

УВОД

У Србији су дискусије о здрављу доспеле у први план последње деценије XX века због повећања стопе смртности, пораста социјалних болести, појаве нових болести чије лечење је скупо, недостатака лекова и потрошног материјала, смањења учешћа средстава за здравствену заштиту у националном дохотку, негативних тенденција у политици наталитета, неподношљивих гужви пред вратима било које институције здравства итд. У Стратегији за смањење сиромаштва у Србији (2003) наводи се да је погоршање здравственог стања последица више догађаја (распад бивше Југославије, ратови на њеним просторима, санкције међународне заједнице, сиромаштво, хиперинфлационе кризе, али и старења становништва, великог броја избеглица и интерно расељених лица, незапослености, загађења животне и радне средине итд.). Уз то се изузетно мала пажња посвећује здравственом васпитању и промоцији здравља иако су раширени ризични стилови живота.

Свакако, оживљавање интересовања за здравство није само домаћа појава. Бројне су болести од којих оболева велики број људи широм света. Услед погоршања санитарних услова, лоших стамбених услова, неадекватне исхране, запостављене превентиве и других недостатака у систему здравствене заштите неке болести доскоро под контролом, поново су се појавиле. „Економска глобализација игра улогу у генерисању нових здравствених ризика услед преношења трансмисионих болести, укључујући како инфективне (болести које се преносе храном, инфекције отпорне на лекове, пандемски грип и сексуално преносивих болести свих врста), тако и непреносиве болести сродне животном стилу (повезане са пушењем, исхраном, саобраћајним повредама, загађењем и професијом)” (Economic and Social Council, 2001:12).

У савременом свету неопходна је брза размена здравствених информација и медицинских ресурса (лекари и технологија). Истовремено, нова технологија омогућава побољшану комуникацију, како унутар националних граница, тако и на међународном плану, што је врло значајно за епи-

демиолошка испитивања, превенцију, интервенисање, праћење и контролисање преношења болести. Због свега тога здравствени сектор постаје све гломазнији и комплекснији, а здравство најскупља друштвена услуга. У циљу обуздавања трошкова за здравствену заштиту у многим земљама се предузимају реформе. Стручњаци указују да „унапређење система здравствене заштите, промовисањем равноправног приступа превентивним и куративним здравственим службама, као и исхрани, представља значајан циљ политике последњих деценија” (Economic and Social Council, 2001:13).

САВРЕМЕНИ КОНЦЕПТ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Јединствено, универзално гледиште о здравственој заштити не постоји у иностраној ни у домаћој научној и стручној литератури. Поред суштинских разлика у погледу концепта здравствене заштите, може се говорити и о формалним разликама које су језичке природе. Тако се за здравствену заштиту користе и термини „народно здравље” и „јавно здравље”.

Према Уставу Светске здравствене организације (WHO), усвојеном на Међународној здравственој конференцији одржаној у Њујорку 1946. године, основно право сваког људског бића је остваривање највишег стандарда здравља. У конститутивном акту WHO здравље се дефинише као „стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести и дефектности”, али није дата дефиниција здравствене заштите. Ова дефиниција јасно указује на повезаност здравља људи са социјалним, економским и условима средине. У средини где је већи економски раст, мање сиромаштво и здравија животна средина здравији су и дуговечнији становници. Намеће се питање мерења „потпуног физичког, менталног и социјалног благостања”. Ипак, поред многих критика дефиниција здравља се одржала и реафирмисала у Декларацији која је 1978. године усвојена у Алма Ати на Међународној конференцији о примарној здравственој заштити. У глобалној стратегији „Здравље за све до 2000. године”, наводи се да до 2000. године треба омогућити сваком становнику такав ниво здравља да може водити „економски и социјално продуктиван живот”. На жалост, овај циљ се у скорој будућности неће остварити, јер дистрибуција расположивих средстава за здравље није равноправна, а основна здравствена заштита није доступна свим појединцима и породицама на прихватљив начин, уз њихово пуно учешће.

Под здравственом заштитом подразумева се „рад на унапређењу здравља, на заштити од болести и сузбијању обољења, раном откривању болести, лечењу и рехабилитацији оболелих и повређених” (Герих, 1978).

Савезни Закон о организацији здравствене службе у Југославији, донет 1960. године, не дефинише здравствену заштиту већ само наводи да је њена сврха: обезбеђење телесног и душевног здравственог стања народа, обезбеђење здравственог развитка деце и омладине, обезбеђење повољних здравствених услова за време трудноће и порођаја, као и после порођаја за жену, мајку и дете, отклањање узрока и последица обољења и инвалидности, санирање средине и обезбеђење хигијенских услова, подизање здравствене културе појединца и народа у целини (Стаматовић и др., 1996).

Здравствена заштита се према Закону о здравственој заштити и здравственој служби Србије, донетом 1968. године, дефинише као: унапређивање здравља грађана, спречавање и сузбијање обољења и повреда, рано откривање обољења, благовремено лечење и отклањање последица обољења и повреда (рехабилитација). Ова дефиниција опстала је до данас у научним и стручним круговима. „Основна здравствена заштита” као појам први пут се појављује у овом закону, што је адекватно примарној здравственој заштити која је 1978. године дефинисана на Међународној конференцији о примарној здравственој заштити.

