

18. novembar 2009. godine
Radna verzija teksta Plana

RADNA VERZIJA



Republika Srbija
MINISTARSTVO ZDRAVLJA

PLAN RAZVOJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE REPUBLIKE SRBIJE
2010 – 2015.

– Ulaganje u zdravlje je najznačajnije ulaganje za održivi razvoj društva i zemlje –

Novembar 2009. godine

PREDGOVOR

Umesto predgovora koji će se naknadno ubaciti na ovoj stranici teksta –

Napomena namenjena učesnicima sastanka Zdravstvenog saveta i kolegijuma Ministarstva zdravlja koji je planiran za 18.11.2009. godine

Rešenjem Ministarstva zdravlja Republike Srbije (broj: 119-01-265/2009-02 od 21.9.2009.) obrazovana je Radna grupa za izradu Plana razvoja zdravstvene zaštite sa zadatkom da do 30. novembra 2009. izradi tekst Plana.

Radna grupa je radila u sastavu: dr sc. med Jasmina Grozdanov (predsednik), dr sc. med. Milena Vasić i mr. sc. med. Maja Krstić, sve iz Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, prof. dr Eržebet Ač-Nikolić iz Instituta za javno zdravlje Vojvodine, dr sc. med Zorica Dimitrijević iz Gradskog zavoda za javno zdravlje-Beograd i dr Dorjan Marušić, stručni konsultant Svetske zdravstvene organizacije i predsednik Upravnog odbora Zavoda za zdravstveno osiguranje i član Zdravstvenog saveta Slovenije.

U zadatom, izuzetno kratkom roku za izradu Plana, članovi tima su se u skladu sa osnovnim pravilima profesije, opredelili za plan zdravstvene zaštite za period 2010–2015. godina u kome su jasno definisane prioritetne oblasti, formulisani ciljevi i opisane aktivnosti čije sprovođenje obezbeđuju bolje zdravlje stanovništva i održivost zdravstvenog sistema.

Radna grupa je pripremila Radnu verziju teksta Plana za diskusiju na sastanku 18.11.2009. godine sa namerom da rezultati diskusije u ovoj fazi rada doprinesu uspešnoj finalizaciji teksta kako bi se zadatak mogao obaviti u predviđenom roku.

Napomena: Tabela prikaz ciljeva i aktivnosti kao i nosilaca i rokova biće dostavljen na sastanku!

SADRŽAJA PLANA RAZVOJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE 2010– 2015.

UVOD

1. PRIKAZ AKTUELNOG STANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U REPUBLICI SRBIJI

2. PRAVCI RAZVOJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U REPUBLICI SRBIJI

A. PRIORITETNE OBLASTI OČUVANJA I UNAPREĐENJA ZDRAVLJA

1. PREVENCIJA I KONTROLA HRONIČNIH NEZARAZNIH BOLESTI

2. PREVENCIJA I KONTROLA ZARAZNIH BOLESTI

3. ZDRAVSTVENE POTREBE GRUPACIJA STANOVNIŠTVA

B. PRIORITETINE OBLASTI ORGANIZACIJE I FUNKCIONISANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

1. INTEGRISANA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

2. LJUDSKI RESURSI ZA ZDRAVLJE

3. INTEGRISAN ZDRAVSTVENI INFORMACIONI SISTEM

4. KVALITET ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I BEZBEDNOST PACIJENATA

5. FINANSIRANJE

3. AKCIONI PLAN (TABELA)

4. SPROVOĐENJE, PRAĆENJE, EVALUACIJA I IZVEŠTAVANJE O SPROVOĐENJU PLANA RAZVOJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

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 ostvarivanju sveukupnog razvoja društva.

UVOD

Zdravlje ima ključni uticaj na sposobnost ljudi da žive svakodnevni život, na doprinos društvenom i ekonomskom razvoju, odnosno opšti uspeh 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 Srbiji treba da ima priliku na izbor zdravih načina života i život u okruženju koje daje podršku zdravlju.

Plan razvoja zdravstvene zaštite (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 Srbiji i rezultat je ekspertski 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 period od 2010. do 2015. godine 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.

18. novembar 2009. godine **Radna verzija teksta Plana**

Osnova za donošenje Plana

Plan se donosi na osnovu Člana 16 i 17 Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Sl. glasnik RS, br. 107/05) kao i multisektorskih i zdravstvenih strategija, nacionalnih programa i aktivnosti koje su usvojili Vlada Republike Srbije i Ministarstvo zdravlja.

Usklađenost Plana sa međunarodnim dokumentima

Plan je usklađen sa sledećim međunarodnim dokumentima:

Dekleracija iz Alma Ate (1978.), Povelja iz Otave (1986.), Dekleracija iz Džakarte (1997.), Ujedinjene nacije–Konvencija o pravima dece (1989.), Evropska socijalna povelja (2000.), Povelja Evropske unije o osnovnim pravima (2000.), Lisabonska strategija (2000.), Evropska unija–Zdravstvena strategija 2008–2013 (2007.), Evropska povelja o pravima pacijenata (2002.), Evropski Akcioni plan za zdravlje i životnu sredinu 2004–2010 (2004.), SZO Strategija za zdravlje i razvoj dece i mladih (2005.), SZO- Politički okvir „Zdravlje za sve” (2005.), Evropska unija i SZO–Udružena strategija „Zdravlje u svim politikama” (2007.), Evropska komisija–Program javnog zdravlja 2008-2013 „Zajedno za zdravlje” (2007.), Povelja iz Talina (2008.) i drugi međunarodno priznati dokumenti.

Usmerenja

Plan je definisan u skladu sa ciljevima zdravstvene politike Republike Srbije čija realizacija treba da obezbedi konzistentnu zdravstvenu politiku i u periodu od 2010. do 2015. godine.

Ciljevi zdravstvene politike Republike Srbije su:

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

18. novembar 2009. godine
Radna verzija teksta Plana

6. Definisanje uloge privatnog sektora u pružanju zdravstvenih usluga stanovništvu
7. Unapređenje kadrovske baze zdravstvene zaštite (humani resursi za zdravlje)

Iako su mnogi ciljevi zdravstvene politike u značajnom stepenu dostignuti, poput razvijenosti mreže zdravstvenih ustanova ili kadrovske obezbeđenosti stanovništva, posebno u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, 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, je *očuvanje i unapređenju zdravlja stanovništva 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, rodna 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 razvoja zdravstvene zaštite odvija u uslovima kada je naša zemlja poput najvećeg broja zemalja u svetu suočena sa efektima svetske finansijske krize iz 2008. godine i velikim naporima da se spreči eskalacija negativnih posledica koje ima na ekonomiju i ostale sfere društva a samim tim i na zdravstvenu zaštitu.

Svetska finansijska 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

18. novembar 2009. godine
Radna verzija teksta Plana

usmeren s jedne strane, ka socijalnoj pravdi a s druge, insistiranju na ekonomskoj dobiti od investiranja u zdravlje.

U skladu sa napred rečenim, od velike je 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.

1. PRIKAZ AKTUELNOG STANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U REPUBLICI SRBIJI

Prikaz aktuelnog stanja zdravstvene zaštite u Srbiji zasnovan je na podacima iz izveštaja istraživanja sprovedenih u Srbiji u periodu 2000-2009. godina (Istraživanje zdravlja stanovnika Srbije 2000. i 2006. godina, Istraživanje višestrukih pokazatelja stanja dece i žena Srbije 2000. i 2005. godina, Studija o životnom standardu 2002. i 2007. godina, Opterećenje bolešću i povredama u Srbiji, 2003. godina, Evropsko istraživanje o upotrebi alkohola i drugih droga među mladima u Srbiji, 2008. godina, Izveštaj Svetske Banke br. 48620-YF Srbija: kako sa manje uraditi više, 2009. godina), kao i iz drugih izveštaja, saopštenja, analiza i publikacija Ministarstva zdravlja, Instituta za javno zdravlje Srbije (Analitička studija 1997-2007. godina - Zdravlje stanovnika Srbije, Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije, Republika Srbija - Odabrani zdravstveni pokazatelji), Republičkog zavoda za statistiku Srbije (Statistički godišnjak Srbije, Demografska statistika, Anketa o radnoj snazi, Anketa o potrošnji domaćinstva), Ministarstva finansija i Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje. Prilikom komparacije pokazatelja sa zemljama Evropske unije (u daljem tekstu EU) i Evropskog regiona korišćeni su podaci iz baze podataka SZO „Zdravlje za sve“ (za 2007. godinu ili najsvežiji dostupni).

