ГОДИНА XXXV

Број 3
ЈУН, 2006. ГОДИНЕ

ЧАСОПИС ЗА СОЦИЈАЛНУ МЕДИЦИНУ, ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ, ЕКОНОМИКУ, ИНФОРМАТИКУ И МЕНАЏМЕНТ У ЗДРАВСТВУ

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Уређивачки одбор:

Председник:
Прим. др Илија Трипковић

Главни и одговорни уредник:
Проф. др сц. мед. Предраг Довијанић

Заменик главног и одговорног уредника:
Проф. др Мирјана Мартинов-Цвејин

Чланови:
Др Василије Антић
Светлана Вукајловић, дипл. правник
Раде Николић, дипл. правник
Проф. др Момир Царевић
Прим. др Тања Кнежевић
Рајко Гргуревић, dipl. ecc.
Др Вуко Антонијевић
Прим. др Мирјана Велимировић

Секретар:
Милка Томић-Каришик

ВЛАСНИК И ИЗДАВАЧ: Комора здравствених установа Србије – Београд

За издавача: Рајко Гргуревић, dipl. ecc.
Уредништво и администрација: 11000 Београд, Нушићева 25/1

Тел/факс: (+381 11) 3615-358, 3615-371; Жиро-рачун: 205-4707-32

Припрема за штампу: И.П. „Обележја“, Патријарха Јоаникија 20а/54, 11 000 Београд

Лектура-коректура:
Ковиљка Дабић, проф.

Технички уредник:
Синиша Ћетковић

Тираж:
500 примерака

Штампа:
„Сека“, Београд

Часопис „Здравствена заштита“ евидентиран је под бројем YU ISSN 0350-3208 у Библиографији Југославије, серијске публикације. Са овим YU ISSN бројем наћи ће се у светској бази о серијским публикацијама (ISSN база) са седиштем у Паризу.

Чланци из часописа објављују се у Библиографији Југославије. Чланци и прилози у серијским публикацијама, Серија Б.

* * *

На основу мишљења Министарства за науку, технологију и развој Републике Србије бр. 413-00-397/2002-01 од 30.04.2002. године часопис „Здравствена заштита“ је ослобођен плаћања пореза на промет, као публикација од посебног интереса за науку.

Садржај

Стручни и научни радови

Др сц. мед. Зорица Димитријевић
Изазови јавног здравља у Републици Србији 1

Доц. др Слађана Јовић, ВМС Анђелија Котић, др Оливер Петровић
Организација здравствено промотивних активности
у локалној заједници и партнерство за здравље 11

Мр Драгојле Раичевић
Финансирање и уговарање здравствене заштите у Републици Србији . . . 23

Извод из новог закона о здравству

Изводи из Закона о здравственој заштити (III део) 43
Изводи из Закона о здравственом осигурању (II део) 55

Вести и новости из Министраства здравља Србије 65

Вести и новости из система здравства Србије 69

Календар стручних скупова у Европи (септембар-октобар 2006.) 77

Упутство ауторима 79

Стручни и научни радови

Изазови јавног здравља у Републици Србији*

З. Димитријевић[1]

Јавно здравље представља једну од најзначајнијих савремених тема у области здравствене заштите. Имајући у виду да је јавно здравље усмерено управо ка превенцији и контроли фактора ризика и промоцији физичког и менталног здравља, то се и делатност ове гране здравствене заштите одвија континуирано, у циклусима. Почетак тих циклуса представља дијагностиковање актуелних проблема, а крај – имплементација активности и мера које би требало предузети како би се решили уочени проблеми. Имајући у виду да се у току свих фаза реализације циљева и примене стратегије решавања јавно здравствених проблема укључује мониторинг, корекција плана, промена стратегије, мера и активности, то отежава достизање крајњег циља. шта више, врло брзо се суочавамо са чињеницом да се круг још није ни затворио, а већ се јављају нови проблеми јавног здравља, отварајући нови циклус активности у овој области.

Ashton и *Seymore* (1998), у књизи под насловом „Ново јавно здравље“, упоређујући „сизифовски“ посао у области јавног здравља са службом за спасавање утопљеника, кажу: „Повремено је особа која се дави одвучена далеко. Спасиоци скачу у помоћ, враћају жртву и оживљавају је. Још нису ни завршили, а појављује се нова особа одвучена далеко од обале. И тако, у круг. Спасиоци немају времена да ходају уз реку како би спречили нове жртве да падну у воду и стално се питају због чега толико људи страда.“

Чињеница да су проблеми јавног здравља у једном друштву континуирано присутни и потреба да се они решавају „у ходу“, одваја их од такође сложених проблема у области медицине. *Everett Koop* (1999) у својој публикацији под насловом „Шта је то јавно здравље“ наводи да је „здравствена заштита од виталног интереса за све нас понекад, а јавно здравље – увек“. Зашто је то тако и које би механизме требало покренути да би проблеми јавног здравља били што мањи, а њихова учесталост што ређа? Одговор лежи у потенцијалу целог друштва које је генератор, како продуковања тих проблема, тако и њиховог решавања мултисекторским приступом. Држава би требало да буде „координатор“ плана и програма јавног здравља на ширем плану, имајући у виду њен директан интерес да становништво буде здраво, а живот квалитетнији и бољи.

Шта је то јавно здравље?

Постоји више дефиниција јавног здравља. У америчком речнику термина (*The American Heritage Dictionary*) наводи се да је јавно здравље „наука и пракса заштите и унапређења здравља у локалнј заједници путем превентивне медицине, здравственог васпитања, контроле заразних болести, санитарног надзора и праћења еколошког хазарда“. Светска здравствена организација даје две дефиниције јавног здравља које имају готово исти смисао. У 1998. години Светска здравствена организација дефинише јавно здравље (*Health Promotion Glossary*) као „науку и уметност унапређења здравља, спречавања болести и продужења живота кроз организоване напоре заједнице“. Годину дана касније иста организација проширује дефиницију јавног здравља (*Sustainable Health in the 21st Century*), наглашавајући „унапређење фи-

* Из: „Прва година живота“ - часопис за рад са родитељима, Градски завод за заштиту здравља, Београд.

[1] Др сц. мед. Зорица Димитријевић, научни сарадник, Градски завод за заштиту здравља, Београд

зичког и менталног здравља кроз заједничке напоре заједнице“.

Уз претпоставку да је наука „знање“, а да је уметност „слобода мисли“, ову дефиницију Светске здравствене организације можемо парафразирати једном сентенцом коју је изрекао енглески политиколог *Harold Joseph Laski* (у делу *Modern State*, објављеном 1919. године), која гласи: „Знање и слобода мисли једина су јемства друштвенг благостања“. Наиме, дефиниција јавног здравља јасно имплицира поред чисто прагматичке медицинске идеје и филозофски аспект повезаности здравља (физичког, менталног и социјалног) и друштвеног благостања, кроз мобилизацију истог тог друштва на плану јавног здравља.

Јавно здравље представља актуелну и значајну област здравства која одсликава спремност државе и друштва да обезбеди добробит за све грађане кроз унапређење здравља и очување здраве животне средине, као фактора од директног утицаја на здравље. Томе би се свакако морала додати и потреба решавања јавно здравствених проблема на свим нивоима друштва – националном, регионалном и локалном, од којих се решавање „локалних“ проблема показало најделотворнијим и од највеће непосредне користи за заједницу.

Колико је тема јавног здравља актуелна у развијеном свету, говори податак да је посебна комисија Савета Европске уније сачинила Програм новог јавног здравља за период од 2003. до 2008. године, у коме је тежиште јавно здравственх активности усмерено управо на локалну заједницу и њену улогу у спровођењу јавно здравствене политике.

Програмом су дефинисана три основана циља:

- унапређивање информација и знања у области јавног здравља
- омогућавање брзе реакције и одговора на опасности по здравље
- утврђивање главних детерминанти здравља у правцу смањења смртности становништва и продужења година живота.

Унапређење информација и знања у области јавног здравља подразумева не само транспарентност, ажурност и боље коришћење података којима се оперише у овој области него и све аспекте учења теорије и вештина у области јавног здравља. Едукација обухвата професионалце различитих дисциплина релевантних за јавно здравље, али и непрофесионалце који учествују у овим сложеним јавним пословима.

Брза реакција на опасности по здравље у условима појаве нових епидемија, загађења и изненадних катастрофа везаних за животну средину, као и тероризма и ратова који представљају највећу опасност за савремени свет, чини се једном од најважнијих активности у области јавног здравља, посебно оних земаља које су достигле висок ниво друштвено-економског развоја, какве су земље чланице Европске уније.

Утврђивање главних детерминанти здравља, са циљем смањења смртности и продужења просечног људског века, и дефинисање „нових“ индикатора здравља, требало би да допринесу глобалном циљу – смањењу броја болесних особа и повећању броја здравих. Овај европски циљ логичан је наставак претходна два, јер су предуслови његове реализације унапређење знања и вештина, боља информисаност и елиминација свих превентабилних фактора ризика по човеково здравље.

Шта је ново јавно здравље?

Идеја да се јавно здравље, као посебна дисциплина, дигне на виши ниво јављала се постепено. Њени корени су у декларацији из Алма Алте, сачињеној средином осамдесетих година, и у јачању идеје „промоције здравља“, деведесетих година двадесетог века. Ова је идеја формално подржана на две важне конференције – у Отави 1986. и Џакарти 1992. године, на којима су отворена питања механизама помоћу којих би требало унапредити здравље, спречити настанак болести и обезбедити здравију и бољу животну и радну средину. Решење је нађено у

партнерству, односно тешњој сарадњи неколико важних сектора и дисциплина, сарадњи државног и цивилног сектора, као и усмеравању свих активности ка локаном нивоу.

Ново јавно здравље проистекло је из различитих сценарија будућег развоја здравствених система у земљама Европе, још пре потписивања уговора из Мастрихта и формалног преласка у европске заједнице ових земаља, у чвршћу економску и политичку везу. Наиме, стварање Европке уније отворило је брзброј политичких тема. У области здравства ове теме су се кретале од приоритета за развој здравственог система, преко квалитета здравствене заштите, доступности здравствене службе, развоја менаџмента, до развоја информационих система и информисања. Постигнут је апсолутни консензус о поштовању националних стратегија, повезивања и колаборација, као и поделе ресурса земаља чланица када то прилике буду налагале.

Формално, Програм новог јавног здравља настао је након формирања посебне комисије од стране Здравственог савета Европске уније, у јуну 2002. године. Он је формулисан кроз три основан циља о којима је било речи, али је генерални циљ овог документа био заштита здравља сваког појединца а основни инструмент за реализацију овог циља – хармонизација законодавстава између земаља чланица Европске уније које регулишу области здравствене заштите. Најкраће, постигнуто је да се кроз концепт новог јавног здравља у први план стави промоција здравља и примарна превенција које би се реализовале на ширем плану и оријентисале на популацију у целини или популационе групе и локалну заједницу. Такође је прецизирано да се ови циљеви спроводе кроз јачање партнерства између дисциплина, сектора, организација и појединаца, снажно подржаних од стране државе која креира политику у овој области и финансијски помаже реализацију те политике.

У том смислу, ново јавно здравље у односу на „старо“ мање је биолошки детерминисано, а више здравствено, оно је мање институционализовано а више *community based*, односно оријентисано ка националном, регионалном и нарочито локалном нивоу. Кроз ново јавно здравље остварује се пуна сарадња здравственог и других сектора, обезбеђује се интердисциплинарни и тимски рад, као и широка сарадња са цивилним, невладиним сектором. У концепту новог јавног здравља препознаје се значај ове области за друштво и појединца, као и потреба за континуираним учењем и савладавањем вештина, пре свега јавно здравствених радника професионалаца, али и свих других који учествују у заједничким активностима на плану јавног здравља. Значај јавног здравља препознаје се у новом концепту и кроз нов начин финансирања, који јасно изражава интерес државе за развој ове области. То подразумева издвајање већег удела средстава за потребе јавног здравља из државног буџета него из фондова здравственог осигурања.

Шта је национална стратегија јавног здравља?

Национална стратегија јавног здравља представља део стратегије развоја здравственог система, део стратегије развоја друштва, односно, део глобалне стратегије која се остварује кроз сарадњу на међународном плану. Кључне тачке те стратегије јесу промоција здравља и примарна превенција, а њени циљеви формулишу се према приоритетним проблемима појединих држава које треба решавати у области јавног здравља и који се разликују од земље до земље.

Да би се формулисала национална стратегија јавног здравља потребно је придржавати се одређених принципа. Ти принципи су следећи:

- Суочавање са „одговорношћу“ за здравље и улогом друштва и државе у унапређењу здравља становништва и развијање свих облика партнерства
- Јачање професионализма и одговорности јавно здравствених радника
- Фокусирање на популационе групе или популацију у целини

- Оријентација ка проблемима локалне заједнице
- Развијање интерсекторске сарадње и мултидисциплинарног рада
- Усмеравање на социо-економске детерминанте здравља и факторе ризика.

Међутим, поред принципа о којима је било говора и раније, потребно је постићи и одређене предуслове за формулисање циљева националне стратегије јавног здравља. Ти предуслови су следећи:

- Успостављање националних приоритета у области јавног здравља
- Померање тежишта активности са болести на детерминанте здравља и факторе ризика
- Спремност на иницирање, креирање и спровођење активности у заједници које су усмерене на промоцију здравља
- Прикупљање и обрада података упоредивих са подацима других европских земаља
- Промовисање политике јавног здравља засноване на доказима
- Унапређење квалитета јавног здравља
- Развијање система за брзо реаговање у ванредним ситуацијама.

Оно што је још један битан предуслов за формулисање националне стратегије јавног здравља јесте потреба да се препознају димензије проблема и њихова компатибилност са „универзалним“ функцијама јавног здравља. Функције јавног здравља одређују обим активности које оно треба да спроводи и карактер тих активности, како би се послови у овој области јасно дефинисали у односу на друге послове у здравству, екологији, социологији, просвети, итд., а да се при том обезбеди неминовна и неопходна подела посла између ових дисциплина.

