciju u oblasti upravljanja resursima, i širenje izvora i načina finansiranja;
5. poboljšanje funkcionisanja, efikasnosti i kvaliteta zdravstvenog sistema uz definisanje posebnih nacionalnih programa u oblasti kadrova, mreže institucija, tehnologije i medicinskog snabdevanja;
6. definisanje uloge privatnog sektora u pružanju zdravstvenih usluga stanovništvu;
7. unapređenje kadrovske baze zdravstvene zaštite (humani resursi za zdravlje).

Mnogi ciljevi zdravstvene politike u značajnom stepenu su dostignuti, poput razvijenosti mreže zdravstvenih ustanova ili odgovarajuće stope obezbeđenosti stanovništva zdravstvenim radnicima, posebno u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ali neophodno je i dalje praćenje i preispitivanje njihove realizacije uzimajući u obzir novonastale promene. Takođe, neophodno je ubrzati proces realizacije pojedinih ciljeva kao što su obuhvat stanovništva izabranim lekarom, unapređenje kvaliteta, decentralizacija itd. kao i započeti realizaciju većeg broja ciljeva -

finansijska održivost zdravstvene zaštite (novi izvori i načini finansiranja) ili funkcionalna povezanost državne i privatne zdravstvene službe.

Glavni cilj Plana, čije su osnovne premise sadržane u ciljevima zdravstvene politike, jeste očuvanje i unapređenje zdravlja stanovništva Republike Srbije i održivost sistema zdravstvene zaštite. Da bi se to postiglo, neophodno je obezbediti solidarnost i jednakost (između zdravih i bolesnih, siromašnih i bogatih, starih i mladih), kao i rodnu ravnopravnost, sa akcentom na vulnerabilne grupacije stanovništva, uvažavanje prava i ukazivanje na obaveze građana prema sopstvenom zdravlju. Zdravstveni sistem mora da osigura fizički, geografski i ekonomski dostupnu i pristupačnu, integrisanu (vertikalnu povezanost primarnog, sekundarnog, tercijarnog nivoa i horizontalnu povezanost u sistemu i u odnosu na lokalnu zajednicu) i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu (stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i pravo korisnika na izbor lekara i informisanost), razvoj zdravstvenih kadrova, održivost finansiranja, decentralizaciju upravljanja i finansiranja zdravstvene zaštite i postavljanje građanina u centar sistema zdravstvene zaštite.

Posebno treba istaći da se donošenje Plana odvija u uslovima kada je naša zemlja poput najvećeg broja zemalja u svetu suočena sa efektima svetske ekonomske krize iz 2008. godine i velikim naporima da se spreči eskalacija negativnih posledica ove krize na ekonomiju i ostale oblasti društva, a samim tim i na zdravstvenu zaštitu.

Svetska ekonomska kriza dovodi do preispitivanja osnovnih vrednosti svih društava i zajednica širom sveta, a odgovor sistema zdravstvene zaštite i države na ovu krizu trebalo bi da bude usmeren s jedne strane, ka socijalnoj pravdi a s druge, insistiranju na ekonomskoj dobiti od investiranja u zdravlje, sa posebnim akcentom na socijalno-ekonomske determinante zdravlja.

Stoga je od velike važnosti da se sprovođenje Plana posmatra kao ciklus u kome je pored dijagnostikovanja prioriternih problema i analize uzroka njihovog nastanka, najvažnija etapa postavljanje ciljeva koje treba dostići u definisanom vremenskom roku. Ništa manje važna etapa je donošenje odluka za sprovođenje odgovarajućih mera i aktivnosti. Evaluacija, kao završna etapa, predstavlja neizostavnu aktivnost na osnovu koje je jedino moguće uočiti "slabe tačke" i proceniti održivost pojedinih rešenja, nakon čega je moguće redefinisati određene ciljeve kako bi se ispunila nastojanja sadržana u Planu.

I PRIKAZ AKTUELNOG STANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U REPUBLICI SRBIJI

Prikaz aktuelnog stanja zdravstvene zaštite u Republici Srbiji zasnovan je na podacima iz izveštaja istraživanja sprovedenih u Republici Srbiji u periodu od 2000. do 2009. godine (Istraživanje zdravlja stanovnika Srbije 2000. i 2006. godine, Istraživanje višestrukih pokazatelja stanja dece i žena Srbije 2000. i 2005. godine, Studija o životnom standardu 2002. i 2007. godine, Opterećenje bolešću i povredama u Srbiji, 2003. godine, Evropsko istraživanje o upotrebi alkohola i drugih droga među mladima u Srbiji, 2008. godine, Izveštaj Svetske banke br. 48620-YF Srbija: Kako sa manje uraditi više, 2009. godine), kao i iz drugih izveštaja, saopštenja, analiza i publikacija Ministarstva zdravlja, Instituta za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović-Batut" (Analitička studija 1997-2007. godina - Zdravlje stanovnika Srbije, Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije, Republika Srbija - Odabrani zdravstveni pokazatelji), Republičkog zavoda za statistiku (Statistički godišnjak Srbije, Demografska statistika, Anketa o radnoj snazi, Anketa o potrošnji domaćinstva), Ministarstva finansija i Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje. Prilikom upoređivanja u pogledu pokazatelja sa

zemljama EU i drugim zemljama Evropskog regiona SZO korišćeni su podaci iz baze podataka SZO "Zdravlje za sve" (za 2007. godinu ili najsvježiji dostupni).

STANOVNIŠTVO

Prema proceni Republičkog zavoda za statistiku za 2008. godinu u Republici Srbiji živi 7.350.222 stanovnika. Tendencija smanjenja broja i starenje stanovnika su glavna obeležja demografskih prilika u Republici Srbiji. Stopa živorođenja je u 2008. godini iznosila 9,4 na 1000 stanovnika, a stopa smrtnosti 14 na 1000 stanovnika, što je uslovalo negativnu stopu prirodnog priraštaja od 4,6 na 1000 stanovnika. Procenat lica starih 65 i više godina (17,2%) u ukupnoj populaciji je iznad proseka u Evropskom regionu (15,1%), dok je procenat mladih uzrasta do 14 godina (15,5%) ispod proseka (17%). U 2008. godini, prosečan životni vek (očekivano trajanje života na rođenju) za muškarce je iznosio 71,1 godinu, a za žene 76,2 godine, što je za oko šest godina kraće od proseka za zemlje EU. Prema projekciji stanovništva Republičkog zavoda za statistiku do 2022. godine očekuje se kontinuirano smanjenje broja stanovnika.

Važan demografski, a ujedno i pokazatelj socijalno-ekonomskih uslova i funkcionisanja zdravstvene službe jedne zemlje je smrtnost dece do navršene prve godine života. U Republici Srbiji je mortalitet odojčadi smanjen sa 11,6 na 1000 živorođenih (1998) na 6,7 na 1000 živorođenih (2008). Međutim, vrednost ovog pokazatelja je još uvek iznad vrednosti koje se beleže u zemljama EU (4,6 na 1000 živorođenih) i Evro A-grupe¹ (3,9 na 1000 živorođenih).

¹ *Evro-grupa A (Eur-A) je najprestižnija od pet grupa evropskih zemalja članica SZO koje su klasifikovane prema stopi smrtnosti dece uzrasta do pet godina i odraslih muškaraca starosti 15 do 59 godina, s obzirom da je čine zemlje sa najnižom stopom umiranja dece i odraslih. U grupi (Eur-A) je 27 zemalja: Andora, Austrija, Belgija, Hrvatska, Kipar, Češka, Danska, Finska, Francuska, Nemačka, Grčka, Island, Irska, Izrael, Italija, Luksemburg, Malta, Monako, Holandija, Norveška, Portugalija, San Marino, Slovenija, Španija, Švedska, Švajcarska i Velika Britanija.*

SOCIJALNO-EKONOMSKE DETERMINANTE ZDRAVLJA

U Republici Srbiji period posle 2000. godine obeležila su pozitivna kretanja niza socijalno-ekonomskih pokazatelja, poput rasta bruto domaćeg proizvoda (u daljem tekstu: BDP), relativne monetarne stabilnosti i rasta izdvajanja u oblasti zdravstvene potrošnje. Međutim, nizak nivo BDP-a i visoka stopa nezaposlenosti predstavljaju ozbiljan limitirajući faktor održivog finansiranja zdravstvene zaštite.

BDP u Republici Srbiji po stanovniku u 2004. godini iznosio je 3.177 američkih dolara, da bi u 2008. godini, prema proceni Ministarstva finansija dostigao 6.800 američkih dolara, odnosno 4.600 evra. BDP po stanovniku, izražen putem pariteta kupovne moći, u 2008. godini bio je među najnižim u Evropi i iznosio svega 35 indeksnih poena proseka EU.

U petogodišnjem periodu (2004-2008. godina), prosečne realne zarade beležile su porast u svakoj posmatranoj godini, mada upadljivo različitog intenziteta. Tako su u 2004. godini prosečne realne zarade u neto iznosu dostigle 194 evra, da bi taj iznos u 2008. godini bio povećan na 400 evra. U 2008. godini došlo je do znatnog usporavanja rasta prosečnih realnih zarada, uključujući i usporavanje rasta zarada u javnom sektoru.

Relativno niske prosečne zarade uticale su i na strukturu lične potrošnje domaćinstava po nameni. Prema Anketi o potrošnji stanovništva u Republici Srbiji karakteristično je visoko učešće izdataka za ishranu, čak 41,3% u 2008. godini. Rashodi za zdravstvenu zaštitu činili su 4% u potrošnji domaćinstava u 2008. godini.

Prema Anketi o radnoj snazi, stopa nezaposlenosti u Republici Srbiji ima tendenciju pada od 2005. godine, tako da je u 2008. godini smanjena na 14,7%. Ukupan broj nezaposlenih lica (koja preduzimaju aktivne korake u cilju nalaženja posla) u 2008. godini smanjen je na 445.383, dok je ukupan broj zaposlenih porastao u odnosu na prethodnu godinu za 6,3%, odnosno iznosio 2.821.724. Ipak, stopa nezaposlenosti u Republici Srbiji i dalje je značajno viša od proseka EU (7,2%) i većine zemalja u okruženju (Hrvatska 9,6%, Slovenija 7,7%, Bugarska 6,9%).

ZDRAVSTVENO STANJE STANOVNIŠTVA

Na zdravstveno stanje stanovništva uticala su, pored starenja populacije, i negativna socijalno-ekonomska kretanja u poslednjoj deceniji prošlog veka. Zdravstveni potencijal nacije se istrošio zbog čega se u vremenu socijalno-ekonomskog oporavka, ali uz sve teškoće koje sa sobom nosi tranzicija države i društva, ne može očekivati brzo zaustavljanje negativnih pokazatelja zdravlja i njihovo željeno poboljšanje.

Hronične nezarazne bolesti

Hronične nezarazne bolesti vodeći su uzroci obolevanja, invalidnosti i prevremenog (pre 65. godine) umiranja stanovnika Republike Srbije. Ishemijske bolesti srca, cerebrovaskularne bolesti, rak pluća, afektivni poremećaji (unipolarna depresija) i šećerna bolest (dijabetes) predstavljaju hronične nezarazne bolesti koje su odgovorne za skoro dve trećine ukupnog opterećenja bolešću.

Hronične nezarazne bolesti u 2008. godini činile su preko 85% svih uzroka smrti. U strukturi mortaliteta, bolesti srca i krvnih sudova činile su više od polovine svih smrtnih ishoda (55,8%), a svaka peta umrla osoba (20%) bila je žrtva malignog tumora. Od ukupnog broja umrlih, za 3,6% su razlog umiranja bile povrede i trovanja, za 3% hronična opstruktivna bolest pluća ili astma, a za 2,6% komplikacije dijabetesa.

Najveći porast specifičnog mortaliteta zabeležen u Republici Srbiji tokom poslednje decenije je od malignih tumora posmatranih zajedno, odnosno svih vodećih lokalizacija malignih tumora (osim raka želuca), kao i komplikacija šećerne bolesti. Standardizovana stopa smrtnosti od malignih bolesti u Republici Srbiji u 2007. godini iznosila je 203 umrla na 100.000 stanovnika, dok je ta stopa u Evro A-grupi 169 na 100.000 stanovnika. U istom periodu je zabeležen blagi pad stopa umiranja od bolesti srca i krvnih sudova (bolesti cirkulatornog sistema). Posebno ohrabruje registrovanje trenda pada stopa prevremenog umiranja od ishemijskih bolesti srca, čije su se vrednosti smanjile za 13,6%. I pored smanjenja, stope umiranja od bolesti srca i krvnih sudova su i dalje visoke u poređenju sa razvijenim evropskim zemljama. U 2007. godini, standardizovana stopa smrtnosti od bolesti srca i krvnih sudova u Republici Srbiji iznosila je 542 na 100.000 stanovnika (199 u Evro-A grupi), a od ishemijske bolesti srca 122 (77 u Evro-A grupi).

Faktori rizika

Pušenje, hipertenzija, hiperholesterolemija, gojaznost, nepravilna ishrana, fizička neaktivnost, rizici prisutni u životnoj sredini i zloupotreba alkohola i psihoaktivnih supstanci su faktori rizika za brojne hronične nezarazne bolesti, čiji nastanak najčešće ima multifaktorsku etiologiju.

U Republici Srbiji 2006. godine pušilo je 33,6% odraslog stanovništva i 15,5% mladih uzrasta 15-19 godina, 46,5% odraslog stanovništva imalo je hipertenziju ili je potencijalno moglo da oboli od povišenog krvnog pritiska, 18,3% odraslih i 6,4% dece i omladine uzrasta 7-19 godina bilo je gojazno, 74,3% odraslih stanovnika bilo je fizički neaktivno, dok je 40,3% odraslih svakodnevno ili povremeno konzumiralo alkohol. Ukupan broj pušača u odnosu na 2000. godinu je smanjen za 6,9% kod odraslih i 7,4% kod mladih. Učestalost hipertenzije je kod odraslih povećana za 2%. Takođe, gojaznost je bila učestalija kod mlade populacije za 2%. Zabrinjavaju i podaci o upotrebi alkohola među mladima jer je naviku opijanja bar jednom mesečno imalo 5,5% mladih u Republici Srbiji, dok se svako četvrto dete, odnosno adolescent uzrasta 12-19 godina, (25,5%) napilo bar jednom u životu, i to skoro svaki treći dečak i svaka peta devojčica.

Smanjenje učestalosti pušenja u populaciji, kao najrasprostranjenijeg faktora rizika koji se tiče svakog pojedinca i njegovog okruženja, najbolji je primer delotvornosti primene modela intenzivnog, integrisanog pristupa promociji zdravstveno odgovornog ponašanja stanovnika Republike Srbije.

Zarazne bolesti

Zarazne bolesti danas ne predstavljaju vodeći zdravstveni problem u Republici Srbiji, ali se i dalje prijavljuju bilo kao pojedinačni, odnosno sporadični slučajevi ili u epidemijskoj formi.

Zarazne bolesti već šest poslednjih godina nisu među prvih deset grupa bolesti - neposrednih uzroka smrti. Od posledica zaraznih bolesti u 2008. godini umrlo je 212 lica, sa stopom mortaliteta od 2,87 na 100.000 stanovnika.

Trend rasta, koji se nastavio i u 2008. godini, beleži se jedino kod incidencije određenih respiratornih bolesti. Od bolesti koje se mogu prevenirati vakcinama u dečijem uzrastu, u 2008. godini obolelo je 313 osoba, što je 0,08% ukupnog obolevanja od zaraznih bolesti. U istoj godini, planirane imunizacije protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja (DTP) i dečije paralize (OPV) sprovedene su sa visokim obuhvatom od 97,5%. Takođe, revakcinacije dece u drugoj godini života, revakcinacije predškolske i školske dece protiv tetanusa, difterije i poliomijelitisa obavljene su sa visokim obuhvatom, iznad 96%. Neadekvatan obuhvat imunizacijom je bio prisutan među socijalno ugroženim grupama stanovništva (Romi) što ugrožava status zemlje bez poliomijelitisa, održavanje odsustva difterije i dostizanje eliminacije morbila.

Broj obolelih od plućne tuberkuloze u 2008. godini iznosio je 1.841 (incidencija 24,9/100.000), što predstavlja smanjenje u odnosu na 2004. godinu i rezultat je uvođenja Strategije direktno opservirane terapije (DOTS) u 2002. godini.