У Закону о здравственој заштити Србије из 1979. године поистовећена је здравствена заштита са „здравственом делатношћу”, што значи да је појам здравствена заштита сужен у односу на претходни закон. Свакако, здравствена заштита је шири појам од медицинске заштите. Овај закон је уређивао на јединствен начин питања из домена здравствене заштите и здравственог осигурања.

У СФРЈ од доношења Устава 1974. године здравствену заштиту и здравствено осигурање самостално су уређивале републике. Према Уставу СРЈ (члан 77) на нивоу савезне државе била је обезбеђена само заштита живота и здравља људи од заразних болести које угрожавају целу земљу, производња и промет лекова и заштита од јонизујућег зрачења. Србија од 1992. године има посебан Закон о здравственој заштити и посебан Закон о здравственом осигурању.

Закон о здравственој заштити Србије из 1992. године дефинише здравствену заштиту као „организовану и свеукупну делатност друштва на очувању и унапређењу здравља грађана, спречавању, сузбијању и раном откривању болести, повреда и других поремећаја здравља и благовременом и ефикасном лечењу и рехабилитацији”. Поред непрецизне и нејасне

дефиниције здравствене заштите, у овом Закону је непрецизна и формулација оснивања установа и њихове делатности, што ствара проблеме у пракси.

Према Закону о здравственој заштити из 2005. године (чл. 2) „Здравствена заштита јесте организована и свеобухватна делатност друштва са основним циљем да се оствари највиши могући ниво очувања здравља грађана и породице. Здравствена заштита, у смислу овог закона, обухвата спровођење мера за очување и унапређење здравља грађана, спречавање, сузбијање и рано откривање болести, повреда и других поремећаја здравља и благовремено и ефикасно лечење и рехабилитацију”.

Чланом 3 Закона „грађани Републике Србије, као и друго лице које има пребивалиште или боравиште у Републици, има право на здравствену заштиту, у складу са законом, и дужност да чува и унапређује своје и здравље других грађана, као и услове животне и радне средине”. Учесници у здравственој заштити су грађани, породице, образовне и друге установе, хуманитарне, верске, спортске и друге организације, удружења, здравствена служба, организација за здравствено осигурање, општине, градови, аутономне покрајине и Република.

Народна скупштина Републике Србије доноси план развоја здравствене заштите у циљу обезбеђења и спровођења друштвене бриге за здравље становништва.

Закон о здравственој заштити из 2005. године промовише следећа начела здравствене заштите то: начело приступачности, начело правичности, начело свеобухватности, начело континуираности, начело сталног унапређења квалитета и начело ефикасности здравствене заштите. Према овом Закону пацијенти имају следећа права: право на доступност здравствене заштите, право на информације, право на обавештење, право на слободан избор, право на приватност и поверљивост информација, право на самоодлучивање и пристанак, право на увид у медицинску документацију, право на тајност података, право пацијената над којима се врши медицински оглед, право на приговор и право на накнаду штете.

Под условима прописаним Законом здравствене установе у Србији може оснивати Република, аутономна покрајина, локална самоуправа, правно или физичко лице. Здравствена установа се према чл. 46 Закона може оснивати као: дом здравља, апотека, болница (општа и специјална), завод, завод за јавно здравље, клиника, институт, клиничко-болнички центар и клинички центар.

Обавезним здравственим осигурањем, према Закону о здравственом осигурању Србије из 1992. године, обезбеђује се здравствена заштита која обухвата:

- медицинске мере и поступке за унапређење здравственог стања, односно спречавање, сузбијање и рано откривање болести и других поремећаја здравља;
- лекарске прегледе и друге врсте медицинске помоћи ради утврђивања, праћења и проверавања здравственог стања;
- лечење оболелих и повређених и друге врсте медицинске помоћи;
- превенцију и лечење болести уста и зуба;
- медицинску рехабилитацију у амбулантно-поликлиничким и стационарним установама;
- лекове, помоћни материјал који служи за примену лекова и санитарски материјал потребан за лечење;
- протезе, ортопедска и друга помагала, помоћне и санитарне справе, стоматолошку помоћ и стоматолошке материјале.

Право на здравствену заштиту које се обезбеђује обавезним здравственим осигурањем из члана 33. Закона у здравственом осигурању из 2005. године обухвата:

1. мере превенције и раног откривања болести;
2. прегледе и лечење жена у вези са планирањем породице као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;
3. прегледе и лечење у случају болести и повреде;
4. прегледе и лечење болести уста и зуба;
5. медицинску рехабилитацију у случају болести и повреде;
6. лекове и медицинска средства;
7. протезе, ортозе и друга помагала за кретање, стајање, помагала за вид, слух, говор, стоматолошке надокнаде, као и друга помагала.

Обавезним здравственим осигурањем обухваћено је скоро целокупно становништво, односно све категорије грађана које остварују приходе и могу да плаћају допринос за здравствено осигурање за себе и чланове своје породице. Право на здравствену заштиту имају и здравствено неосигурана лица (незапослени који не остварују новчану накнаду, лица која примају материјално обезбеђење, борци, војни и цивилни инвалиди и други корисници сталних новчаних помоћи итд.). Финансирање обавезног здравственог осигурања обезбеђује се уплатом доприноса за обавезно здравствено осигурање и из других извора, у складу са Законом.