*Функције јавног здравља**

1. Праћење здравственог стања становништва, како би се идентификовали проблеми заједнице
2. Постављање дијагноза и истраживање здравствених проблема и здравствених ризика
3. Информисање, едукација и обука људи да брину о сопственом здрављу
4. Моблизација партнерства у заједници са циљем да се идентификују и реше здравствени проблеми
5. Развој политике и планова који би подстакли индивидуалне активности и активности у заједници
6. Јачање закона и правила који би заштитили здравље и осигурали безбедност људи
7. Обезбеђење неопходних здравствених услуга које се пружају становништву
8. Обезбеђење компетентности јавно-здравствених услуга
9. Евалуација ефикасности, приступачности и квалитета здравствених услуга
10. Истраживање нових начина и иновативних решења здравствених проблема у заједници.

Систем јавног здравља у Републици Србији

За систем јавног здравља на свим нивоима одговорна је влада Републике Србије. Поред Министарства здравља, ту су и остала министарства – за рад и запошљавање, социјална питања, заштиту животне средине, просвету и спорт, за науку и технологију, пољопривреду, шумарство и водопривреду, финансије, привреду, унутрашње послове, културу. Наиме, у зависности од карактера проблема у области јавног здравља, сви јавни сектори могу бити ангажовани и одговорни.

Систем јавног здравља чине мреже различитих институција и служби. Најважнију улогу у области јавног здравља имају заводи и институти за заштиту здравља, организовани на републичком, регионалном и градском нивоу. Мрежу завода за заштиту здравља чине 24 завода за заштиту здравља, чији је

* Извор: *WHO, Terminology fof European Health Policy Conference, Copenhagen: Reg. office for Europe, 1994.*

главни задатак не само стручно-методолошка координација целокупне области јавног здравља већ и непосредно учешће у бројним јавно здравственим активностима у области промоције здравља, превенције болести и заштите човекове средине.

Значајну улогу у систему здравља имају и домови здравља који су одговорни за рад на локалном нивоу. Њихову мрежу чини преко 60 установа примарне здравствене заштите на подручју Србије без Косова и Метохије. Здравствене услуге превентивног карактера чине око двадесет одсто свих услуга које се пружају у домовима здравља. Већину запослених у дому здравља чине лекари опште праксе, педијатри, гинеколози, специјалисти медицине рада, стоматолози и медицинске сестре, који се баве превентивном и куративном делатношћу, али и лекари других специјалистичких грана који обезбеђују консултативно специјалистичке услуге.

Део система јавног здравља чине и инспекцијске службе: здравствене заштите, санитарног надзора, комуналне, тржишне и ветеринарске заштите, као и образовне установе, односно, факултети, више и средње медицинске школе и школе других релевантних струка, основне школе, предшколске установе и установе социјалне заштите. Невладин сектор јавног здравља чине друштва и удружења различитог типа – за рак, шећерну болест, хипертензију, АИДС, церебралну парализу, стара лица, као и верске организација и Црвени крст.

Област јавног здравља регулисана је великим бројем законских и подзаконских аката, а финансирана из фонда Завод за здравствено остигурање, делимично из републичког и локалних буџета, као и средстава зарађених на тржишту. Овај начин финансирања посебно се односи на заводе за заштиту здравља који су носиоци јавно здравствених функција код нас. Домови здравља су финансирани из Репбуличког завода за здравствено осигурање, а у здравственој заштити радника делимично учествују (партиципирају) и послодавци.

Проблеми јавног здравља са којима се суочава Република Србија

Иако на први поглед изгледа да је јавно здравље код нас добро организовано, постоје бројни изазови који указују на недостатке и мане тог система. Наиме, изазови јавног здравља са којима се суочава Република Србија проистичу из недовољно осавремењеног модела организације, пре свега примарне здравствене заштите као базичног дела система здравства, а донекле и завода за заштиту здравља. Домови здравља прилично су затворени у сопственим оквирима, без потпуне сарадње и „повратне информације“ у оквиру реферaлног здравственог система и са другим институцијама и организацијама ван система здравства. Балас за овакав систем јавног здравља код нас представља и начин финансирања који не одражава спремност државе да искрено подржи област јавног здравља, као и неразумевање његовог значаја за читав систем здравствене заштите и друштва у целини.

Имајући у виду ове чињенице, изазови јавног здравља у Србији могу се посматрати у два нивоа. Први је глобални, проистекао из запажања и искуства стручњака који се баве јавним здрављем, посебно организацијом здравствене службе. Други ниво проблема, односно изазова, везан је за свакодневни рад и прагматичну страну овог питања које се тиче конкретног рада у тој области и низа проблема са којима се суочавају сви учесници јавног здравствених активности.

***Први ниво изазова*:**

- Област јавног здравља сувише је институционализована
- Учешће локалне заједнице у јавно здравственим активностима је недовољна
- Јавно здравље више је медицински а мање здравствено оријентисано
- Модел је усмерен на биолошке детерминанте здравља и биомедицински приступ
- Повезаност јавног здравља са процесом одлучивања је слаба, односно, ова област

нема адекватан утицај на доношење одлука у здравству
- Сарадња између здравственог и других сектора је недовољна
- Едукација професионалаца у овој области није прилагођена јавном здрављу и нема карактер континуитета
- Држава недовољно препознаје значај јавног здравља
- Финансирање не одражава интерес државе за јавно здравствене функције.

Свакодневни рад у области јавног здравља праћен је изазовима који су популационо и проблемски оријентисани. У најкраћем, ови изазови могу се разврстати у неколико основних праваца који показују сву сложеност ситуације у области јавног здравља и сложеност реформских мера које треба предузети да би се ова област уредила и постала компатибилна са земљама Европске уније.

Старо јавно здравље
- *Јавно здравље* – сувише институционализовано
- *Јавно здравље* – више медицински, мање здравствено
- *Јавно здравље* – значај недовољно познат
- *Локална заједница* – учешће недовољно
- *Модел* – биолошки детерминисан, биомедицински приступ
- *Здравствени сектор* – сарадња са секторима недовољна
- *Едукација* – неприлагођена новом јавном здрављу
- *Финансирање* – не изражава интерес државе

Ново јавно здравље
- *Јавно здравље* – мање институционализовано
- *Јавно здравље* – више здравствено, мање медицински усмерено
- *Јавно здравље* – значај препознат
- *Локална заједница* – у фокусу новог јавног здравља
- *Модел* – популационо и проблемски оријентисан
- *Здравствени сектор* – пуна сарадња
- *Едукација* – прилагођена новом јавном здрављу
- *Финансирање* – изражава интерес државе

Други ниво изазова:*

А. Епидемиолошки профил
Б. Популациони проблеми
В. Еколошки проблеми
Д. Организациона питања.

А. Епидемиолошки профил

- Хроничне незаразне болести (ХНБ) представљају најзначајније узроке оболевања и у Србији. Преваленција најважнијих фактора ризика (пушење, хипертензија, неправилна исхрана и други) за настанак ових болести у Србији веома је висока. Узроци су неповољни: социјално-економски услови, али и непоуздани подаци о учесталости ХНБ, пријављивању и регистрацији. Програми превенције немају прецизно дефинисану методологију, циљеве и критеријуме за процену ефикасности и евалуацију. Не постоји национална стратегија за превенцију ХНБ.
- Заразне болести имају тенденцију опадања, неке болести су искорењене, а друге сведене на појединачне случајеве, посебно вакцинабилне болести. Ипак, постоје одређени недостаци у систему надзора над заразним болестима, односно у ажурности пријављивања, спровођења програма обавезне имунизације; проблеми везани за брзо реаговање у ванредним ситуацијама, као и проблеми референтности лабораторија.
- Болести зависности обухватају низ физиолошких, психолошких, социоекономских и других последица насталих као резултат злоупотребе штетних или социјално неприхватљивих супстанци. Повезаност са ширењем ХИВ-а и хепатитиса повећава брз ризика. Иако резултати неких истраживања говоре о високој преваленцији

* Део текста ослања се на Нацрт документа „Стратегија јавног здравља Републике Србије“ који је сачинила Експертска група за јавно здравље Србије у лето 2003. године.

алкохолизма и наркоманије код нас, величина проблема је непозната, а проблем је без адекватног јавног здравственог одговора.

- Повреде, тровања и деловање спољних фактора представљају хетерогену групу здравствених проблема због превремене смртности, инвалидности, апсентизма и економског оптерећења здравствене службе. Један од најчешћих узрока повређивања јесте саобраћајни трауматизам. Тровања изазвана лековима и другим хемијским материјама су у порасту, а овај растући проблем није препознат. Насиље над женама, децом и старима такође је у порасту и захтева јавно здравствени одговор.

Б. Здравље појединих популационих група

- Здравље жена, као носилаца биолошке репродукције, од посебног је значаја. Поред проблема везаних за прикупљање и поузданост података, најчешћа обољења и најважније карактеристике у области здравља жена јесу компликације трудноће, порођаја и пуерперијума и намерни прекиди трудноће. О њиховом броју и кретању не постоје потпуни подаци. Све су присутније полно преносиве болести, неоплазме и ендокрине болести. Поред тога, стопа укупног фертилитета је испод нивоа који обезбеђује просту репродукцију.
- Здравље мајки, деце и омладине обележено је опадањем стопе рађања и убрзаним старењем популације. Хередитарна и конгенитална стања и малформације постала су водећи узрок оболевања и умирања у одојчади и мале деце, а у популацији школске деце и адолесцената – болести зависности, поремећаји репродуктивног здравља и акциденти.
- Здравље радника је угрожено, како на радном месту тако и у ширем животном окружењу. На ово указују и постојећи индикатори здравственог стања радно активног становништва. Међутим, недостају подаци професионалним болестима, заштити на раду, као и специфичностима везаним за радно окружење. Нису успостављени јасни индикатори за мерење здравља радника, комплементарни са стандардима ЕУ у овој области, а финансирање медицине рада није дефинисано.
- Здравље старих лица (особа преко 65 година) актуелно је због великог удела ове популације у укупном броју становника Србије (око 16%). Овом броју треба додати велики број старих особа међу избеглицама и расељеним лицима. Познато је да преко 70% старих лица има бар једно регистровано обољење, што значајно отежава њихово функционисање у свакодневним активностима. Већина ових обољења која оптерећују старе у нашој средини јесу превентабилна. Организованих одговора и програма нема.
- Здравље осталих вулнерабилних група може се поделити на биолошко и социјално. Социјално вулнерабилне групе су мањинско становништво, посебно Роми, бескућници, затим, особе са инвалидитетом и особе са тешком, неизлечивом болешћу, као и избеглице и интерно расељена лица. За сваку од група карактеристично је да недостају информације о здравственом стању и контекстуалним факторима који утичу на здравље.

В. Здрава животна средина

- Глобално посматрано, стање животне околине у Србији може се окарактерисати као незадовољавајуће. Најзначајнији ризици за људско здравље јесу загађење ваздуха услед саобраћаја, грејања и рада индустрије; загађење површинских вода због недостатка пречишћавања. Проблем је и нечиста пијаћа вода у мањем степену и несигурна диспозиција отпада. Техничка решења ових проблема захтевају значајне инвестиције.
- Сигурна храна неопходна је за здравље популације, а одсуство сигурности има низ последица. Храна је повремено микробиолошки и хемијски несигурна и то због неадекватне производње, обраде на-

мирница и чувања. Одговорност за сигурност хране подељена је на више различитих институција. Контрола хране повремено показује квалитативне и квантитативне недостатке.

- Здрава радна средина представља радно место и његово окружење са условима који чувају и унапређују здравље и радну способност запослених. Услови радне средине у Србији нису довољно познати, а према расположивим подацима не задовољавају домаће и међународне стандарде.

Г. Организациони/структурни изазови

- Партнерство за здравље јесте облик сарадње, форма снажне коалиције која треба да допринесе побољшању здравља заједнице. Полази се од чињенице да у решавање здравствених проблема треба укључити шири контекст окружења у којима људи живе и раде. То је интердисциплинарна, мултисекторска и сарадња са цивилним сектором у формулисању здраве јавне политике, са циљем да се утиче на промену понашања људи и околине и сведу на најмању меру сви ризици, развојем локалне иницијативе.
- Кадрови јавног здравља нису у довољној мери обучени (знање и вештине) у појединим областима новог јавног здравља. Указује се на неопходност њихове модернизације и оснаживања, уз потребу укључивања различитих професија и образованих профила, посебно у области промоције здравља.
- Постојећи информациони систем садржи бројне базе података чији су тачност, ажурност и валидност дискутабилни, а информације нису прилагођене корисницима. Недостаје поступак генерисања огромног броја јавно здравствених података у стварно знање, усмерено ка доношењу одлука. Закони, прописи, као и сви други облици регулисања правног оквира информација у јавном здрављу, нису усаглашени са модерним законодавством европских земаља и нису у функцији успостављања националних информација у тој области.
- Истраживања и развој као важни сегменти јавног здравља без стратешког су усмерења, без јасне визије, уз уситњеност истраживачког рада. Инфраструктура јавног здравља недовољно је развијена и финансирана, па се оцењује да је у Србији потребно још јаче усмерење ка јавном здрављу у оквиру постојећих медицинских наука и других немедицинских дисциплина.
- Закони и регулатива прожети су бројним контроверзама, посебно оних који су релевантни за област јавног здравља у Србији. Постојећу ситуацију карактерише нејасна подела одговорности. Обавезе у реализацији јавно здравствених активности нису добро дефинисане између појединих нивоа и сектора – Министарства здравља, као водећег, Министарства за рад и запошљавање, Министарства за заштиту природних богатстава и животне средине, Министарства пољопривреде итд. Ново јавно здравствено законодавство треба формирати ревизијом постојећих закона који су у вези са здрављем а који се по традицији не сматрају делом јавно здравственог законодавства у Србији (посебан сегмент, у том смислу, представљају људска права), као и израдом и имплементацијом Закона о јавном здрављу.
- Менаџмент у јавном здрављу подразумева расподелу улога и одговорности између различитих организационих нивоа у постојећем систему јавног здравства (институти/заводи за заштиту здравља и службе одговорне за јавно здравље на примарном нивоу здравствене заштите), као и отклањање слабости унутрашње структуре менаџмента завода за заштиту здравља (која подржава биомедицинску оријентацију улога и задатака, уз недостатак међусекторске сарадње).
- Финансирање јавног здравља релативно је недовољно, у поређењу са осталим секторима здравствене заштите (око 4–5% од укупног издвајања за здравство). Механизми финансирања су неадекватни, а финансијски токови нису транспарентни. Удео прихода из здравственог осигурања

сувише је велики, док је удео из владиног буџета сувише мали. Расподела средстава је без приоритета, док се сама средства при расподели уситњавају на превелик број активности.