U Republici Srbiji u periodu od 1985. godine, kada su registrovani prvi slučajevi, zaključno sa 2008. godinom prijavljeno je 1.436 obolelih od HIV/AIDS-a od kojih je 945 (66%) osoba umrlo. Tokom 2008. godine registrovano je 38 novoobolelih osoba (stopa incidencije 0,51 na 100.000 stanovnika), dok je 22 osobe umrlo (stopa mortaliteta 0,30 na 100.000 stanovnika). Niske stope incidencije i mortaliteta su rezultat primene visokoaktivne, kombinovane antiretrovirusne

terapije - HAART, koja je besplatna i dostupna u našoj zemlji od 1997. godine, kao i sprovođenja Nacionalne strategije za borbu protiv HIV/AIDS-a.

ZDRAVSTVENA SLUŽBA

Osnovnu organizacionu strukturu u sistemu zdravstvene zaštite čini mreža zdravstvenih ustanova u državnoj svojini, kao i zdravstvene ustanove u privatnoj svojini i privatna praksa.

Vrste zdravstvenih ustanova u Republici Srbiji definisane su Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, a broj, struktura, kapaciteti i prostorni raspored zdravstvenih ustanova u državnoj svojini Uredbom o Planu mreže zdravstvenih ustanova ("Službeni glasnik RS", br. 42/06, 119/07, 84/08, 71/09 i 85/09). Mreža zdravstvenih ustanova u državnoj svojini organizovana je na tri nivoa pružanja zdravstvene zaštite.

Osnivači zdravstvenih ustanova u državnoj svojini su Republika, autonomna pokrajina i lokalna samouprava. Najveći stepen decentralizacije sproveden je na nivou primarne zdravstvene zaštite, s obzirom da je vršenje osnivačkih prava nad ustanovama na primarnom nivou (domovi zdravlja, apoteke i zavodi na primarnom nivou) preuzeto od strane lokalne samouprave.

Kapaciteti

Prema Planu mreže, ukupan broj zdravstvenih ustanova u državnoj svojini je 375 i to: 167 domova zdravlja, 41 apoteka, 16 zavoda na primarnom nivou, pet zdravstvenih centara, 40 opštih bolnica, 40 specijalnih bolnica za akutna i hronična stanja i za rehabilitaciju, pet kliničko-bolničkih centara, šest klinika, 13 instituta, Vojno-medicinska akademija, četiri klinička centra, 37 instituta i zavoda koji obavljaju delatnost na više nivoa, od kojih su četiri instituti i 23 zavodi za javno zdravlje.

Ukupan broj postelja utvrđen Planom mreže iznosi 38.590, čime je postignuta obezbeđenost od 525 postelja na 100.000 stanovnika. Prema podacima dobijenim iz zdravstvenih ustanova putem zdravstveno-statističkih izveštaja, ukupan broj postelja u 2008. godini iznosio je 39.660 postelja (bez postelja u dnevnim bolnicama). Na taj način je postignuta obezbeđenost od 540 postelja na 100.000 stanovnika, što je nešto manje od proseka EU (570 na 100.000 stanovnika), a značajno manje od proseka evropskog regiona SZO koji iznosi 668 postelja na 100.000 stanovnika.

U zdravstvenim ustanovama iz Plana mreže 2008. godine bilo je ukupno 114.317 zaposlenih. Od tog broja 20.668 (18,1%) su doktori medicine (od toga 74,3% specijalisti raznih disciplina), 39.905 (34,9%) medicinske sestre-tehničari, 29.117 (25,5%) administrativno-tehnički radnici, dok 24.627 (21,5%) čine ostali zdravstveni radnici (doktori stomatologije, diplomirani farmaceuti, diplomirani farmaceuti-medicinski biohemičari, stomatološki tehničari, farmaceutski tehničari, laboratorijski tehničari, radiološki tehničari i dr.) i zdravstveni saradnici. To je za 1% više zaposlenih u odnosu na pre 10 godina, ali u isto vreme za 5% manje nego što je bilo 2003. godine, kada je zabeležen najveći broj zaposlenih u istom desetogodišnjem periodu. Istovremeno je promenjena kvalifikaciona struktura zaposlenih, smanjen udeo nemedicinskih (administrativno-tehničkih) radnika, dok je porastao udeo lekara i medicinskih sestara. Time se kadrovska obezbeđenost, odnosno broj lekara i broj medicinskih sestara na 100.000 stanovnika, približila prosečnim vrednostima za zemlje EU.

U Republici Srbiji je, u odnosu na broj zaposlenih u zdravstvenim ustanovama iz Plana mreže, postignuta obezbeđenost od 281 lekara na 100.000 stanovnika, dok je u EU taj broj nešto veći -

321 lekar na 100.000 stanovnika. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti postignuta je obezbeđenost od 81 lekara na 100.000 stanovnika, odnosno jednog lekara na 1.228 stanovnika. Zdravstvena zaštita koja se pruža u ustanovama stacionarnog tipa i dalje angažuje najveći broj lekara, oko polovine od ukupnog broja. Ukoliko se posmatra obezbeđenost stanovništva lekarima u odnosu na ukupan broj licenciranih lekara u Republici Srbiji (28.413 prema podacima Lekarske komore Srbije) ona iznosi 387 lekara na 100.000 stanovnika.

Broj medicinskih sestara-tehničara (uzimajući u obzir zaposlene u zdravstvenim ustanovama iz Plana mreže) na 100.000 stanovnika u Republici Srbiji je 572, dok je u EU taj broj veći za jednu trećinu i iznosi 745 na 100.000 stanovnika. Međutim, ako uzmemo u obzir ukupan broj licenciranih medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara (50.801 prema podacima Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije), onda je obezbeđenost stanovništva medicinskim sestrama bliža proseku EU i iznosi 721 medicinska sestra na 100.000 stanovnika.

Udeo administrativno-tehničkih radnika u ukupnom broju zaposlenih, premda kontinuirano smanjivan, i dalje je visok i u 2008. godini iznosio je 25,5%.

Uprkos visokoj obezbeđenosti kadrovima na nivou Republike Srbije i dalje je prisutan problem teritorijalne nejednakosti u pogledu obezbeđenosti stanovništva zdravstvenim radnicima. Tako, broj lekara (zaposlenih u ustanovama iz Plana mreže) na 100.000 stanovnika u upravnim okruzima kreće se u rasponu od 151 (Sremski upravni okrug) do čak 437 (Nišavski upravni okrug), a medicinskih sestara od 314 (Sremski upravni okrug) do 657 (Zaječarski upravni okrug).

Broj nezaposlenih lekara, stomatologa i farmaceuta od 2000. godine pokazuje trend rasta, sa najvećim vrednostima zabeleženim 2005. i 2006. godine, da bi u 2008. godini iznosio ukupno 3.102 (1.750 doktora medicine, 1.145 doktora stomatologije i 207 diplomiranih farmaceuta). Porast nezaposlenih zdravstvenih visokoobrazovanih kadrova najvećim delom je posledica nedostatka dosledne nacionalne politike planiranja upisa i školovanja, zapošljavanja i stalnog usavršavanja zdravstvenih radnika i saradnika.

U Republici Srbiji kontinuirano se ulaže u obnavljanje i nabavku medicinske opreme, posebno opreme visoke tehnološke vrednosti. Na osnovu analize postojećih podataka zdravstvene ustanove i privatna praksa u Republici Srbiji raspolažu sa: dva aparata za pozitron emisionu tomografiju (PET skener) (0,27 na milion stanovnika), 38 aparata za magnetnu rezonancu (MR) (5,17 na milion stanovnika), 90 aparata za kompjuterizovanu tomografiju (CT) (12,24 na milion stanovnika), 14 linearnih akceleratora (LINAC) (1,9 na milion stanovnika) i 75 mamografa (10,2 na milion stanovnika) od kojih su dva pokretni digitalni mamografi.

U Republici Srbiji zdravstvene usluge stanovništvu pružaju se, pored zdravstvenih ustanova u državnoj svojini, i u zdravstvenim ustanovama u privatnoj svojini i privatnoj praksi. Početkom 2009. godine u Republici Srbiji bilo je registrovano preko 5.000 oblika zdravstvene službe u privatnoj svojini (zdravstvene ustanove i privatna praksa), od čega su 7 domovi zdravlja, 72 bolnice, zatim 136 poliklinika, oko 1.200 lekarskih ordinacija, 2.000 stomatoloških ordinacija, 1.400 apoteka i 200 različitih laboratorija i dijagnostičkih ordinacija.

Korišćenje zdravstvene zaštite

Prosečan broj poseta službama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u 2008. godini iznosio je 8,3 posete po stanovniku, što je znatno više od proseka u EU (6,8). Primetna je teritorijalna nejednačenost u korišćenju primarne zdravstvene zaštite, a rezultati Studije o životnom standardu pokazuju manje korišćenje zdravstvenih usluga među siromašnim i socijalno osetljivim grupama stanovništva (zdravstveno neosigurani, Romi, izbegla i raseljena lica, nezaposleni).

U Republici Srbiji registrovano je 1.106.643 hospitalizacija u 2008. godini. Premda stopa hospitalizacije beleži trend porasta, i u 2008. godini iznosi 15,1 hospitalizovanih na 100 stanovnika, još uvek je značajno niža od proseka u evropskom regionu SZO (19,2) i EU (17,9). Prosečna dužina lečenja je u proteklih 10 godina smanjena za 3,6 dana i u 2008. godini iznosila je 9,7 dana, što je veoma blizu prosečne vrednosti u EU (9 dana). Prosečna dnevna zauzetost postelja u stacionarnim zdravstvenim ustanovama za kratkotrajnu hospitalizaciju (iz Plana mreže) u Republici Srbiji iznosila je 69,8%, što je manje kako od proseka u EU (76,3%), tako i od evropskog proseka (79,1%). Nizak nivo zauzetosti postelja ne može se tumačiti samo kao rezultat viška posteljnih kapaciteta, već kao rezultat delovanja više faktora, kao što su neodgovarajuća distribucija postelja u odnosu na aktuelne potrebe i tradicionalni način finansiranja kapaciteta zdravstvenih ustanova.

ŽIVOTNA SREDINA I ZDRAVLJE

Životna sredina sa svojim fizičkim, biološkim, hemijskim, društvenim i psihosocijalnim faktorima ima značajan uticaj na zdravlje ljudi, premda njihovo dejstvo na zdravlje može biti primećeno uglavnom nakon mnogo godina. Prema dostupnim procenama, oko jedne trećine zdravstvenih problema može biti direktno povezano sa faktorima životne i radne sredine. Deca, trudnice i stari su naročito osetljivi na uticaj rizičnih faktora iz životne sredine.

U Republici Srbiji je procenat stanovništva koji ima priključak za vodu u kući, odnosno stanu visok i iznosi 95,2%, a bezbedne izvore vode za piće koristi 99,1% populacije, što predstavlja značajno poboljšanje u odnosu na 2000. godinu. Ovako visok procenat priključenosti na sistem vodosnabdevanja i dostupnost vode za piće svrstava našu zemlju u grupu razvijenih zemalja. Kvalitet vode za piće razlikuje se od okruga do okruga i zavisi od samog porekla vode, sastava zemljišta i tehničko-tehnološkog tretmana prerade vode. U poslednjih deset godina, uočen je trend poboljšanja mikrobiološke ispravnosti i fizičko-hemijskog kvaliteta vode za piće.

Uticaj zagađenja vazduha doprinosi razvoju hroničnih respiratornih bolesti. Glavni izvori aerozagađenja u Republici Srbiji pripadaju energetskom sektoru (termo-elektre), rafinerijama nafte, lokalnim toplanama, kućnim ložištima na tečna i čvrsta fosilna goriva, saobraćaju, kao i nesanitarnim deponijama čvrstog otpada, dok su glavni uzroci aerozagađenja sagorevanje nekvalitetnog lignita, neracionalno i neefikasno trošenje energije, neefikasne tehnologije sagorevanja fosilnih goriva, kao i neadekvatno održavanje industrijskih postrojenja. Među najveće zagađivače vazduha spadaju rafinerije nafte u Pančevu i Novom Sadu, cementare u Beočinu, Kosjeriću i Popovcu i hemijski kombinati u Pančevu, Kruševcu, Šapcu i Smederevu. U sve većem broju naselja obavlja se kontinuirano merenje osnovnih parametara zagađenja vazduha.

U Republici Srbiji je posebno kritična oblast upravljanja čvrstim i tečnim otpadnim materijama, naročito medicinskim otpadom. Otpad se prikuplja neselektivno, pa se često u komunalnom otpadu nalaze i pojedine kategorije industrijskog i medicinskog otpada. Kada je u pitanju čvrsti

otpad, najveći problem je njegovo nekontrolisano odlaganje i stvaranje "divljih" deponija. U cilju otklanjanja i umanjenja uticaja rizičnih faktora na zdravlje stanovništva poslednjih godina intenziviran je multisektorski pristup. Rešavanje problema medicinskog otpada, uvođenjem njegovog organizovanog odlaganja, započeto je 2006. godine i uspešno se nastavlja.

FINANSIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Finansiranje zdravstvene zaštite u Republici Srbiji u osnovi je zasnovano na Bizmarkovom modelu, pošto se preko 90% sredstava za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuje iz sredstava doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje. Međutim, Zakonom o zdravstvenoj zaštiti predviđeno je i finansiranje zdravstvene zaštite iz budžeta Republike za lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, a koja su izložena povećanom riziku obolevanja (neosigurana lica, izbeglice i interno raseljena lica sa teritorije Autonomne pokrajine Kosovo i Metohija, primaoci socijalne pomoći i drugi) što je inače karakteristika Beveridževog modela. Stoga se može reći da je u Srbiji prisutan mešoviti sistem finansiranja, koga karakteriše gotovo isključivo javan izvor finansiranja, jer se finansiranje najvećim delom ostvaruje iz sredstava doprinosa i iz budžeta Republike.

Obaveznim zdravstvenim osiguranjem osiguranim licima obezbeđuje se pravo na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčane naknade u skladu sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju ("Službeni glasnik RS", br. 107/05 i 109/05). Obavezno zdravstveno osiguranje obezbeđuje se i sprovodi u Republičkom zavodu za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: RZZO).

Pored obaveznog, Zakon o zdravstvenom osiguranju uređuje i dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Uredbom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ("Službeni glasnik RS", br. 108/08 i 49/09) propisane su vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, uslovi, način i postupak organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Zdravstvena zaštita u Republici Srbiji finansira se i sredstvima iz donacija, kao i direktnim plaćanjem od strane korisnika zdravstvene zaštite (participacija i plaćanje usluga koje se ne obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja).

Raspodela finansijskih resursa i plaćanje davalaca usluga

Ukupni rashodi za zdravstvenu zaštitu mogu se podeliti na javne i privatne. Javni rashodi predstavljaju rashode iz javnih prihoda (obavezno zdravstveno osiguranje, budžet Republike, budžet autonomne pokrajine i budžet lokalne samouprave). Takođe, javni rashodi su i investicije u sistem zdravstvene zaštite iz državnih fondova poput fonda Nacionalnog investicionog plana, za izgradnju infrastrukture i finansiranje nabavke medicinske opreme. Privatni rashodi za zdravstvenu zaštitu su iz privatnih izvora, kao što su direktno plaćanje (participacija i plaćanje od strane korisnika zdravstvene zaštite) i dobrovoljnog osiguranja.

U 2007. godini, prema podacima Nacionalnog zdravstvenog računa, ukupni rashodi za zdravstvenu zaštitu u Republici Srbiji iznosili su 9,6% bruto društvenog proizvoda (BDP). Učešće javnih rashoda za zdravstvenu zaštitu u BDP-u iznosilo je 6,1%. Tako su javni rashodi za zdravstvenu zaštitu iznosili 63,8%, a privatni 36,2% ukupnih rashoda za zdravstvenu zaštitu.