ДОСТИГНУТИ НИВО ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ДО РАСПАДА ЈУГОСЛАВИЈЕ

После Другог светског рата Србија је имала наслеђен низак ниво развоја здравствених служби, неразвијену мрежу здравствених установа и малобројан кадар (Чекеревац, 1993). Непосредно после рата донет је Закон о обавезном социјалном осигурању радника и службеника, као и законски пропис којим се обезбеђивала бесплатна здравствена заштита свих лица која болују од одређених болести (заразних, венеричних, туберкулозе, трахома, и за случај порођаја) као и деци до три године живота уз обезбеђење вакцинације. Ове мере су представљале велико финансијско оптерећење. Ширење права у области здравствене заштите су стимулисала развој здравствене службе. Здравствене службе су се концентрисале у развијенијим подручјима земље где је било више радника и службеника.

Од 1953. године у здравству је дошло до децентрализације. У комуни се концентришу већа средства за потребе здравствених служби. Потребе за здравственом заштитом су убрзано расле, али се материјална основа није развијала у складу са тим потребама. То се нарочито односило на неразвијена подручја земље, у којима су инвестиције у здравство заостајале у односу на пораст становништва (АП Косово и Метохија).

У послератном периоду је постигнут велики напредак у побољшању здравственог стања становништва што се одразило на продужење животног века. У периоду од 1948–89. године у Југославији је продужено очекивано трајање живота у моменту рођења за 22 године (од 50 у 1948. години на 72 у 1989. године). Очекивано трајање живота у 1989. години било је нешто ниже него у високо развијеним земљама (В. Британија, САД, Јапан), али више или на нивоу источно-европских земаља (World Development Report, 1991). Велики успех је постигнут у спречавању инфективних и паразитских обољења која су међу непосредним узроцима смрти у 1989. години била заступљена са 1,3%, док су 1970. године била заступљена са 4%. С друге стране, подаци за исту годину (1989) говоре да је, слично високо развијеним земљама, код нас дошло до пораста броја оболелих од болести крвотока (међу непосредним узроцима смрти биле су заступљене са 51,9%), неоплазме (заступљене са 17,3%), повреде и тровања (заступљене са 6,4%) (Статистички календар Југославије, 1991).

Медицински кадар, као најважнији елеменат основне здравствене заштите, стално је бројчано и квалитативно растао. Као и у случају других индикатора социјалног развоја велики је напредак постигнути код стопе смртности становништва, али су постојале разлике по републикама и по-

крајинама. У 1990. години по републикама и покрајинама стопа смртности становништва се кретала од 4,7 на Косову до 11,4 на 1000 становника у Хрватској (Статистички календар Југославије, 1991).

Право на основну здравствену заштиту се ширило. Тако да је од 1962. године право на основну здравствену заштиту имало целокупно становништво, мада су постојале разлике по појединим скупинама становништва. Међу републичким прописима који регулишу права из области здравствене заштите постојале су извесне разлике.

„У структури укупних трошкова у области здравства перманентно највеће учешће има стационарно-здравствена заштита (59,3% у 1986. години), затим амбулантно-здравствена заштита (33% у 1986. години), док је удео превентиве и санитарне заштите изузетно низак (4,1% у 1986. години) у односу на потребе” (Динкић, 1990:30). Захтеви становништва су расли брже од материјалних могућности њиховог задовољавања, тако да економске могућности никад нису покривале стварну тражњу за медицинским услугама. Стално је повећаван број корисника услуга у здравству уз смањење укупних средстава за те потребе што је утицало на опадање квалитета услуга и сужавање права.

Са економском кризом динамика развоја здравства је настављена, мада споријим темпом. Поред још увек неискорењених појављују се и нове болести чије је лечење веома скупо, као што је нагло ширење AIDS-а. Долази до смањења учешћа средстава за здравствену заштиту у националном дохотку од 5,76% у 1980. години на 5,24% у 1981. години, односно 5,14% у 1982. години, а затим долази до благог пораста тако да је 1989. године учешће било 5,6% што није било довољно с обзиром на обухват становништва здравственом заштитом, односно, несразмерно је у односу на призната права. Развијене земље, чија здравствена заштита не обухвата све категорије становништва и које не пружају све видове здравствене заштите без надокнаде корисника, за здравствене услуге троше знатно већа средства.

Доступност здравственим установама била је доста неуједначена по републикама и покрајинама, као и између градских и сеоских подручја због неравномерне расподеле медицинског особља и капацитета здравствених установа. Потребе су се одређивале у сагласности са захтевима идеологије, при чему је формалан доказ о испуњавању начела био значајнији од самог задовољавања потреба. Општи ниво здравственог стандарда је подигнут. Велики напредак је постигнут у смањењу стопе смртности становништва, продужењу животног века, смањењу смртности одојчади,

искорењивању заразних болести, са знатним разликама по републикама и покрајинама (Чекеревац, 1999).

ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ

Актуелни проблеми нашег друштва изузетно неповољно се одражавају на здравствену заштиту. Крајем 20. века значајно су смањена средства за здравствену заштиту што је довело до осиромашења здравствених установа и кадрова. За здравство се трошило око 4,5% друштвеног производа. У оваквој материјалној ситуацији квалитет здравствених услуга драстично је угрожен. Због све теже материјалне ситуације достигнути ниво здравствене заштите се није могао очувати, а права почињу да се сужавају. При томе је савремена медицина све скупља, трошкови за истраживање, затим за опрему, медицинске апарате и потрошни материјал апсолутно и релативно брзо расту. Многе здравствене установе раде у врло тешким условима са застарелом и амортизованом опремом, што утиче на квалитет услуга. Грађани су принуђени да сами набављају лекове и медицински материјал и плаћају пружене услуге у државним здравственим установама. Приватни трошкови су износили 35,2 % од укупних здравствених трошкова (The World Health Report 2000:195).

У 1997. години расходи за здравствену заштиту по глави становника износили су 127 USD да би у 2001. години износили само 74 USD или 81 USD без избеглица и расељених лица. Постоје значајне регионалне разлике у погледу могућности, нивоа и квалитета услуга у овој области, нарочито у сеоским подручјима, што универзално право на здравствену заштиту претвара у селективно. При томе су специјалистичке и врхунске услуге, нарочито оне у иностранству, за неке слојеве становништва недоступне. Врло велики проблем је у начину коришћења средстава, у организацији тих служби, у развијености информатике. Уочава се да је државно организована мрежа установа нерационална, да је било много волонтеризма. Оснивани су паралелни капацитети, а поједине области здравствене заштите биле су занемарене. Опрема у здравственим установама често се набавља стихијски. Контролни систем на свим нивоима здравствене заштите је нефункционалан. Ниски лични дохоци медицинских радника утичу негативно на њихову стимулацију. У оваквој ситуацији бесплатна здравствена заштита у неким случајевима подлеже регулацији црног тржишта (мито, везе итд.). Број корисника права по основу здравственог осигурања стално се смањује.

Међу значајним индикаторима, који се често користе да укажу на резултате развоја здравствене заштите, јесте смртност одојчади. Овај индикатор указује на здравствени стандард, ефикасност здравствене делатности, а уједно представља одраз општег животног стандарда становништва. Може се рећи да је најосетљивији барометар општег социјално-економског стања, а њен ниво показује ефикасност мера здравствене заштите мајке и детета. Борба за смањење смртности и продужење животног века становништва пре свега треба да почне од превладавања смртности деце јер она утиче на репродукцију становништва и смањење животног века. Низ предузетих мера смањено је смртност одојчади у Србији. Од 1998. године смртност одојчади лагано пада, уз осцилације 1993., 1996. и 2000. године када расте, тако да је 2005. године износила 8.0 на 1000 живорођених што је знатно лошије него у развијеним земљама, где је смртност одојчади испод 4 на хиљаду живорођених (на пример, у Шведској 2,77 на хиљаду живорођених). Према Миленијумским циљевима развоја до 2015. године треба да дође до смањења смртности деце. Обухват деце вакцинацијом је висока. У 2005. години 97.7% деце је вакцинисано против дифтерије, тетануса и пертусиса у првој години живота, а 95.6% је обухваћено вакцинацијом против морбила до 18 месеци живота. Нека истраживања у Србији указују да је здравље деце из ромске, избегличке и сиромашне популације угроженије.

Очекивано трајање живота на рођењу је 2004. године било 75.4 година за особе женског пола у Србији а за особе мушког пола 69.9 година. Просечно очекивано трајање живота на рођењу у развијеним земљама је од 79.1 година за жене и 74.2 године за мушкарце у Данској до 85.1 године за жене и 77.9 година за мушкарце у Јапану (UN Statistics Division, 2004). Од 1995. године очекивано трајање живота на рођењу скоро да није порасло за мушкарце, а за жене је порасло само за једну годину. За мушкарце је у периоду до 2001. године дошло чак до извесног пада очекиваног трајања живота, да би тек након 2001. године дошло до узлазне линије. У 2005. години у Републици Србији на 1000 становника је умрло 14.3.

Водећи узроци смрти у Републици Србији су болести система крвотока (56,8 %), тумора (18,8%), симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (6,14%), повреде, болести система за дисање (3,98%), тровања и последице деловања спољних фактора (3,6%), (Републички завод за статистику Србије, 2005). Високо учешће кардио васкуларних и малигних обољења у структури умирања последица је неправилне исхране, пушења и алкохола, а спољни узроци указују на не одговарајућу заштиту, како на раду, тако и у кући.

Као и код других земаља у транзицији, код нас се не троши довољно на мере јавног здравља како би се конфронтирале са растућим претњима HIV/AIDS и туберкулозе отпорне на лекове (Transition – The First Ten Years, 2002). Последњих неколико година у Србији појава нових случајева AIDS се креће од 5 до 9 ново оболелих на милион становника. Светска здравствена организација процењује да има око 10.000 HIV позитивних. Укупан број регистрованих инфицираних у Србији до децембра 2004. године износи 1893, а процењује се да је број 6–11 пута већи од регистрованог (Национална стратегија за борбу против HIV/AIDS-а, 2005). Број оболелих од туберкулозе благо је повећан и износи 36,1 на 100.000 становника (Републички завод за статистику Србије, www.statserb.sr.gov.yu, 2006).

Здравствени систем се суочава са проблемима у финансирању иако последњих година, према проценама, укупни трошкови за здравство износе и до 10% БДП.