Како доћи до решења?

Постоје бројни јавно здравствени проблеми у Републици Србији, и то како у општој популацији тако и међу специфичним групама. Наведени проблеми решавају се кроз превентивне и контролне мере, уз коришћење нових метода рада и у оквиру модернизоване инфраструктуре јавног здравља. Да би се то постигло, потребно је фурмулисати нову националну политику јавног здравља, односно дефинисати стратегију и циљеве новог јавног здравља у Републици Србији.

У питању су три групе циљева. Прва група циљева јесу генерални, мање-више једнаки за развијене земље и земље у развоју. Друга и трећа група циљева јесу општи и посебни, непосредно усмерени на специфичне проблеме које треба решавати. Када је реч о нашој земљи, ови циљеви су усмерени на области које представљају највеће изазове јавног здравља у нашој средини и деле се у четири групе – епидемиолошки, популациони, еколошки и организациони. Дефинисање ових циљева представља битан услов за израду мера и активности помоћу којих се имплементира политика јавног здравља, односно реализују циљеви те политике.

Као пример наводимо оно што три групе циљева могу да садрже, имајући у виду изазове са којима се суочавамо у области јавног здравља Републике Србије.

Генерални циљеви:

- Промоција, очување и унапређење здравља
- Постизање једнакости у здрављу
- Реоријентација инфраструктуре јавног здравља ка интерсекторској сарадњи
- Усаглашавање националних са интернационалним стандардима у овој области.

Општи и посебни циљеви:

- Прва група укључује превенцију хроничних незаразних, заразних болести, превенцију злоупотреба психактивних супстанци, смањење повређивања, тровања и насиља
- Друга група укључује очување и унапређење здравља свих вулнерабилних група
- Трећа група укључује обезбеђивање здраве животне и радне средине
- Четврта група укључује прилагођавање организације и менаџмента развојним потребама новог јавног здравља и стандардима Европске уније.

Активности и мере:

- Детаљан опис задатака
- Детаљан опис метода рада
- Носиоци посла
- Извршиоци задатака
- Рокови
- Очекивани резултати.

Порука за крај

Постављени циљеви обавезују посленике јавног здравља, без обзира на област друштвене делатности којом се баве. Ови циљеви обавезују и целокупно друштво и државу, од оног тренутка када постану верификовани на нивоу влада и преточени у званична законска акта. За јавно здравствене раднике они су део свакодневног рада у оквиру професије и покретачка снага за будући рад. Са аспекта интереса Републике Србије, поред будућности обележене напретком у области јавног здравља, на реализацију неведених циљева обавезује нас и прошлост и дуга традиција у развоју социомедицинске мисли, имајући у виду да је наша земља још крајем деветнаестог века имала први Закон о јавном здрављу и здравственој заштити и први Фонда за потребе јавног здравља, а почетком двадесетог века и први Хигијенски институт и Дом народног здравља.

Литература

1. Ashton, J., Seymore, H.: The New Public Health: The Liverpool experience, Open University Press, 1988.

2. WHO: Health promotion research, Reg. Publications, Ser. No 37m, Edited by B. Badura, I. Kickbusch, 1991.
3. WHO: EUROPA Public Health Programme 2003 – 2008, Offical Journal of the European Communities, L 271/6, 2002.
4. Motovunski glasnik, br 30, S. Šogorić: Program menad□menta u lokalnoj upravi, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, 2002.
5. Motovunski glasnik, br. 29, Challenges of decentralization, Hrvatska mreža zdravih gradova, 2002.
6. www.dohc.ie/publications/fulltext/quality and fairness/part2.html: Improving the Health Care system.
7. WHO, Terminilogy for the EU Policy Conference, Copenhagen, WHO Reg. Office for EU, 1994.
8. http://www.phi.org/ph101.html: What is Public Health?
9. http://healthweb.org/browse.cfm?subjectid=80.
10. http://www.healthypeople.gov/Publications/healthycommuities2001default.htm
11. http://www.Ise.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/vol10No3-4.pdf
12. EUROPA Public Health Overvew of Health Policy Cooperation with member states, Documents and Settings: Patient morbidity and Healthcare developments, 2004.
13. Heller, T., Hill, A., Lloyd, C&Allen, A. (2001) „PH“ in Woring fof Health Towards a Social Model of Health Policy and Provision, Open University Press (pp. 107–110).

Стручни и научни радови

Организација здравствено промотивних активности у локалној заједници и партнерство за здравље*

С. Јовић,[1] А. Котевић,[2] О. Петровић[3]

Увод

Светска здравствена организација промоцију здравља дефинисала је као процес који појединцу и заједници омогућава да побољшају контролу над детерминантама здравља и на тај начин унапреде своје здравље. Концепт промоције здравља проистиче из настојања да се побољша однос људи и околине у којој живе и обједини лични избор појединца са одговорношћу за сопствено здравље и здравље заједнице којој он припада.

Програми унапређења здравља кроз прихватање здравих стилова живота оријентисани су на становништво, друштво и заједницу у целини. Сама акција усмерена је ка факторима који доприносе здрављу, а не ка узроцима болести.

Промоција здравља кроз прихватање здравих животних стилова базира се на неколико битних претпоставки:

- Треба радити са људима, не за њих, јер би их ово друго ставило у пасиван положај – да је неко други, а не они сами, одговоран за њихово здравље.
- Промоција здравља кроз прихватање здравих стилова живота почиње и завршава се у заједнции.
- Пажња је усмерена ка појединцу и ка окружењу.
- Промоција здравља истиче аспект позитивног здравља, у складу са премисама: „буди активан, способан да функционишеш на најбољи начин, буди задовољан“.
- Активности обухватају све секторе друштва и окружења.

Акциони програм који се спроводи у заједнци усмерава своје активности према дефинисаном општем циљу и специфичним циљевима.

Један од главних циљева промоције здравља и здравих стилова живота јесте да члановима заједнице омогући да науче како да сачувају и унапреде своје здравље. Улога здравствених радника, уз друге актере, јесте да помогну заједници да се организује и да се ефектно обави едукација, како би све планиране активности имале успеха.

Концепт промоције здравља истиче позитивне потенцијале и способности појединца и заједнице. У оквиру тога концепте јесте и дефиниција унапређења здравља *L. Breslow-a*: „Унапређење здравља је напредовање према благостању и остваривању оптималног склопа понашања са друштвеним, околинским, биомедицинским и другим одредницама, да би се избегли здравствени ризици“. Према *I. Kikbusch-u* „... битно обележје унапређења здравља је активно учешће грађана засновано на схватању да је здравље на најконкретнији начин одређено начином живота људи и њиховом интеракцијом са околином“.

Акција унапређења здравља оријентисана је на становништво, друштво и заједницу у

* Пренето из: „Прве године живота – Приручник за рад са родитељима“, Градски завод за заштиту здравља, Београд, 2005.

[1] Доц. др Слађана Јовић, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд.

[2] Анђелија Котевић, виша медицинска сестра, Градски завод за заштиту здравља, Београд.

[3] Др Оливер Петровић, УНИЦЕФ, Београд.

целини, а мање на групације са посебним здравственим ризиком. Сама акција усмерена је ка факторима који доприносе здрављу, а не ка узроцима болести.

Према *Downie & Tannahill-u* „... промоција здравља састоји се из напора усмерених на унапређење позитивног живљења, као и на смањивање ризика за „лоше здравље“, преко сфера које се преклапају: здравственог васпитања, превенције и здравствене заштите“.

1. Заједница

Заједницу чине људи који имају иста интересовања и осећања припадности истој групи. Заједница се не може увек изједначити са неком територијом, с обзиром на то да заједницу чине људи, а не физички простор. Активно учешће чланова заједнице омогућава да професионалци, као и грађани који се баве професионално питањима здравља, уједине знања, искуства и своје потенцијале и ангажују се у проналажењу начина да се присутни проблеми реше. Улога професионалаца који се баве здравственим васпитањем састоји се у томе да помогну заједници да се ова организује и да се ефектно обави едукација, како би се све планиране активности успешно обавиле.

Промоција здравља и здравствено васпитање кроз велики број метода рада као резултат остварују унапред дефинисану промену понашања појединца и заједнице у целини, која води унапређењу здравља на микро и макро нивоу. Задовољењем суштинских потреба појединца доприноси се успостављању његове унутрашње равнотеже и равнотеже у односима са околином и другим људима у заједници.

1.1. Основне потребе које покрећу појединца и заједницу на активност

Основне потребе које покрећу човека на активност заједничке су већини припадника људског рода, јер су „уграђене“ у наша генетска упутства и непрекидно теже да буду задовољене. Све су наше потребе хитне, то јест, брзо постајемо свесни сваке која није задовољена. Чим је једном потреба задовољена, нека друга, или можда неколико њих (било заједно, било у супротности), почиње да тежи да буде задовољена. Основне потребе дефинисао је *Glasser*, у оквиру своје теорије контроле.

Потреба за преживљавањем и продужетком врсте

Ова потреба подразумева витално важне активности нашег тела, као што су дисање, варење, знојење, регулисање крвног притиска. Оне се одвијају мимо наше свести. На пример, када смо жедни почињемо да тражимо воду или чинимо нешто друго за шта знамо да ће нам угасити жеђ. Исто се догађа са храном, топлотом, ваздухом и полношћу. Чим неку од њих задовољимо, не поклањамо јој више пажње док поново не буде захтевала задовољење.

Потреба за припадањем – за љубављу, учествовањем, сарадњом

Ова потреба подразумева пријатељство, породицу, љубав и припадност заједници као целини и најбоље је описана као потреба за припадањем.

У контексту унапређења здравља у заједници, овој потреби се излази у сусрет развијањем осећаја припадности заједници. Тако појединац све циљеве усмерене на заједницу може да доживи као личне, чиме је мотивисан да се залаже за њихову реализацију.

Потреба за моћи (владањем)

Људе привлачи моћ, али она се не изједначава увек са политичком моћи, што је најчешћа асоцијација. Мањи проценат људи активно се бави политиком, али сви имају потребу да буду моћни, јаки, да доносе одлуке, да могу сами нешто да учине за себе и за друге. У концепту промоције здравља, ова потреба је аналогна „преузимању свог здра-

вља и живота у своје руке“, односно активном учешћу сваког појединца и заједнице у целини, од фазе доношења одлуке, преко свих фаза предвиђених акцијом унапређења здравља.

Потреба за слободом

Ова потреба подразумева елементарне компоненте, као што је слобода кретања, али и много сложеније, као што је слобода да бирамо како ћемо живети, да нам решења не буду наметнута, да себе слободно изражавамо, да изаберемо са киме ћемо се дружити, да пишемо и читамо оно што нас задовољава, да поштујемо оно у шта верујемо.

У контексту унапређења здравља у заједници, ова потреба утиче на тежњу људи да не доносе одлуке под притиском, да им решења нису наметнута „одозго“, већ да до њих долазе кроз успостављање партнерских односа. У овој чињеници лежи и објашњење зашто заједница нерадо прихвата готова решења и идеје, без обзира колико су они квалитетни, уколико и сама не учествује у процесу доношења одлуке за преузимање акције.

Потреба за забавом

Иако већина људи не осећа подстакнуту потребу за забавом, као на пример потребама за владањем, слободом или припадањем, реализација ове потребе кроз игру и забаву стално је присутна у човековом животу. Ако људима у заједници понудимо учење кроз игру и прикажемо им усвајање позитивних навика које унапређују здравље, забаву или учење директно повежемо са забавом (промоција здравља на маскенбалу, музичким догађањима, спортским сусретима), пракса показује да су ефекти рада далеко већи.

Многи стручно осмишљени програми унапређења здравља у заједници не реализују се у потпуности јер је занемарена забава, а усвајање знања и промена понашања појединаца и заједнице узимају се „здраво за готово“, као нешто што се сигурно подразумева после професионално спроведених активности здравствене службе и осталих стручњака укључених у овај процес.

Када се истовремено забављамо и учимо, често с нестрпљењем очекујемо комплекснији задатак. Без забаве рад постаје мучење. Забава је саставни део живота, па већина људи не може да замисли живот без ње.

2. Карактеристике заједнице

У класичном социјално оријентисаном приступу, који се најчешће користи у области јавног здравља и промоцији здравља, издвајају се *четири кључне карике заједнице:*

- *простор или границе*
- *социјалне институције*
- *социјална интеракција и*
- *социјална контрола (Bracht*, 1999).

Светска здравствена организација **дефинише заједницу као „скуп особа и организација унутар једне географске области, међу којима постоји осећање припадности, али такође и независности“** (*Healthy People*, 2000). За неке људе заједница представља „односе међу људима“, за неке је то „место живљења“, за друге је „осећање“, за неке чак и „институција“.

Рад у заједници

1. Постоји много разлога због којих је значајно укључити људе на локалном нивоу да допринесу својој добробити и добробити оних са којима живе:
2. Људи су најзначајни ресурси, ниједна држава ни влада, ма колико богате, не могу да реше све проблеме, већ морају да задовоље оне приоритете који су од значаја за све.
3. Најбоље одлучивање је оно базирано на конкретним информацијама које имају људи у локалној заједници, јер учествују у прикупљању тих информација, могу их вредновати и користити.
4. Радећи заједно код ангажовања у локалној заједници, појединци и групе су непо-

средни учесници у дешавањима, заједнички деле проблеме и успехе и то ствара осећај припадности.
5. Оснаживање: рад у заједници даје људима поверење у властите снаге, развија им вештине сарадње, оспособљава их за решавањем проблема.
6. Међусобна едукација: радећи заједно људи могу да уче једни од других, да размењују искуства и сазнања.
7. Пролагодљивост околине властитим потребама: консензус о томе шта треба мењати и како то постићи.
8. Подршка законским променама: значај локалне заједнице за развој и реализацију локалних и општих циљева и напредак.
9. Развој демократије: учешће у планирању и одлучивање о властитом развоју доприносе развоју демократије и цивилног друштва.
10. Лашке се обезбеђују средства: интересовање финансијера за локалне програме.
11. Одрживост: људи више цене, чувају и унапређују оно што сами створе или у чијем стварању учествују.