Ukupni rashodi za zdravstvenu zaštitu, posmatrani prema stanovniku, pokazuju stabilan rast u periodu 2003-2007. godina, da bi 2007. godine dostigli 384 evra, odnosno 525 američkih dolara po stanovniku. Posmatrajući izdvajanja za zdravstvenu zaštitu kao procenat BDP-a u 2007.

godini, Republika Srbija je bila iznad proseka EU (8,9%), odnosno približno na nivou Danske (9,8%), Grčke (9,6%) i Islanda (9,3%). Takođe je bila iznad Češke, Mađarske, Italije, Poljske, Slovačke i niza drugih zemalja. Međutim, zbog relativno niskog nivoa BDP-a, Srbija izdvaja u apsolutnom iznosu relativno mala sredstva za zdravstvenu zaštitu u poređenju sa drugim evropskim zemljama.

Raspodela sredstava prikupljenih po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, odnosno plaćanje nadoknade zdravstvenim ustanovama za pružanje zdravstvene zaštite (troškovi za zarade zaposlenih, troškovi prevoza, utrošene energije, troškovi za lekove, sanitetski i ugradni materijal, troškovi ishrane i drugih potreba korisnika odnosno osiguranika) je u nadležnosti RZZO. Distribucija sredstava se obavlja po sistemu finansiranja kapaciteta zdravstvenih ustanova. U strukturi rashoda iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u 2008. godini najveći procenat su imale zarade 104.000 zaposlenih (ugovoreni broj) u zdravstvenim ustanovama - 56,3%, troškovi usluga zdravstvene zaštite (energenti, vakcine, lekovi, potrošni i ugradni materijal i sl.) - 22,8%, lekovi izdati na recept - 12,1%, naknade za bolovanja i putne troškove - 3,9%, nadoknade (za pomagala i pogrebne troškove) - 1%, dok su troškovi sprovođenja zdravstvenog osiguranja i otplata kamata i kredita iznosili 2,6% ukupnih rashoda. Ukoliko se rashodi RZZO za rad i ostale troškove zaposlenih posmatraju kao deo troškova zdravstvene zaštite (bez troškova za lekove propisane na recept), onda je taj procenat znatno veći i iznosi 70,1%. Inače, prema Nacionalnom zdravstvenom računu za 2007. godinu, učešće ukupnih rashoda za zaposlene u javnim rashodima za zdravstvenu zaštitu iznosilo je 61,2%, a u ukupnim (javnim i privatnim) 69,1%.

Plaćanje zdravstvenih usluga utvrđuje se ugovorom sa davaocima zdravstvenih usluga, odnosno otkupom plana rada zdravstvene ustanove u okviru sredstava planiranih predračunom sredstava RZZO. Plan rada sadrži broj i vrstu zdravstvenih usluga i broj i strukturu zaposlenih. Plate zaposlenih u zdravstvenim ustanovama iz Plana mreže isplaćuju se u skladu sa Zakonom o platama u državnim organima i javnim službama ("Službeni glasnik RS", br. 34/01 i 62/06) i Uredbom o koeficijentima za obračun i isplatu plata zaposlenih u javnim službama. Za izvršenje plana rada davalac zdravstvenih usluga dostavlja izveštaje o pruženim zdravstvenim uslugama u skladu sa aktom RZZO kojim su utvrđeni kriterijumi i merila za ugovaranje sa davaocima zdravstvenih usluga.

Kapitalne investicije u sistemu zdravstvene zaštite se u najvećem obimu finansiraju iz budžeta Republike, budžeta autonomne pokrajine i budžeta lokalne samouprave, kao i iz sredstava donacija i kredita.

II PRIORITETI U RAZVOJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Prioriteti u razvoju zdravstvene zaštite definišu se u odnosu na:

- očuvanje i unapređenje zdravlja stanovništva,
- organizaciju i funkcionisanje zdravstvene zaštite.

Zdravlje stanovništva je cilj i rezultat i ishod organizacije zdravstvene zaštite, funkcionisanja zdravstvene službe i finansiranja, ali i odgovornosti celog društva za zdravlje koje se ogleda u sintagmi "Zdravlje u svim politikama" (shema 1).

Shema 1. Funkcije i ciljevi sistema zdravstvene zaštite



Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, Svetski zdravstveni izveštaj 2000 - Zdravstveni sistemi: poboljšanje učinka, Ženeva, SZO, 2000.

Definisanje prioriternih oblasti obezbeđuje osnovu za izbor optimalnih programa i aktivnosti za rešavanje problema zdravlja stanovništva i organizacije i funkcionisanja zdravstvene zaštite.

A. PRIORITETNE OBLASTI OČUVANJA I UNAPREĐENJA ZDRAVLJA

Da bi se ostvario što zdraviji i kvalitetniji život pojedinca i celokupnog stanovništva neophodno je posmatrati zdravlje u skladu sa definicijom SZO koja glasi: "Zdravlje je stanje potpunog psihičkog, fizičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i onesposobljenosti". Ovako široka definicija zdravlja zahteva sveobuhvatnu akciju svih segmenata društva. Najcelovitiji odgovor naše države ovom zahtevu sadržan je u Strategiji održivog razvoja Republike Srbije ("Službeni glasnik RS", broj 57/08). Dugoročni koncept održivog razvoja podrazumeva stalni ekonomski rast koji osim ekonomske efikasnosti, tehnološkog napretka, više čistijih tehnologija, inovativnosti celog društva i društveno odgovornog poslovanja obezbeđuje smanjenje siromaštva, dugoročno bolje korišćenje resursa, smanjenje zagađenja na nivo koji mogu da izdrže činioci životne sredine, sprečavanje novih zagađenja kao i unapređenje zdravstvenih uslova i kvaliteta života stanovnika.

Prioritetne oblasti očuvanja i unapređenja zdravlja stanovništva jesu one oblasti koje se odnose na prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti kojima je današnje društvo najviše opterećeno, prevenciju i kontrolu zaraznih bolesti zbog stalne pretnje novih bolesti i rasprostranjene rezistencije na postojeće lekove, i specifične, prioriterno zdravstvene potrebe pojedinih kategorija stanovništva. Navedene prioritete oblasti su i ranije prepoznate i u cilju rešavanja pojedinih problema usvojene su multisektorske i zdravstvene strategije i posebni

programi. Važno je napomenuti da postojanje prevelikog broja programa može dovesti u pitanje njihovu realizaciju, iako je njihov uticaj na poboljšanje zdravlja stanovništva nesporan. Stoga je neophodno da se ubuduće, pre donošenja odluka o izradi posebnih programa, obezbedi izbor prioriteta, što bi bila nadležnost Zdravstvenog saveta Srbije.

1. Prevencija i kontrola hroničnih nezaraznih bolesti

Hronične nezarazne bolesti karakterišu: dugo, često doživotno trajanje, smanjenje kvaliteta života, uzrokovanje invalidnosti i prevremenog umiranja, što značajno opterećuje fondove zdravstvenog osiguranja. Demografski trendovi uz kontinuirano starenje populacije, kao i savremeni način života koga karakterišu mehanizacija, automatizacija radnih procesa i kompjuterizacija, sa sve manje fizičkih opterećenja na radnom mestu, sedentarni način života, izloženost stresu i po zdravlje štetne životne navike, doprinose, naročito poslednjih decenija, značajnom porastu obolevanja od hroničnih nezaraznih bolesti.

U Republici Srbiji nezarazne bolesti vodeći su uzroci obolevanja, invalidnosti i prevremenog umiranja (pre 65. godine života). Da bi se postiglo značajno smanjenje obolevanja i umiranja stanovnika Republike Srbije od hroničnih nezaraznih bolesti, Vlada je donela Strategiju za prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti ("Službeni glasnik RS", broj 22/09) i Strategiju kontrole duvana ("Službeni glasnik RS", broj 8/07).

Ciljevi

1.1. Smanjenje obolevanja i prevremenog umiranja od bolesti srca i krvnih sudova

Bolesti srca i krvnih sudova, od kojih su najznačajnije koronarna bolest srca i cerebrovaskularne bolesti, glavni su uzrok bolničkog lečenja i smrti. Danas se smatra da je moguće redukovati oko 50% prevremene smrtnosti i invalidnosti od tih bolesti. U tom smislu, značajnu ulogu ima usvajanje zdravijeg načina života - nepušenje, pravilna ishrana, redovna fizička aktivnost.

Prevencijom i kontrolom bolesti srca i krvnih sudova, moguće je značajno poboljšati zdravlje. Kontrola ovih oboljenja je ostvariva simultanom prevencijom na individualnom i populacionom nivou, smanjenjem nejednakosti u zdravlju, zajedničkom akcijom zdravstvenog i nezdravstvenih sektora, ciljanim pregledima, preventivnim pregledima i promocijom zdravih stilova života. Najveći potencijal unapređenja zdravlja zasniva se na smanjenju faktora rizika i promociji zdravog života i zdrave životne sredine, prevenciji početka bolesti, progresije bolesti, nesposobnosti i prevremene smrti.

Aktivnosti

1.1.1. Izrada i usvajanje programa prevencije i kontrole kardiovaskularnih bolesti u Republici Srbiji

Ovim programom treba predvideti: program za rano otkrivanje (skrining) kardiovaskularnih bolesti, koji bi se primenio u celoj zemlji i odnosio na faktore rizika (gojaznost, hipertenziju, dijabetes i dislipoproteinemiju); efikasniju organizaciju službe za hitnu medicinsku pomoć, koja podrazumeva i adekvatnu opremljenost i edukovanost kadra; unapređenje stacionarne zdravstvene zaštite, koja će se postići boljom dijagnostikom i lečenjem i povećanjem kapaciteta. Na taj način će se smanjiti i liste čekanja u oblasti interventne kardiologije i kardiohirurgije.

1.1.2. Sprovođenje, praćenje i evaluacija programa prevencije i kontrole kardiovaskularnih bolesti u Republici Srbiji

Sprovođenje programa prevencije i kontrole kardiovaskularnih bolesti podrazumeva i kontinuirani monitoring, odnosno praćenje sprovođenja svih planiranih mera i aktivnosti, kako bi se postiglo smanjenje obolevanja i prevremenog umiranja od kardiovaskularnih bolesti.

1.1.3. Izrada i usvajanje programa prevencije i kontrole cerebrovaskularnih bolesti

Ovaj program odnosiće se na prevenciju individualnih faktora rizika karakterističnih za nastanak bolesti krvnih sudova (gojaznost, hipertenziju, dijabetes i dislipoproteinemiju) i efikasniju organizaciju prehospitalne i hospitalne hitne medicinske pomoći, koja uključuje adekvatnu opremljenost i edukovanost kadra, bolju dijagnostiku, lečenje i rehabilitaciju, što bi sve uticalo na smanjenje obolevanja od cerebrovaskularnih bolesti i učestalosti posledica invaliditeta od kojih ove bolesti dovode.

1.2. Smanjenje obolevanja i prevremenog umiranja od malignih bolesti

Maligni tumori, posle bolesti srca i krvnih sudova, predstavljaju najčešći uzrok obolevanja i umiranja ljudi kako u svetu tako i u našoj zemlji. Prevencija malignih bolesti ima ogroman javno-zdravstveni potencijal i predstavlja najefikasniji pristup kontroli malignih bolesti. Na više od 80% svih malignih bolesti moguće je uticati sprečavanjem ili modifikovanjem faktora rizika, tj. sprečavanjem početka bolesti. Ukoliko do bolesti ipak dođe, njen je ishod moguće poboljšati ranim otkrivanjem, terapijom i rehabilitacijom uz odgovarajuće palijativno zbrinjavanje.

Aktivnosti

1.2.1. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalnog programa "Srbija protiv raka"

Vlada je donela Uredbu o Nacionalnom programu "Srbija protiv raka" ("Službeni glasnik RS", broj 20/09). Cilj donošenja ovog programa je smanjenje broja novoobolelih od malignih bolesti, smanjenje broja umrlih, poboljšanje ranog otkrivanja i unapređenje dijagnostike i lečenja malignih bolesti, unapređenje kvaliteta života obolelih i obezbeđivanje odgovarajućeg standarda usluga na svim nivoima zdravstvene zaštite.

1.2.2. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalnog programa za prevenciju raka dojke

Vlada je donela Uredbu o Nacionalnom programu za prevenciju raka dojke ("Službeni glasnik RS", broj 15/09). Ovaj program ima za cilj otkrivanje raka dojke u početnom stadijumu kod većeg procenta žena nego što je to danas slučaj, čime bi se postiglo smanjenje smrtnosti žena od raka dojke, smanjenje invaliditeta i poboljšanje kvaliteta života. Program skrininga za rak dojke može biti uspešan samo ukoliko su, pored aktivnosti za rano otkrivanje, omogućeni i adekvatna dijagnostika, lečenje, suportivna i palijativna nega kao komponente sveobuhvatne kontrole raka dojke.

1.2.3. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalnog programa za prevenciju raka grlića materice

Vlada je donela Uredbu o Nacionalnom programu za prevenciju raka grlića materice ("Službeni glasnik RS", broj 54/08). Ovaj program obuhvata skup aktivnosti među kojima centralno mesto zauzima Program organizovanog skrininga. Cilj Programa je smanjenje incidencije i smrtnosti od

raka grlića materice u Srbiji. Da bi se to postiglo neophodno je realizovati specifične ciljeve, tj. raditi na podizanju svesti žena o značaju redovnih pregleda, definisanju uloge ustanova na svim nivoima zdravstvene zaštite u prevenciji i lečenju raka grlića materice, jačanju kapaciteta zdravstvenih ustanova, kao i uspostavljanju kontrole kvaliteta usluga za prevenciju raka grlića materice.

1.2.4. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalnog programa za prevenciju kolorektalnog karcinoma

Vlada je donela Uredbu o Nacionalnom programu za prevenciju kolorektalnog karcinoma ("Službeni glasnik RS", broj 20/09). Ovaj program ima za cilj smanjenje morbiditeta i mortaliteta stanovništva od raka debelog creva. Bolji rezultat u ranom otkrivanju raka debelog creva može se postići boljom obaveštenošću stanovništva o značaju ranog otkrivanja raka debelog creva i boljem obrazovanju zdravstvenih radnika o samom programu.

1.3. Smanjenje povređivanja

Povrede su poremećaji zdravlja koji nastupaju kao posledice akutne izloženosti nekoj od različitih oblika energije: mehaničkoj, toplotnoj, električnoj, hemijskoj ili radijacionoj, koja svojim intenzitetom prevazilazi prag fiziološke tolerancije. Povrede mogu biti nenamerne (povrede nastale u saobraćaju, izlaganju toploti, hemijskim agensima, padu itd.) i namerne povrede, koje su rezultat nasilja protiv sebe ili drugih. Povrede su vodeći uzrok smrtnosti u uzrastu do 29 godina i treći vodeći uzrok prevremenog umiranja i invalidnosti u Republici Srbiji. Istraživanja su pokazala da prihvatanje šireg javnozdravstvenog pristupa može značajno smanjiti uticaj povreda i nasilja na zdravlje. Takav pristup uključuje razumevanje opterećenja društva povredama i rizika za njihovo nastajanje. Prevencija povreda zahteva razvoj i primenu multisektorske politike i blisku saradnju različitih nivoa društva da bi se stvorilo bezbednije fizičko i društveno okruženje i da bi se poboljšala bezbednost.

Aktivnosti

1.3.1. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalne strategije za mlade

Nacionalna strategija za mlade ("Službeni glasnik RS", broj 55/08) ima za cilj pružanje podrške mladima u različitim oblastima društvenog života. Realizacija pojedinih ciljeva, kao što su razvijanje bezbednosne kulture kod mladih, stvaranje uslova za bezbednije i zdravije radno okruženje mladih, stvaranje bezbednijeg školskog okruženja, povećanje bezbednosti na javnim mestima i prevencija i suzbijanje nasilja u porodici dovela bi, pored ostalog, i do smanjenja povređivanja ove grupacije stanovništva.

1.3.2. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije razvoja zdravlja mladih u Republici Srbiji

Strategija razvoja zdravlja mladih u Republici Srbiji ("Službeni glasnik RS", broj 104/06) predstavlja deo strategije razvoja celokupnog zdravstvenog sektora, ali i instrument za mobilizaciju ne samo zdravstvenog sektora, već i svih činilaca društva kao partnera u očuvanju zdravlja mladih, rešavanju problema i sprečavanju ponašanja koje je rizično po zdravlje. Realizacija pojedinih ciljeva ove strategije, kao što su razvijanje bezbednog i podržavajućeg okruženja za razvoj i zdravlje mladih i razvijanje adekvatnog sistema prenosa znanja i veština za

sticanje stavova, navika i ponašanja koje vode ka zdravlju, vodi ka smanjenju povređivanja mladih.