Све већи је раскорак између нормативног и стварног у овој области. Права на здравствену заштиту премашују финансијске могућности њиховог остваривања. Сиromашне породице трпе најтежи облик здравствене угрожености. Пацијенти често, због немогућности да плате напуштају здравствену негу.

Учешће осигураника по појединим категоријама у формирању прихода здравственог осигурања по основи доприноса је следеће: запослени 84%, фондови ПИО 14%, земљорадници 1% и остали доприноси и накнаде 1%. У структури расхода за здравствену заштиту највеће учешће имају амбуланте и диспанзерске услуге, 39%, затим лечење у стационарима 33%, лекови по рецептима 13%, остала здравствена заштита 11% и зубарске услуге 4% (Билтен, 2000: 4 и 9).

Обезбеђеност становништва Србије здравственим радницима је добра и износи 372 становника на 1 лекара, 2202 на једног стоматолога, 3981 становника на 1 фармацеута и 123 становника на једног вишег и средњег здравственог радника.

На људско здравље утичу многи фактори међу којима, свакако, треба издвојити фактор животне средине. Од посебног значаја за људско здравље су: становање, исхрана, радни услови, снабдевање исправном водом за пиће, правилно одлагање отпадних материја и контрола загађења животне средине. Одређене карактеристике окружења изазивају инфекције дигестивног тракта или астму. Здравље људи је угрожено уколико живе у загађеној средини. Загађење ваздуха, воде, бука и зрачење главни су узрочници нарушавања здравља. У нацрту Стратегије јавног здравља

у Србији акценат је на промоцији здравља и примарној превенцији путем деловања на детерминанте здравља.

Бактериолошки и хемијски неисправна вода за пиће може довести до поремећаја дигестивног система, хроничних и инфективних болести. Отпадне воде могу довести до епидемија. Према неким истраживањима у ромским нехигијенским насељима овај ризик је врло висок. Нехигијенски услови становања и непостојање канализационе мреже такође представља велики ризика.

У Србији годишње на радном месту живот изгуби око 200 људи, док се повреди око 27000 радника. У укупном броју пензионера у Србији око једне трећине су инвалидски пензионери (око 400000 инвалидских пензионера). У овој популацији 135000 су они који су због лоших услова рада задобили телесно оштећење.

У новом Закону о заштити здравља и безбедности на раду, који се ступио на снагу 2005. године, прописано је увођење мера за подстицање безбедности и здравља запослених. Мере се односе на превенцију ризика, елиминисање фактора који могу довести до несрећних случајева.

РЕФОРМЕ У ЗДРАВСТВУ

Здравствена политика треба да произилази из укупне друштвено-економске и социјалне политике. На основу дефинисања основних праваца развоја система здравствене заштите формулишу се законски и подзаконски акти. Како већ дужи временски период постоје бројне тешкоће у систему здравствене заштите реформе су неминовне у свим њеним сегментима. Реформа је континуиран процес који треба да прати промене друштвено-економског система у циљу очувања и унапређења здравља становништва, омогућавања једнаке доступности здравственој заштити, селективне децентрализације у области управљања ресурсима и ширења извора и начина финансирања, побољшања здравственог система уз остваривање посебних програма, кадровског јачања, као и дефинисање улоге приватног сектора.

Очување и унапређење здравственог стања становништва могуће је уз предузимање посебних активности које се реализују кроз интерсекторску сарадњу и повезивање са заједницом. Наравно, од појединца, породице и заједнице се очекује да побољшају способности за унапређење здравља.

Влада Републике Србије почетком 2002. године усвојила је документ „Здравствена политика Републике Србије” којим је утврђен као један од

основних циљева у реформи здравственог система „постављање корисника (пацијента) у центар система здравствене заштите”, што треба да допринесе већем учешћу становништва у одлучивању о здравственој заштити.

Реформа система здравствене заштите започета је пре четири године. У међувремену су припремљени и усвојени Закон о лековима и медицинским средствима, који је хармонизован са захтевима Европске уније (Службени гласник РС, бр. 84/2004), Закон о здравственој заштити (Службени гласник РС, бр. 107/2005), Закон о здравственом осигурању (Службени гласник РС, бр. 107/2005, 109/2005), Закон о коморама здравствених радника (Службени гласник РС, бр. 107/2005). Поред наведених усвојен је и Закон о заштити становништва од заразних болести и Закон о санитарној инспекцији.

У реформи здравствене заштите значајно место је дато превентиви која је у претходном периоду била запостављена, недовољно финансирана, без законске регулативе, без адекватне сарадње здравствених установа са локалном заједницом итд. Стручњаци сматрају да приоритет треба дати праћењу и превенцији хроничних не заразних болести, савременој контроли и превенцији заразних болести, побољшању здравственог информационог система, спровођењу стручног надзора, испитивању изложености становништва штетним материјама из животне средине итд. У стратегији за решавање ових проблема предложено је, између осталог, спровођење превентивног програма на националном нивоу, спровођење националних локалних кампања, израда водича добре праксе, боља едукација едукатора, интензивније здравствено васпитање становништва итд. (Реформе у здравству, 2002).