Здрава заједница

Светска здравствена организација дефинише здраву заједницу као **„сигурну, са становањем које себи може свако обезбедити, доступним превозом, послом за све који желе да раде, здравом и сигурном околином, одрживим екосистемом и приступачним здравственим услугама, како превентивним тако и куративним“.**

3. Организација заједнице

Највећи део проблема у заједници сложени су по својој природи и пореклу. Здравствени проблеми и сви проблеми повезани са здрављем такође су веома комплексни. У настанку сваког од тих проблема могу се препознати различите детерминанте као што су: социјалне, економске, културалне, околинске и многе друге.

Да би се проблем решио потребно је трагати за његовим коренима и лоцирати сваку од детерминанти. То се може урадити само координисаном акцијом, која се среће у организованој заједници. Као процес групног учења и доношења одлуке, кроз заједничко веровање да је нешто потребно и могуће променити, људи долазе до решења. **Организација заједнице је процес** који активира, покреће, оснажује или подржава социјалне промене (*Bracht*, 1999). Према највећем броју дефиниција, она је **капацитет заједнице да властитим снагама донесе промене.**

Фацилитација (*make easy or help* = подршка, вођство) јесте процес омогућавања малој групи да ојача заједницу кроз процес који помаже сусретању групних и појединачних циљева, развоју вештина, дељењу снаге и осећаја заједништва. То је снажно оруђе за унапређење здравља у заједници и доводи до решавања конкретних здравствених проблема или проблема повезаних са здрављем.

Организациони процес

Најједноставнија је дефиниција која организацију заједнице схвата као **„процес у коме се људи окупљају да реше питања која су битна за њих“** (*Fawcetts*, 2003). Суштина процеса организације јесте у томе да она „почиње тамо где су људи“ (*Minkler*, 1997), где људи живе, раде, деца се играју, уче и сл. Организација заједнице није окренута ка појединцу; **њен интерес је мобилизација група, институција, организација, а затим креирање вођства, доношење заједничких одлука и најзад – стварање неопходне заједничке снаге за мењање** (*React*, 2000).

3.1. Фазе у организовању заједнице

Без обзира о ком се проблему ради, а који је потребно решити на нивоу заједнице, фазе њене организације су, мање-више, идентичне.

Читав **процес организовања заједнице** започиње тако што једна особа – „организатор заједнице“ (здравствени радник из дома здра-

вља), или више њих, препознају да постоји неки проблем и да је потребно за њега наћи неко решење.

Без обзира ко је препознао проблем, на њега указао, важно је да га је заједница прихватила као „свој“, односно, за чије решење је заинтересована.

Уочавање и препознавање проблема још не значи да ће га људи одмах и кориговати. Пре него што се акција за кориговање проблема покрене, потребно је учинити још много корака. Међу првим и најзначајнијим јесте тактички приступ оним особама и институцијама у заједници који, формално или неформално, регулишу или контролишу „политичку климу“ у тој заједници или су, истовремено, одговорни за решавање уоченог проблема. Те особе или институције обично се називају **„чувари капија“**, јер без њих је немогуће започети било какву активност. Обавештеност, утицај и интерес њихове су заједничке карактеристике.

„Неформални чувари капија“ такође су веома значајни. То су дугогодишњи становници заједнице, неки од њих су имали значајне улоге у широј заједници, имају могућност да придобију чланове своје заједнице и то у позитивном и негативном смислу. Они могу да придобију „чуваре капије“ за сваки проблем и да започну своје лобирање и залагање за решавање проблема управо од њих.

Ово све има за циљ да се заједница боље разуме, да тако лакше дефинишу стварне димензије проблема, јер вероватно ће бити још проблема које треба решити. Наравно, немогуће је решити их све, стога је потребно **издвојити приоритете.**

Након тога прелази се на **дефинисање циљева**, који треба да буду јасно формулисани, изражени у нумеричким вредностима, временски одређени и изнад свега реални. Циљеви се такође дефинишу кроз консензус у групи и међу партнерима.

Заједничи избор приоритета, дефинисање циљева и подциљева ствара код чланова групе **осећање припадности и власништва.**

Консензус доводи и до **солуција: једне, главне или алтернативних.** При томе се морају узети у обзир предности и недостаци сваког од предлога са аспекта доприноса главним циљевима и исходима, али и са аспекта прихватљивости за заједницу.

3.2. Принципи и методе за организовање заједнице

Организација заједнице није ма какво окупљање грађана.

Принцип партиципације подразумева да се промене великих размера могу достићи само ако су у њих укључени они који су проблемима изложени и због којих су промене неопходне. То су људи који имају заједничке проблеме и доносе одлуку да их заједнички реше.

Професионалцима у локалној заједници подједнако треба подршка и учење, „тренинг“, пошто не морају да буду упознати са процесом и начином учешћа, односно партиципације.

Партнерство

За решавање сложених здравствених проблема и проблема у заједници повезаних са здрављем, стварање здраве заједнице, програме усмерене ка посебно вулнерабилним, депривираним, маргинализованим групама становништва, потребно је уложити значајне напоре који, по правилу, увек превазилазе могућности и ресурсе једне институције или организације. **Посебно је значајно да у решавању у датог проблема буду укључени они који су тим проблемима највише погођени.**

Партнерство за здравље идентификовано је као најбољи и најефикаснији начин да се то постигне и од свих облика укључивања заједнице партнерство је, без сумње, најкомплетније. Изузетак су ситуације у којима заједница преузима комплетну иницијативу и комплетно реализује укупне активности у свим фазама.

Када су у питању проблеми здравља, таква самосталност заједнице скоро се никад не постиже.

Најшире дефинисано, **партнерство за здравље јесте савез који се прави да би се**

унапредило здравље у заједници. По својој суштини оно представља комбинацију неколико модела организовања заједнице и то социјалног планирања и локалног развоја. Партнерство настаје када људи који деле заједничке проблеме донесу одлуку да их заједно реше, кроз специфичну сарадњу и специфичну поделу одговорности између различитих индивидуа или организација. Међу партнерима се ствара „радни однос“ који се карактерише вишеструком патиципацијом.

Ко су потенцијални кључни партнери?

Иако се потенцијални партнери идентификују према проблему, односно иницијалној идеји, генерално се може говорити о три велике групе потенцијалних партнера.

- Државни сектор и заједница
- Организације за подршку и интермедијаторске организације
- Организације и особе које могу да обезбеде средства и помогну да се до средстава дође.

Кроз партнерство се обезбеђује заједнички приступ проблемима, додатна снага и избори за решавање комплексних ситуација, кроз интеграцију служби, услуга и активности као и координирања.

Партнерство је значајно и због тога што оспособљава учеснике-партнере да уче једни од других, деле искуства и примере добре праксе, да се допуњавају у знањима и вештинама, консултују се и развијају добре формалне и неформалне комуникације.

Заједнички именитељ, основна сврха свих партнерских односа, јесте **помоћ онима којима је помоћ најпотребнија**, обезбеђивање услуга онима који имају тешкоће да те услуге добију и укључивање људи који имају неки проблем у његовом решавању.

Боља заштита вулнерабилних групација најчешће је у центру пажње стварања партнерства.

4. Процена потреба везаних за здравље

Здравствени радник у примарној здравственој заштити (ПЗЗ), по природи посла којим се бави, непосредно је везан за заједницу.

Основни принципи ПЗЗ-а почивају на сарадњи и укључивању заједице и без тога не могу се успешно реализовати. Међутим, медицинско образовање најчешће је оријентисано ка појединцу, болести, а не ка здрављу, па здравствени радници из наставе понесу мало специфичних знања из те области.

Сматра се да би сваки здравствени радник у примарној здравственој заштити морао да зна најмање следеће о заједници у којој ради (*Hale*, 1990):

- какво је здравствено стање у популацији за коју одговара
- колико се то стање разликује од стања на широј територији (региону, земљи) и зашто
- постоји ли потреба да се трага за новим решењима да би се то стање изменило
- какви су капацитети заједнице да нешто учини у смислу знања, технологије, ресурса
- како се то може сазнати, како се може упознати заједница?

Без познавања проблема у заједници, њихове величине, карактеристика, међусобног односа међу њима, не може се дизајнирати адекватна интервенција или акциони план.

Како упознати заједицу?

Читава организација заједнице почиње од наше жеље да се посветимо решавању неког проблема у њој. Значи, прво **прикупљамо информације:**

а) прикупљање података из већ постојећих извора, који се још називају **рутинским подацима**, обично се односи на **снимање стања** у заједници (здравствено стање, имовинско стање, стање кадрова, коришћење здравствене заштите, опреме, путева и слично),

б) прикупљање нових информација најчешће се односи на **процену здравствених потреба у заједници**.

Процена здравствених потреба

У литератури постоје бројне дефиниције потреба. Једна од најједноставнијих каже да су потребе „разлика између онога што јесте и што би требало да буде“ (*Lary*, 2004).

Последњих година о потребама се говори само у оквирима могућности да се оне задовоље кроз неку интервенцију. **Здравствене потребе постоје ако људи могу имати користи од интервенције, тј. ако се њихово здравље или живот значајно промене након примене адекватне интервенције** (*Pallant*, 2002; *Wright*, 2003).

Информације о потребама заједнице скоро се никада не налазе у рутинским изворима података. За њих је потребно прикупити додатне податке и то тако **што ће се о томе питати људи на које се проблеми у заједници односе**, или они који својим ангажманом могу допринети решавању проблема. Значајно је спознати околности у којима се поједини проблеми рађају, затим ставове о појединим проблемима, о њиховом разумевању ситуације.

Бројне испитивачке методе и технике користе се за истраживање здравствених потреба. Поменимо само неке: интервју, анкетно истраживање, јавни форум, фокус група, брза процена и слично.

Постоји и сложенија процедура, која подразумева синтетизовање информација из свих наведених извора, анализу откривених проблема и издвајање приоритетних проблема. То се назива **„проценом потреба“** заједнице (*Mc Kenzie*, 2001). Након прикупљања података следи **анализа проблема.** То је начин да се о проблему размишља пажљиво, пре него што се почне са тражењем решења. Не може се очекивати да се сви они могу детаљно анализирати, а још мање решавати. Због тога је неопходно изабрати и дефинисати **приоритетне проблеме.**

Циљеви

Завршена је процена потреба заједнице, одабрани су приоритети, обављен је договор о облику организовања заједнице, сада је потребно кренути ка решавању проблема.

Дефинисање циљева је прва етапа на том путу. Почињемо тако што се опредељујемо за **основне правце, или мисију**, наше активности у заједници. Затим следи дефинисање општих и специфичних циљева.

Општи циљеви су „будући догађаји ка којима су усмерене наше активности“, а специфични циљени су „кораци које предузимамо да достигнемо општи циљ“.

Специфични циљеви су детаљнији и представљају „мање кораке“ него општи циљеви. Када се они реализују, долази се до реализације општег циља. Специфични циљеви дефинишу се на основу одређених критеријума и увек узимају у обзир расположивост времена и ресурса за њихову реализацију.

Ти критеријуми су:

- Могућност реализације у датом периоду
- Реалистичност
- Доследност са релевантном усвојеном политиком или стратегијом
- Права или етички принципи других не смеју се угрозити
- Културолошки прихватљиви за дату заједницу.

5. Активности и интервенције

Термин „интервенција“ користи се да опише све активности које се предузимају у периоду означеном као период имплементације програма или акционог плана.

Разговор и договор о избору интервенције започиње након дефинисања циљева и за њих је неопходно знање, искуство, консултовање литературе, чак ангажовање консултаната, а никако инстуитивно одлучивање. Посебно је значајно да се предложе и изаберу оне интервенције за које постоје докази о ефикасности. У литератури се помиње постојање различитих врста активности које се комбинују у интервенцијама. Навешћемо и образложити најчешће коришћене.

Комуникационе активности

Најчешће коришћене и присутне у свим интервенцијама, било као веома једноставне као што су разговор, дописивање, или комплексније као производња и дистрибуција филма.

Ове активности веома доприносе достизању низа општих и специфичних циљева, као што су:

- Пораст освешћености
- Пораст знања
- Промена ставова
- Оснажење ставова
- Одржавање интересовања
- Обезбеђивање „окидача“ – почетног импулса за акцију
- Обука мањим вештинама.

Најшире комуникационе активности јесу употреба медија, посебно мас-медија у преношењу програмских садржаја, дистрибуција штампаних порука, билбордова и слично.

Едукативне активности

Подразумевају низ активности, од којих су неке повезане са формалним облицима едукације (програми кроз школски систем), а друге имају посебно дизајниране облике едукације: семинари, курсеви, едукативно позориште и слично.

Активности за модификовање понашања

Подразумевају специфичне активности усмерене на систематске процедуре за промену специфичних облика понашања, као што је учење појединих вештина, програми одвикавања од пушења, учење стратегија за преговарање, промене стила живота и слично.

Активности везане за промену околине

Овде спадају активности које су усмерене на контролу правне, социјалне, економске или физичке околине. Оне подразумевају утицај на свест, знање, вештине, ставове и понашање људи који се баве било којом активношћу везаном за околину у најширем смислу речи. У овој групи активности су и „мале активности“, које се односе на опемењењивање околине, повећање сигурности људи који живе у заједници, оне које омогућавају да заједница делује приступачно и прихватљиво за све људе који у њој живе (регулисање саобраћаја код школа, изградња стрмих равни у јавним установама, стварање површина за рекреацију и слично).

Активности заступања у заједници

Ове активности утичу на социјалне промене. Заступање (јавно заговарање) у заједници јесте процес у коме људи бивају укључени у институције и у доношење одлука од утицаја на њихов живот. Заступање јача потенцијал за креирање подршке, колективно одлучивање, побољшање живота у заједници.

Најбољи начин за то јесте стварање партнерског односа, а поред тога могу се користити и следеће технологије:

- личне посете, у сврху лобирања код кључних особа, или да би се оне едуковале
- кампање
- јавни скупови
- писање отворених писама
- наступи у медијима.

Избор потенцијалних активности које чине интевенције врло је велики. Потребна је висока селективност и критичнот у примени сваке, као и договор о томе која ће се од активности применити и начин на који ће се то извести.