1.3.3. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalne strategije za prevenciju i zaštitu dece od nasilja

Nasilje nad decom je opšti problem koji prožima sva društva, sve kulture i sve regione sveta. Izuzetno veliki broj dece svakodnevno trpi nasilje. Nasilje izaziva patnju deteta, ozbiljno ugrožava razvoj, dobrobit, pa i sam život deteta, a posledice su često teške i dugotrajne. Sprovođenje Nacionalne strategije za prevenciju i zaštitu dece od nasilja ("Službeni glasnik RS", broj 122/08) ima za cilj razvoj bezbednog okruženja u kome će biti ostvareno pravo svakog deteta da bude zaštićeno od svih oblika nasilja i uspostavljanje nacionalnog sistema prevencije i zaštite dece od svih oblika zlostavljanja, zanemarivanja i iskorišćavanja, čime će se postići i smanjivanje povređivanja dece.

1.3.4. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije bezbednosti i zdravlja na radu u Republici Srbiji za period 2009-2012. godina

Cilj Strategije bezbednosti i zdravlja na radu u Republici Srbiji za period 2009-2012. godina ("Službeni glasnik RS", broj 32/09) jeste unapređenje i očuvanje zdravlja radno aktivnog stanovništva, odnosno unapređenje uslova rada radi sprečavanja povreda na radu i profesionalnih bolesti i bolesti u vezi sa radom i njihovog svođenja na najmanju moguću meru, odnosno otklanjanje profesionalnih rizika. Primena preventivnih mera koje se preduzimaju na svim nivoima rada podrazumeva stvaranje takvih uslova rada kojima se prilikom organizovanja rada i radnog procesa vrši procena rizika i njihovo otklanjanje ili svođenje na najmanji mogući nivo, kako bi se izbegle mogućnosti nastajanja povreda na radu ili profesionalnih bolesti zaposlenih, čime se u najvećoj mogućoj meri stvaraju preduslovi za sprečavanje ili eliminisanje rizika od mogućih povređivanja, profesionalnih bolesti ili bolesti u vezi sa radom, a što kao cilj ima ostvarivanje uslova za puno fizičko, psihičko i socijalno blagostanje zaposlenih.

1.3.5. Izrada i usvajanje strategije bezbednosti i zdravlja na radu za period posle 2012. godine

Važećom strategijom predviđeno je sprovođenje aktivnosti za njenu realizaciju do 2012. godine. Neophodno je, nakon sveobuhvatne evaluacije i analize stanja u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu pristupiti izradi strategije kontrole bezbednosti i zdravlja na radu za period posle 2012. godine.

1.3.6. Izrada i usvajanje strategije prevencije i kontrole povreda

Sve navedene strategije jednim svojim delom odnose se na povrede i povređivanje. Međutim, ne postoji jedna sveobuhvatna strategija koja bi ovaj problem sagledala sa svih aspekata. Da bi do toga došlo, neophodno je da se izvrši analiza svih postojećih strategija i objedinjavanje njihovih aktivnosti koje se odnose na povrede. Na taj način, uz uključivanje segmenata koji nisu obuhvaćeni postojećim strategijama izradila bi se strategija koja bi za cilj imala prevenciju i kontrolu svih povreda kako u saobraćaju, tako i u školama, na radnom mestu ili u kući.

1.4. Smanjenje obolevanja i prevremenog umiranja od šećerne bolesti

Utvrđeno je da dijabetes generalno, a naročito tip dva, predstavlja izuzetno značajan uzrok vaskularnih oboljenja, tako da je najčešći uzrok slepila, terminalne bubrežne insuficijencije koja

zahteva dijalizu ili transplantaciju bubrega, netraumatske amputacije i periferne neuropatije, i naročito infarkta miokarda ili moždanog udara. Brojna ispitivanja su pokazala da je tip dva dijabetesa u značajnom porastu koji dobija razmere pandemije, posebno u zemljama u tranziciji. Prema rezultatima studije "Opterećenje bolestima i povredama u Srbiji", u našoj zemlji, kao i u razvijenim zemljama sveta, dijabetes je peti vodeći uzrok opterećenja bolešću. Trend umiranja od komplikacija dijabetesa je u porastu, tako da je dijabetes u 2007. godini četvrti vodeći uzrok smrtnosti u Republici Srbiji.

Aktivnosti

1.4.1. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalnog programa prevencije i rane detekcije tipa dva dijabetesa

Vlada je donela Uredbu o Nacionalnom programu prevencije i rane detekcije tipa dva dijabetesa ("Službeni glasnik RS", broj 17/09). Osnovni cilj ovog programa je uspostavljanje odgovarajućeg i održivog sistema ranog otkrivanja i prevencije tipa dva dijabetesa na primarnom nivou zdravstvene zaštite u Republici Srbiji. Da bi se to postiglo neophodno je obaviti edukaciju zdravstvenih radnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, prilagođavanje organizacije preventivnih centara i savetovališnog rada radi ranog otkrivanja i prevencije tipa dva dijabetesa, otkrivanje pacijenata sa visokim rizikom i primena preventivnih postupaka kod ovih pacijenata.

1.4.2. Izrada i usvajanje programa za unapređenje ishrane stanovništva

Program za unapređenje ishrane stanovništva imaće za cilj obezbeđenje uslova da svi stanovnici imaju dovoljnu količinu zdravstveno bezbedne i raznovrsne hrane, adekvatne nutritivne vrednosti. Program je vezan i za unapređenje ishrane odojčadi, dece, adolescenata i odraslih, eliminaciju mikronutritivnih deficita i prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti povezanih sa preobilnom ishranom i nedovoljnom fizičkom aktivnošću.

1.5. Unapređenje mentalnog zdravlja

Mentalno zdravlje je sastavni deo opšteg zdravlja. Problemi i poremećaji mentalnog zdravlja utiču na funkcionisanje kako pojedinca, tako i na širu zajednicu. Mentalni poremećaji, zbog relativno visoke prevalencije i često hroničnog toka, kao i početka u adolescenciji i mlađoj odrasloj dobi, predstavljaju jedan od prioritarnih javno-zdravstvenih problema, a poseban problem je mentalno zdravlje ratnih veterana. Mentalni poremećaji često su povezani sa dugotrajnim lečenjem, što dovodi do povećanog odsustvovanja s posla, smanjene produktivnosti, pa i nezaposlenosti. Sve to utiče na emocionalno i ekonomsko stanje porodice i na povećanje troškova zajednice. Mentalno zdravlje je nacionalni kapital i presudno je za sveobuhvatno blagostanje osoba, društava i država, te stoga zaštita mentalnog zdravlja mora predstavljati neophodan i značajan aspekt sveukupnog sistema zdravstvene zaštite, odnosno javnog zdravlja.

Aktivnosti

1.5.1. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije razvoja zaštite mentalnog zdravlja

Osnovni cilj Strategije razvoja zaštite mentalnog zdravlja ("Službeni glasnik RS", broj 8/07) jeste unapređenje mentalnog zdravlja, adekvatnim odgovorom na zahteve lica kojima je mentalno zdravlje ugroženo, kao i njihova finansijska zaštita. Aktivnosti koje treba da dovedu do

realizacije ciljeva usmerene su na sledeće oblasti: izrada propisa, ljudska prava, organizacija službi za mentalno zdravlje, prevencija i lečenje mentalnih poremećaja, ljudski resursi u zdravstvu, edukacija i istraživanje, unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i informacijski sistem. Za svaku od ovih oblasti predviđen je set aktivnosti čija realizacija treba da dovede do unapređenja mentalnog zdravlja.

1.5.2. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije za borbu protiv droga u Republici Srbiji za period od 2009. do 2013. godine

Zloupotreba droga dovela je savremeno čovečanstvo do ozbiljnih posledica koje ugrožavaju zdravlje stanovništva, porodicu i društvo. Uticaj droga na društvo je razarajući, izaziva porast kriminala, naročito delinkvenciju, prostituciju, nezaposlenost, beskućništvo i siromaštvo. Aktuelnu situaciju na polju droga karakteriše prisustvo sve više vrsta droga na ilegalnom tržištu, porast korišćenja svih vrsta droga, naročito sintetičkih, trend istovremenog korišćenja različitih vrsta droga (politoksikomanija), zastupljenost u svim sredinama, a ne samo u velikim gradovima, prisutnost u svim društvenim slojevima, nacionalnim i verskim zajednicama i pomeranje starosne granice ka mlađem uzrastu. Cilj Strategije za borbu protiv droga u Republici Srbiji za period od 2009. do 2013. ("Službeni glasnik RS", broj 16/09) jeste unapređenje i očuvanje zdravlja stanovništva smanjenjem korišćenja droga i štetnih posledica prouzrokovanih zloupotrebom droga.

1.5.3. Izrada i usvajanje strategije za borbu protiv droga za period posle 2013. godine

Važećom strategijom predviđeno je sprovođenje aktivnosti za njenu realizaciju do 2013. godine. Neophodno je, nakon sveobuhvatne evaluacije i analize stanja u ovoj oblasti pristupiti izradi strategije za borbu protiv droga za period posle 2013. godine.

1.5.4. Izrada i usvajanje strategije za borbu protiv zloupotrebe alkohola i alkoholizma

Uticaj alkohola na zdravlje stanovništva dovodi do težih posledica nego uticaj svih ilegalnih droga zajedno. Različite probleme zbog pijenja ima gotovo 40% onih koji piju alkohol, od čega 10% muškaraca i oko 5% žena teško zloupotrebljava alkohol ili su ozbiljni bolesnici, odnosno alkoholičari. U sredini poput naše, gde je konzumiranje alkohola društveno široko prihvaćena pojava, izrada i usvajanje strategije za borbu protiv zloupotrebe alkohola i alkoholizma doprinosi unapređenju i očuvanju zdravlja stanovništva smanjenjem korišćenja alkohola i štetnih posledica prouzrokovanih njegovom zloupotrebom.

2. Prevencija i kontrola zaraznih bolesti

Napredak u razvoju i korišćenju vakcina radi prevencije zaraznih bolesti u detinjstvu, lekova za lečenje zaraznih bolesti, ali i unapređeni higijenski uslovi, doveli su do smanjenja obolevanja i umiranja od zaraznih bolesti. Međutim, u poslednjih nekoliko decenija svedoci smo da opasnost od zaraznih bolesti nije prošla. Bolesti za koje se mislilo da su u velikoj meri pod kontrolom ponovo su se javile (tuberkuloza), pojavile su se i nove zarazne bolesti (HIV/AIDS), a i rezistentni sojevi bakterija na lekove su postali sve rasprostranjeniji. Stoga, zdravstveni sistem mora da obezbedi efektivne i efikasne mehanizme za prepoznavanje, prevenciju i kontrolu zaraznih bolesti kao odgovor na stalne pretnje.

Ciljevi

2.1. Prevencija i kontrola vakcinabilnih bolesti

U Republici Srbiji dostignut je visok nivo obuhvata vakcinacijom dece protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja, dečije paralize zbog čega ove bolesti čine svega 0,08% ukupnog obolevanja od zaraznih bolesti. Međutim, i dalje je prisutan problem neadekvatnog obuhvata imunizacijom među socijalno ugroženim grupama stanovništva (Romi).

Aktivnosti

2.1.1. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Programa zdravstvene zaštite stanovništva od zaraznih bolesti

Ciljevi Programa zdravstvene zaštite stanovništva od zaraznih bolesti ("Službeni glasnik RS", broj 29/02) jesu održavanje obuhvata vakcinacijom dece prema kalendaru vakcinacija sa najmanje 95% u svakoj opštini i naselju, imunizacija grupa visokog rizika (izbeglice, raseljena lica, imigranti, Romi i dr.) i kontrola vakcinalnog statusa dece i omladine kroz kartoteku o imunizaciji i dece pri ulasku u kolektivne smeštaje i vakcinacija neimunizovanih.

2.1.2. Izrada i usvajanje programa zdravstvene zaštite stanovništva od zaraznih bolesti za period posle 2010. godine

Važećim Programom predviđeno je sprovođenje aktivnosti za njegovu realizaciju do 2010. godine. Neophodno je, nakon sveobuhvatne evaluacije i analize stanja u ovoj oblasti pristupiti izradi programa zdravstvene zaštite stanovništva od zaraznih bolesti za period posle 2010. godine.

2.2. Smanjenje obolevanja i umiranja od HIV/AIDS-a

Od 1981. godine kada je prvi put prepoznat kao nova bolest, od AIDS-a je umrlo više od 30 miliona ljudi, čineći epidemiju HIV-a najdestruktivnijom u pisanoj istoriji čovečanstva. Prema procenama SZO i Udruženog programa Ujedinjenih nacija za HIV/AIDS (UNAIDS), u svetu je krajem 2007. godine 33,2 miliona osoba živelo sa HIV-om. Procenjeno je da je tokom 2007. godine 2,5 miliona lica novoinficirano HIV-om i da je 2,1 miliona ljudi umrlo od AIDS-a. U regionu zapadne i centralne Evrope kontinuirano raste broj ljudi koji žive sa HIV-om uglavnom zahvaljujući dostupnosti kombinovane antiretrovirusne terapije, čime je produžen njihov životni vek, a suočavamo se i sa porastom novodijagnostikovanih HIV infekcija od 2002. godine.

Aktivnosti

2.2.1. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalne strategije za borbu protiv HIV-a/AIDS-a

Opšti cilj Nacionalne strategije za borbu protiv HIV-a/AIDS-a u Republici Srbiji je prevencija HIV infekcije i polno prenosivih bolesti, kao i obezbeđenje lečenja i podrške osobama koje žive sa HIV-om/AIDS-om. Pored toga Strategija ima i specifične ciljeve kao što su smanjenje rizičnog ponašanja za HIV infekciju u opštoj populaciji, smanjenje novih HIV infekcija među mladima, smanjenje štete od rizičnog ponašanja posebno osetljivih populacionih grupa, intravenskih korisnika droge, lica koja se bave prostitucijom, muškaraca koji imaju seksualne odnose sa muškarcima, osoba u zatvorima, vojsci i policiji, jačanje kapaciteta institucija zdravstveno-socijalne zaštite na svim nivoima, podizanje nivoa društvene svesti i jačanje

socijalne mreže za podršku osobama koje žive s HIV-om/AIDS-om, dobar uvid u incidenciju i prevalenciju HIV infekcije i AIDS-a, uključujući trendove i glavne determinante epidemije HIV infekcije i obezbeđenje sistema epidemiološkog nadzora koji omogućuje sagledavanje trendova epidemije HIV infekcije.

2.2.2. Izrada i usvajanje strategije za borbu protiv HIV/AIDS-a za period posle 2010. godine.

Važećom strategijom predviđeno je sprovođenje aktivnosti za njenu realizaciju do 2010. godine. Neophodno je, nakon sveobuhvatne evaluacije i analize stanja u ovoj oblasti pristupiti izradi nove strategije za borbu protiv HIV/AIDS za period posle 2010. godine.

2.3. Smanjenje obolevanja i umiranja od tuberkuloze

U poslednjih 10 godina tuberkuloza postaje ponovo problem, kako u svetu, tako i kod nas zbog niza faktora koji uključuju: migracije stanovništva, siromaštvo, širenje HIV/AIDS, upotrebu droga i neprihvatljivost terapijskih režima. Pad incidencije plućne tuberkuloze u Republici Srbiji u periodu 2004-2008. godina je posledica sprovođenja globalnog programa SZO za kontrolu tuberkuloze i uvođenja Strategije direktno opservirane terapije (DOTS) u 2002. godini.

Aktivnosti

2.3.1. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Programa kontrole tuberkuloze

Program kontrole tuberkuloze usvojen je od strane Republičke komisije za tuberkulozu Ministarstva zdravlja i Saveta za praćenje projekata iz oblasti HIV/AIDS-a i tuberkuloze Vlade Republike Srbije.

2.3.2. Sprovođenje Stručno-metodološkog uputstva za sprečavanje i suzbijanje tuberkuloze u Republici Srbiji

Stručno-metodološko uputstvo za sprečavanje i suzbijanje tuberkuloze u Republici Srbiji primenjivaće se od 2010. godine i slediće koncept baziran na stručno-metodološkim principima strategije SZO "Stop tuberkulozi".