У току реформе предузимају се решења за проблеме примарне здравствене заштите као основе система здравствене заштите. Нерационално пословање у примарној здравственој заштити, недостатак повезаности и координације са другим секторима у локалној заједници који се баве здрављем, лоша комуникација између примарног и секундарног нивоа здравствене заштите, недостатак критеријума и параметара за процену квалитета рада у примарној здравственој заштити, прекомерно коришћење услуга и зависност пацијената од здравствених радника без развијене одговорности за сопствено здравље, неки су од проблема које треба решавати.

Решења се виде у рационализацији пословања домова здравља, привхватању других организационих решења која би повећала ефикасност и квалитет рада, увођењу концепта породичне медицине, едукацији и до-едукацији здравствених радника уз поштовање чињенице да је концепт

породичног лекара већ присутан у руралним подручјима. Поред тога предвиђа обезбеђивање боље координације и комуникације у праћењу превентивних програма и активности на промоцији здравља на свим нивоима здравствене заштите. Идентификовање проблема и кључних актера за њихово решавање у локалној заједници, као и њихову одговарајућу координацију и комуникацију међу њима (партиципација заједнице) уз дефинисање основног пакета услуга (корпа услуга) на нивоу примарне здравствене заштите који би се финансирао из средстава Републичког завода здравственог осигурања, приоритетан је задатак. Већа пажња се мора посветити квалитету рада у примарној здравственој заштити као и јавности рада на нивоу домова здравља, инсистирањем на поштовању права пацијената повећавањем одговорности здравствених радника. Обезбеђење неопходних услуга одговарајућег квалитета целокупном становништву представља важан задатак у реформи система здравствене заштите. Уз то је неопходно повећати ефикасност коришћења постојећих ресурса, њиховом бољом расподелом, развојем информационог система и менаџмента. Свакако, укључивање приватног сектора на нивоу локалне заједнице у систем здравствене заштите и обезбеђење његовог равноправног третмана (извештавање о броју пружених услуга, контрола цена и контрола квалитета рада) је неминовност. Не треба занемарити ни активну сарадњу и одговорност пацијената за своје здравље.

Примарна здравствена заштита усмерава се према породици. Скупо болничко лечење смањује се уз развијање алтернативе у виду дневних болница и кућне неге и лечења. Контрола квалитета рада здравствених установа свакако је неопходна као и повезивање и сарадња општинских болница и примарне здравствене заштите. Ту ће значајну улогу имати удружења здравствених радника. Према закону о локалној самоуправи одређени делови примарне здравствене заштите (формулисање програма здравствене заштите на локалном нивоу, преношење финансијских средстава за реализацију програма итд), спадају у нове надлежности локалне заједнице.

Уочени проблеми у секундарној здравственој заштити (неправилно распоређен постелни фонд и постојање великог броја запослених радника, нарочито немедицинског кадра) могу се превазићи унапређењем организације, квалитета, опремљености и едукованости, као и коришћењем слободних капацитета за нестандартне услуге. Такође је потребно преоријентисати део болничких капацитета у дневне болнице и у одељења за терминална стања, дефинисати стандард опреме, дефинисати пакет услуга за секундарни ниво здравствене заштите, обезбедити

дијагностичке и терапијске протоколе који су нужност и гарантују квалитет и рационалност итд.

Терцијарни ниво здравствене заштите такође се реформише. Неопходно је и успостављање боље сарадње и регулативе између примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите, дефинисати и заштитити права лекара паралелно са дефинисањем права пацијената, успоставити нормативе здравствених услуга и цена итд.

У документу „Здравље за све у 21. веку” (Савезни завод за заштиту и унапређење здравља СЗО, 2001) Светска здравствена организација поставља глобалне приоритете за прве две декаде XXI века и представља циљеве који треба да створе неопходне услове за достизање и задржавање највећег могућег нивоа здравља људи широм света. „Здравље за све у 21. веку”, разматра све циљеве, вредности и стратегије у области здравља. Он, такође, обухвата актуелне здравствене проблеме у региону, као и политике, економске и социјалне промене и могућности које оне пружају. Сиромаштво је, према овом документу, главни узрок лошег стања здравља и недостатка социјалне кохезије. „Здравствено стање се погоршава у оним земљама где економија не омогућује адекватне приходе за све слојеве друштва, где је социјални систем у колапсу и где се природним ресурсима не располаже на адекватан начин” (Савезни завод за заштиту и унапређење здравља СЗО, 2001).

Свакако је неопходно уложити више колективних напора. Они ће се усмерити кроз међународне институције, фондове и земље донаторе који ће повећати обим и ефикасност подршке развоју здравља у земљама где је то најпотребније. Поред владе, невладиних организација и грађанског друштва, значајну улогу треба да има и приватни сектор.

Ангажовање средстава јавног информисања и комуникација, а нарочито интернета и телевизије, пружа велику прилику за информисање и образовање становништва као и јачање уверења у важност личне и колективне бриге за здравље.