6. Акциони план

Акционо планирање дефинише се као „идентификација специфичких проблема у заједници и имплементација интервенција и акција које могу да доведу до промена“ (*Mc Kenzie*, 2001).

Акциони план мора да буде „паметан“ (*smart*).

S	***strategic***	**стратегијски**
M	***measurable***	**мерљив**
A	***achievable***	**достижан**
R	***realistic***	**реалан**
T	***target***	**да погађа мету.**

Зашто нам је акциони план значајан?

Зато што наша визија да нешто треба да буде другачије у њему има конкретне предлоге како се до тог „другачијег“ долази. Пре него што акције уклопимо временски и према носиоцима, требало би још једном да размислимо о следећим питањима:

- Да ли смо заиста дошли до суштинских проблема које желимо да решимо. Ако јесмо, да ли предложене акције заиста могу да доведу до решења наших изабраних проблема?
- Када је најбоље време да се то уради?
- Ко још треба да буде укључен?
- Који нам ресурси стоје на располагању?
- Колика је цена тога?
- Које ћемо могућности имати при томе?
- Које нам препреке и отпори могу стајати на путу?
- Које ћемо мере, параметре користити за мерење напретка и успеха?
- Које ћемо критеријуме исхода применити?

Ко прави акциони план

Акциони план би требало да буде заједничка акција заједнице, у истој оној мери у којој су то биле и фазе које су му претходиле. Стога је неопходно креирати ситуацију у којој се људи сигурно и добро осећају, чак и ако се не слажу у потпуности са предлозима, у којој неће бити конфликата већ конструктивних договора, и где су свако мишљење и предлог подједнако вредновани.

Шта је садржај акционог плана?

- Интервенције, односно акције које ће се спроводити
- Субјекти који ће их спроводити
- Подела задужења у оквиру одређене активности
- Време спровођења – почетак и крај
- Потребни ресурси.

7. Вештине комуникације у мобилизацији заједнице

Упознавање кључних здравствено васпитних потреба заједнице, услова живота, основних мотива који је покрећу, као и нивоа опште и здравствене културе, омогућава здравственим професионалцима да одаберу најефектнији начин комуникације са заједницом и у заједници, односно најефектнији начин за презентацију идеја унапређења здравља, што олакшава имплементацију ових идеја и начина и остваривање планираних циљева. Комбинацијом метода комуникације и организације заједнице даје се подршка свим фазама у акцији унапређења здравља, убрзава достизање циљева, кроз обезбеђену едукацију на индивидуалном нивоу, на нивоу мреже формиране у заједници, на организационом и друштвеном нивоу. На тај начин уобличава се и мишљење јавности о свим значајним питањима везаним за овај процес, и та социјална подршка је кључни елемент за промену политике у области унапређења здравља.

Имплементација програма унапређења здравља у заједници праћена је употребом одговарајућих комуникационих вештина, које су специфичне за поједине циљеве и методе здравствено-васпитног рада у процесу промоције здравља. Циљеви и одговарајуће методе, потребни за њихову реализацију, могу се приказати на следећи начин:

1) Општи циљеви: подизање нивоа знања, формирање ставоа и промовисање позитивних облика понашања и животног стила значајних за очување и унапређење здравља.

2) Специфични циљеви:

а. Информисање становништва о значају здравствених потреба, могућностима унапређења здравља, превенције и контроле појединих болести – на нивоу личног до-

приноса појединца (микро ниво) и заједнице (макро ниво), односно, кроз формирање партнерских односа. Од изузетног је значаја информисање становништва у процесу формирања свести о томе да је и личном иницијативом могуће допринети очувању и унапређењу сопственог здравља и здравља људи у окружењу.

Методе рада: здравствено информисање становништва у сарадњи са мас медијима, трибине, промотивне изложбе, кампање итд.

б. Организовано преношење и усвајање оних знања која доприносе формирању позитивних навика и ставова од значаја за очување и унапређење здравља. То су знања која доприносе промени понашања повезаног са факторима ризика за настанак појединих болести: везаних за личну и колективну хигијену, коришћење хигијенски исправне воде, адекватно одлагање отпадних материја, правилну исхрану, физичке активности, вакцинацију, одбијање почетка навике пушења, коришћења алкохола и психоактивних супстанци, могућности за контролу стреса итд.

Методе рада: здравствено предавање, разговор (индивидуални, планирани, допунски), рад са малом групом, организациони састанак, семинари и саветовања, мултимедијски приступ (учешће у едукативним телевизијским и радио емисијама, текстови у новинама и часописима, коришћење интернета).

в. Усвајање позитивних ставова и понашања која унапређују здравље: промена ставова и понашања који су везани за поједине здравствене ризике; подршка активном ставу и оспособљавању становништва за самозаштиту.

Методе рада: формирање мреже и одбора за поједина питања промоције здравља, израда програма едукације едукатора за спровођење здравствено-васпитног рада, мобилизација заједнице за развијање партнерских односа с државом у циљу ефикасније примене мера промоције здравља, стварање „критичке масе“ за прихватање нових мера, планирање едукативних ситуација кроз методе активне наставе (креативне радионице, играње туђе улоге), рад у малој групи (редуковање штетних навика и ризичног понашања, код група са повишеним ризиком и биолошки осетљивих групација), метод животне демонстрације, индивидуални рад у саветовалишту.

Зато би требало да постоје координација и усмеравање рада социјално-хуманитарних организација и друштава у области здравственог васпитања и промоције здравља. Иновација метода и израда модела здравственог васпитања и промоције здравља, као и израда и дистрибуција, штампаних и аудиовизуелних, здравствено васпитних средстава и рад на њиховој иновацији, такође су део планираног програмског рада на унапређењу здравља заједнице.

г. Здравствено информисање заједнице путем мас медија од изузетног је значаја у процесу препознавања одговорности очувања и унапређења здравља, у креираеу свести људи о здрављу као врхунској вредности и формирању јавног мњења са исправним ставовима о овој важној области. Теме би требало да буду прецизно дефинисане, извор извештавања компетентан, а поруке прецизне и разумљиве за аудиторијум. Квалитет медијских презентација јавно здравствених садржаја и порука, као и њихова стручна контрола, у надлежности су одговорног стручњака за јавно здравство.

Адекватна и благовремена информација о факторима који су од значаја за здравље представља почетак комплексног процеса унапређења здравља у заједници. Ограничења мас медија, у смислу једносмерности и посредности у комуникацији, мање су значајна у односу на могућност обухвата великог броја чланова заједнице и могућност да се доспе и до географски удаљених и мање приступачних подручја, током кратког временског периода.

Коришћење мас медија у процесу преношења идеја заједници, у Републици Србији је током педесетих година доживело своју широку и ефикасну примену, све до иницијативе да се ове активности, у процесу

планирања у здравственим установама, уобличе у самосталан програм. Планиране активности у области здравственог информисања, које се спроводе у оквиру здравствених организација, требало би да суштински буду предвиђене у оквиру календара активности, заснованог на обележавању значајних дана током године, према препорукама Светске здравствене организације (Седми април – Светски дан здравља; 31. мај – Светски дан без дувана; 16. октобар – Светски дан хране; 1. децембар – Светски дан борбе против сиде итд).

Закључна разматрања

Организација заједнице у контексту промоције здравља у наширем смислу, подразумева капацитет заједнице да властитим снагама донесе промене.

На тај начин они који живе у заједници и који су повезани у њој могу, из многобројних разлога, директно да допринесу решавању различитих проблема, па и оних везаних за здравље, односно да постигну промене које ће допринети његовом унапређивању или очувању.

Рад у едукативним центрима са родитељима, осталим члановима породице или хомогеним групама, подразумева примену концепта организације заједнице у целини, али са аспекта решавања њихових приоритетних проблема и потреба, односно, оних питања која су за њих битна. Зато је врло важно питати појединце и групе за мишљење. Ово је важно у свим фазама едукативног процеса, укључујући и начин његове примене, односно реализације.

Едукативни центри замишљени су и као места где ће се дефинисати и креирати и одакле ће се започињати, усмеравати и евалуирати здравствено промотивне интервенције и кампање у одређеној заједници. Активном партиципацијом свих заинтересованих, на основу мултисекторског и мултидисциплинарног приступа – удруживањем и стварањем партнерских односа, доприноси се мобилизацији локалних ресурса, људских и материјалних, релевантних за постизање неопходних и од свих препознатих потреба за променама. Оне подразумевају решавање приоритетних проблема који погађају већину у заједници, промене система, образаца понашања, животне средине итд. Увек је добро бити реалан и поћи од „малих ствари“, нарочито док се заједница не оснажи за значајније и обимније интервенције.

Радити заједно, уз међусобну подршку, учити од других у смислу усвајања знања, вештина и размене искустава, заједно доносити одлуке и делити одговорност и успехе – основа је организације заједнице и партнерства за здравље, али и успеха здравствено промотивних активности и интервенција у заједници.

Литература

1. The Health Communication Unit, University of Toronto. Conducting Survey Research, 1997.
2. The Health Communication Unit, University of Toronto. Research, What Works! Effective Health Communication, Participant Source Book, 1996.
3. Health&Welfare Canada. 1986. Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion. Ottawa, Ontario: National Health&Welfare.
4. Flasser W: Preuzmite kontrolu nad vašim zdravljem, Socijalna zaštita, No 30–32, 1989, 106–116.
5. Timotić B., Janjić M., Bašić S., Jović S. i Milić: 2000, Socijalna medicina, Velarta Beograd.
6. Marchall JG. 1992 „A development of evaluation model for a consumer health information service“. The Canadian Journal of Information Science. 17(4):1–15,
7. Rees AM. 1994. The Consumer Health Information Source Book, 4th Edition. Phoenix:Oryh Press.
8. Institut of Public Health of Serbia. 2001. Health Status, Health Needs and Utilisation fo Health Services – in 2000, Report on the analysis for adult population in Serbia. World Health Organization, Assistant Office Belgrade.
9. SZO Regionalna kancelarija za Evropu. 1986. Vodič za nastavnike i koordinatore, LEMON Edukativni materijal.
10. Bracht N (1999): A Five Stage Community Organization Model for Health Promotion, in Bracht N: „Health Promotion at the Community level“, New Advance, Sage Publication,.
11. Bruce T (2000): Community Based Public Health, APHA.
12. Центар за демократску културу (2003): Административни, правни и институционални оквир за вршење локалне самоуправе.
13. CDC (2000): Building Healthy Places. Available from URL www.cdc.gov.
14. Цуцић В (2000): Заједница и здравље у „Социјална медицина“ (Цуцић В., уредник), Савремена администрација, Београд.

15. Fawcetl S (2003): Some lessons Learned on Community Organization and Change. Available from URL http:// ctb.ka.edu/tools.
16. McKenzie J, Smelteyer J (2001): Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programs, Allyn and Bacon, 2001.
17. COREED, 2000: A Manuel for research Priority Setting using ENHR Strategy.
18. Community Tool Box serija ~lanaka: Available from URL htt://ctb.Isi.ukans.edu/tools i http://ctb.ku.edu/tools.
19. East L (2988) Health meeds assessment in primary care. Trend focus group.
20. Available from URL: www.umanitoba.ca./centers/mchp.
21. Glanz K (1990): Health behavior and health education. Yossey-Bass Publication.
22. Griffith S (2001): Setting Priorities in health care in „Oxford Handbook of Public Health Practice“, Oxford University Press.
23. Hale P (1990): Evaluating Health Promotion. A Health Workers quide. MacLennan and Petty, Sidney.
24. Hancock T (1999): Inditators that Count. Mesuring Population Health at the Community Level. Canadian Journal of Public Health 90 (supp 1) S22-S26.
25. Hooper and Longworth (2002): Health Needs Assesment Workbook. Available from URL: www.hda.nhs.uk.
26. Health people 2010 tool kit. A field Guide to Health Planning.
27. Available from Url http://phf.org7/HPtools/state.htm.
28. Health People in Health Communities. Defined Available from URL: www.odphp.osophs.dhhs.gov/pubs.
29. Isreal B (1994): Health Education and Community Enpowerment. Health Educational Quartely 21(2): 141-170.
30. Lari M. S(2004): Patiends needs, staisfaction and health related qualituy of life. Towards a comprehensive model. Health and quality of life autcome. Aviable from URL: http//www.hglo.com/content.
31. Minkler M (1997): Community organizing and Community Building for Health. New Brunswick. Rutgens University Press.
32. Nabraska Hospital Association: Community Health. Available from URL www.nhanet.org/communitz/community-whatis.htm.
33. NSH (1999): Public Health Practice Resource Pack. Available from URL: www.Doh.gov.uk/publichealth.htm.
34. Pallant J (2002): Health Needs Assessment Toolkit. Nid Hampshire, NHS.
35. Partership in Health and Poverty. Towards a Common Agenda. WHO, Report on International Meeting, Geneva, 2001.
36. Partership Perspectives Community Campus Partership for Health.
37. Available from URL: http://futurehealth.ucsf.edu/cchp.html.
38. React, web Site Community. org (2000): Aviable from URL: www.epi.umn.edu/react/main.
39. Reinter A: Building Community Campus Partership in Underserved Communities. Available from URL: http.//ccph.info.
40. Roos M (1967): Community organization, Theory, Principle and Practice, New York, Harper&Row.
41. Smith M(2004): Community organization Aviable from URL: www.infed.org
42. www.cdx.org.uk/Glossary.
43. Thompson B (1990): Social shange theory: application to community health, in Bracht N: Health Promotion at the Community level, New Advance, Sage Publication, 1999.

КАЛЕНДАР ЗДРАВЉА

31. јануар	**Национални дан борбе против пушења**
Месец март	**Месец борбе против рака**
22. март	**Светски дан вода**
7. април	**Светски дан здравља**
Последња недеља маја месеца	**Недеља здравља уста и зуба**
31. мај	**Светски дан борбе против пушења**
5. јуни	**Светски дан заштите животне средине**
40. недеља у години	**Недеља дојења**
Октобар месец	**Месец заштите старих људи**
16. октобар	**Светски дан хране**
Новембар месец	**Месец борбе против болести зависности**
01. децембар	**Светски дан борбе против сиде**
11. децембар	**Светски дан људских права**

Стручни и научни радови

Финансирање и уговарање здравствене заштите у Републици Србији

Д. Раичевић[1]

1. Уводни део

Здравствено осигурање је грана ширег система социјалног осигурања.