2.4. Razvijanje sistema za brz odgovor na pretnje zdravstvenoj bezbednosti

Usled globalizacije, pojava epidemija je pretnja kolektivnoj svetskoj bezbednosti. Pretnje zdravlju i bezbednosti su sve veće i šire se brže nego ikad. Sve države moraju investirati u zdravlje i graditi sposobnost za prevenciju postojećih i novih pretnji po zdravlje, jačajući javno zdravstvene sisteme. Pretnje zdravstvenoj bezbednosti su mnogobrojne i različite: one obuhvataju iznenadni udar na zdravlje i privredu od neočekivanih bolesti, kao što su SARS i ptičiji grip, meksički grip, humanitarne katastrofe, bioterorizam i druge akutne rizike po zdravlje.

Aktivnosti

2.4.1. Sprovođenje preporuka u oblasti javnog zdravlja SZO

Sprovođenje preporuka SZO iz 2005. godine, koje se odnose na praćenje i izveštavanje o pojavama značajnim za oblast javnog zdravlja, kao i jačanje mehanizama nadzora nad epidemijama na državnom i međunarodnom nivou.

3. Zdravstvena zaštita posebno osetljivih grupacija stanovništva

Svako životno doba ima svoje specifičnosti, pa i specifične zdravstvene potrebe. Osim toga, postoje kategorije stanovništva koje imaju posebne modalitete zadovoljavanja univerzalnih potreba svakog čoveka. Sagledavajući to, definišu se sledeće vulnerabilne kategorije stanovništva: žene reproduktivnog doba, mala i predškolska deca, školska deca i omladina, radno aktivno stanovništvo, stari, osobe sa invaliditetom, socijalno marginalizovane grupe.

Ciljevi

3.1. Unapređenje zdravlja žena u reproduktivnom dobu

Zdravlje populacije žena je od izuzetnog značaja ne samo zbog osetljivosti ove grupe stanovništva, nego i zbog značajnih reperkusija na zdravlje potomstva - dece. Posebna pažnja se posvećuje očuvanju i unapređenju reproduktivnog zdravlja.

Aktivnosti

3.1.1. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalnog programa zdravstvene zaštite žena, dece i omladine

Vlada je donela Uredbu o Nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine ("Službeni glasnik RS", broj 28/09), kojim su predviđene aktivnosti na očuvanju i unapređenju zdravlja žena u reproduktivnom periodu. Ovo se može ostvariti adekvatnom zdravstvenom zaštitom žena pre, za vreme trudnoće, porođaja i puerperijuma, kao i povećanjem znanja i promenom stavova i ponašanja u vezi zdravstvenih rizika, polno prenosivih bolesti, neželjene trudnoće i abortusa i malignih bolesti reproduktivnih organa i dojke.

3.1.2. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije podsticanja rađanja

Strategija podsticanja rađanja ("Službeni glasnik RS", broj 13/08), ima za cilj smanjivanje troškova podizanja deteta, usklađivanje rada i roditeljstva, borbu protiv neplodnosti, promovisanje značaja reproduktivnog zdravlja i definisanje i sprovođenje politike koja će onemogućiti diskriminaciju (profesionalnu i ekonomsku) žena zbog trudnoće, porođaja i odgajanja dece.

3.1.3. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalne strategije za poboljšanje položaja žena i unapređivanje rodne ravnopravnosti

Nacionalnom strategijom za poboljšanje položaja žena i unapređivanje rodne ravnopravnosti ("Službeni glasnik RS", broj 15/09) obuhvaćene su oblasti koje se odnose na učešće žena u kreiranju politika i u donošenju odluka u oblasti ekonomije, obrazovanja, zdravlja, nasilja nad ženama, kao i pitanja sredstava javnog informisanja i javnog mnjenja, pošto je kroz široku i demokratsku diskusiju procenjeno da su ove oblasti ključne za poboljšanje položaja žena i unapređivanje rodne ravnopravnosti. Ovim dokumentom se utvrđuje celovita i usklađena politika države u cilju eliminisanja diskriminacije žena, poboljšanja njihovog položaja i integrisanja principa rodne ravnopravnosti u sve oblasti delovanja institucija sistema.

3.2. Unapređenje zdravlja odojčadi i male dece, školske dece i omladine

Zdravstvena zaštita odojčadi i male dece, školske dece i omladine je od izuzetnog značaja, ne samo zbog osetljivosti ove populacione grupe, nego i zbog značajnih reperkusija koje faktori rizika i oštećenja zdravlja u periodu rasta i razvoja dece, mogu imati na zdravlje tokom čitavog života.

Aktivnosti

3.2.1. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalnog programa zdravstvene zaštite žena, dece i omladine

Ovaj program ima za cilj unapređenje i očuvanje zdravlja dece koje se se može ostvariti smanjenjem smrtnosti odojčadi, edukacijom roditelja i staratelja za aktivan odnos prema zdravlju i preuzimanjem odgovornosti za zdravlje, smanjenjem povreda i trovanja, sprečavanjem zlostavljanja i zanemarivanja dece, ranim otkrivanjem faktora rizika za pravilan rast i razvoj, kao i preuzimanjem odgovarajućih terapijsko-rehabilitacionih postupaka kod dece i adolescenata sa otkrivenim poremećajem i oboljenjem.

3.2.2. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalnog programa preventivne stomatološke zdravstvene zaštite

Vlada je donela Uredbu o Nacionalnom programu preventivne stomatološke zdravstvene zaštite ("Službeni glasnik RS", broj 22/09). Ovaj program ima za cilj promociju zdravlja usta i zuba, kao i unapređenje zdravlja usta i zuba dece do 18 godina. To se može postići povećanjem vrednovanja zdravlja usta i zuba na nivou zajednice i pojedinca, jačanjem partnerstva između jedinica lokalne samouprave i svih drugih institucija i organizacija, unapređenjem znanja, stavova i ponašanja roditelja i staratelja. Kod dece i omladine do 18 godina, planira se unapređenje stomatološke zdravstvene zaštite i jačanje kapaciteta u stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti dece i omladine ovog uzrasta.

3.2.3. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije razvoja zdravlja mladih u Republici Srbiji

Strategija razvoja zdravlja mladih u Republici Srbiji ("Službeni glasnik RS", broj 104/06) predstavlja deo strategije razvoja celokupnog zdravstvenog sektora, ali i instrument za mobilizaciju ne samo zdravstvenog sektora, već i svih činilaca društva kao partnera u očuvanju zdravlja mladih, rešavanju problema i sprečavanju ponašanja koje je rizično po zdravlje.

3.2.4. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Plana akcije za životnu sredinu i zdravlje dece u Republici Srbiji za period od 2009. do 2019. godine

Ciljevi Plana akcije za životnu sredinu i zdravlje dece u Republici Srbiji za period od 2009. do 2019. godine ("Službeni glasnik RS", broj 83/09) jesu smanjenje i prevencija oštećenja dečijeg zdravlja prouzrokovanog uticajima iz životne sredine, podizanje svesti javnosti o uticajima iz životne sredine na zdravlje dece, kao i unapređenje dečijeg zdravlja putem unapređenja kvaliteta životne sredine.

3.2.5 Sprovođenje, praćenje i evaluacija Posebnog protokola sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja

Cilj Posebnog protokola jeste zaštita dece od svih oblika zlostavljanja, zanemarivanja i iskorišćavanja. To se može postići kroz informisanje zaposlenih u ustanovama zdravstvene zaštite o postupku u slučaju sumnje da je dete žrtva zlostavljanja i zanemarivanja ili da to može

postati, uspostavljanjem efikasne procedure zbrinjavanja deteta (otkrivanje, dijagnostika, tretman, dokumentacija i evidencija) u slučajevima sumnje na zlostavljanje i zanemarivanje i definisanjem postupaka za zaštitu dece od daljeg zlostavljanja i zanemarivanja.

3.3. Unapređenje i očuvanje zdravlja starih lica

Demografsko starenje stanovništva je problem sa kojim se Republika Srbija susreće već više decenija. Broj lica starih 65 i više godina ima trend porasta, kao i njihovo učešće u ukupnom broju stanovnika. Najznačajnije karakteristike koje se odnose na zdravlje ove populacione grupe su slabljenje čula i smanjenje funkcije lokomotornog sistema, često udružene sa jednom ili više hroničnih bolesti.

Aktivnosti

3.3.1. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalne strategije o starenju

Nacionalna strategija o starenju ("Službeni glasnik RS", broj 76/06) predviđa aktivnosti usmerene ka unapređenju zdravlja i kvaliteta života kao i održavanje nezavisnog načina života starijih lica kroz sprečavanje bolesti, fizičku i mentalnu rehabilitaciju i palijativno zbrinjavanje. To se može ostvariti obezbeđivanjem zdravstvenih usluga odgovarajućeg obima i kvaliteta. Najznačajnije je jačanje primarne zdravstvene zaštite sa adekvatnim kadrom (edukovanim iz oblasti gerijatrije), jačanje službi polivalentne patronaže i kućnog lečenja i nege, kao i obezbeđivanje adekvatne sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, uz obezbeđenje gerijatrijskih bolničkih kapaciteta.

3.3.2. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije za palijativno zbrinjavanje

Demografski staro društvo sa visokom stopom morbiditeta od nezaraznih bolesti, neminovno se suočava sa potrebom uspostavljanja organizaciono i finansijski održivog modela palijativnog zbrinjavanja. Strategija za palijativno zbrinjavanje ("Službeni glasnik RS", broj 17/09) ima za cilj unapređenje i dostizanje najboljeg mogućeg kvaliteta života pacijenata u terminalnoj fazi bolesti i njihovih porodica.

3.4. Ostvarivanje punog zdravstvenog potencijala osoba sa invaliditetom

Posebno osetljiva i obično marginalizovana, populaciona grupa osoba sa invaliditetom je heterogena grupa i obuhvata osobe sa urođenim ili stečenim fizičkim, senzornim, intelektualnim ili emocionalno umanjenim sposobnostima. Ove osobe, po pravilu, usled društvenih ili drugih prepreka imaju smanjenu mogućnost da se uključe u aktivnosti društva. Precizni podaci o broju osoba sa invaliditetom ne postoje u našoj zemlji. Procene za Evropu (SZO) govore da 7-10% ljudi živi sa invaliditetom. Problem predstavlja i različito značenje koje se u pojedinim sredinama vezuje za termin osoba sa invaliditetom zavisno od socijalnih, političkih, pravnih i drugih uslova.

Aktivnosti

3.4.1. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji

Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji ("Službeni glasnik RS", broj 1/07) ima za cilj unapređenje položaja osoba sa invaliditetom do pozicije ravnopravnih građana koji uživaju sva prava i odgovornosti. U tom smislu, socijalne, zdravstvene i druge usluge moraju se učiniti dostupnim u skladu sa savremenim međunarodno prihvaćenim metodama procene invalidnosti i potreba.

3.5. Unapređenje i očuvanje zdravlja radno aktivnog stanovništva

Zdravlje, bezbednost, radna sposobnost i blagostanje svakog radnika predstavlja ključno pitanje sveukupnog socio-ekonomskog razvoja svake zemlje. Zdravlje radnika i zdravo radno okruženje predstavljaju jednu od najvažnijih tekovina pojedinca, zajednice i zemlje. Specifična zdravstvena zaštita radnika ne obezbeđuje samo zdravlje radnika, već doprinosi jačanju ekonomije svake zemlje kroz povećanu produktivnost, efektivnost, efikasnost, kvalitet proizvoda i usluga, radnu motivaciju, zadovoljstvo poslom, i pozitivno utiče na sveukupni kvalitet života radnika i društva kao celine. Očuvanje i unapređenje zdravlja radno aktivnog stanovništva regulisano je setom zakonskih propisa u sistemu zdravstvene zaštite i sistemu bezbednosti i zdravlja na radu.

Procena zdravstvenih rizika radne okoline i efikasan sistem zaštite zdravlja na radu koji utiču na umanjeno dejstvo rizika po zdravlje radno aktivnog stanovništva nisu dovoljno razvijeni u Republici Srbiji. Oni bi trebalo da dovedu do smanjenja povreda na radu, profesionalnih oboljenja, a samim tim i gubitka radnih sati i smanjenja radne sposobnosti.

Aktivnosti

3.5.1. Izrada i usvajanje strategije medicine rada u Republici Srbiji

Cilj donošenja ove strategije je da se omogući specifična zdravstvena zaštita radno aktivnog stanovništva. Strategija treba da se zasniva na principima koji su u skladu sa Globalnom strategijom "Medicina rada za sve" (SZO, 1995) i Deklaracijom o zdravlju radnika (Kolaborativni centri za medicinu rada SZO, 2006). Očuvanje i unapređenje zdravlja radno aktivne populacije ostvariće se kroz implementaciju adekvatnog koncepta delatnosti medicine rada i organizaciju službe, koji obezbeđuju najviši mogući nivo zaštite zdravlja na radu za sve radnike.

3.5.2. Sprovođenje, praćenje i evaluacija strategije medicine rada u Republici Srbiji

Nakon usvajanja strategije medicine rada u Republici Srbiji neophodno je, uz kontinuirani monitoring, odnosno praćenje, sprovođiti sve planirane mere i aktivnosti kako bi se unapredilo zdravlje radno aktivnog stanovništva.

3.5.3. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije bezbednosti i zdravlja na radu u Republici Srbiji za period od 2009. do 2012. godine

Cilj Strategije bezbednosti i zdravlja na radu u Republici Srbiji za period od 2009. do 2012. godine ("Službeni glasnik RS", broj 32/09) jeste unapređenje i očuvanje zdravlja radno aktivnog stanovništva, odnosno unapređenje uslova rada radi sprečavanja povreda na radu i profesionalnih bolesti i bolesti u vezi sa radom i njihovog svođenja na najmanju moguću meru, odnosno otklanjanje profesionalnih rizika. Primena preventivnih mera koje se preduzimaju na svim nivoima rada podrazumeva stvaranje takvih uslova rada kojima se, prilikom organizovanja rada i radnog procesa, vrši procena rizika i njihovo otklanjanje ili svođenje na najmanji mogući nivo.

Cilj je da se izbegne mogućnost nastajanja povreda na radu ili profesionalnih bolesti zaposlenih, čime se u najvećoj mogućoj meri stvaraju preduslovi za sprečavanje ili eliminisanje rizika od mogućih povreda, profesionalnih bolesti i bolesti u vezi sa radom, odnosno, stvaraju uslovi za puno fizičko, psihičko i socijalno blagostanje zaposlenih.

3.5.4. Izrada i usvajanje strategije bezbednosti i zdravlja na radu za period posle 2012. godine

Važećom strategijom predviđeno je sprovođenje aktivnosti za njenu realizaciju do 2012. godine. Neophodno je, nakon sveobuhvatne evaluacije i analize stanja u ovoj oblasti pristupiti izradi nove strategije bezbednosti i zdravlja na radu za period posle 2012. godine.

3.6. Unapređenje i očuvanje zdravlja marginalizovanih grupa stanovništva

Za heterogenu populacionu grupu koju čine osobe i porodice koje žive ispod granice siromaštva (nezaposleni, zaposleni sa neredovnim primanjima, neobrazovani i dr.), vezuje se više aspekata problema ostvarivanja i korišćenja zdravstvene zaštite, zbog njihove pozicije da često nisu dovoljno upoznati sa svojim pravima na zdravstvenu zaštitu, kao ni sa čitavim nizom ostalih ljudskih prava koje država garantuje svojim građanima.

Aktivnosti

3.6.1. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije za smanjenje siromaštva u Srbiji

Strategija za smanjenje siromaštva u Srbiji (2003. godina), predstavlja sastavni deo integralne strategije razvoja Republike Srbije. Strategija sadrži celovit plan aktivnosti usmeren na smanjivanje ključnih aspekata siromaštva, stvaranjem materijalnih i drugih preduslova i pružanje šansi svakom da obezbedi egzistenciju sebi i svojoj porodici.

3.6.2. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije za unapređenje položaja Roma

Strategija za unapređenje položaja Roma u Republici Srbiji ("Službeni glasnik RS", broj 27/09) postavlja osnove za smanjenje razlike između romske populacije i ostalog stanovništva. Takođe, ovim dokumentom stvara se osnova za identifikovanje i primenu mera afirmativne akcije, pre svega u oblastima obrazovanja, zdravlja, zapošljavanja i stanovanja.