STANOVNIŠTVO

Prema proceni za 2008. godinu u Srbiji živi 7.350.222 stanovnika. Tendencija smanjenja broja i starenje stanovnika su glavna obeležja demografskih prilika u 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 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 trajanja života na rođenju) za muškarce je iznosio 71,1 godinu, a za žene 76,2 godine, što je za oko 6 godina kraće od proseka za zemlje EU. Prema projekciji stanovništva Republičkog zavoda za statistiku Srbije 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 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 5 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.

18. novembar 2009. godine **Radna verzija teksta Plana**

SOCIJALNO – EKONOMSKE PRILIKE

U Srbiji su period nakon 2000. godine obeležila pozitivna kretanja niza socijalno-ekonomskih pokazatelja, poput rasta bruto domaćeg proizvoda (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 Srbije po stanovniku u 2004. godini iznosio je 3.177 USD, da bi u 2008. godini, prema proceni Ministarstva finansija dostigao 6.800 USD, odnosno 4.600 EUR. BDP po stanovniku, izražen putem kupovne moći (PPS) u 2008. godini, bio je među najnižim u Evropi i iznosio svega 35 indeksnih poena proseka Evropske unije.

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 EUR, da bi taj iznos u 2008. godini bio povećan na 400 EUR. 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 Srbiji je karakteristično 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 Srbiji ima tendenciju pada od 2005. godine i u 2008. godini smanjena je 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 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

Na zdravstveno stanje su, pored starenja populacije, uticala 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 su vodeći uzroci obolevanja, invalidnosti i prevremenog (pre 65. godine) umiranja stanovnika 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 su u 2008. godini činile preko 85% svih uzroka smrti. U strukturi mortaliteta, bolesti srca i krvnih sudova činile su više od polovine svih smrtnih ishoda (55,8%), a

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

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 Srbiji tokom poslednje decenije je od malignih tumora posmatranih zajedno, odnosno, svih vodećih lokalizacija malignih tumora (osim raka želuca), kao i komplikacija šećerne bolesti. Standardizovane stope smrtnosti za maligne bolesti iznosile su u Srbiji u 2007. godini 203 umrla na 100.000 stanovnika, a 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 na 100.000 stanovnika za bolesti srca i krvnih sudova iznosila u Srbiji 542 (199 u Evro-A grupi), a za ishemične bolesti srca 122 (77 u Evro-A grupi).

Faktori rizika

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

U Srbiji je 2006. godine pušilo 33,6% odraslog stanovništva i 15,5% mladih uzrasta 15–19 godina, 46,5% odraslog stanovništva je imalo hipertenziju ili potencijalno moglo da oboli od povišenog krvnog pritiska, 18,3% odraslih i 6,4% dece i omladine uzrasta 7–19 godina je bilo gojazno, 74,3% odraslih stanovnika je bilo 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 Srbiji, dok se svako četvrto dete/adolescent (25,5%) uzrasta 12–19 godina 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 individue i njenog okruženja, je najbolji primer delotvornosti primene modela intenzivnog, integrisanog pristupa promociji zdravstveno odgovornog ponašanja stanovnika Srbije.

Zarazne bolesti

Zarazne bolesti danas ne predstavljaju vodeći zdravstveni problem u Srbiji, ali se i dalje prijavljuju bilo kao pojedinačni/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

18. novembar 2009. godine **Radna verzija teksta Plana**

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 (Romima) što ugrožava status zemlje bez poliomijelitisa, održavanje odsustva difterije i dostizanje eliminacije morbila.

Broj obolelih od plućne tuberkuloze u 2008. godini iznosio je 1841 (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 1436 obolelih od *Morbus HIV (AIDS/sida)* 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 državnih zdravstvenih ustanova i ustanove u privatnom vlasništvu.

Vrste zdravstvenih ustanova u Srbiji su regulisane Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (Sl. glasnik RS, br. 107/05), a broj, struktura, kapaciteti i prostorni raspored zdravstvenih ustanova u državnoj svojini Uredbom o Planu mreže zdravstvenih ustanova (Sl. glasnik RS, br. 42/06, 84/08, 71/09, 85/09). Mreža državnih zdravstvenih ustanova je organizovana na tri nivoa pružanja zdravstvene zaštite.

Osnivači državnih zdravstvenih ustanova su Republika, Pokrajina, grad Beograd i opštine. Najveći stepen decentralizacije sproveden je u oblasti primarne zdravstvene zaštite (osnivačaka prava domova zdravlja su prenesena na lokalnu samoupravu).

Kapaciteti

Prema Planu mreže, ukupan broj državnih zdravstvenih ustanova koje su pravna lica (samostalne zdravstvene ustanove) je 346 (157 domova zdravlja, 40 opštih bolnica, 37 specijalnih bolnica, 36 apoteka, 23 zavoda za javno zdravlje, 4 kliničko-bolnička centra, 4 klinička centra, 22 zavoda, 16 instituta, 6 klinika i VMA). Ukupan broj postelja definisan Planom mreže iznosi 38.590, dok je prema podacima dobijenim iz zdravstvenih ustanova putem rutinskih zdravstveno-statističkih izveštaja, ukupan posteljni kapacitet u bolnicama u Srbiji 2008. godine iznosio 39.660 postelja (bez postelja dnevnih bolnica). 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 koji iznosi 668 postelja na 100.000 stanovnika.

U zdravstvenim ustanovama iz Plana mreže je 2008. godine bilo zaposleno ukupno 114.317 radnika. Od tog broja 20.668 (18,1%) su lekari (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 i saradnici. To je 1% više zaposlenih u odnosu na pre 10 godina, ali u isto vreme 5% manje nego što je bilo 2003. godine kada je zabeležen najveći

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

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 Srbiji je, kada se posmatraju zaposleni 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 1228 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 Srbiji (28.413 prema podacima Lekarske komore Srbije), onda ona iznosi 387 lekara na 100.000 stanovnika.

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

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

Uprkos visokoj obezbeđenosti kadrovima na nivou Republike Srbije ne sme se izgubiti iz vida problem teritorijalne nejednakosti u pogledu pokrivenosti zdravstvenim kadrom. Broj lekara (zaposlenih u ustanovama iz Plana mreže) na 100.000 stanovnika se u upravnim okruzima kreće u rasponu od 151 (Sremski okrug) do čak 437 (Nišavski okrug), a medicinskih sestara od 314 (Sremski okrug) do 657 (Zaječarski 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 3102 (1750 doktora medicine, 1145 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 Srbiji se kontinuirano ulaže u obnavljanje i nabavku medicinske opreme, posebno opreme visoke tehnološke vrednosti. Procenjuje se da državne zdravstvene ustanove i privatna praksa raspolažu sa: 2 aparata za pozitronu emisionu tomografiju, (PET skener) (0,27 na milion stanovnika), 38 magnetnih rezonanci (MRI) (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 Srbiji zdravstvene usluge stanovništvu pored državne zdravstvene službe pruža i privatna praksa. Početkom 2009. godine u Srbiji je bilo registrovano oko 5.500 privatnih ustanova koje obavljaju zdravstvenu delatnost, od čega 7 privatnih domova zdravlja, 72 bolnice, 136 poliklinika, zatim oko 1200 lekarskih ordinacija, 2000 stomatoloških ordinacija, 1400 apoteka i 200 različitih laboratorija i dijagnostičkih ordinacija.

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

Korišćenje

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 neujednačenost 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 2008. godini, u Srbiji je registrovano 1.106.643 hospitalizacija. Iako 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 (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 akutnim bolnicama u Srbiji je iznosila 69,8%, što je manje kako od proseka u EU (76,3%), tako i od evropskog proseka (79,1%). Nizak nivo zauzetosti postelja se ne može tumačiti samo kao rezultat viška posteljnih kapaciteta, već 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, iako 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 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 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 najznačajnije 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 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

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

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.

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

FINANSIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Finansiranje zdravstvene zaštite u Srbiji je u osnovi definisano na Bizmarkovom modelu, jer se preko 90% troškova zdravstvenog osiguranja finansira doprinosima za obavezno zdravstveno osiguranje (putem doprinosa zaposlenih 70% i doprinosa Republičkog fonda penzijskog i invalidskog osiguranja i Nacionalne službe za zapošljavanje 23%). Međutim, članom 7. Zakona o zdravstvenoj zaštiti predviđeno je i finansiranje zdravstvenog osiguranja iz poreza (budžet) za lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, a koja su izložena povećanom riziku obolevanja (neosigurana lica, izbeglice i interno raseljena lica sa Kosova i Metohije, primaoci socijalne pomoći i drugi) što je inače osobina Beveridževog modela. Stoga se može reći da je u Srbiji prisutan mešoviti sistem finansiranja, posebno ako se ima u vidu da su postojeća zakonska rešenja (Zakon o budžetu, sistem trezora) primerenija sistemu budžetskog finansiranja zdravstvene zaštite nego sistemu osiguranja. Mešoviti sistem karakteriše gotovo isključivo javan izvor finansiranja, jer se finansiranje najvećim delom ostvaruje iz doprinosa i transfera iz državnog budžeta². Zdravstvena zaštita u Republici Srbiji se finansira i sredstvima iz donacija, direktnim plaćanjem korisnika zdravstvene zaštite (participacija) i sredstvima ostalih plaćanja.