У Републици Србији Законом о здравственом осигурању установљено је:

1) Обавезно здравствено осигурање

Овим осигурањем се утврђује и уређује:

- врста и обим права из обавезног здравственог осигурања запослених и других грађана,
- организација и финансирање обавезног здравстсвеног осигурања, и
- друга питања од значаја за систем здравственог осигурања.

2) Добровољно здравствено осигурање

Ово осигурање обухвата:

- осигурање грађана који нису обухваћени обавезним здравственим осигурањем,
- допунско осигурање на друге врсте права, већи обим и већи стандард у коришћењу права из здравственог осигурања.

Обавезно здравствено осигурање заснива се на више начела. Међутим, два су основна начела на којима функционише обавезно здравствено осигурање.

1. Начело обавезности

Ово начело значи да су сви запослени и други грађани као и чланови њихових породица обавезно здравствено осигурани. Није допуштено слободној вољи запослених и других грађана да ли ће осигурати себе и чланове своје породице на обим права која спадају у обавезно здравствено осигурање.

Начело обавезности подразумева и обавезу плаћања доприноса за обавезно здравствено осигурање од стране запослених и послодаваца, као и других обавезника уплате доприноса. Измиривање доспелих обавеза по основу обавезног здравственог доприноса представља услов за остваривање права из обавезног здравственог осигурања. То представља значајну новину у новом Закону и важан услов за успешно функционисање система обавезног здравственог осигурања.

Начело обавезности остварује се укупном организацијом обавезног здравственог осигурања и гаранцијом да ће осигурана лица остварити обим права из обавезног здравственог осигурања у складу са Законом и актима која се доносе за његово спровођење.

2. Начело солидарности и узајамности

Ово начело остварује се тако што обвезници уплате доприноса уплаћују средства за обавезно здравствено осигурање сразмерно својим материјалним могућностима. Допринос за здравствено осигурање плаћа се по јединственој стопи на остварену зараду и доходак обвезника уплате доприноса. Висина основица и стопа доприноса утврђује се Законом о здравственом осигурању и законом којим се уређују доприноси за обавезно социјално осигурање. Право из здравственог осигурања користе она лица код којих је наступила болест или други осигурани случај ризика независно од висине уплаћених средстава.

[1] Мр Драгојле Раичевић, Филијала за здравствено осигурање Сремска Митровица.

Тиме је успостављена међугенерацијска узајамност и солидарност, солидарност и узајамност између лица различитог материјалног статуса као и солидарност између здравих и болесних.

Обавезно здравствено осигурање у Републици Србији спроводи се преко Републичког завода за здравствено осигурање као посебне установе, којом управљају осигураници и корисници. Здравствено осигурање има своју материјалну основу у средствима која се прикупе у Заводу уплатом доприноса. Овим средствима се обезбеђују права осигураних лица плаћањем трошкова здравствене заштите и осталих давања у складу са Законом и другим прописима Завода. Из овог произилази још један важан принцип здравственог осигурања и пословања Завода, а то је да права из здравственог осигурања односно обавезе Завода морају бити у складу са расположивим средствима Завода.

Укупан планирани обим средстава за здравствено осигурање који обвезници уплате доприноса у Србији издвајају преко Републичког завода за здравствено осигурање распоређује се у одређеној глобалној сразмери.

(1) Око 12% средстава од годишњег плана обезбеђује се за финансирање накнада и давања утврђених Законом као што су: накнаде зарада осигураника за време боловања, накнаде путних трошкова осигураним лицима, плаћање медицинско-техничких помагала, материјални трошкови у Заводу и друго. Дакле, све ово представља трошкове који не спадају у домен здравствене заштите.

(2) Највећи део – око 88% средстава, Завод планира и троши за финансирање здравствене заштите.

Претходне чињенице саме по себи указују на важност проналажења што рационалнијег модела финансирања и уговарања здравствене заштите између Републичког завода и здравствених установа.

Од свог оснивања Републички завод за здравствено осигурање користио је три основна модела уговарања и плаћања здравствених услуга.

(1) Откуп плана рада давалаца здравствених услуга

Овај модел уговарања и плаћања здравствених услуга Завод је користио од свог оснивања до 2002. године. Радило се о паушалном моделу финансирања и плаћања здравствених услуга без стимулативних критеријума за рационализацију трошкова рада у здравственој служби и за унапређење ефикасности и квалитета пружања здравствених услуга. Финансирао се претпостављени а не стварно извршени обим и квалитет здравствених услуга.

(2) Проспективни модел уговарања и финансирања здравствених услуга

Овај модел, уведен од 2002. године, подразумева да Завод са здравственим установама уговара укупну накнаду средстава унапред за годину дана распоређену по одређеним наменама. Висина укупне накнаде као и висина појединих намена израчунава се на бази јединствених и унапред утврђених мерила и критеријума. Плаћање за извршене здравствене услуге врши се по унапред утврђеној динамици на основу стварних трошкова до висине уговорене накнаде.

Након опсежних припрема, крајем 2001. године и почетком 2002. године, Завод је у овој важној области направио значајан искорак. Конституисан је конзистентан модел уговарања и плаћања здравствене заштите. Може се рећи да су по први пут после више година установљени веома конкретни економски, финансијски и натурални параметри за уређивање међусобних партнерских односа између Завода и здравствених установа.

(3) Кориговани проспективни модел финансирања и плаћања здравствених услуга

Овај модел је у примени од 2006. године. Користећи искуство у примени овог модела

током претходне четири године, Завод је у 2006. години тај модел финансирања и уговарања здравствене заштите у доброј мери унапредио увођењем одређених нових критеријума и мерила у финансирању и утврђивању укупне накнаде по нивоима здравствене заштите.

У оквиру укупно уговорене накнаде здравствене установе одређене намене су обједињене, а поједине намене су прецизније дефинисане.

Уведен је битно другачији систем **финансирања здравствених услуга у стоматологији** (у складу са новим Законом о здравственом осигурању). У финансирању највећег броја стоматолошких услуга примењен је **потпуно слободни тржишни модел** остваривања прихода здравствених установа. Ради се о делу услуга који више не падају на терет средстава здравственог осигурања.

У делу стоматолошких услуга које падају на терет средстава здравственог осигурања примењен је систем плаћања по цени здравствених услуга које утврђује Завод.

Средства од партиципације која се наплаћује од осигураних лица Завода у складу са Законом и општим актима Завода, представљају саставни део уговорене накнаде и улазе у приход здравствених установа.

Завод је од почетка 2006. године почео са реализацијом пројекта електронског фактурисања извршених здравствених услуга.

Здравствене установе воде дневне и збирне месечне евиденције о пруженим здравственим услугама по: врстама здравствених услуга, осигураним лицима и изабраним лекарима и дијагнозама. Евиденције се воде на обрасцима које прописује Завод.

Ценовник појединачних здравствених услуга утврђује Завод.

На основу ових евиденција и појединачних цена здравствених услуга здравствене установе испостављају Заводу месечне фактуре у електронској форми и у писаној форми.

На основу тако испостављених фактура Завод плаћа здравственим установама вредност извршених здравствених услуга до висине уговорене накнаде.

У току су припреме за увођење нове методологије планирања у здравственим установама.

Завод врши припреме на реализацији пројекта увођења матичне евиденције о осигураним лицима Завода.

Реализацијом ових важних пројеката заокружује се систем припрема за прелазак на нови модел уговарања и финансирања здравствених услуга од 2007. године.

2. Нормативно дефинисање услова, критеријума и мерила за уговарање висине накнаде за пружање здравствених услуга

У складу са Законом о здравственом осигурању Републички завод је донео Правилник о условима, критеријумима и мерилима за уговарање са здравственим установама.

Овим Правилником свеобухватно се утврђују и дефинишу:

1. услови за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга,
2. критеријуми и мерила за утврђивање укупне накнаде и накнаде по наменама здравствених установа из Плана мреже,
3. уговарање са здравственим установама које нису у Плану мреже,
4. уговарање са осталим здравственим и другим установама и субјектима,
5. обрачун припадајуће накнаде по закљученим уговорима и извршеним здравственим услугама.

2.1. Услови за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга

Правилником се дефинишу општи услови за рад које давалац здравствених услуга треба да испуњава, у складу са законом, за обављање здравствене делатности и за обављање одређених послова здравствене делатности. Испуњеност ових услова потврђује се решењем Министарства здравља и решењем о упису у регистар код надлежног органа.

Висина укупне накнаде и накнаде по наменама за здравствене установе коју утврђује Завод, представља вредносни износ тражње за здравственим услугама са једне стране. Са друге стране, здравствене установе су у обавези да Заводу, односно матичној филијали Завода доставе **понуду у облику плана рада**. Установа за јавно здравље Републике Србије утврђује методологију за израду планова рада здравствених установа. Подручне установе за јавно здравље и Комора здравствених установа прате колико су здравствене установе код израде планова рада поштовале утврђене критеријуме из методологије и о томе Филијали завода дају своје писмено мишљење.

Правилником су ближе дефинисани одређени елементи које мора да садржи План рада здравствене установе.

План рада садржи преглед здравствених услуга по обиму, врсти и вредности које ће здравствена установа пружити осигураним лицима Завода.

План рада здравствене установе по вредности је унапред усаглашен са износом средстава који је одређен висином укупне накнаде из предрачуна средстава за одређену здравствену установу. Овај посао усаглашавања вредности плана рада здравствених установа са висином накнаде из предрачуна одвија се путем филијале Завода.

Треба истаћи да постојећа методологија планирања са становишта исказивања обима услуга здравствене установе према нормативима кадрова и расположивих капацитета не даје реалан, садржајан, сажет и поуздан увид. Планови рада здравствених установа са становишта захтева Завода и њихове реалне основе за уговарање не задовољавају у потпуности. Зато је неопходно израдити нову методологију за израду планова рада у здравственим установама.

Програм рационализације рада представља важан сегмент уговарања са здравственим установама. Овај Програм треба да садржи акциони план оперативних мера пословодства здравствене установе на: унапређењу организације рада, ефикасности и квалитета пружања здравствених услуга и рационализацији свих врста трошкова здравствене установе. Правилником је дефинисан садржај неопходних мера рационализације:

- набавка лекова, медицинског, санитетског и потрошног материјала у складу са законом о јавним набавкама,
- оптималне количине залиха лекова, санитетског и медицинског материјала,
- смањење потрошње лекова у складу са рационалном фармакотерапијом у лечењу,
- адекватну примену дијагностичких процедура и др.

Поред тога Програм треба да дефинише носиоце предузиманих мера са роковима праћења ефеката и контроле предузетих мера.

2.2. Критеријуми и мерила за утврђивање накнаде за рад здравствених установа

Глобалним буџетом средстава, односно финансијским планом Републичког завода одређује се укупан износ и распоред средстава према нивоима здравствене заштите, односно типовима здравствених установа.

Посебне делове – ставке, финансијског плана Завода чине издаци – средстава за:

1) финансирање здравствених установа примарног нивоа – из Плана мреже, и ван Плана мреже – домови здравља,
2) финансирање здравствених установа секундарног и терцијалног нивоа из Плана и ван Плана мреже – болница, здравствених центара, КБ центара, Клиничких центара и Клиничког центра Србије,
3) финансирање здравствених установа независно од типа и нивоа здравствене заштите и то за: установе за специјализовану рехабилитацију, институте – заводе за јавно здравље, институте – заводе за трансфузију крви, Институт за вирусологију и имунологију „Торлак“,
4) стоматолошку здравствену заштиту независно од нивоа здравствене заштите и типа здравствене установе која се посебно планира и посебно финансира, и
5) установе социјалне заштите.

Овако утврђен распоред средстава у финансијском плану по нивоима и типовима здравствене заштите представља основни **оквир** укупно расположивих средстава за израду предрачуна.

Суштину садашњег система финансирања и уговарања здравствене заштите представља утврђивање реалних критеријума и мерила – утврђивање матрице, по којима ће се у границама расположивог оквира средстава распоредити укупна накнада по нивоима здравствене заштите и за сваку здравствену установу појединачно, са подручја Завода разврстане на матичне филијале као организационе јединице Завода.

Код утврђивања висине укупне накнаде по здравственим установама коришћени су посебни критеријуми за:

1) установе примарног нивоа и то:
   - за домове здравља и,
   - за остале здравствене установе овог нивоа здравствене заштите,
2) установе секундарног и терцијалног нивоа и то:
   - за болнице, клиничко-болничке центре, клиничке центре и клинички центар Србије и,
   - за остале установе овог нивоа здравствене заштите.

2.2.1. Укупна накнада примарног нивоа здравствене заштите домовима здравља

Ова накнада утврђена је применом два основна критеријума:

1) коригованог броја становника по општинама, који учествује у укупној накнади са око 80%,
2) броја активних картона осигураних лица по домовима здравља, који учествује у укупној накнади са око 20%.

Број становника по општинама утврђен је према попису из 2001. године. Овај број становника увећан је за број избеглих и прогнаних лица. Тако је утврђен укупан број становника.

На тако утврђен укупан број становника примењена су два корективна фактора:

1) *Старосна структура становника.* Утврђено је седам добних група становника према годинама живота. Свака добна група има вредност корективног фактора и то:

Године живота	**Корективни фактор**
0–1	–3,00
1–6	–1,90
7–19	–0,88
20–49	–0,84
50–64	–1,40
65–74	–2,20
75 и више	–3,00

2) *Густина насељености.* Број становника по квадратном километру који гранитира одређеној здравственој установи. У односу на просек насељености у Републици утврђени су индекси одступања и корективни којефицијенти за четири групе и то за:

Индекс одступања	**Корективни коефицијент**
0–20	0,4
21–40	0,3
41–60	0,2
61–80	0,1

Применом горњих корективних фактора на укупан број становника по општинама увећан за број избеглих и прогнаних лица добије се први основни критеријуми за утврђивање висине укупне накнаде: *кориговани број становника.*

Други критеријум – број активних картона осигураних лица, узет је према подацима домова здравља.

Накнада за специјалистичко консултативне услуге утврђује се на основу плана рада здравствене установе.