Са увођењем тржишног привређивања код нас здравствене установе се делимично приватизују, што значи да је укинут монопол државних установа. Развија се конкуренција и приватна иницијатива. При томе треба омогућити да здравствено осигурање плаћа лечење пацијента и у приватним установама. Законом о здравственој заштити омогућено је обављање приватне праксе и оснивање здравствених установа од стране физичких лица. Тако медицинске услуге пружају установе које се налазе у државном и приватном власништву. Законом је утврђена и равноправност здравствених установа у стицању средстава за рад. Држава и локалне

власти требало би да утврде стандарде и да прате квалитет пружених услуга. За сада највећи део становништва није у могућности да обезбеди средства за лечење у приватним установама. У Србији се планира низ акција, које ће допринети да се здравствена заштита становништва унапреди. Рационално трошење средстава и боља организација посла свакако је потребна, као и стварање бољих услова рада и бољег награђивања здравствених радника који чине основни ресурс. Указује се на потребу јачања примарне здравствене заштите, као и примарне заштите у породици. Нови приступ, који је пре више година прихваћен у свету, а код нас све више има присталица, је приступ промоције здравља.

У новим условима је могуће упоредо постојање три вида осигурања: обавезно државно осигурање које уз бенефиције плаћају послодавци и запослени из својих доходака, затим обавезно приватно осигурање за секундарну и терцијарну здравствену заштиту уз финансирање послодавца и запослених и добровољно приватно осигурање за покриће ширег обима заштите и квалитета услуга. Приватизација здравственог осигурања мора да се одвија постепено. Примарна здравствена заштита треба да буде обезбеђена из буџетских средстава. Буџетска средства секундарну и терцијарну здравствену заштиту треба да обезбеде само селективно (за децу и одрасле изнад 65 година). У свим облицима здравствене заштите од партиципације треба да буду ослобођена слабо материјално обезбеђена и стара лица. Циљ реформе је, свакако, побољшање квалитета здравствене заштите.

Начин, поступак и извори финансирања рада здравствених установа регулисан је Законом о здравственој заштити и Законом о здравственом осигурању. Закон о здравственој заштити из 2005. године чл. 159 одређује да здравствена установа, односно приватна пракса може стицати средства за рад од организације здравственог осигурања, буџета, продаје услуга и производа који су у непосредној вези са здравственом делатношћу здравствене установе, обављања научноистраживачке и образовне делатности, издавања у закуп слободног капацитета, легата, поклона и завештања. Државни и приватни сектор треба да комплементарно делују и међусобно сарађују у интересу корисника. Стихијно препуштање здравствене заштите приватном сектору имаће негативне последице.

Приоритет у реформи здравствене заштите су смањење морбидитета и морталитета становништва, усклађивање права из здравственог осигурања са материјалним могућностима друштва и стварање модерног, одрживог децентрализованог и транспарентног система здравствене

заштите (Национална стратегија Србије за приступање Србије и Црне Горе ЕУ, 2005)

У извештају о имплементацији стратегије за смањење сиромаштва у Србији наводи се:

1. „Реформа финансирања система здравствене заштите, укључујући реформу система здравственог осигурања и развијања нових модела плаћања давалаца услуга на нивоу примарне, секундарне и терцијарне заштите.
2. Смањење броја запослених у здравству увођењем нових стандарда обезбеђености и перформанси, почев од административних и техничких радника до медицинских сестара, лекара, стоматолога и фармацеута.
3. Трагање за могућностима приватизације у здравственом систему, нарочито у области стоматолошке и фармацеутске здравствене службе, службе за рехабилитацију, као и интензивније интегрисање приватне праксе у јавни здравствени систем.
4. Реструктурирање клиничких центара путем кредита Европске инвестиционе банке.
5. Оснивање и развијање независних националних тела за лиценцирање, процену здравствених технологија, акредитацију и стално унапређење квалитета рада у здравству” (Први извештај о имплементацији Стратегије за смањење сиромаштва у Србији, 2005: 44).

КОЈИ СУ ИЗАЗОВИ?

У Србији, као и у многим другим земљама, увелико недостају средства и потенцијали, тако да се чине неадекватни напори да се постигне праведност у финансирању здравства. Утицај је, несумњиво, најсуровији на сиромашне, који су гурнути дубље у сиромаштво недостатком финансијских средстава за заштиту здравља.

У Србији постоје стручни кадрови, посвећени послу, који раде на свим нивоима да унапреде здравље својих заједница. Такође је развијена мрежа здравствених установа. Ипак, мало је аргумената да је здравствени систем допринео енормно бољем здрављу за већину становништва. На почетку новог века постоји потенцијал и нада да ће се постићи велика унапређења. Појављује се мрежа невладиних организација које се ангажују на унапређењу здравља.

Треба имати у виду да слабо структурирани, лоше постављени, неефикасно организовани и неадекватно финансирани здравствени системи могу учинити више штете него користи. У Србији се осећа недостатак мултисекторске сарадње, неодговарајуће финансирање програма унапређења здравља, недовољан приступ здравственој заштити маргинализованих група итд. Крајња одговорност за државни здравствени система лежи на влади, која за узврат треба да укључи све секторе друштва у свој надзор. Стручњаци Светске здравствене организације, с правом указују да пажљиво и одговорно руковођење благостањем популације је суштина доброг руковођења, при чему је здравље народа увек национални приоритет а владина одговорност за њега је непрекидна и постојана (The World Health Report, 2000).