Obaveznim zdravstvenim osiguranjem se osiguranim licima osigurava pravo na korišćenje zdravstvene zaštite. Institucija u kojoj se ostvaruju prava iz zdravstvenog osiguranja i obezbeđuju sredstva za ove namene je Republički zavod za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu RZZO).

Pored obaveznog, Zakon o zdravstvenom osiguranju poznaje i dobrovoljno osiguranje.

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/državno osiguranje i republički, pokrajinski i opštinski budžeti). 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 iz džepa) i dobrovoljnog osiguranja.

² Poslodavci, kao i zaposleni izdvajaju po 6,15% svoje zarade, u okviru određenog maksimuma i minimuma. Samozaposleni izdvajaju 12,3 % od prijavljanih prihoda. Poljoprivrednici izdvajaju 4% od procenjenog poreza na imovinu. Fond PIO plaća doprinos za penzionere u iznosu 12,3%. Iz budžeta za neosigurana lica i lica ugroženih grupa, po glavi se doznačuje RZZO 12,3% minimalne mesečne zarade!

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

U 2007. godini, prema podacima Nacionalnog zdravstvenog računa, ukupni rashodi za zdravstvenu zaštitu u Srbiji iznosili su 9,6% BDP. Učešće javnih rashoda za zdravstvenu zaštitu u BDP-u iznosilo je 6,1%. Javni rashodi za zdravstvenu zaštitu iznosili su 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 EUR, odnosno 525 USD po stanovniku. Posmatrajući izdvajanja za zdravstvenu zaštitu kao procenat od 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, u poređenju sa drugim evropskim zemljama, Srbija izdvaja u apsolutnom iznosu mala sredstva za zdravstvenu zaštitu, što je posledica relativno niskog nivoa BDP-a.

Raspodela sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno distribucija nadoknada zdravstvenim ustanovama za pružanje zdravstvenih usluga (zarade zaposlenih) i za druge troškove (troškove prevoza, utrošene energije, troškove lekova, sanitetskog i ugradnog materijala, ishrane i drugih potreba korisnika/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 sprovođenje 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 zdravstvenoj zaštiti isplaćuju se u skladu sa Zakonom o platama u državnim organima i javnim službama (Sl. glasnik RS, br. 34/01, 62/06) i Članom 1. tačka 13. Uredbe o koeficijentima za obračun i isplatu plata zaposlenih u javnim službama. Za izvršenje plana rada davalac zdravstvenih usluga dostavlja izveštaje (fakture) o izvršenim zdravstvenim uslugama u skladu sa aktom RZZO kojim je uređeno fakturisanje zdravstvenih usluga.

Kapitalne investicije u sistemu zdravstvene zaštite se u najvećem obimu finansiraju iz republičkog budžeta, zatim pokrajinskog i budžeta lokalne samouprave, kao i sredstava RZZO (obaveznog zdravstvenog osiguranja) i donacija.

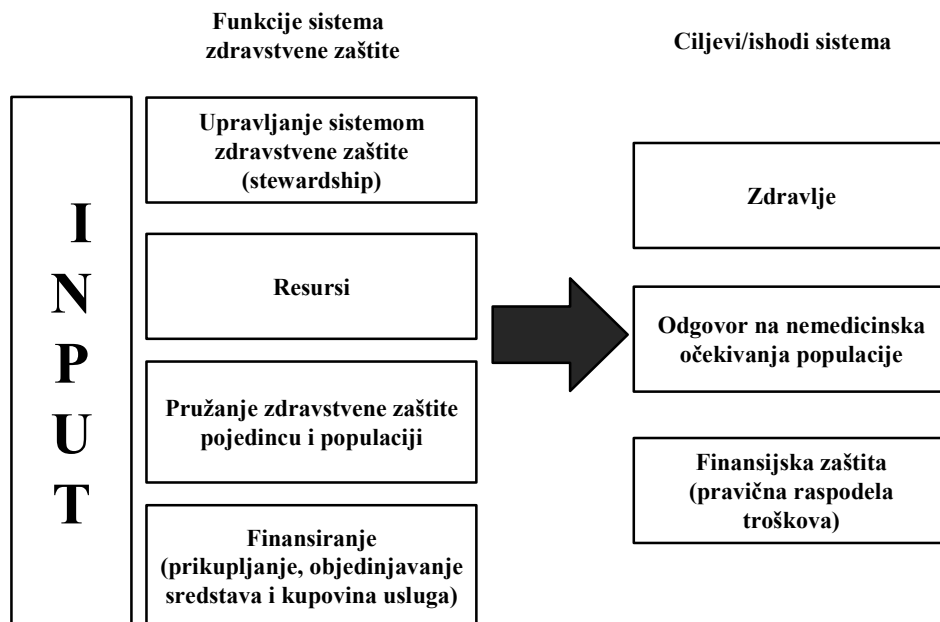
2. PRAVCI RAZVOJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Pravci razvoja zdravstvene zaštite se u ovom Planu definišu 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: World Health Organization. The World Health report 2000. Health systems: Improving performance. Geneva: World Health Organization, 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 populacije 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 (Sl. glasnik RS, br. 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 su 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, prioritetno zdravstvene potrebe pojedinih kategorija stanovništva. Navedene prioritetne 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 Republike Srbije.

1. Prevencija i kontrola hroničnih nezaraznih bolesti

Hronične nezarazne bolesti karakterišu: dugo, često doživotno trajanje, smanjenje kvaliteta života, uzrokovanje invalidnosti i prevremenog umiranja, te značajno opterećenje fondova zdravstvenog osiguranja. Demografski trendovi uz kontinuirano starenje populacije, kao i savremeni način života obeležen mehanizacijom, automatizacijom radnih procesa i kompjuterizacijom, 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 Srbiji su nezarazne bolesti vodeći uzroci obolevanja, invalidnosti i preveremenog umiranja (pre 65. godine života). Da bi se postiglo značajno smanjenje obolevanja i umiranja stanovnika Srbije od hroničnih nezaraznih bolesti, Vlada Republike Srbije je usvojila Strategiju za prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti (Sl. glasnik RS, br. 22/09) i Strategiju kontrole duvana (Sl. glasnik RS, br. 8/07).

Ciljevi

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 Usvajanje Nacionalnog programa prevencije i kontrole kardiovaskularnih bolesti u Republici Srbiji

Radna grupa Ministarstva zdravlja pripremila je nacrt Nacionalnog programa prevencije i kontrole kardiovaskularnih bolesti u Republici Srbiji do 2020. godine. Nacrt Nacionalnog programa predviđa 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.

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

Nakon usvajanja Nacionalnog programa prevencije i kontrole kardiovaskularnih bolesti neophodno je, uz kontinuirani monitoring/praćenje, sprovoditi sve planirane mere i aktivnosti kako bi se postiglo smanjenje obolevanja i prevremenog umiranja od kardiovaskularnih bolesti.

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

2.1 Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalnog programa „Srbija protiv raka“

Vlada Republike Srbije donela je Uredbu o Nacionalnom programu "Srbija protiv raka" (Sl. glasnik RS, br. 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.

2.2 Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalnog programa za prevenciju raka dojke

Nacionalni program za prevenciju raka dojke (Sl. glasnik RS, br. 15/09) 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.

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

Nacionalni program za prevenciju raka grlića materice (Sl. glasnik RS, br. 54/08) 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 kapacitete zdravstvenih ustanova, kao i uspostavljanju kontrole kvaliteta usluga za prevenciju raka grlića materice.

2.4 Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalnog programa za prevenciju kolorektalnog karcinoma

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

Nacionalni program za prevenciju kolorektalnog karcinoma (Sl. glasnik RS, br. 20/09) ima za cilj smanjenje morbiditeta i mortaliteta stanovništva od raka debelog creva. Strategija poboljšanja ranog otkrivanja raka debelog creva podrazumeva bolju obaveštenost stanovništva o značaju ranog otkrivanja raka debelog creva i bolje obrazovanje zdravstvenih radnika o samom programu.