Домовима здравља који у свом саставу имају стационар на тако утврђену накнаду додају се средства за лекове у здравственој установи, санитетски и медицински материјал и за исхрану болесника.

Здравственим установама примарног нивоа из Плана мреже којима гравитира становништво већег броја општина и градова

накнада није могла бити утврђена директном применом горе описаних критерјума и мерила. За ове здравствене установе горњи критеријуми примењени су индиректно. Наиме, овим здравственим установама висина накнаде за 2006. годину утврђена је увећањем уговорене накнаде из 2005. године за просечан раст накнаде здравственим установама примарног нивоа у 2006. години.

Потпунијим сагледавањем напред описаних критеријума и мерила може се закључити да је за утврђивање висине накнаде здравственим установама примарног нивоа уведен **кориговани модел капитације.** Утврђивање накнаде према коригованом броју становника и према броју активних картона осигураних лица уз примену одређених додатних корективних фактора.

Тиме је у 2006. години као прелазној години учињен значајан припремни корак за прелазак на систем капитације у финансирању здравствених установа примарног нивоа.

У циљу свеобухватне припреме за примену чистог модела капитације – утврђивање средстава по становнику, за здравствене установе примарног нивоа у 2006. години предузима се низ битно другачијих мера.

У здравственим установама уведен је нов начин евидентирања, праћења и извештавања о броју извршених здравствених услуга по: осигураним лицима и изабраним лекарима.

Завод и Институт за јавно здравље Србије прописали су потребне дневне и сумарне месечне евиденције које воде здравствене установе.

Тестирање а индиректно и примена овог модела остварује се тако што ће се месечни пренос уговорених средстава здравственим установама вршити сразмерно вредности испостављених електронских фактура.

2.2.2. Укупна накнада секундарног и терцијалног нивоа здравствене заштите

Висина укупне накнаде за рад здравствених установа секундарног и терцијалног нивоа из Плана мреже утврђена је применом трошковног принципа за израчунавање појединих намена које улазе у структуру укупне накнаде.

Одређене здравствене установе секундарног и терцијалног нивоа финансирају се по цени здравствених услуга и путем откупа одређених капацитета постељног фонда.

3. Оперативна примена просперективног модела финансирања здравствене заштите

Систем уговарања – финансирања здравствене заштите има више оперативних фаза.

Прво се на нивоу Завода у оквиру **годишњег финансијског плана** утврђује глобални износ средстава, који се распоређује за:

- финансирање трошкова здравствене заштите и,
- финансирање осталих права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања.

За утврђивање и расподелу планираних средстава за горње намене користе се најчешће следећи критеријуми: планирани раст прихода завода у складу са меморандумом Владе Републике Србије, планирана динамика кретања зарада запослених у здравству усаглашена између репрезентативних синдиката у здравству и Владе, остварена извршења трошкова импута у првих девет месеци претходне године и планирани буџет тих трошкова за текућу годину, планирани раст инфлације и друго.

Спровођење и финансирање здравствене заштите одвија се преко:

1) Здравствених установа у државној својини које су обухваћене Планом мреже здравствених установа,
2) Здравствених установа које нису у Плану мреже,
3) Осталих здравствених и других установа које пружају делимично здравствене установе.

4. Утврђивање висине накнаде по наменама

Укупна накнада здравствених установа састоји се из више појединачних намена.

4.1. Накнада за рад и остали трошкови

Овај део накнаде у себи обухвата: плате запослених и трошкове превоза запослених за долазак на посао и одлазак са посла, трошкове енергената, материјалне и остале трошкове.

4.1.1. Плате запослених

Висина плата запослених утврђена је за број запослених у здравственим установама на дан 30. 09. 2005. године. Овај број запослених умањен је за број запослених у:

- апотеци која је у саставу здравствене установе која ради на издавању лекова на рецепт,
- стоматолошкој служби у саставу здравствене установе, и
- за број запослених којима је престао радни однос у здравственој установи по основу спровођења Програма рационализације и смањења броја запослених уз исплату стимулативних отпремнина.

Дакле, то је број запослених које Завод признаје по уговору.

Висина плата утврђена је применом Уредбе о коефицијентима за обрачун и исплату плата запослених у јавним службама и утврђеном нивоу средстава по финансијском плану Завода.

Укупан просечни коефицијент за плате запослених код појединачне здравствене установе сведен је на просечан коефицијент свих здравствених установа одређеног типа.

Висина коефицијената за плате запослених укључујући распоне по појединим групама и динамика раста у току године утврђена је у складу са Протоколом који су потписали Влада и репрезентативни синдикати запослених у здравственој делатности.

На овај начин искључено је свако непотребно ново запошљавање као и повећање висине зарада на терет средстава Завода преко договореног износа. Са друге стране то стимулише здравствену установу да смањује број запослених, да мање узима замене за време боловања радника до 30 и преко 30 дана и да по том основу оствари уштеде, односно вишак средстава.

Стављени су под контролу и у реалне оквире број запослених и висина зарада. Тиме се обезбеђује контрола од 54% до 65% укупне накнаде зависно од типа здравствене установе. То представља значајан искорак у рационализацији трошења средстава.

4.1.2. Трошкови превоза запослених за долазак на посао и одлазак са посла

Висина овог дела накнаде утврђена је за уговорени број запослених на основу просечне цене превоза уговорене за 2005. године уз повећање за 18%.

4.1.3. Накнада за енергенте

Висина овог дела накнаде утврђена је на основу уговорених средстава у 2005. години за ове намене увећане за 17,1%.

4.1.4. Накнада за маатеријалне трошкове и остале трошкове

Висина накнаде за ову групу индиректних трошкова здравствених установа утврђена је финансијским планом Завода за 2006. годину.

Критеријуми и мерила за распоред укупног износа за ове намене на поједине здравствене установе били су:

- број картона за здравствене установе примарног нивоа и
- степен искоришћених капацитета за здравствене установе секундарног и терцијалног нивоа.

За клиничке центре и Клинички центар Србије због специфичности утврђена су одређена наменска средства за измирење појединих услуга по уговорима са другим здравственим установама.

4.2. Накнада за лекове

Висина укупне накнаде за ове намене утврђена је финансијским планом Завода.

Критеријуми и мерила за расподелу укупног износа на поједине здравствене услуге били су: просечна цена лека по коригованом становнику за 2005. годину и по активном картону.

За здравствене установе примарног нивоа здравствене заштите просечна цена лека по коригованом становнику и картону за 2005. годину увећана за 9,25%.

Уговорена накнада за лекове за 2005. годину код израчунавања просечне цене лека по претходном критеријуму претходно је уговорена накнада за лекове у 2005. години умањена за износ трошкова за лекове који се односе на стоматолошку здравствену заштиту.

Овај критеријум тестиран је на упоредиву уговорену накнаду за лекове за 2005. годину. Код оних здравствених установа код којих је пројектована накнада по претходном критеријуму била **мања** од уговорене упоредиве накнаде по уговору за 2005. годину накнада за лекове код тих здравствених установа утврђена је до нивоа упоредиве уговорене накнаде за лекове у 2005. години.

За здравствене установе секундарног и терцијалног нивоа као и за установе примарног нивоа са стационаром накнада за лекове утврђена је по б.о. дану до износа утрошених лекова за 2005. годину увећана за 9,3% за оне здравствене установе код којих је тај просек утрошка био мањи од просека групације здравствених установа. Установе код којих је просек утрошених лекова по б.о. дану у 2005. години био већи од просека типа здравствених установа сведене су на просек групације.

Средства за лекове за одређене намене. Одређеним здравственим установама обезбеђена су додатна наменска средства за одређене специфичне лекове. Пренос средстава за ове намене вршиће се по извршеним услугама и испостављеним фактурама по осигураном лицу.

У оквиру укупне накнаде за лекове посебно је утврђена накнада за лекове који нису на Листи лекова у висини од 3% од накнаде за лекове.

4.2.1. Накнада за вакцине

Висина ове накнаде утврђена је на основу Програма обавезне имунизације, систематске имунизације лица одређеног узраста и обавезне имунизације лица експонираних одређеним заразним болестима.

Количине и вредности вакцине одређене су по врстама и по здравственим установама на основу потрошње у 2005. години и усаглашеног плана потреба за 2006. годину.

4.2.2. Накнада за цитостатике и цитостатике по посебном режиму

Висина накнаде за ове намене утврђена је на основу следећих критеријума и мерила: броја лечених осигураних лица, очекиваног броја случајева, процењених потребних количина ових лекова и цене лекова.

Одређеним здравственим установама утврђена је накнада за цитостатике по посебном режиму.

У оквиру укупно утврђене накнаде за лекове и цитостатике утврђена је накнада за лекове који нису на Листи лекова у висини од 3%.

Критеријуме за овај део накнаде утврђује Министарство здравља.

4.2.3. Накнада за лекове за хемофилију

Висина накнаде за ове намене утврђена је применом следећих критеријума и мерила: броја осигураних лица, броја количине и појединачне цене ових лекова.

4.3. Накнада за крв и продукте од крви

Висина укупне накнаде за ове намене утврђена је финансијским планом Завода.

Висина ових трошкова утврђује се зависно од две ситуације:

- када се ради о сопственој производњи признају се стварни трошкови производње без трошкова рада и
- када здравствена установа врши набавке од других произвођача признају се стварни трошкови по набавним ценама које је утврдио Завод.

4.4. Накнада за санитетски и медицински материјал

Висина накнаде за ове намене: за установе секундарног и терцијалног нивоа, као и за домове здравља са стационаром утврђена је: до износа просечних трошкова за ове намене по леченом осигураном лицу у 2005. години на нивоу групације здравствених установа увећаних за 9,3%, за оне здравствене установе које су просек утрошка имале мањи од просека групације здравствених установа. За здравствене установе које су имале свој просек утрошка већи од просека групације здравствених установа висина накнаде сведена је на ниво просека групације здравствених установа.

Клиничким центрима и Клиничком центру Србије, обезбеђена су додатна средства на име пружања специфичних дијагностичких услуга као што су: испитивања ендоскопском видео капсулом, имунолошке анализе код СА тумора и за тумор маркере.

4.5. Накнада за имплантате

У оквиру укупне накнаде здравствених установа обезбеђују се посебна наменска средства здравственим установама за имплантате, односно материјал који се уграђује у људски организам.

Овај део накнаде распоређен је по врстама имплантата.

4.5.1. Накнада за имплантате за кукове

Висина овог дела накнаде утврђена је за здравствене установе, на основу следећих критеријума и мерила:

- извршеног обима рада здравствених установа у 2005. години,
- планираног броја ових операција по врстама протеза за 2006. годину,
- броја осигураних лица на Листи чекања и,
- висине цена за поједине врсте протеза које је утврдио Завод.

4.5.2. Накнада за уградни материјал у ортопедији

Висина накнаде за ове намене утврђена је на основу уговорене накнаде за ове намене за 2005. годину.

4.5.3. Накнада за пејсмекере, стеутове и графтове

Висина накнаде за ове намене утврђена је на основу: плана потреба здравствених установа, броја осигураних лица на Листи чекања, висине цена за поједине врсте имплантата које је утврдио Завод и мишљења стручне Комисије за кардиохирургију и кардиоваскуларну хирургију.

4.5.4. Накнада за остали уградни материјал

Висина овог дела накнаде утврђена је на основу: обима услуга које су извршиле здравствене установе и мишљења стручне Комисије Министарства здравља.

Уговором су одређене врсте ових имплантата по здравственим установама и висини средстава.

4.6. Накнада за материјал за дијализу

Висина накнаде за ове намене утврђена је на основу следећих критеријума и мерила:

- броја осигураних лица која користе услуге дијализе,
- броја и врсте дијализа које се пружају осигураним лицима,
- стандардизацији лекова и материјала који се користе у пружању услуга дијализе,
- висини цена дијализа по врстама које је утврдио Завод.

4.7. Накнада за исхрану болесника

Висина накнаде за ове намене утврђена је на основу следећих критеријума и мерила:

- просечне искоришћености капацитета постељног фонда здравствене установе у 2005. години,
- броја остварених б.о. дана здравствене установе у 2005. години,
- просечне дужине лежања болесника у здравственој установи у 2005. години.

Горњи подаци сваке појединачне здравствене установе упоређивањем са просеком групације здравствених установа служе као критеријум да се утврди број б.о. дана који се признаје за сваку здравствену установу. Наиме, здравствене установе са краћим просеком лежања болесника и нешто нижим процентом искоришћености постељног фонда од просека групације здравствених установа сведене су на просек групације. Здравственим установама са просеком лежања осигураника на нивоу просека групације и са већом просечном искоришћеношћу постељних капацитета од просека групације утврђен је број б.о. дана према стварној искоришћености капацитета те здравствене установе.

Признати и утврђени број б.о. дана за сваку здравствену установу према горњим критеријума и мерилима множи се са ценама исхране по б.о. дану које је утврдио Завод и тако се израчунава накнада за исхрану.

4.8. Накнада за одређена помагала

Висина накнаде за одређена помагала која се издају на налог преко апотеке утврђена је на нивоу уговорене накнаде за 2005. годину умањену за број реализованих пулсативних пумпи, које ће се у 2006. години обезбеђивати у референтним здравственим установама.

4.9. Накнада од партиципације

На бази просечног извршења у претходној години по нивоима здравствених установа утврђена је висина накнаде од партиипације.

Овај део средстава Завод уговора у оквиру укупне накнаде здравствених установа. Средства од партиципације коју здравствена установа наплати од осигураних лица у складу са Законом и општим актима Завода у целини су приход здравствене установе.

Ово представља значајну новину у односу на ранији систем уговарања где партиципација није улазила у укупну накнаду здравствене установе.

5. Плаћање стоматолошке здравствене заштите

Посебну самосталну врсту прихода здравствене установе представља накнада за пружање здравствених услуга у стоматологији. **Висина ове накнаде утврђена је предрачуном средстава. Ради се о значајној новини у односу на ранији систем финансирања и уговарања.**

У финансирању стоматолошких услуга примењен је:

1) потпуно слободни тржишни модел за услуге које не падају на терет средстава Завода и,
2) **контролисани тржишни систем финансирања** услуга које падају на терет средстава Завода.