B. PRIORITETNE OBLASTI ORGANIZACIJE I FUNKCIONISANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Nakon perioda obeleženog naglim padom društveno-ekonomskih pokazatelja u poslednjoj deceniji XX veka i sankcija međunarodne zajednice, došlo je do urušavanja svih segmenata društvenog sistema u Republici Srbiji, pa samim tim i sistema zdravstvene zaštite. Kako bi se unapredila efikasnost, kvalitet i racionalno korišćenje resursa, nakon 2000. godine donet je set zakonskih akata sa težištem na nekoliko važnih oblasti: unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i procenu zadovoljstva korisnika pruženim uslugama; razvoj edukativnih programa i metoda edukacije zdravstvenih radnika i saradnika; licenciranje zdravstvenih radnika; registrovanje i licenciranje novih lekova; razvoj javnog zdravlja i instituta i zavoda za javno zdravlje; razvoj menadžmenta u zdravstvu; izrada standarda, odnosno vodiča dobre kliničke prakse i razvoj informacionih tehnologija. U interesu struke i razvoja etičkih principa profesije, doprinos je dat i prestrukturiranju kadrovskih kapaciteta i formiranju komora lekara, medicinskih sestara i tehničara, farmaceuta, stomatologa i biohemičara.

Međutim, Republika Srbija se još uvek suočava sa mnogobrojnim problemima, počev od racionalizacije mreže zdravstvenih ustanova i suštinske decentralizacije, pa do finansiranja skupog sistema zdravstvene zaštite. Prioritetni problemi vezani za organizaciju i funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite počivaju na nizu faktora vezanih za tehničke (kadar, oprema, prostor) i tehnološke performanse sistema (veštine i znanja pružalaca usluga, standardizovane procedure), stalnom unapređenju zakonske regulative, upravljanju sistemom zdravstvene zaštite na različitim nivoima (menadžment, liderstvo, zastupanje), vezi zdravstvenog i drugih komplementarnih sektora (socijalna zaštita, prosveta, ekologija, ekonomija, pravosuđe, itd.) i prilagodljivosti, odnosno fleksibilnosti zdravstvenog sistema za promene (upravljanje promenama).

Prioritetne oblasti organizacije i funkcionisanja zdravstvene zaštite su: integrativna zdravstvena zaštita, ljudski resursi za zdravlje, integrisan zdravstveni informacioni sistem, kvalitet zdravstvene zaštite i bezbednost pacijenata i finansiranje.

1. Integrativna zdravstvena zaštita

Smanjenje razlika u zdravlju i zdravstvenoj zaštiti predstavlja bitnu pretpostavku daljeg razvoja sistema zdravstvene zaštite i njenih institucija. Važan faktor u organizaciji i funkcionisanju zdravstvene službe je i stepen integrisanosti sistema (povezanosti primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa), ali i njegova teritorijalno-administrativna decentralizacija (mreža i finansiranje), kao i sinhrono delovanje državnog i privatnog sektora. Potencijalnu mogućnost efikasnije organizacije i funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite pruža i razvoj svih oblika partnerstva u lokalnoj zajednici, ali i razvoj vaninstitucionalnih oblika lečenja i nege bolesnika. Kao međunarodno prihvaćeni standard, brz odgovor na epidemije širih razmera, katastrofe, elementarne i druge nepogode, pružanje adekvatne, efikasne, kvalitetne i hitne, odnosno urgentne pomoći stanovništvu predstavlja svojevrsan izazov za sistem zdravstvene zaštite. U definisanju ciljeva organizacije i funkcionisanja, svi nabrojani faktori imaju poseban značaj. Oni su, istovremeno, i osnovni kriterijumi za utvrđivanje mreže zdravstvenih ustanova u Republici, čiji je osnivač Republika, autonomna pokrajina, opština, odnosno grad, kao i osnove za razvoj zdravstvene službe na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou.

Ciljevi

1.1. Jačanje uloge instituta i zavoda za javno zdravlje

Javno zdravlje u Republici Srbiji uređeno je Zakonom o javnom zdravlju ("Službeni glasnik RS", broj 72/09), kome je prethodila izrada Strategije javnog zdravlja Republike Srbije ("Službeni glasnik RS", broj 22/09). Zakonom, a u skladu sa evropskim smernicama i standardima, institutima i zavodima za javno zdravlje data je uloga koordinatora svih aktivnosti u okviru društvene brige za zdravlje stanovništva. Cilj je da se razvija doktrina javnog zdravlja u kojoj je korisnik u centru sistema, a metodologija praćenja, analiziranja i predstavljanja podataka o zdravlju stanovništva uporediva sa zemljama EU.

Aktivnosti

1.1.1. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije javnog zdravlja Republike Srbije

Strategija javnog zdravlja Republike Srbije sadrži elemente koji podstiču odgovornost države i društva u obezbeđenju dobrobiti za sve građane putem unapređenja zdravlja i očuvanja zdrave

životne sredine. Temelji se na promociji zdravlja i primarnoj prevenciji, a ostvaruje kroz timski i interdisciplinarni rad, multisektorsku saradnju, kao i sve oblike partnerstva.

1.1.2. Izrada i usvajanje strategije javnog zdravlja za period posle 2013. godine

Važećom strategijom predviđeno je sprovođenje aktivnosti za njenu realizaciju do 2013. godine. Neophodno je, nakon sveobuhvatne evaluacije i analize stanja u ovoj oblasti pristupiti izradi strategije javnog zdravlja za period posle 2013. godine.

1.1.3. Izrada i usvajanje programa za praćenje bezbednosti hrane i bolesti prenosivih hranom

Zakon o bezbednosti hrane ("Službeni glasnik RS" broj 41/09) utvrđuje nadležnost državnih organa i drugih subjekata za bezbednost hrane. Program za praćenje bezbednosti hrane i bolesti prenosivih hranom, koji će biti izrađen u saradnji sa institutima i zavodima za javno zdravlje kao nosiocima aktivnosti, treba da obezbedi da hrana u Republici Srbiji bude bezbedna i pogodna za ishranu ljudi, kao i da se smanji broj pojava bolesti prenosivih hranom preduzimanjem odgovarajućih mera kada se pojavi rizik po potrošače od incidenata vezanih za bezbednost hrane.

1.2. Rešavanje 80% potreba i zahteva za zdravstvenom zaštitom u ustanovama primarne zdravstvene zaštite

Svi međunarodno prihvaćeni standardi u oblasti primarne zdravstvene zaštite predviđaju potrebu rešavanja 80-85% zdravstvenih problema u prvom kontaktu sa izabranim lekarom, kako bi čitav sistem zdravstvene zaštite bio efikasniji i racionalniji. Potreba za ovakvim pristupom je rezultirala definisanjem cilja kome treba težiti, uprkos činjenici da je teško ostvariti željeni stepen efikasnosti, čak i u razvijenim zemljama sveta. Međutim, imajući u vidu da Republika Srbija ima dugu tradiciju u razvoju koncepta primarne zdravstvene zaštite i njenih institucionalnih oblika, dostizanje ovog cilja se nameće kao prioritetno.

Aktivnosti

1.2.1. Unapređenje veština i znanja lekara i drugih zdravstvenih radnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Kontinuirana edukacija lekara, sestara i zdravstvenih saradnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti po savremenim programima i metodama za rad u ordinaciji i u kući pacijenta, predstavlja preduslov za realizaciju ovog cilja.

1.2.2. Stalno obnavljanje resursa i unapređenje zdravstvenih tehnologija u ustanovama primarne zdravstvene zaštite

Kadrovska obezbeđenost, održavanje, obnavljanje i izrada nomenklature opreme i lekova u ustanovama primarne zdravstvene zaštite, uz uvođenje standardizovanih procedura u oblasti prevencije i lečenja, kao i izrada i korišćenje vodiča dobre kliničke prakse, predstavljaju preduslov za realizaciju ovog cilja.

1.2.3. Unapređenje kućnog lečenja i nege

Kućno lečenje pacijenata primarne zdravstvene zaštite predstavlja najčešći vid produženog bolničkog lečenja. Izrada doktrinarnih postupaka i procedura u ovoj oblasti (vodiča) kao i obuka

sestara za palijativnu negu bolesnika na kućnom lečenju, predstavlja preduslov za realizaciju ovog cilja.

1.3. Povećanje opredeljenosti stanovništva za izabranog lekara

Slobodan izbor lekara je demokratsko pravo građana da se u okviru teritorije na kojoj žive ili rade, opredele za lekara primarne zdravstvene zaštite (opšte medicine, pedijatrije, ginekologije, stomatologije, medicine rada) koji će im u prvom i neposrednom kontaktu pružati zdravstvene usluge. Interes lekara primarne zdravstvene zaštite je da pružaju zdravstvene usluge korisnicima čiju porodičnu i ličnu anamnezu, faktore rizika, socijalno okruženje i ekonomski status vrlo dobro poznaju i prate, gradeći odnos uzajamnog poverenja i razumevanja. Sa aspekta zdravstvene službe, izabrani lekar predstavlja formulu za sistem finansiranja primarne zdravstvene zaštite. Potrebno je obezbediti da što veći broj građana (90% ukupne populacije) ima svog izabranog lekara.

Aktivnosti

1.3.1. Edukacija i motivisanje stanovništva za izbor lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Individualni i grupni rad lekara sa korisnicima koji su ga izabrali predstavlja jedan u nizu edukativnih i motivacionih postupaka. Putem sredstava javnog informisanja potrebno je informisati, edukovati i podizati nivo zdravstvene pismenosti i tako motivisati stanovništvo da očuvaju i unaprede svoje zdravlje, kao i da koriste prava i poštuju obaveze u sistemu zdravstvene zaštite.

1.3.2. Unapređenje opšteg znanja i veština lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Stalno unapređenje znanja i veština lekara, ne samo u okviru kontinuirane edukacije u oblasti zdravstvene zaštite, nego i opšteg znanja u oblasti psihologije i osnova komunikologije, antropologije, socijalnog okruženja i timskog rada, predstavlja važan element koji će privući i opredeliti korisnika za izbor lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

1.4. Unapređenje dostupnosti i pristupačnosti zdravstvene službe korisnicima

U cilju smanjenja postojeće neujednačenosti u dostupnosti i pristupačnosti zdravstvene službe u Republici Srbiji, potrebno je stalno preispitivati faktore vezane za teritorijalnu i vremensku dostupnost zdravstvene službe korisnicima, kao i kapacitete zdravstvene službe, odnosno ustanove da odgovori na zahteve i potrebe korisnika za različitim oblicima zdravstvene zaštite. Zdravstvene ustanove moraju biti ravnomerno tehnički (oprema, prostor) i tehnološki (kadar, procedure) osposobljene za pružanje adekvatnih usluga na svim nivoima. Imajući u vidu da pojedine usluge plaćaju korisnici, oni moraju biti zaštićeni od finansijskog rizika.

Aktivnosti

1.4.1. Prestrukturiranje kapaciteta zdravstvenih ustanova iz Plana mreže zdravstvenih ustanova

Kriterijumi koji se odnose na stanovništvo (broj, struktura, rodne karakteristike, zdravstvene potrebe), teritoriju (gustina naseljenosti, konfiguracija, gravitirajuća populacija, postojeća infrastruktura i urbano-ruralne osobenosti), kao i mogućnosti lokalne samouprave da odgovori

potrebama u oblasti zdravstvene zaštite, zahtevaju stalne analize postojećih kapaciteta, kako bi se Plan mreže zdravstvenih ustanova menjao u odnosu na potrebe stanovništva za zdravstvenom zaštitom i ekonomske mogućnosti Republike, u skladu sa zakonom.

1.4.2. Unapređenje procesa rada i usklađivanje resursa prema zahtevima i potrebama stanovništva

Usklađivanje kadrovske obezbeđenosti i standarda medicinske opreme prema potrebama i zahtevima korisnika, kao i unapređenje procesa rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, potrebno je radi unapređenja dostupnosti i pristupačnosti zdravstvene službe korisnicima.

1.4.3. Stalno preispitivanje participacije koju građani plaćaju za korišćenje pojedinih zdravstvenih usluga

Participacija za korišćenje zdravstvenih usluga predstavlja korektivni element za cenu određene usluge. Zdravstveni sistem putem participacije štiti se od finansijskog rizika. Participacija se kontinuirano prati i preispituje, kako ne bi uticala na marginalizovanje i produblјivanje socijalne nejednakosti. Uslovi za oslobađanje od participacije za pojedine grupe građana (sa niskim primanjima) propisuju se Pravilnikom o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu i o participaciji, koji donosi Republički zavod za zdravstveno osiguranje svake godine.

1.5. Funkcionalno povezivanje vanbolničke i bolničke hitne medicinske pomoći

Na osnovu istraživanja u svetu, adekvatno i na vreme pružena hitna medicinska pomoć omogućava smanjenje smrtnog ishoda i nastanak invaliditeta i do 50%. Savremeni koncept hitne medicinske pomoći podrazumeva funkcionalno povezanu vanbolničku i bolničku hitnu medicinsku pomoć.

Aktivnosti

1.5.1. Izrada i usvajanje strategije hitne medicinske pomoći

U cilju unapređenja kvaliteta zbrinjavanja svih hitnih stanja, neophodno je definisanje strategije razvoja hitne medicinske pomoći kojom bi se predvidela promena organizacije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i komplementarnim službama za zbrinjavanje hitnih, odnosno urgentnih stanja u bolnicama, ustanovljavanje standarda opreme, prostora i lekova potrebnih za obavljanje hitne medicinske pomoći i postupaka usklađenih sa međunarodno prihvaćenim standardima.

1.6. Unapređenje funkcionalne povezanosti zdravstvenih službi u sistemu zdravstvene zaštite

Funkcionalna povezanost službi u referalnom sistemu zdravstvene zaštite je bitan preduslov za efikasnu (stručnu i ekonomski isplativu) zdravstvenu delatnost, a u najboljem interesu pacijenta (brzo, kvalitetno i kompletno pružanje zdravstvenih usluga). Važnu ulogu ima primarna zdravstvena zaštita, koja je "čuvar kapije" u ostvarivanju prava pacijenta na dalje specijalističko lečenje (specijalističko-konsultativne službe i bolničke službe), uz adekvatnu povratnu informaciju. Jačanjem alternativnih modela sekundarne zdravstvene zaštite postiže se racionalizacija i unapređuje bolnička zdravstvena zaštita pojedinih kategorija korisnika.

Aktivnosti

1.6.1 Definisanje i usvajanje osnovnog "paketa" zdravstvenih usluga

"Paket" zdravstvenih usluga obuhvata usluge koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja. Te usluge se moraju obezbediti svakom osiguraniku i sa njihovim sadržajem korisnik mora biti u potpunosti upoznat. Sve usluge koje ne pripadaju "paketu" korisnik mora platiti sopstvenim sredstvima ili korišćenjem dobrovoljnog osiguranja, koje će se dalje razrađivati tokom planskog perioda. Ostvarivanje zakonom propisanih prava osiguranika se kontinuirano prati, a sprovođenje potrebnih promena ostvaruje se kroz odgovarajuće izmene i dopune postojećih ili donošenje novih propisa.

Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji donosi se svake godine, uz saglasnost Vlade.

1.6.2 Definisanje standarda usluga na nivou izabranog lekara

Pored vrsta usluga koje ulaze u "paket", potrebno je definisati standardizovane procedure u oblasti preventive, dijagnostike i lečenja kod izabranog lekara, kako bi upućivanja na viši referalni nivo (izuzimaju se urgentna stanja) bila racionalizovana, a lekari na sekundarnom nivou izbegli nepotrebno ponavljanje procedura u dijagnostici. U tom smislu, potrebno je stalno ažuriranje vodiča dobre kliničke prakse čije korišćenje treba učiniti obaveznim. Trenutno, korišćenje postojećih vodiča je na nivou preporuka i ne obavezuje zdravstvene radnike na njihovu upotrebu.

1.6.3. Unapređenje referalnog sistema zdravstvene zaštite

Bolja povezanost primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite obezbeđuje se postojanjem definisanog "paketa" usluga, korišćenjem vodiča dobre kliničke prakse i razvijenih kliničkih puteva, odnosno standardizovanih procedura na svim nivoima zdravstvene zaštite. Posebno treba naglasiti da neophodan preduslov za realizaciju ovog cilja predstavlja i puna asistencija i podrška viših referalnih nivoa primarnoj zdravstvenoj zaštiti kada ona preuzima poslove daljeg lečenja pacijenata koji su bili lečeni u stacionarnim zdravstvenim ustanovama.