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 preveremenog umiranja i invalidnosti u 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

3.1 Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalne strategije za mlade

Cilj ove Strategije (Sl. glasnik RS, br. 55/08) je da se pruži podrška 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.

3.2 Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije razvoja zdravlja mladih

Ova Strategija (Sl. glasnik RS, br. 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.

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

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. Milioni dece svakodnevno trpe nasilje. Nasilje izaziva patnju deteta, ozbiljno ugrožava razvoj, dobrobit, pa i sam život deteta, a posledice su često teške i dugotrajne. Sprovođenjem Nacionalne strategije (Sl. glasnik RS, br. 122/08) čiji je 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, delimično će se postići i smanjivanje povređivanja dece.

3.4 Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije bezbednosti i zdravlja na radu u Republici Srbiji

Cilj Strategije (Sl. glasnik RS, br. 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.

3.5 Izrada nove Strategije bezbednosti i zdravlja na radu

Važećom Strategijom predviđeno je sprovođenje aktivnosti za njenu realizaciju do 2012. godine. Neophodno je, nakon sveobuhvatne evaluacije pristupiti izradi nove strategije kontrole bezbednosti i zdravlja na radu za naredni period, kojom bi se definisali novi ciljevi u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu.

3.6 Izrada Nacionalne strategije prevencije i kontrole povreda

Sve navedene strategije se jednim svojim delom odnose 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 pokriveni 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.

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

18. novembar 2009. godine **Radna verzija teksta Plana**

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 on u 2007. godini četvrti vodeći uzrok smrtnosti u Srbiji.

Aktivnosti

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

Osnovni cilj Nacionalnog programa (Sl. glasnik RS, br. 17/09) 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 (PZZ), prilagođavanje organizacije preventivnih centara i savetovališta za dijabetes radi ranog otkrivanja i prevencije tipa dva dijabetesa, otkrivanje pacijenata sa visokim rizikom i primena preventivnih postupaka, kod ovih pacijenata.

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 prioritetnih javno-zdravstvenih problema. 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

5.1 Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije razvoja zaštite mentalnog zdravlja

Osnovni cilj ove Strategije (Sl. glasnik RS, br. 55/05 i 71/05) je poboljšanje zdravlja, odgovor na zahteve ugroženih osoba i finansijska zaštita. Aktivnosti koje treba da dovedu do realizacije ciljeva

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

su podeljene prema području delovanja na zakonodavstvo i ljudska prava, organizaciju službi, prevenciju mentalnih poremećaja i unapređenje mentalnog zdravlja, ljudske resurse, edukaciju i istraživanje, poboljšanje kvaliteta, informacione sisteme, međusektorsku saradnju i zastupanje i javno zagovaranje. Za svako od ovih područja delovanja predviđen je set aktivnosti čija realizacija treba da dovede do unapređenja mentalnog zdravlja.

5.2 Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije za borbu protiv droga u Republici Srbiji

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 (Sl. glasnik RS, br. 16/09) je unapređenje i očuvanje zdravlja stanovništva smanjenjem korišćenja droga i štetnih posledica prouzrokovanih zloupotrebom droga.

5.3 Izrada nove Strategije za borbu protiv droga

Važećom Strategijom predviđeno je sprovođenje aktivnosti za njenu realizaciju do 2013. godine. Neophodno je, nakon sveobuhvatne evaluacije pristupiti izradi nove strategije za borbu protiv droga za naredni period, kojom bi se definisali novi ciljevi u ovoj oblasti.

5.4 Izrada Strategije za borbu protiv zloupotrebe alkohola i alkoholizma

Uticaj alkohola na zdravlje stanovništva je gori i sa težim posledicama, nego 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 (poput tuberkuloze), pojavile su se i nove zarazne bolesti (HIV/AIDS), a i

18. novembar 2009. godine
Radna verzija teksta Plana

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

6. Prevencija i kontrola vakcinabilnih bolesti

U Srbiji je dostignutog visokog nivoa 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 obuhvat imunizacijom među socijalno ugroženim grupama stanovništva (Romi).

Aktivnosti

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

Ciljevi Programa (Sl. glasnik RS, br. 29/02) zdravstvene zaštite stanovništva od zaraznih bolesti su održavanje obuhvata vakcinacije 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.

6.2 Izrada novog Programa zdravstvene zaštite stanovništva od zaraznih bolesti

Važećim Programom predviđeno je sprovođenje aktivnosti za njegovu realizaciju do 2010. godine. Neophodno je, nakon sveobuhvatne evaluacije pristupiti izradi novog Programa zdravstvene zaštite stanovništva od zaraznih bolesti za naredni period, kojim će se definisali novi ciljevi u ovoj oblasti.

7. Smanjenje obolevanja i umiranja od HIV/AIDS

Od 1981. godine kada je prvi put prepoznat kao nova bolest, AIDS je usmratio 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.

18. novembar 2009. godine
Radna verzija teksta Plana

godine 33,2 miliona osoba živelu sa HIV-om. Procenjeno je da je tokom 2007. godine 2,5 miliona lica novoinficirano HIV-om i da je 2,1 milona ljudi umrlo od AIDS-a. U regionu zapadne i centralne Evrope kontinuirano raste broj ljudi koji žive sa HIV-om uglavnom usled produženja njihovog životnog veka kao posledice dostupne kombinovane antiretrovirusne terapije, ali i porasta novodijagnostikovanih HIV infekcija od 2002. godine.

Aktivnosti

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

Opšti cilj Nacionalne HIV/AIDS strategije u 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-a/AIDS-a, uključujući trendove i glavne determinante HIV/AIDS epidemije i obezbeđenje sistema epidemiloškog nadzora koji omogućuje sagledavanje trendova epidemije HIV-a/AIDS-a.

7.2 Izrada nove Nacionalne strategije za borbu protiv HIV/AIDS

Važećom Strategijom predviđeno je sprovođenje aktivnosti za njenu realizaciju do 2010. godine. Neophodno je, nakon sveobuhvatne evaluacije pristupiti izradi nove strategije za borbu protiv HIV/AIDS za naredni period, kojom bi se definisali novi ciljevi u ovoj oblasti.

8. Smanjenje obolevanja i umiranja od tuberkuloze

U posljednjih 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 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

8.1 Sprovođenje, praćenje i evaluacija Programa kontrole tuberkuloze

18. novembar 2009. godine
Radna verzija teksta Plana

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

8.2 Sprovođenje revidiranog stručno-metodološkog Uputstva za sprečavanje i suzbijanje tuberkuloze u Republici Srbiji

Uputstvo za sprečavanje i suzbijanje tuberkuloze u Republici Srbiji će važiti od 2010. godine i sledi koncept Stop TB strategije SZO.

9. Razvijanje sistema za brz odgovor na pretnje zdravstvenoj bezbednosti

U globalizovanom svetu, 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

9.1 Implementacija Međunarodnih zdravstvenih propisa SZO

Implementacija Međunarodnih zdravstvenih propisa SZO iz 2007. godine će pomoći izgradnji i jačanju mehanizama za nadzor nad epidemijama na državnom i međunarodnom nivou.

3. Zdravstvena zaštita posebno osetljivih grupa 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 (osobe sa posebnim potrebama), socijalno marginalizovane grupe.

Ciljevi

10. Unapređenje zdravlja žena reproduktivnog doba

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

Aktivnosti

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

Nacionalni program zdravstvene zaštite žena, dece i omladine (Sl. glasnik RS, br. 28/09), predviđa aktivnosti na očuvanju i unapređenju zdravlja žena u reproduktivnom periodu, koji 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.

10.2 Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije podsticanja rađanja

Radi dostizanja ciljeva ove Strategije (Sl. glasnik RS, br. 13/08), neophodno je ublažiti ekonomsku cenu podizanja deteta, usklađivati rad i roditeljstvo, boriti se protiv neplodnosti, promovisati značaj reproduktivnog zdravlja i definisati i sprovođiti politiku koja će onemogućiti diskriminaciju (profesionalnu i ekonomsku) žena zbog trudnoće, porođaja i odgajanja dece.

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

Nacionalnom strategijom za poboljšanje položaja žena i unapređivanje rodne ravnopravnosti (Sl. glasnik RS, br. 15/09) obuhvaćene su oblasti koje se tiču učešća 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.

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

18. novembar 2009. godine **Radna verzija teksta Plana**

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

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

Ovaj Program (Sl. glasnik RS, br. 28/09) 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.

11.2 Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije razvoja zdravlja mladih

Ova Strategija (Sl. glasnik RS, br. 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.