Стриктније надгледање оних који пружају услуге и осигурање у приватном сектору мора бити приоритет националне политике. Треба направити разлику између пружаоца услуга (како јавних тако и приватних) који доприносе циљевима здравства и оних који праве штету, или су без ефекта на њега, и подржати их или санкционисати. Политика промена равнотеже између аутономије пружаоца услуга и потребне одговорности треба да буде надгледана непосредно у смислу њиховог утицаја на здравство, одговорност и расподелу финансијског оптерећења. Појава све већег броја приватних ординација и клиника намеће потребу супервизије. Стручњаци WHO истичу да је надзор здравственог система, за који је одговорна влада, потребан како би се побољшали резултати. То захтева садржајну, свеобухватну визију политике која препознаје све најважније учеснике и додељује им улоге. Треба користити реалне ресурсе и фокусирати се на достизање системских циљева. Потрошачи здравствених услуга морају да буду боље информисани о томе шта је добро, а шта није за њихово здравље, које све врсте услуга могу добити, зашто се не могу сва њихова очекивања испунити, али и да имају права, која сви они који пружају услуге треба да поштују. Значајна је активност на мотивацији становништва, посебно деце и омладине, за прихватање здравих стилова живота. Појам „права пацијента” треба да се унапређује и да се оснује механизам за брзо и праведно откривање његовог кршења. Стручњаци WHO наводе да владе могу да охрабре различите облике плаћања унапред – базирана на запослењу, на локалној заједници, или базирано на пружаоцу услуга – као део припремног процеса консолидовања малих фондова у веће (The World Health Report 2000). Више удруживања средстава финансирања омогућава унакрсне дотације од богатих сиромашнима и од здравих болеснима. Изазови са којима се суочавају највећи број тран-

зиционих економија тичу се рационализације система са вишком особља и капацитета и релоцирање уштеда на комплементарна улагања. У циљу најефикасније прерасподеле трошкова влада треба да одлучи коју врсту здравственог система жели са јасним разграничењем ко шта обезбеђује и ко и зашто плаћа.

ЛИТЕРАТУРА

- Билтен 2000, Савезни завод за социјално осигурање, Београд.
- Герић Р., (1978) Социјална медицина, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд.
- Динкић М., (1990) Управљање развојем заједничких потреба, Економски институт, Београд.
- Economic and Social Council, 2001 Report on the World Social Situation, May 2001, English
- Закон о заштити здравља и безбедности на раду, 2005, „Службени гласник Р Србије.
- Закон о здравственој заштити и здравственој служби, Службени гласник СР Србије бр. 32/1968.
- Закон о здравственој заштити, „Службени гласник РС, бр. 107/2005.
- Закон о здравственој заштити, Службени гласник РС, бр. 17/1992.
- Закон о здравственој заштити, Службени гласник СР Србије, бр. 30/1979.
- Закон о здравственом осигурању, Службени гласник РС, бр. 107/2005 и 109/2005 испр.
- Закон о здравственом осигурању, Службени гласник РС, бр. 18/1992.
- Национална стратегија за борбу против HIV/AIDS-а, (2005), Република Србија, Министарство здравља, Београд.
- Национална стратегија Србије за приступање Србије и Црне Горе Европској унији, Влада Републике Србије, Канцеларија за придруживање Европској унији, јун 2005.
- Први извештај о имплементацији Стратегије за смањење сиромаштва у Србији, (2005), Влада Републике Србије.
- Републички завод за статистику Србије, (2004) Друштвено-економска кретања у 2003. години, Београд.
- Републички завод за статистику Србије, www.ststserb.sr.gov.yu, 2006.
- Републички завод за статистику Србије, јуни 2005. године, Београд.
- Реформе у здравству, (2002) Материјал са саветовања, Златибор.

- Савезни завод за заштиту и унапређење здравља СЗО, Канцеларија Београд, 2001, Здравље 21: Увод за политику „Здравље за све” Светска здравствена организација за европски регион.
- Стаматовић и др., (1996), Здравствена заштита и осигурање, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд.
- Статистички годишњак Југославије 1991, Савезни завод за статистику, Београд.
- Статистички годишњак Југославије 2000, Савезни завод за статистику, Београд.
- Стратегија за смањење сиромаштва у Србији, (2003) Влада Републике Србије, Београд.
- Transition –The First Ten Years, Analysis and lessons for Eastern Europe and the Former Soviet Union, (2002) The World Bank, Washington.
- The World Health Report 2000, World Health Organization, Geneva.
- UN Statistics Division – Demographic, Social and Housing Statistics, (2004) <http://unstats.un.org/unsd/demographic/sociaj/unempl.htm>
- Чекеревац А., (1993), Социјална политика у развоју друштвених делатности у земљама Источне Европе, Докторска дисертација, Универзитет у Београду.
- Чекеревац А., (1999), Упоредна и међународна социјална политика, Савез друштава социјалних радника Р Србије, Београд.
- World Development Report, (1991) Oxford University Pres.

HEALTH PROTECTION IN SERBIA

By Ana Ćekerevac

ABSTRACT

This concise approach to health protection in Serbia analysis, in short, modern concept of health protection, achieved level of development of health services in former Yugoslavia comparing to developed and former socialist states, crisis of system, necessary reforms, as well as challenges being faced by all societies attempting to improve health protection.

Reform of health protection system is a complex continual process which must be harmonized with development of political, economic and social-political system of any country.

Key words: concepts of health protection, health protection, health insurance, reforms.