1.6.4. Razvijanje dnevnih bolnica

Dnevne bolnice u okviru stacionarnih zdravstvenih ustanova omogućavaju da se pacijentima u toku jednog radnog dana, pruže pojedine dijagnostičke ili terapijske (internističke, hirurške, psihijatrijske) usluge za koje nije potreban prijem na bolničko lečenje, čime se značajno poboljšava efikasnost pružanja zdravstvene zaštite. Mnogostruku korist od razvoja dnevnih bolnica imaju kako bolničke ustanove, tako i pacijenti.

1.6.5. Razvijanje kapaciteta za palijativnu negu bolesnika

Dugotrajno lečenje i nega, posebno starih lica i obolelih od određenih hroničnih bolesti, zahteva dobro obučeni kadar (prevashodno srednje medicinski) u oblasti palijativne nege bolesnika. Preduslov za rad u ovoj oblasti je razvoj standarda palijativne nege i definisanje namenskih kapaciteta u stacionarnim ustanovama za bolesnike u terminalnoj fazi bolesti, ili formiranje posebnih ustanova za tu namenu.

1.7. Unapređenje saradnje instituta i zavoda za javno zdravlje i ustanova primarne zdravstvene zaštite sa institucijama i organizacijama lokalne zajednice

Programi javnog zdravlja u svetu težište zdravstvenih aktivnosti stavljaju na promociju zdravlja - očuvanje i unapređenje zdravlja stanovništva koje se realizuje na lokalnom nivou. Naše zakonodavstvo je takođe prepoznalo značaj delovanja sistema zdravstvene zaštite na širem planu (timski i interdisciplinarno u lokalnoj zajednici) i u saradnji sa drugim vladinim i nevladinim sektorima. Posebnu ulogu u tom smislu imaju zavodi za javno zdravlje i ustanove primarne zdravstvene zaštite koji treba da uspostave partnerske odnose u zajednici i upravljaju programima i aktivnostima usmerenim na lokalno stanovništvo.

Aktivnosti

1.7.1. Podsticanje partnerstva od strane primarne zdravstvene zaštite na lokalnom nivou

Ustanove primarne zdravstvene zaštite, posebno izabrani lekari, sestre, polivalentna patronažna i sve druge terenske službe imaju važnu ulogu u uspostavljanju partnerskih odnosa sa predstavnicima lokalne vlasti, školstva, socijalne zaštite, nevladinih organizacija, strukovnim udruženjima, udruženjima građana i volonterima i u iniciranju zdravstveno-promotivnih akcija u zajednici u interesu građana i rešavanja njihovih socio-medicinskih problema.

1.7.2. Zajedničko upravljanje i sprovođenje programa u oblasti zdravstvene zaštite na lokalnom nivou

Implementacija preventivnih programa koji se sprovode na nivou lokalne zajednice treba da bude organizovana od strane ustanova primarne zdravstvene zaštite, u saradnji sa predstavnicima lokalne zajednice. Koordinaciju programskih aktivnosti i evaluaciju programa treba da obavljaju instituti i zavodi za javno zdravlje sa ciljem da utvrde učinak programskih aktivnosti i revidiraju ciljeve programa, ukoliko nisu evidentirani pozitivni rezultati.

1.8. Unapređenje partnerstva između državnog i privatnog sektora

Sistem zdravstvene zaštite uključuje pored državnog sektora i privatni sektor zdravstva. Oba sektora treba da funkcionišu sinhrono, po istim etičkim, stručnim i ekonomskim principima. U cilju što većeg ujednačavanja funkcionisanja oba sektora, zasnovanih na pomenutim principima, potrebno je da se unapredi međusobna saradnja i uspostavi veće poverenje.

Aktivnosti

1.8.1. Usklađivanje zdravstvenih usluga u oba sektora

Razmena informacija, primena istih standarda kadra, opreme, prostora i procedura, kao i izveštaja o radu i standarda kvaliteta (kontrola kvaliteta), predstavljaju neophodne preduslove za unapređenje saradnje državnog i privatnog sektora, a u interesu i na dobrobit korisnika zdravstvene zaštite.

1.8.2. Izdavanje u zakup slobodnih kapaciteta

Izdavanjem u zakup slobodnih kapaciteta zdravstvenih ustanova u državnoj svojini (prostora, opreme i drugih resursa) zdravstvenim ustanovama u privatnoj svojini i privatnoj praksi omogućila bi se veća dostupnost zdravstvene zaštite korisnicima. Ovaj postupak treba sprovoditi pod uslovima i na način propisan zakonom.

1.9. Definisanje uloge nevladinog sektora u aktivnostima vezanim za zdravlje i zdravstvenu zaštitu

Zbog neophodnog učešća građana u aktivnostima vezanim za zdravlje i zdravstvenu zaštitu, udruženja postaju važan faktor u funkcionisanju sistema, kako u pružanju pojedinih usluga, odnosno preuzimanju dela odgovornosti za opšte blagostanje i razvoj društva, tako i u izjašnjavanju o odlukama koje se tiču javnog zdravlja. Efikasni putevi dvosmerne komunikacije između stručne i šire javnosti moraju biti usmereni na brigu o sopstvenom zdravlju svakog pojedinca i zajednice i podršku razvoju sistema zdravstvene zaštite.

Aktivnosti

1.9.1. Podrška izgradnji nacionalne mreže udruženja koja se bave unapređenjem zdravlja

Udruženja u Republici Srbiji trebalo bi da se povežu u mrežu kako bi se programske aktivnosti koje sprovode obavljale timski i multidisciplinarno, radi podizanja svesti građana o očuvanju i unapređenju zdravlja i brzom rehabilitaciji i socijalnom uključivanju obolelih i invalidnih lica. Nacionalna mreža udruženja trebalo bi da se poveže sa Evropskom mrežom udruženja koja se bave unapređenjem zdravlja.

1.9.2. Unapređenje dijaloga sa udruženjima koja se bave unapređenjem zdravlja

Udruženja treba da iniciraju donošenje odluka na različitim nivoima sistema zdravstvene zaštite, štiteći interese grupe ili pojedinaca i uspostavljajući dijalog sa drugim delovima društva.

2. Ljudski resursi u zdravstvenom sistemu

Ljudski resursi u zdravstvenom sistemu osnovna su odrednica sistema zdravstvene zaštite, i to u svim oblastima (promocije, prevencije i lečenja). Istovremeno, ljudski resursi predstavljaju najveći i najvredniji resurs zdravstvenog sistema, koji treba stalno razvijati.

Ciljevi

2.1. Unapređenje zakonske regulative

Pored strateških razvojnih opredeljenja kao neophodnih preduslova potrebno je unapređivati zakonski okvir, odnosno doneti propise koji regulišu oblast ljudskih resursa u zdravstvenom sistemu.

Aktivnosti

2.1.1. Izrada i usvajanje strategije razvoja ljudskih resursa u zdravstvenom sistemu

Strategija razvoja ljudskih resursa u zdravstvenom sistemu biće utvrđena i na osnovu kapaciteta utvrđenih Planom mreže zdravstvenih ustanova, na osnovu starosne strukture zaposlenih u zdravstvu, migracionih tokova, veličine gravitacionog područja, iskorišćenosti postojećih kapaciteta, prosečne planirane dužine bolničkog lečenja, prosečnog broja lečenih pacijenata u odnosu na jednog lekara, kao i na osnovu potreba stanovništva za zdravstvenim uslugama na osnovu demografskih i epidemioloških projekcija i novih zdravstvenih tehnologija.

2.1.2. Preispitivanje standarda kadrovske obezbeđenosti

Ujednačena organizacija i efikasno funkcionisanje zdravstvene službe, dostupnost pojedinih nivoa zdravstvene zaštite, kao i stručna i ekonomska opravdanost postojanja određenih delatnosti zahtevaju definisanje standarda kadrovske obezbeđenosti. Adekvatna obezbeđenost kadrom podrazumeva i teritorijalnu ujednačenost, odnosno ravnomernu geografsku distribuciju kadrovskih resursa.

2.1.3. Izrada i usvajanje propisa o specijalizacijama i užim specijalizacijama zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika

Proces pridruživanja EU, koji između ostalog podrazumeva usklađivanje domaćih propisa sa propisima, odnosno preporukama EU, kao i dinamičan razvoj nauke i društva u svetlu neizbežnih promena zdravstvenih potreba stanovništva nameće preispitivanje postojećih i definisanje novih vrsta specijalizacija i užih specijalizacija.

2.2. Razvijanje kapaciteta za upravljanje ljudskim resursima u zdravstvenom sistemu

Dugoročno planiranje i ulaganje u ljudske resurse, pored generisanja znanja, ulaganja u infrastrukturu i tehnologiju, neophodno je radi dostizanja adekvatnog odgovora na promenljive zdravstvene potrebe i različite modalitete pružanja usluga.

Aktivnosti

2.2.1. Edukacija iz oblasti zdravstvenog menadžmenta

Neophodno je uspostavljanje održivog sistema za različite vidove edukacije donosioca odluka na nacionalnom nivou, menadžera na svim nivoima i zdravstvenih planera u oblasti formulisanja politike planiranja i razvoja kadrova, kao i analize potreba zdravstvenog sistema Republike Srbije. Pored obnavljanja usko stručnih znanja i veština zdravstvenih radnika, potrebno je stvoriti uslove za sticanje znanja i veština koje mogu da poboljšaju organizaciono i finansijsko upravljanje na svim nivoima zdravstvene zaštite.

2.2.2. Izrada plana razvoja kadrova u zdravstvu

Izradom plana razvoja kadrova u zdravstvu, u skladu sa zdravstvenim potrebama i zahtevima stanovništva, kao i strategijom razvoja ljudskih resursa u zdravstvenom sistemu, obuhvatiće se potrebe za kadrom na svim nivoima zdravstvene zaštite.

2.3. Prilagodavanje školovanja kadra zdravstvene struke sa stvarnim potrebama društva

Broj novoupisanih studenata na medicinske fakultete u Republici Srbiji nije vezan za procenu potreba naše zdravstvene službe i dominantno zavisi od interesa samih škola diktiranih sadašnjim sistemom finansiranja fakulteta zdravstvene struke po broju studenata, što u značajnoj meri važi i za ostale škole zdravstvene struke. Prema preporukama SZO, politika kadrova u zdravstvu podrazumeva planiranje školovanja odgovarajućeg broja i kvalifikacione strukture (prema procenjenim potrebama) i njihovu odgovarajuću iskorišćenost, uz stalno profesionalno usavršavanje.

Aktivnosti

2.3.1. Usklađivanje politike upisa na fakultete i škole zdravstvene struke sa stvarnim potrebama društva - izrada plana školovanja kadrova zdravstvene struke

Bez usklađivanja interesa i potreba sistema obrazovanja i sistema zdravstvene zaštite, ne može biti ozbiljnijih promena u razvoju politike kadrova u zdravstvu. Neophodna je bolja koordinacija planiranja između zdravstvenog sektora i sektora obrazovanja i dobro poznavanje i praćenje stanja na tržištu rada. Rezultat ove aktivnosti bio bi izrada plana školovanja kadrova zdravstvene struke.

2.3.2. Unapređenje znanja i veština zaposlenih u zdravstvenom sistemu

Demografske i epidemiološke promene, uvođenje novih tehnologija, promene u očekivanju korisnika, promene u političkom i ekonomskom okruženju, globalizacija, ekonomska ograničenja, evropske integracije i proširenje su izazovi s kojim se susreće zdravstvena služba kako u Evropi, tako i u Republici Srbiji. U vezi s tim, obrazovanje zdravstvenih radnika treba posmatrati kao dinamičan proces, koji treba stalno unapređivati i prilagođavati promenama. Dodiplomske i postdiplomske nastavne planove i programe neophodno je uskladiti sa reformskim opredeljenjima i potrebama zdravstvenog sistema, i harmonizovati ih sa standardima EU, preporukama SZO, Bolonjskim procesom, kao i zahtevima EU da se omogući mobilnost radne snage.

2.3.3 Akreditacija programa kontinuirane edukacije

Zahtevi zdravstvenog sistema zahtevaju njihovo stalno usavršavanje zdravstvenih radnika. U skladu sa zakonom stručno usavršavanje radi održavanja i unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite je pravo i obaveza svih zdravstvenih radnika, ali je i obaveza poslodavca da im omogući kontinuirano usavršavanje. Zdravstveni savet Srbije i komore zdravstvenih radnika su najznačajniji pokretači sprovođenja kontinuirane edukacije. Organizatori kontinuirane edukacije jesu fakulteti i škole zdravstvene struke, strukovna udruženja, zdravstvene ustanove, privatna praksa i druge ustanove koje obavljaju zdravstvenu delatnost. Zbog toga je, u narednom periodu, neophodno identifikovati prioritete programe kontinuirane edukacije za sve zdravstvene radnike i zdravstvene saradnike.

Akreditacija programa kontinuirane edukacije treba da bude u nadležnosti Zdravstvenog saveta Srbije i komora zdravstvenih radnika, što zahteva izmenu postojećeg Zakona o zdravstvenoj zaštiti, prema kome nadležnost u ovoj oblasti ima jedino Zdravstveni savet, kao i Zakona o komorama zdravstvenih radnika.

2.4. Unapređenje informacionog sistema za planiranje ljudskih resursa u zdravstvenom sistemu

Kao osnovni preduslovi za povezanost, adekvatnu i blagovremenu razmenu informacija neophodno je postojanje baza podataka i znanja na svim nivoima zdravstvenog sistema, podržanih odgovarajućom informatičkom i informacionom strukturom. To podrazumeva vertikalnu i horizontalnu razmenu podataka i informacija svih učesnika u zdravstvenom sistemu, donošenje zakonskih propisa u oblasti zdravstveno-statističkog izveštavanja, zaštiti podataka, itd. Osim toga, pri planiranju ljudskih resursa za zdravlje neophodno je praćenje i razumevanje trendova u društvu, politici, ekonomiji, tehnologijama, demografiji, epidemiologiji, kao i razumevanje globalnog tržišta.

Aktivnosti

2.4.1. Implementacija centralnog informacionog servisa

Potrebno je ostvariti tehničke i druge preduslove za punu implementaciju centralnog informacionog servisa za resursne baze podataka u zdravstvu (organizaciona struktura, kadar, oprema), uključujući i sistematsko prikupljanje podataka vezanih za zdravstvene ustanove u privatnoj svojini i privatnu praksu, što će omogućiti obezbeđivanje neophodnih informacija za donošenje odluka na svim nivoima (Republika, autonomna pokrajina, lokalna samouprava).

3. Integrisan zdravstveni informacioni sistem

Zdravstveni informacioni sistem u Republici Srbiji karakteriše prisustvo tradicionalnog zdravstveno-statističkog sistema i mnoštvo novih informacionih tokova koji su se pojavili kao odgovor na narasle potrebe u sistemu zdravstvene zaštite. Aktuelni zdravstveni informacioni sistem čine tri podсистema: prvi predstavlja zdravstveno-statistički sistem kao deo sistema nacionalne statistike, za koji je ovlašćen Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović-Batut" i mreža instituta i zavoda za javno zdravlje, drugi je informacioni sistem Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje, koji je usmeren na praćenje troškova obaveznog zdravstvenog osiguranja, i treći se odnosi na lokalne informacione sisteme na nivou zdravstvenih ustanova. Unapređenjem svih navedenih podсистema i njihovim međusobnim povezivanjem obezbediće se efikasan zdravstveni informacioni sistem.

Cilj

3.1. Uspostavljanje integrisanog zdravstvenog informacionog sistema

Aktivnosti

3.1.1 Izrada i usvajanje zakona kojim se uređuju evidencije u oblasti zdravstvene zaštite

Propisi kojima se reguliše oblast medicinske dokumentacije, evidencija i izveštavanja u oblasti zdravstvene zaštite ne omogućavaju pravi odgovor zdravstvenog statističkog sistema za pružanjem zdravstvenih informacija glavnim korisnicima, donosiocima odluka na svim nivoima. Takođe, razvoj informatičkog društva mora da prati sveobuhvatna pravna regulativa vezana za primenu informacionih i komunikacionih tehnologija primerenih zdravstvenom sistemu. Izrada i usvajanje Zakona kojim se uređuju evidencije u oblasti zdravstvene zaštite predstavlja preduslov za uspešnu realizaciju sprovođenja programa rada, razvoja i organizacije integrisanog zdravstvenog informacionog sistema.