12. Unapređenje i očuvanje zdravlja starih

Demografsko starenje populacije je problem sa kojim se Srbija susreće već više decenija. Populacija starih 65 i više godina ima trend porasta, kako u učešću u ukupnoj populaciji, tako i u apsolutnom broju. Najznačajnije karakteristike u odnosu na zdravlje ove populacione grupe su slabljenje čula i smanjenje funkcije lokomotornog sistema, često udružene sa jednom ili više hroničnih bolesti.

Aktivnosti

12.1 Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalne strategije o starenju

Nacionalna strategija o starenju 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

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

polivalentne patronaže i kućnog lečenja i nege, kao i obezbeđivanje adekvatne sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, uz obezbeđenje gerijatrijskih bolničkih kapaciteta.

12.2 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. Ova Strategija (Sl. glasnik RS, br. 17/09) ima za cilj unapređenje i dostizanje najboljeg mogućeg kvaliteta života pacijenata u terminalnoj fazi bolesti i njihovih porodica.

13. Ostvarivanje punog zdravstvenog potencijala osoba sa invaliditetom

Posebno osetljiva i obično na margini, 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 je i nedostatak jedinstvene definicije invaliditeta, kao i različito značenje koje se u pojedinim sredinama vezuje za termin osoba sa invaliditetom zavisno od socijalnih, političkih, pravnih i drugih uslova.

Aktivnosti

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

Strateški cilj koji ovaj dokument (Sl. glasnik RS, br. 1/07) postavlja je 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.

14. 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

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

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.

Aktivnosti

14.1 Usvajanje Nacionalne strategije medicine rada u Republici Srbiji

Radna grupa Ministarstva zdravlja pripremila je nacrt Strategije medicine rada do 2017. godine. Strategija se zasniva na principima koji su u skladu sa Globalnom strategijom „Medicina rada za sve“ (SZO, 1995). Cilj donošenja ove strategije je da se omogući specifična zdravstvena zaštita radno aktivnog stanovništva. 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.

14.2 Sprovođenje, praćenje i evaluacija Nacionalne strategije medicine rada u Republici Srbiji

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

14.3 Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije bezbednosti i zdravlja na radu u Republici Srbiji

Cilj Strategije (Sl. glasnik RS, br. 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 svodenja 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 svodenje 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/ili bolesti u vezi sa radom, odnosno, stvaraju uslovi za puno fizičko, psihičko i socijalno blagostanje zaposlenih.

14.4 Izrada nove Strategije bezbednosti i zdravlja na radu

Važećom Strategijom predviđeno je sprovođenje aktivnosti za njenu realizaciju do 2012. godine. Neophodno je, nakon sveobuhvatne evaluacije pristupiti izradi nove strategije kontrole bezbednosti i zdravlja na radu za naredni period, kojom bi se definisali novi ciljevi u ovoj oblasti.

15. Unapređenje i očuvanje zdravlja marginalizovanih grupa stanovništva

18. novembar 2009. godine
Radna verzija teksta Plana

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 zaštite zdravlja, dodatno opterećene odsustvom ili niskim nivoom obrazovanja i odsustvo opšte i zdravstvene kulture. To ih dovodi u poziciju da nisu upoznati sa svojim pravima na zdravstvenu zaštitu. Populaciona grupa Roma, pored činjenice da često nema stalno mesto boravka i ignoriše obavezu upisa u matične knjige rođenih, upis dece u škole i sl., nije upoznata sa čitavim nizom ljudskih prava koje država garantuje svojim građanima.

Aktivnosti

15.1 Sprovođenje, praćenje i evaluacija strategije za smanjenje siromaštva

Strategija za smanjenje siromaštva koju je Vlada Republike Srbije usvojila 2005. godine, predstavlja sastavni deo integralne strategije razvoja 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.

15.2 Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije za unapređenje položaja Roma

Strategija (Sl. glasnik RS, br. 27/09) za unapređivanje položaja Roma u Republici Srbiji 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. PRIORITETINE OBLASTI ORGANIZACIJE I FUNKCIONISANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Nakon perioda obeleženog rapidnim padom društveno-ekonomskih pokazatelja u poslednjoj deceniji XX veka i sankcija međunarodne zajednice, došlo je do urušavanja svih segmenata društvenog sistema u Srbiji, pa samim tim i sistema zdravstvene zaštite. Kako bi se unapredila efikasnost, kvalitet i racionalno korišćenja resursa, nakon 2000. godine je sačinjen 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/zavoda za javno zdravlje; razvoj menadžmenta u zdravstvu; izrada standarda/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, sestara, farmaceuta, stomatologa i biohemičara. Međutim, 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 (veština i znanja pružaoca usluga, standardizovane procedure), stalnom unapređenju zakonske regulative (zakonska i podzakonska akta), 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/fleksibilnosti zdravstvenog sistema za promene (upravljanje promenama). Prioritetne oblasti organizacije i funkcionisanja zdravstvene zaštite su: integrisana zdravstvena zaštita, ljudski resursi za zdravlje, integrisan zdravstveni informacioni sistem, kvalitet zdravstvene zaštite i bezbednost pacijenata i finansiranje.

1. Integrisana 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/urgentne pomoći stanovništvu predstavlja svojevrsan izazov za sistem zdravstvene zaštite. U definisanju ciljeva oraganizacije i funkcionisanja, svi nabrojani faktori imaju poseban značaj.

Ciljevi

16. Jačanje uloge instituta / zavoda za javno zdravlje

Javno zdravlje u Srbiji je definisano Zakonom o javnom zdravlju (Sl. glasnik RS, br. 72/09) kome je prethodila izrada Strategije javnog zdravlja Republike Srbije (Sl. glasnik RS, br. 22/09). U duhu pomenutog Zakona i u skladu sa evropskim smernicama i standardima, zavodima za javno zdravlje je data 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

16.1 Sprovođenje, praćenje i evaluacija Strategije javnog zdravlja

Strategija javnog zdravlja u Srbiji 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 instrumentalizuje kroz timski i interdisciplinarni rad, multisektorsku saradnju, kao i sve oblike partnerstva.

16.2 Izrada nove Strategije javnog zdravlja

Važećom Strategijom predviđeno je sprovođenje aktivnosti za njenu realizaciju do 2013. godine. Neophodno je, nakon sveobuhvatne evaluacije pristupiti izradi nove strategije javnog zdravlja za naredni period, kojim bi se definisali novi ciljevi u ovoj oblasti.

17. Rešavanje 80% potreba i zahteva za zdravstvenom zaštitom u ustanovama primarne zdravstvene zaštite (PZZ)

Svi međunarodno prihvaćeni standardi u oblasti PZZ 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

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

razvijenim zemljama sveta. Međutim, imajući u vidu da Srbija ima dugu tradiciju u razvoju koncepta PZZ i njenih institucionalnih oblika, dostizanje ovog cilja se nameće kao prioritetno.

Aktivnosti

17.1 Unapređenje veština i znanja lekara i drugih zdravstvenih radnika PZZ

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

17.2 Stalno obnavljanje resursa i unapređenje zdravstvenih tehnologija u ustanovama PZZ

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

17.3 Unapređenje kućnog lečenja i nege

Kućno lečenje pacijenata PZZ 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.

18. 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, riziko faktore, 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 obezbedi da što veći broj građana (90% ukupne populacije) ima svog izabranog lekara.

Aktivnosti

18.1 Edukacija i motivisanje stanovništva za izbor lekara PZZ

Individualni i grupni rad lekara sa korisnicima koji su ga izabrali predstavlja jedan u nizu edukativnih i motivacionih postupaka. Sredstva masovne komunikacije (štampana i elektronska) predstavljaju moćno sredstvo za informisanje, edukaciju i podizanje nivoa zdravstvene pismenosti.

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

Ona su i sredstvo za motivisanje stanovništva da očuvaju i unaprede svoje zdravlje, ali i da koriste prava i poštuju obaveze u sistemu zdravstvene zaštite.

18.2 Unapređenje opšteg znanja i veština lekara u PZZ

Stalno unapređenje znanja i veština lekara, ne samo u okviru kontinuirane edukacije u oblasti zdravstvene zaštite, nego i podizanjem lične kulture 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 PZZ.

19. Unapređenje dostupnosti i pristupačnosti građana zdravstvenoj službi

U cilju smanjenja postojeće neujednačenosti u dostupnosti i pristupačnosti zdravstvene službe u Srbiji, potrebno je stalno preispitivati faktore vezane za teritorijalnu i vremensku dostupnost korisnika zdravstvenoj službi/ustanovi, kao i kapacitete zdravstvene službe/ustanove da odgovori na zahteve i potrebe građana 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, a imajući u vidu da se pojedine usluge plaćaju "iz džepa", korisnici i davaoci usluga moraju biti zaštićeni od finansijskog rizika.