3.1.2. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Programa rada, razvoja i organizacije integrisanog zdravstvenog informacionog sistema - "e-Zdravlje"

Program rada, razvoja i organizacije integrisanog zdravstvenog informacionog sistema - "e-Zdravlje" ("Službeni glasnik RS", broj 55/09) odražava i dalje razrađuje osnovne smernice i strateška opredeljenja iz Strategije razvoja informacionog društva u Republici Srbiji ("Službeni glasnik RS", broj 87/06). Cilj ovog programa jeste da se u narednih pet godina, upotrebom informacionih i komunikacionih tehnologija, omogući nesmetano i kvalitetno funkcionisanje svih delova sistema zdravstvene zaštite, putem automatizacije i smanjenja troškova svih administrativnih postupaka i procesa koji prate osnovne delatnosti sistema zdravstvene zaštite.

Potrebno je obezbediti blagovremeni prihvata podataka i podršku mogućim izmenama i proširenjima, sigurnu i efikasnu razmenu informacija između svih učesnika u zdravstvenom sistemu uz aktivno učešće građana u brizi o sopstvenom zdravlju (u smislu potpune informisanosti i određene slobode izbora, stepena odlučivanja i uticaja na sopstveno lečenje, kao i učešća u prevenciji). Pored toga potrebno je formirati elektronsku bazu znanja zdravstvenog sektora i razmenu informacija od značaja za obavljanje naučno-istraživačke delatnosti i kontinuirane edukacije zdravstvenog kadra.

4. Kvalitet zdravstvene zaštite i bezbednost pacijenata

Kvalitet zdravstvene zaštite je jedna od najvažnijih karakteristika sistema zdravstvene zaštite, kako u državnom, tako i u privatnom sektoru. Stalno unapređenje kvaliteta i bezbednosti pacijenata je sastavni deo svakodnevnih aktivnosti zdravstvenih radnika i svih drugih zaposlenih u zdravstvenom sistemu. Stalno unapređenje kvaliteta predstavlja kontinuirani proces čiji je cilj dostizanje višeg nivoa efikasnosti i uspešnosti u radu, kao i veće zadovoljstvo korisnika i davalaca zdravstvenih usluga. Stoga, od svih učesnika u pružanju zdravstvene zaštite treba zahtevati uvođenje i korišćenje nacionalnih i međunarodnih kliničkih smernica, odnosno vodiča dobre kliničke prakse, formiranje i korišćenje kliničkih puteva, standarda, protokola, algoritama, uputstava i pravila struke, koji su zasnovani na naučnim dokazima.

Ciljevi

4.1. Stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata

Aktivnosti

4.1.1. Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije za stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata

Strategijom za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata ("Službeni glasnik RS", broj 15/09) teži se dostizanju najvišeg nivoa kvaliteta rada i bezbednosti pacijenata u Republici Srbiji. Primena ove strategije ima za cilj da smanji neujednačeni kvalitet zdravstvenih usluga, neprihvatljiv nivo variranja u ishodima po zdravlje lečenih pacijenata, neefikasno korišćenje zdravstvenih tehnologija, vreme čekanja na medicinske procedure i intervencije i troškove koji nastaju zbog lošeg kvaliteta, kao i da poveća zadovoljstvo korisnika pruženim zdravstvenim uslugama i zadovoljstvo zaposlenih u sistemu zdravstvene zaštite.

5. Finansiranje

Finansiranje zdravstvene zaštite mora da obezbedi uspostavljanje ravnoteže između pritiska za povećanjem troškova i uvek ograničenih resursa. Međutim, održivo finansiranje se mora sagledavati isključivo sa stanovišta dugotrajne održivosti sistema zdravstvene zaštite.

Ciljevi

5.1. Finansijska stabilnost sistema zdravstvene zaštite

Finansijska stabilnost sistema zdravstvene zaštite u Republici počiva na obaveznom zdravstvenom osiguranju, koje treba zadržati po postojećem modelu kao osnov za ostvarivanje i

finansiranje prava na zdravstvenu zaštitu i drugih prava u slučaju bolesti i odsustvovanja sa rada, zasnovanog na načelima obaveznosti, solidarnosti i uzajamnosti.

Aktivnosti

5.1.1. Definisane "osnovnog paketa" zdravstvenih usluga

Obim i sadržaj prava direktno utiče na obim potrošnje sredstava namenjenih za zdravstvenu zaštitu. Obim i sadržaj prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su propisani Zakonom o zdravstvenom osiguranju i drugim propisima. Međutim, njihov obim i sadržaj za lica obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem mora se prilagoditi ekonomskim mogućnostima privrede i stanovništva, odnosno visini sredstava koja se izdvajaju za obavezno osiguranje.

5.1.2. Utvrđivanje osnovice na koju se plaćaju doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje

Kako bi se obezbedila jednakost u plaćanju doprinosa u skladu sa mogućnostima osiguranika potrebno je prilagođavanje osnovica na koje se plaćaju doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje i doprinosa. Tako bi se proširenjem osnovica ili povećanjem doprinosa, obezbedilo povećanje sredstava prikupljenih po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, kao i stabilnost javnih finansija.

5.1.3. Unapređenje sistema kontrole redovne uplate doprinosa

Sistem redovne uplate doprinosa svih obveznika podrazumeva potpuno uspostavljanje sistema registracije obveznika plaćanja doprinosa i kontrole naplate doprinosa, kako bi se izbeglo eventualno smanjivanje sadržaja i obima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

5.1.4. Ostvarivanje sveobuhvatnog obaveznog zdravstvenog osiguranja za sve građane Republike Srbije

Ustanovljavanjem broja neosiguranih lica i daljim definisanjem izvora plaćanja doprinosa obezbeđuje se da sva lica imaju obavezno zdravstveno osiguranje, jednak pristup zdravstvenim uslugama i jednak kvalitet pruženih zdravstvenih usluga.

5.1.5. Obezbeđivanje odgovarajućeg iznosa sredstava za zdravstvenu zaštitu iz budžeta Republike, autonomne pokrajine i jedinice lokalne samouprave

Veći obim sredstava za zdravstvenu zaštitu predviđenih u budžetu Republike, autonomne pokrajine, jedinice lokalne samouprave za potrebe obaveznog zdravstvenog osiguranja posebnih grupa stanovništva predviđenih Zakonom o zdravstvenom osiguranju, naročito za sprovođenje posebnih programa zdravstvene zaštite i finansiranje javno-zdravstvene delatnosti, kao i za kapitalne investicije u sistemu zdravstvene zaštite, može se obezbediti boljom raspodelom budžetskih sredstava.

5.1.6. Unapređenje i dalja primena dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Učešće privatnih izvora finansiranja prisutno je u obliku participacije ili plaćanja za pružanje usluga koje nisu obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem ili čije ostvarivanje nije u skladu sa propisanim načinom i postupkom ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, putem dopunskog rada zdravstvenih radnika zaposlenih u državnim zdravstvenim ustanovama.

U sadašnjoj situaciji koju karakteriše značajno učešće privatnih sredstava za zdravstvenu zaštitu i participacija čije povećavanje nije garancija značajnog smanjivanja javnih troškova, dalja primena dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kao vida zdravstvenog osiguranja propisanog Zakonom o zdravstvenom osiguranju i Uredbom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju dovodi do poboljšanja uslova finansiranja zdravstvene zaštite. Pored toga, građanima Republike Srbije pruža se mogućnost izbora, odnosno da pored obaveznog zdravstvenog osiguranja imaju neki od oblika dobrovoljnog osiguranja čime sebi, svojim porodicama ili zaposlenima obezbeđuju veći sadržaj, obim i standard prava od prava koja se obezbeđuju iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Kod uvođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja neophodno je jasno definisati usluge, koje su pokrivene obaveznim zdravstvenim osiguranjem (osnovni paket usluga) i ostaviti prostor za dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Primena dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja nadalje će se razrađivati u planskom periodu.

Planskim uvođenjem saradnje, putem različitih vrsta ugovornih odnosa između davalaca usluga u državnom i privatnom sektoru, takođe se mogu poboljšati uslovi finansiranja zdravstvene zaštite.

5.2. Unapređenje efikasnosti i kvaliteta pružanja zdravstvenih usluga

Prelazak sa modela finansiranja kapaciteta na model finansiranja zdravstvenih usluga, odnosno učinka zdravstvenih ustanova zahteva da se za sve nivoe zdravstvene zaštite utvrde i unaprede podsticajni mehanizmi za obezbeđenje efikasnosti i kvaliteta pružanja zdravstvenih usluga.

Aktivnosti

5.2.1. Uvođenje novog načina finansiranja ustanova koje obavljaju zdravstvenu delatnost na primarnom nivou

Finansiranje primarne zdravstvene zaštite podrazumeva opredeljivanje unapred određenog fiksnog iznosa sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, za određeni vremenski period, a zavisno od određenog broja i strukture pacijenata koji su se registrovali kod izabranog lekara u zdravstvenoj ustanovi (dom zdravlja), kojima bi se obezbedilo pružanje svih predviđenih zdravstvenih usluga. Predviđa se postepeno uvođenje ovog načina finansiranja, odnosno postepeno uključivanje svih elemenata neophodnih za uspešno sprovođenje ovakvog modela, uz određenu stimulaciju za uspešno sprovođenje preventivnih programa i kvalitet zdravstvene zaštite.

5.2.2. Uvođenje novog načina finansiranja ustanova koje obavljaju zdravstvenu delatnost na sekundarnom i tercijarnom nivou

U sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti nov način finansiranja po dijagnostički srodnim grupama omogućava prelazak na prospektivno plaćanje bolnica (plaćanje unapred određenog iznosa) na osnovu prosečne cene lečenja pacijenata grupisanih prema zajedničkim karakteristikama: dijagnoze, starosti, pola, komplikacija i pratećih oboljenja. Tako će se pristupiti načinu plaćanja prema složenosti zdravstvenog stanja bolesnika i u skladu sa tim pruženim zdravstvenim uslugama. U ovaj način plaćanja mora da se ugrade i elementi kvaliteta pružene zdravstvene zaštite, čime bi se došlo do plaćanja stacionarnih zdravstvenih ustanova prema ishodima lečenja.

5.2.3. Obezbeđivanje finansiranja javnog zdravlja

Polazeći od toga da su programi javnog zdravlja ključno sredstvo kojim se ostvaruju ciljevi zdravstvene politike u Republici Srbiji, za njihovu realizaciju potrebno je obezbediti sigurne izvore finansiranja. Za praćenje i evaluaciju sprovođenja posebnih programa, nadzor, praćenje i evaluaciju zdravlja stanovništva, funkcionisanja zdravstvene službe i sistema zdravstvene zaštite na svim nivoima obezbeđuju se sredstva u skladu sa zakonom.

5.2.4. Procena zdravstvenih tehnologija

Radi obezbeđenja kvalitetnije i efikasnije zdravstvene zaštite neophodno je objedinjavanje procena kliničke i ekonomske uspešnosti novih tehnologija (lekovi, dijagnostički testovi, medicinski aparati i uređaji, hirurške i kliničke procedure i ostale terapijske intervencije), kako bi se utvrdila vrednost uvođenja novih tehnologija u odnosu na alternativne, zatim izdavanje smernica za njihovu primenu kao i alata koji se koriste u nadzoru određene intervencije. Za svaku novu tehnologiju potrebno je definisati očekivanu korist za zdravlje i nacionalnu zdravstvenu politiku kao i očekivan uticaj na resurse u sistemu zdravstvene zaštite. Zbog toga treba razviti, odnosno dograditi nacionalne standarde za merenje uspešnosti zdravstvenog sistema i uvođenje novih tehnologija sa stanovišta troškova i pozitivnog uticaja na ljudski život (kvalitet života, produktivnost, socijalno-ekonomska korist). Osnivanje posebne jedinice za procenu zdravstvenih tehnologija u okviru postojećih institucija je preduslov razvoja ove oblasti.

5.2.5. Obezbeđivanje dostupnosti bezbednih, kvalitetnih i efikasnih lekova

Uvođenje sistema referentnih cena i dobrog upravljanja listama lekova koji se propisuju i izdaju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja dovelo je do dobrih rezultata, tako da je smanjeno učešće sredstava koje RZZO izdvaja za ove namene u strukturi ukupnih troškova. Rad u oblasti lekova i ubuduće mora biti zasnovan na primeni referentnih cena. Uz to je potrebno uvesti način procenjivanja korišćenjem ekonomskih analiza, uz uvažavanje dobre prakse. Dostupnost lekova mora da bude zasnovana na naučnim saznanjima i farmakoekonomskim parametrima, koji moraju biti uravnoteženi sa socijalno-ekonomskim i etičkim stanovištem. Na osnovu navedenog treba pravilno opredeliti sredstva za pojedine lekove i grupe lekova u lečenju bolesti kao i eventualna dodatna sredstva za nove lekove, što bi trebalo uvažiti kod određivanja cena lekova, koji se finansiraju iz javnih sredstava.

5.2.6. Obezbeđenje potpune primene metodologije nacionalnih zdravstvenih računa u sistemu zdravstvene zaštite

Praćenje i evaluacija ukupnih troškova za zdravstvenu zaštitu na osnovu informacija o izvorima sredstava i načinu njihovog korišćenja neophodni su za delotvorno finansiranje zdravstvene zaštite. U tom smislu, potrebna je potpuna primena metodologije nacionalnih zdravstvenih računa u sistemu zdravstvene zaštite, kao jednog od glavnih sredstava za sprovođenje uspešne zdravstvene politike.

5.2.7. Povećavanje upravljačkih sposobnosti i odgovornosti menadžmenta za poslovanje i upravljanje resursima u zdravstvenim ustanovama

Sticanje znanja iz oblasti upravljanja u zdravstvenoj zaštiti, posebno adekvatnih znanja i veština za strateško upravljanje, finansijsko planiranje i druge aktivnosti nužne za upravljanje zdravstvenim ustanovama od presudnog su značaja za bolju efikasnost i kvalitet rada zdravstvenih ustanova. Uloga današnjih menadžera zdravstvenih ustanova je veoma složena. Uz liderstvo i viziju, upravljači u svojim aktivnostima treba da budu inovativni, fleksibilni,

edukativni, treba da uvažavaju znanje i iskustvo osoblja na svim nivoima zdravstvene ustanove, da unapređuju timski rad i komunikaciju između organizacionih jedinica kao i da nagrađuju timove i osoblje za kvalitetan rad.

III SPROVOĐENJE, PRAĆENJE I EVALUACIJA

Ključnu ulogu u sprovođenju Plana ima Ministarstvo zdravlja. U sprovođenju mera i aktivnosti, radi ostvarivanja ciljeva Plana, ovo ministarstvo će saradivati sa drugim organima državne uprave, kao i sa ostalim nosiocima aktivnosti, i to: Zdravstvenim savetom Srbije, Republičkim zavodom za zdravstveno osiguranje, Republičkim fondom za penzijsko i invalidsko osiguranje, Agencijom za lekove i medicinska sredstva Srbije, Agencijom za akreditaciju zdravstvenih ustanova, organima autonomnih pokrajina, organima jedinica lokalne samouprave, institutima, odnosno zavodima za javno zdravlje, zdravstvenim ustanovama na svim nivoima zdravstvene zaštite i privatnom praksom, ustanovama socijalne zaštite, fakultetima i školama zdravstvene struke, komorama zdravstvenih radnika, Komorom zdravstvenih ustanova, sredstvima javnog informisanja, udruženjima i međunarodnim organizacijama koje se bave pitanjima zdravlja.

Sredstva za sprovođenje Plana obezbediće se u budžetu Republike Srbije, kao i u budžetu teritorijalnih autonomija i jedinica lokalne samouprave, u skladu sa bilansnim mogućnostima, kao i u okviru sredstava planiranih finansijskim planom Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Evaluacija sprovođenja Plana obavljaće se u svakoj fazi procesa. Za evaluaciju se koriste zdravstveni pokazatelji koji se koriste u zemljama EU.