Aktivnosti

19.1 Stalno preispitivanje 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 stalno preispitivanje kako bi se Plan mreže ažurirao.

19.2 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 PZZ, uz stalno redefinisavanje Pravilnika o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe (Sl. glasnik RS, br. 107/05), značajno doprinose unapređenju dostupnosti i pristupačnosti.

19.3 Stalno preispitivanje participacije koju građani plaćaju za korišćenje pojedinih zdravstvenih usluga

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

Participacija za korišćenje zdravstvenih usluga predstavlja korektivni element za cenu određene usluge. Zdravstveni sistem se putem participacije štiti od finansijskog rizika. Participacija može uticati na marginalizovanje i produbljivanje socijalne nejednakosti bez smanjivanja javnih troškova. Oslobođanje od participacije za pojedine grupe građana (sa niskim primanjima) je obavezno, ali se za ostale grupe (sa primanjima malo višim od minimuma) mora definisati taj "minimum primanja" ispod koga se ne naplaćuje participacija.

20. Funkcionalno povezivanje vanbolničke i bolničke hitne medicinske pomoći (HMP)

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 HMP podrazumeva funkcionalno povezanu vanbolničku i bolničku hitnu/urgentnu medicinsku pomoć.

Aktivnosti

20.1 Izrada Strategije hitne medicinske pomoći

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

21. 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 PZZ 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

21.1 Definisane i usvajanje osnovnog paketa zdravstvenih usluga

Paket zdravstvenih usluga obuhvata set usluga u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja. Te usluge se moraju obezbediti svakom osiguraniku i sa njihovim sadržajem korisnik mora biti u

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

potpunosti upoznat. Sve usluge koje ne pripadaju "paketu" korisnik mora platiti sopstvenim sredstvima ili korišćenjem dobrovoljnog osiguranja, ukoliko bude osnovano do kraja planskog perioda. U suprotnom, potrebno je stalno preispitivanje Pravilnika o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (Sl. glasnik RS, br. 7/2009 i 82/2009).

21.2 Definisane standarde 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.

21.3 Unapređenje referalnog sistema

Bolja povezanost primarnog i viših (sekundarnog i tercijarnog) bolničkih nivoa zdravstvene zaštite obezbeđuje se postojanjem definisanog paketa usluga, uvek ažurnih vodiča dobre kliničke prakse i razvijenih kliničkih puteva/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 PZZ kada ona preuzima poslove daljeg lečenja pacijenta koji su bili hospitalizovani.

21.4 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 potrebna hospitalizacija, čime se značajno poboljšava efikasnost pružanja zdravstvene zaštite. Mnogostruku korist od razvoja dnevnih bolnica imaju kako bolničke ustanove, tako i pacijenti.

21.5 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.

22. Unapređenje saradnje instituta/zavoda za javno zdravlje i ustanova PZZ 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

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

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 PZZ koji treba da uspostave partnerske odnose u zajednici i upravljaju programima i aktivnostima usmerenim na lokalno stanovništvo.

Aktivnosti

22.1 Podsticanje partnerstva od strane PZZ na nivou lokalne zajednice

Ustanovne PZZ, 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.

22.2 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 PZZ, u saradnji sa predstavnicima lokalne zajednice. Koordinaciju programskih aktivnosti i evaluaciju programa treba da obavljaju instituti/zavodi za javno zdravlje sa ciljem da utvrde učinak programskih aktivnosti i revidiraju ciljeve programa, ukoliko nisu evidentirani pozitivni rezultati.

23. 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

23.1 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 preuslove za unapređenje saradnje državnog i privatnog sektora, a u interesu i na dobit korisnika zdravstvene zaštite

18. novembar 2009. godine
Radna verzija teksta Plana

23.2 Sklapanje ugovora

Sklapanje ugovora između privatnih ustanova/službi i institucija zdravstvene zaštite u državnom vlasništvu treba da omogući veću dostupnost korisniku i viši nivo pruženih usluga, korišćenjem (uzimanjem u zakup, iznajmljivanjem) prostora, opreme i drugih resursa kojima raspolaže državni sektor. U procesu uvođenja privatizacije, treba utvrditi stroge regulative i nadzor nad vrstom i kvalitetom usluga, koje se pružaju.

24. Jačanje civilnog sektora

Zbog neophodnog učešća građana u aktivnostima vezanim za zdravlje i zdravstvenu zaštitu, nevladine organizacije (NVO) postaju važan faktor u funkcionisanju sistema, kako u pružanju pojedinih usluga, odnosno, preuzimanju dela odgovornosti za opšte blagostanje i razvoj društva, tako i u oblikovanju i 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/zajednice i podršku razvoju sistema zdravstvene zaštite.

Aktivnosti

24.1 Izgradnja nacionalne mreže NVO

NVO u Srbiji bi trebalo da se povežu u mrežu kako bi se programske aktivnosti koje sprovode obavljale timski i multidisciplinarno, a u cilju podizanja svesti građana o očuvanju i unapređenju zdravlja i brzog rehabilitaciji i socijalnom uključivanju obolelih i invalidnih lica. Nacionalna mreža NVO bi trebalo da se poveže sa Evropskom mrežom NVO.

24.2 Preuzimanje inicijativa za donošenje odluka

NVO treba da obezbede uticaj na donošenje odluka na različitim nivoima sistema zdravstvene zaštite štiteći interese grupe ili pojedinaca, uspostavljajući civilni dijalog sa drugim delovima civilnog društva i argumentovanim uticajem na donošenje odluka relevantnih pojedinaca, institucija, organizacija i vlade Republike Srbije.

2. Ljudski resursi za zdravlje

Ljudski resursi za zdravlje su osnovna determinanta sistema zdravstvene zaštite, i to u svim oblastima (promocije, prevencije i lečenja). Istovremeno, ljudski resursi predstavljaju najveći i najskuplji input zdravstvenog sistema, kao i resurs koji je najteže razviti.

Ciljevi

25. Unapređenje zakonske regulative

Pored strateških razvojnih opredeljenja kao neophodnih preduslova i zakona koji regulišu oblast ljudskih resursa za zdravlje (Zakon o radu, Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zdravstvenom osiguranju, Zakon o komorama zdravstvenih radnika), sveobuhvatni legislativni okvir uključuje i podzakonska akta (Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe, Pravilnik o specijalizacijama i užim specijalizacijama zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika). Implementacija svih pomenutih dokumenata je osnovna garancija za regulisanje potreba za ljudskim resursima.

Aktivnosti

25.1 Donošenje Nacionalne strategije razvoja ljudskih resursa u zdravstvenom sistemu

Nacionalna strategija razvoja ljudskih resursa u zdravstvenom sistemu biće formulisana u okvirima potreba na osnovu Plana mreže zdravstvenih ustanova, projekcije tih potreba za naredni period, na osnovu starosne strukture zaposlenih u zdravstvu, migracionih tokova i potreba u vezi sa novim i aktuelnim zahtevima (veličine gravitacionog područja, iskorišćenosti postojećih kapaciteta, prosečne planirane dužine bolničkog lečenja, prosečnog broja lečenih pacijenata u odnosu na jednog lekara i sl.), kao i na osnovu potreba stanovnika za zdravstvenim uslugam na osnovu demografskih i epidemioloških projekcija i novih tehnologija.

25.2 Preispitivanje standarda kadrovske obezbeđenosti – revizija Pravilnika o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe

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 teritorijanu ujednačenost, odnosno ravnomernu geografsku distribuciju kadrovskih resursa.

25.3 Revizija Pravilnika o specijalizacijama i užim specijalizacijama zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika

Proces pridruživanja EU, koji podrazumeva usklađivanje domaćih propisa sa propisima/preporukama EU, kao i dinamičan razvoj nauke i društva u svetlu neizbežnih promena

18. novembar 2009. godine
Radna verzija teksta Plana

zdravstvenih potreba stanovništva nameće preispitivanje postojećih i definisanje novih vrsta specijalizacija i užih specijalizacija.

26. Razvijanje kapaciteta za upravljanje ljudskim resursima

Dugoročno planiranje i ulaganje u ljudske resurse, pored generisanja znanja, infrastrukture i tehnologije, predstavlja neophodnost ka dostizanju adekvatnog odgovora na promenljive zdravstvene potrebe i modele pružanja usluga.

Aktivnosti

26.1 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 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.

26.2 Formulisanje Planova razvoja kadrova

Definisanje Planova razvoja kadrova u skladu sa zdravstvenim potrebama i zahtevima, kao i budućom Nacionalnom strategijom razvoja ljudskih resursa u zdravstvenom sistemu, potrebno je uspostaviti kao redovnu aktivnost Ministarstva zdravlja. Takođe, neophodno je formulisati planove razvoja po nivoima, od centralnog - nacionalnog do nivoa zdravstvene ustanove.

27. Prilagođavanje školovanja kadra zdravstvene struke sa stvarnim potrebama društva

Broj novoupisanih studenata na medicinske fakultete u 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, pri čemu isto važi, u značajnoj meri, i za ostale škole zdravstvene struke. Prema preporukama Svetske zdravstvene organizacije, politika kadrova u zdravstvu podrazumeva planiranje školovanja odgovarajućeg broja i kvalifikacione strukture (prema procenjenim potrebama) i njihovu odgovarajuću iskorišćenost, uz stalno profesionalno usavršavanje.

Aktivnosti

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

27.1 Usklađivanje politike upisa na fakultete i škole zdravstvene struke sa stvarnim potrebama društva – izrada Nacionalnog 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 definisanje petogodišnjeg Nacionalnog plana školovanja kadrova zdravstvene struke.

27.2 Unapređenje znanja i veština ljudskih resursa za zdravlje

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 je neophodno uskladiti sa reformskim opredeljenjima i potrebama zdravstvenog sistema, i harmonizovati ih sa EU standardima i preporukama SZO, Bolonjskim procesom, kao i zahtevima EU da se olakša mobilnost radne snage.

27.3 Akreditacija obrazovnih programa

Izmenjeni zahtevi zdravstvenog sistema postavljaju nove izazove pred zdravstvene radnike koji zahtevaju njihovo stalno usavršavanje. U skladu s pozitivnim zakonskim propisima stručno usavršavanje radi održavanja i unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite je pravo i obaveza svih zdravstvenih radnika, ali je i obaveza poslodavca da im omogući dalje usavršavanje. Komore i udruženja zdravstvenih radnika su najznačajniji pokretači sprovođenja kontinuiranog obrazovanja. Zbog toga je, u narednom periodu, neophodno identifikovati prioritete programe kontinuirane edukacije za sve zdravstvene profesionalce. Akreditacija obrazovnih programa treba da bude u nadležnosti komora zdravstvenih radnika, što zahteva izmenu postojećeg Zakona o zdravstvenoj zaštiti, prema kome nadležnost u ovoj oblasti ima Zdravstveni savet.

28. Jačanje strateških informacija za planiranje ljudskih resursa za zdravlje

Kao osnovni preduslovi za povezanost, adekvatnu i blagovremenu razmenu informacija neophodno je postojanje baza podataka i znanja na svim nivoima zdravstvenog sektora 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 je neophodno praćenje i razumevanje trendova u

18. novembar 2009. godine
Radna verzija teksta Plana

društvu, politici, ekonomiji, tehnologijama, demografiji, epidemiologiji, kao i razumevanje globalnog tržišta.

Aktivnosti

28.1 Implementacija Centralnog informacionog servisa

Potrebno je ostvariti tehničke i druge preduslove za punu implementaciju Centralnog informacionog servisa – resursnih baza podataka u zdravstvu (organizaciona struktura, kadar, oprema), uključujući i sistematsko prikupljanje podataka vezanih za privatnu praksu, što će omogućiti obezbeđivanje neophodnih informacija za donošenje odluka na svim nivoima sistema (lokalno-opština, grad, okrug, region, Pokrajina, Republika).

3. Integrisan zdravstveni informacioni sistem

Zdravstveni informacioni sistem u 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 podsistema: prvi predstavlja zdravstveno- statistički sistem kao deo sistema nacionalne statistike, za koji je ovlašćen Institut za javno zdravlje Srbije 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 navedinih podsistema i njihovim međusobnim povezivanjem obezbediće se efikasan zdravstveni informacioni sistem.

Cilj

29. Uspostavljanje integrisanog zdravstvenog informacionog sistema

Aktivnosti

29.1 Izrada i usvajanje Zakona o evidencijama u oblasti zdravstvene zaštite

Važeća legislativa kojom se reguliše oblast medicinske dokumentacije, evidencija i izveštavanja u oblasti zdravstvene zaštite ne omogućava 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 o evidencijama u oblasti zdravstvene zaštite predstavlja preduslov za uspešnu realizaciju sprovođenja Programa rada, razvoja i organizacije integrisanog zdravstvenog informacionog sistema.

29.2 Sprovođenje, praćenje i evaluacija Programa rada, razvoja i organizacije integrisanog zdravstvenog informacionog sistema – „E-Zdravlje”

Program rada, razvoja i organizacije integrisanog zdravstvenog informacionog sistema za period 2010 – 2015. godina (Sl. glasnik RS, br. 55/09) odražava i dalje razrađuje osnovne smernice i strateška opredeljenja formulisana u Strategiji razvoja informacionog društva u Republici Srbiji (Sl. glasnik RS, br. 87/06). Cilj Programa jeste da se do 2015. godine 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, blagovremenog prihvata podataka i podršku mogućim izmenama i proširenjima, sigurne i efikasne razmene informacija između svih učesnika zdravstvenog sistema, u cilju podizanja dostupnosti i kvaliteta zdravstvene zaštite, aktivnog učešća građana u brizi o sopstvenom zdravlju, pre svega u smislu potpune informisanosti i određene slobode izbora, stepena odlučivanja i uticaja na sopstveno lečenje, kao i učešća u prevenciji, formiranja elektronske baze znanja zdravstvenog sektora, razmene informacija od značaja za obavljanje naučno istraživačke delatnosti, kao i obavljanja kontinuirane edukacije zdravstvenih kadrova.

4. Kvalitet zdravstvene zaštite i bezbednost pacijenata

Kvalitet zdravstvene zaštite je jedna od najvažnijih karakteristika sistema zdravstvene zaštite, kako državnog, tako i privatnog sektora. 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/vodiča dobre kliničke prakse, formiranje i korišćenje kliničkih puteva, standarda, protokola, algoritama, uputstava i pravila struke, koji su zasnovani na naučnim dokazima.

Ciljevi

30. Stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata

Aktivnosti

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

Strategijom za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata (Sl. glasnik RS, br. 15/09) teži se dostizanju najvišeg 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, nezadovoljstvo korisnika pruženim zdravstvenim uslugama, nezadovoljstvo zaposlenih u sistemu zdravstvene zaštite i troškove koji nastaju zbog lošeg kvaliteta.

5. FINANSIRANJE

Održivo finansiranje zdravstvene zaštite pokriva širok spektar značenja i različito se označava u zavisnosti od konteksta, mada se uvek svodi na uspostavljanje ravnoteže između pritiska povećanih troškova i uvek ograničenih resursa. Međutim, održivo finansiranje se mora sagledavati isključivo kroz prizmu dugotrajne održivosti sistema zdravstvene zaštite.

Ciljevi

31. Finansijska stabilnost sistema zdravstvene zaštite

Finansijska stabilnost sistema zdravstvene zaštite u našoj zemlji počiva na obaveznom zdravstvenom osiguranju koje treba zadržati po postojećem modelu kao osnovi za ostvarivanje i finansiranje prava na zdravstvenu zaštitu i drugih prava u slučaju bolesti i odsustvovanja sa rada, zasnovanog na načelu obaveznosti, solidarnosti i uzajamnosti.

Aktivnosti

31.1 Definisavanje „osnovnog” paket zdravstvenih usluga

Obim i sadržaj prava direktno utiče na obim potrošnje sredstava namenjenih za zdravstvenu zaštitu. U uslovima nedovoljnih sredstava, svako povećanje prava uvećava nedostajuća sredstva dok smanjenje prava, a samim tim i potrošnje, umanjuje visinu nedostajućih sredstava. Obim i sadržaj prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su propisani Zakonom o zdravstvenom osiguranju i podzakonskim aktima. Međutim, njihov obim i sadržaj za populaciju obuhvaćenu obaveznim

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

zdravstvenim osiguranjem mora se prilagoditi ekonomskim mogućnostima privrede i stanovništva, odnosno visini sredstava koja se izdvajaju za obavezno osiguranje.

31.2 Redefinisanje osnovica i stopa doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje

Kako bi se obezbedila jednakost u plaćanju doprinosa u skladu sa mogućnostima osiguranika potrebno je preispitivanje i redefinisavanje osnovica i stopa doprinosa. Tako bi se proširenjem osnovica ili povećanjem stope doprinosa (sa većim učešćem stope zaposlenih i manjim za poslodavce), odnosno povećanjem javnih zdravstvenih sredstava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbedila stabilnost javnih finansija.

31.3 Unapređenje sistema redovne uplate doprinosa

Sistem redovne uplate doprinosa svih obveznika (poslodavaca, preduzetnika, fizičkih lica, iz budžeta za lica za koja doprinose za zdravstveno osiguranje obezbeđuje Republika Srbija) podrazumeva potpuno uspostavljanje sistema registracije obveznika plaćanja doprinosa i kontrole naplate doprinosa kako bi se izbeglo drastično smanjivanje sadržaja i obima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

31.4 Obezbeđivanje potpunog obuhvata populacije Srbije obaveznim zdravstvenim osiguranjem

Prema postojećim zakonskim rešenjima u Srbiji ne bi trebalo da postoji neosigurano stanovništvo. Ustanovljavanjem broja neosiguranih stanovnika i daljim definisanjem izvora plaćanja doprinosa (osiguranici, budžet) obezbeđuje se da svi građani moraju imati jednako obavezno zdravstveno osiguranje, jednak pristup zdravstvenim uslugama i jednak kvalitet pruženih zdravstvenih usluga.

31.5 Povećanje javnih zdravstvenih sredstava iz državnog, pokrajinskog i lokalnih budžeta

Veći obim sredstava za zdravstvenu zaštitu koji potiču iz budžeta republike, pokrajine, grada ili opštine za potrebe obaveznog zdravstvenog osiguranja posebnih grupa stanovništva definisanih Zakonom o zdravstvenom osiguranju, za kapitalne investicije u sistemu zdravstvene zaštite, naročito za sprovođenje posebnih programa zdravstvene zaštite i finansiranje javnozdravstvene delatnosti, može se obezbediti boljom raspodelom budžetskih sredstava.

31.6 Uvođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Učešće privatnih izvora finansiranja prisutno je u obliku participacije ili plaćanja za pružanje usluga koje nisu obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem ili u skladu sa sadržajem i obimom 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, uvođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kao vida zdravstvenog osiguranja [(sadržano u Zakonu o zdravstvenom osiguranju i Uredbi o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (Sl. glasnik RS, br. 49/09 i 108/09)] dovodi do poboljšanja uslova finansiranja zdravstvene zaštite. Pored toga, građanima Srbije pruža se mogućnost izbora, odnosno da pored obaveznog zdravstvenog

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

osiguranja imaju neki od oblika dobrovoljnog osiguranja čime sebi, svojim porodicama ili zaposlenima obezbeđuju veći sadržaj, obim i standard prava od prava koja se garantuju obaveznim osiguranjem. 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, koje ne može biti dopunsko.

Planskim uvođenjem javno-privatne saradnje, putem različitih vrsta ugovornih odnosa državnog i privatnog sektora, takođe se mogu poboljšati uslovi finansiranja zdravstvene zaštite.

32. Unapređenje efikasnosti i kvaliteta pružanja zdravstvenih usluga

Prelazak modela finansiranja sa finansiranja kapaciteta na finansiranje zdravstvenih usluga, odnosno učinka zdravstvenih ustanova zahteva da su za sve nivoe zdravstvene zaštite sačinjeni podsticajni alati/mehanizmi za obezbeđenje efikasnosti i kvaliteta.

Aktivnosti

32.1 Uvođenje novog načina finansiranja primarne zdravstvene zaštite

Finansiranje primarne zdravstvene zaštite putem modela glavarine/kapitacije podrazumeva opredeljivanje unapred određenog fiksnog iznosa sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja za određeni vremenski period za svakog pacijenta koji se registrovao kod izabranog lekara ili zdravstvene ustanove kako bi se obezbedilo pružanje svih predviđenih zdravstvenih usluga u formi stimulativne kapitacije. Predviđa se postepeno uvođenje ovog načina finansiranja, odnosno postepeno uključivanje svih korektiva neophodnih za punu operacionalizaciju modela za punu stimalaciju preventivnih programa i kvaliteta.

32.2 Uvođenje novog načina finansiranja sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite

U sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti nov način finansiranja po dijagnostički srodnim grupama (*Diagnosis Related Groups –DRG*) omogućava prelazak na prospektivno plaćanje bolnica (plaćanje unapred određenog iznosa) na osnovu prosečne cene lečenja pacijenta grupisanih prema zajedničkim karakteristikama: dijagnoze, starosti, pola, komplikacija i pratećih oboljenja. Tako će se pristupiti naplaćivanju prema složenosti bolesnika, koja se mora nadograditi sa elementima kvaliteta, da bi se došlo do plaćanja bolnica prema ishodima lečenja.

32.3 Obezbeđivanje finansiranja javnog zdravlja

Polazeći od toga da su programi javnog zdravlja ključno sredstvo kojim se ostvaruju ciljevi zdravstvene politike u Srbiji, za njihovu realizaciju je potrebno obezbediti sigurne izvore finansiranja. Praćenje i evaluacija sprovođenja posebnih programa, nadzor, praćenje i evaluacija zdravlja populacije, funkcionisanja zdravstvene službe i sistema zdravstvene zaštite na svim nivoima je obaveza države, pokrajine i lokalne samouprave. U tom smislu, prioritetni izvori

18. novembar 2009. godine

Radna verzija teksta Plana

finansiranja ustanova javnog zdravlja su budžeti zajednice (od lokalnih do republičkog) što dosledno treba i nadalje sprovesti.

32.4 Procena zdravstvenih tehnologija

Radi obezbeđenja kvalitetnije i efikasnije zdravstvena 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 će se morati razviti, odnosno dograditi nacionalni standardi 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.

32.5 Obezbeđivanje dostupnosti bezbednih, kvalitetnih i efikasnih lekova

Zbog dobrih rezultata u niskom učešću izdvojenih sredstava RZZO za ove namene u strukturi ukupnih troškova, posle uvođenja sistema referentnih cena i dobrog upravljanja pozitivnim listama lekova, rad u oblasti lekova i ubuduće mora biti zasnovan na primeni referentnih cena. Uz to je potrebno uvesti način procenjivanja troškovne efikasnosti uz uvažavanje dobre prakse. Dostupnost lekova moraće 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 vrednosti pojedinih lekova i grupa lekova u lečenju bolesti i eventualne dodatne vrednosti novih lekova, što bi trebalo uvažiti kod određivanja cena lekova, koji su finansirani iz javnih sredstava.

32.6 Obezbeđenje potpune integracije metodologije nacionalnih zdravstvenih računa (NZR) u sistem zdravstvene zaštite

Praćenje i evaluacija ukupnih troškova za zdravstvenu zaštitu na osnovu pouzdanih informacija o finansijskim resursima/izvorima i načinu korišćenja su neophodni za delotvorno finansiranje zdravstvene zaštite. U tom smislu, ostvarena institucionalizacija NZR u Srbiji je ujedno primarna garancija potpune primene ove metodologije kao jednog od glavnih alata za sprovođenje uspešne zdravstvene politike.

32.7 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 je od presudnog značaja za bolju efikasnost i kvalitet rada zdravstvenih ustanova. Uloga današnjih menadžera zdravstvenih ustanova je kompleksna. Uz liderstvo i viziju, upravljači

18. novembar 2009. godine
Radna verzija teksta Plana

u svojim aktivnostima moraju da budu: inovativni, fleksibilni, edukativni, da respektuju znanje i iskustvo osoblja na svim nivoima zdravstvene ustanove, da unapređuju timski rad i komunikaciju između odeljenja i službi, da nagrađuju timove i osoblje za kvalitetan rad.

4. SPROVOĐENJE, PRAĆENJE, EVALUACIJA I IZVEŠTAVANJE O SPROVOĐENJU PLANA RAZVOJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Donošenje odluke Narodne skupštine Republike Srbije o prihvatanju Plana razvoja zdravstvene zaštite je prvi uslov za sprovođenje Plana. U sprovođenju Plana, Ministarstvo zdravlja saraduje sa partnerima iz sistema zdravstvene zaštite, kao i sa svim drugim partnerima van sektora zdravstva.

Praćenje sprovođenja/realizacije aktivnosti Plana obavlja Ministarstvo zdravlja i Institut za javno zdravlje Srbije zajedno sa institutima i zavodima za javno zdravlje i odgovornim institucijama za sprovođenje aktivnosti Plana.

Evaluacija sprovođenja Plana obavlja se u svakoj fazi procesa. Za evaluaciju se koriste zdravstveni pokazatelji Evropske unije.

Godišnje izveštavanje je obavezno i sadži rezultate sprovedenih aktivnosti, teškoće i probleme u realizaciji Plana, kao i predloge mera za rešavanje novonastalih problema.