Наиме, код утврђивања висине ове накнаде нису обухваћене све стоматолошке услуге које здравствена установа пружа свим осигураним лицима Завода.

Здравствене стоматолошке услуге које здравствена установа пружа осигураним лицима Завода старијим од 18 година живота (изузев услуга из члана 41. Закона о здрав-

ственом осигурању, а ту је реч о малом броју услуга, не падају на терет средстава Завода. Ове услуге здравствена установа обезбеђује на тржишту. Највиши ниво цена за све врсте стоматолошких услуга утврдио је Завод уз сагласност Министарства здравља РС. Здравствене установе утврђују самостално своје цене али највише до нивоа цена које је утврдило Министарство здравља. Међутим, при утврђивању нивоа цена и квалитета пружања услуга, здравствена установа мора да води рачуна о тржишној конкуренцији која је присутна како између државних тако и између приватних и државних здравствених установа. Дакле, здравствена установа има вишеструка ограничења у погледу одређивања висине цена.

У оквиру ове накнаде из предрачуна средстава **здравствена установа може да фактурише филијали Завода** само здравствене стоматолошке услуге које пружа осигураним лицима Завода и то: деци и омладини до 18 година живота и осталим осигураним лицима Завода старијим од 18 година живота у складу са чланом 41. Закона о здравственом осигурању.

Завод је дефинисао по врсти, обиму, појединачној цени и укупној вредности све врсте стоматолошких услуга које падају на његов терет.

Стоматолошке здравствене услуге које је здравствена установа извршила и фактурисала на терет средстава Завода, признају се до висине њиховог извршења, али **не преко висине накнаде** која је **предрачуном утврђена**. Значи, здравствена установа може остварити и мањи обим средстава од утврђене накнаде уколико је обим извршења услуга мањи од планираног. **Дакле у стоматологији се плаћа стварно извршени обим рада али само до планираног и утврђеног обима средстава.**

6. Конзистентност и повезаност појединачних критеријума и мерила

Напред изнети и описани појединачни критеријуми и мерила за утврђивање укупне накнаде и накнаде по наменама су међусобно повезани. Они сви заједно представљају конзистентан систем финансирања здравствене заштите.

Путем овако утврђених критеријума за расподелу расположивих средстава остварује се неколико основних циљева:

1) У старту се обезбеђују исти објективни и равноправни услови за финансирање свих здравствених установа.
2) Здравствене установе се мотивишу економским мерама и мерама праћења и контроле да под истим условима што рационалније и ефикасније пружају здравствене услуге осигураним лицима Завода.
3) Здравствене установе се економски мотивишу за стицање додатних сопствених прихова на тржишту.

7. Уговарање здравствене заштите са институтима – заводима за јавно здравље

Институти-заводи за јавно здравље имају три основна извора финансирања:

1) од Републичког завода за здравсвено осигуање,
2) из буџета Републике Србије – преко Министарства здравља,
3) финансирање из сопствених прихода продајом на тржишту својих услуга привредним и друштвеним субјектима.

Висина накнаде за 2006. годину коју Завод за здравствено осигурање обезбеђује овим здравстсвеним установама за јавно здравље утврђена је према висини уговорених средстава из 2005. године увећаних за 8%.

Критеријуми и мерила за утврђивање висине накнаде јесте:

- план рада здравстсвених услуга из области: микробиологије са паразитологијом, хигијене, вакцинација,
- плана здатака и активности из области: социјалне медицине и превентивних услуга,
- цене здравствених услуга и цене задатака и активности које утврђује Завод за здравствено осигурање.

Подручни Заводи за јавно здравље обављају претежно превентивне здравствене услуге. Томе треба додати и обављање мањег дела микробиолошких и лабораторијских анализа које су предуслов за поуздану дијагностику и лечење. Све то представља 60-70% од укупног обима услуга Завода које пружа за потребе здравственог осигурања.

Преостали обим услуга у вредности 30-40% Завод пружа на тржишту другим корисницима. Ту је Завод као давалац услуга потпуно самосталан да у сарадњи са привредним субјектимаи са надлежним државним органима: санитарном и тржишном инспекцијом локалном самоуправом, царинском службом и другим службама, обезбеди себи што повољније услове на тржишту. Самосталност се огледа како у обезбеђењу обима посла, тако и у утврђивању висине цена својих услуга. У таквим условима у пуној мери долази менаџерска способност пословодства.

Због превелике „заштићености“ у претходном пеиоду, у овој фази Заводи још увек не исказују у довољној мери потребне способности да искористе све предности тржишних услова у којима се налазе.

Улога Института за јавно здравље, Подручних завода као стручних установа, од изузетне је важности за унапређење рада здравствених установа. Ту пре свега мислимо на:

1) Утврђивање методологије односно оперативних критеријума за израду планова рада здравтвених установа. То подразумева да се рад здравствених установа може у плану рада реално исказати по обиму и по вредности. Зато је неопходно ослободити се уобичајеног досадашњег уопштавања које нема практичну сврху.
2) Исто тако је важно установити инструменте праћења евалнације односно извршења плана рада здравствене установе на месечном, кварталном и годишњем нивоу.

8. Уговарање снабдевања лековима на рецепт

Са домовима здравља који у свом саставу имају апотеку, апотекама и апотекарским установама уговарање снабдевања осигураних лица лековима на рецепт је извршено по модификованом тржишном принципу.

Завод је у оквиру планираних средстава за лекове на рецепт за домове здравља утврдио висину накнаде-квоте за набавну цену лекова увећане за висину марже од 12% по здравственим установама.

Висина уговорене појединачне квоте средстава за лекове на рецепт утврђена је на основу:

- просечне цене лекова по коригованом становнику на нивоу Завода у 2005. години,
- броја коригованих становника који гравитирају здравственој установи,
- броја активних картона здравствене установе.

Ово је једноставан и добар модел уговарања. Здравствена установа стављена је у позицију да рационализује своје пословање преко:

- што потпуније и редовне снабдевености лековима,
- смањења броја запослених,
- обезбеђивања додатних прихода са тржишта преко продаје лекова са негативне листе, магистралних лекова и друге галантеријске робе.

Средства за лекове на рецепт обезбеђују се сразмерно планираном учешћу ових трошкова у укупним расходима на нивоу Завода, које за 2006. годину износи 11%.

У овој сфери потрошње Завод је остварио значајно смањење обима потрошње.

Завод је последњих година успешно спровео опсежни Пројекат праћења и контроле преписивања и потрошње лекова на рецепт.

Реално је било очекивати смањење ових расхода ако се имају у виду веома радикалне мере на рационализацији овог вида трошкова. При томе имамо у виду:

1) Увођење јединственог регистра лекара са својим идентификационим (ИД-е) бројевима који имају право да прописују лекове на терет здравственог осигурања.
2) Увођење новог обрасца рецепта са подацима о осигураном лицу, о дијагнози обољења, о лекару који је прописао лек и здравственој установи која је издала лек.
3) Завиђење аутоматске обраде података за ажурно праћење потрошње лекова натурално и вредносно: по лекару, по дијагнози, по осигураном лицу и по здравственој установи, по просечној вредности и укупној вредности прописаних лекова,
4) Утврђивање обима средстава која годишње могу утрошити за лекове на терет здравственог осигурања.
5) Контролисане цене лекова.

У здравственој јавности код: здравственог особља, пословодства, па једним делом и код осигураника, ове мере у почетку примљене су са доста резерве па и са отпором. Међутим, и то се може тумачити као знак рационалности мера, јер захтевају мењање стечених нерационалних навика. Свакако да су објективни предлози и сугестије из праксе били уважени. Али сви ти почетни проблеми сада су иза нас.

У оквиру утврђеног основног смера који је добар потребно је у ходу даље дотеривати систем путем:
1) Усавршавања и поједностављена система уношења података са рецепта, путем оптичког самоочитавања,
2) Месечне анализе утрошених лекова по свим важним параметрима натурално и вредносно: по лекару, по дијагнози, по осигураном лицу и по здравственој установи.
3) На основу оваквих анализа предузимати оперативне економске и административне мере према: лекару који је прописао лек, здравственој установи у којој лекар ради, а у ближој будућности и према осигураном лицу установити стимулативне мере за рационално понашање.

Може се рећи да је у области лекова стање сасвим задовољавајуће. Покривеност реалних потреба осигураних лица достиже преко 95%, што представља оптималну покривеност потреба.

9. Уговарање са установама за специјализовану рехабилитацију

Два су кључна критеријума на основу којих се одређује висина накнаде установама за специјализовану рехабилитацију:
1) Остварени број болесничких дана за потребе осигураних лица Завода у 2005. години, откуп одређених болничких капацитета и,
2) Цена болесничких дана које утврђује Завод. Оне су за 4,35% повећане у 2006. години у односу на 2005. години, што је веома мало повећање.

Признаје се и пружање амбулантних услуга специјализоване рехабилитације до уговореног износа.

Претходни критеријуми су привремени. Наиме, Министарство здравља у првој половини 2006. године припрема нове стандарде, нормативе и критеријуме за мрежу ових здравствених установа. Тиме ће се успоставити реалнији критеријуми у финансирању и плаћању услуга које пружају установе за специјализовану медицинску рехабилитацију, Завод би требао да финансира првенствено оне услуге специјализоване рехабилитације које представљају наставак болничког лечења.

Треба правити разлику између установа овог типа које обављају искључиво делатност специјализоване медицинске рехабилитације, од оних установа које обављају доминантно услуге туризма и рекреације, а делатност медицинске рехабилитације је сасвим споредна. Овај други тип установа по нашем мишљењу у целини треба препустити тржишним условима.

10. Накнада установама социјалне заштите

Висина накнаде установама социјалне заштите привремено је утврђена на нивоу

средстава за 2005. годину на име пружања здравствених услуга осигураним лицима Завода смештеним у тим установама.

У току је доношење норматива кадрова у овим установама потребним за пружање здравствених услуга, након чега ће се утврдити нови критеријуми за уговарање.

11. Уговарање финансирања и снабдевања са медицинско--техничким помагалима

Висина средстава за финансирање и снабдевање осигураних лица Завода са медицинско-техничким помагалима утврђена је финансијским планом Завода.

Распоред укупних средстава извршен је по филијалама Завода сразмерно броју осигураних лица.

У оквиру својих функција утврђених Законом Завод обезбеђује осигураним лицима бројна медицинско-техничка помагала. У том циљу успостављају се уговорни односи са ортопедским и оптичарским предузећима и радњама.

Уговори се закључују на основу претходно спроведеног поступка јавног оглашавања у складу са Законом о јавним набавкама.

Доношењем новог Правилника о медицинско-техничким помагалима крајем 2005. године, Завод је ову област уредио на рационалан и прегледан начин.

Финансирање се врши по цени помагала и услуга. Завод као купац одређених добара и услуга у току јавног оглашавања, а пре закључивања уговора, свим заинтересованим понуђачима који су прошли претходни јавни поступак квалификације поставља јасне услове у погледу: квалитета израде добара, асортимана добара, рокова испоруке и појединачне цене.

Применом оваквог уређеног поступка уговарања и финансирања Завод је у овој области остварио значајну рационализацију у трошењу средстава за ове намене. Остварена је добра снабдевеност осигураних лица Завода са овим помагалима.

12. Годишњи план здравствене заштите

Основна делатност Завода јесте обезбеђивање услова за спровођење обавезног здравственог осигурања. Ти услови обезбеђују се стварањем материјалних претпоставки за финансирање пружаоца здравствених услуга и уређивање односа за функционисање система здравственог осигурања.

Ради успешног спровођења ове своје основне делатности, Завод закључује уговоре са здравственим установама и другим носиоцима здравствене делатности о финансирању и пружању здравствених услуга осигураним лицима Завода и прати извршење тих уговора. Извршавањем ових уговора здравствене установе и други носиоци здравствене делатности пружају здравствене услуге осигураним лицима Завода. На тај начин се остварује основно право из здравственог осигурања, а то је право на здравствену заштиту.

Основ за закључивање уговора са здравственим установама у складу са Законом о здравственом осигурању јесте: годишњи план здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања. Овим документом планира се развој и обим остваривања права из здравствене заштите. По свом садржају овај План треба да дефинише основне циљеве и правце развоја здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања.

Прво би требао на основу релевантних показатеља да елаборира и анализира: здравствено стање становништва, обим и структуру морбиолитета, обим расположивих капацитета здравствених установа са становишта просторних, техничких, постељних и кадровских капацитета и степен искоришћености истих.

У другом делу План би требао да садржи:

- основне циљеве и правце и приоритете развоја обавезног здравственог осигурања,
- обим и структуру реалних потреба Завода за ангажовање капацитета здравствених

установа по нивоима примарни, секундарни и терцијални, са становишта кадровских, техничких и постељних могућности,
- одређене параметре и стандарде мерења: обима, квалитета ефикасности и економичности пружених здравствених услуга,
- информатичка подршка за увођење матичне евиденције осигураних лица,
- информатичка подржка здравствених установа у домену приказивања и фактурисања обима и квалитета пружених здравствених услуга по: осигураном лицу, по здравственом раднику по случају и врсти пружене здравствене услуге,
- оперативне акционе мере и активности за спровођење појединачних дефинисаних пројеката.

У ствари, План здравствене заштите треба у једну целину да систематизује све појединачне развојне пројекте. Тако систематизован План здравствене заштите представља обим тражње осигураних лица Завода за здравственим услугама.

Са друге стране, Финансијски план Завода представља вредносни израз Плана здравствене заштите.

Након тога долазимо до Плана рада здравствених установа који представљају њихов обим понуде здравствених услуга осигураним лицима Завода усаглашен са Планом здравствене заштите Завода и Финансијским планом Завода.

13. План рада и финансијски план здравствених установа

13.1. План рада здравствених установа

План рада здравствених установа представља систематизовани натурални и вредносни приказ и преглед укупне расположиве понуде здравствених услуга за сваки ниво здравствене заштите по врстама, обиму и вредности.

Здравствена установа свој план рада израђује на основу методологије израде плана рада здравствених установа. Ову методологију планирања израђује Републички завод за јавно здравље у сарадњи са Заводом за здравствено осигурање.

Полазне основе за израду планова рада здравствених установа су:
- нормативи и стандарди пружања здравствених услуга,
- расположиви укупни капацитети здравствене установе: кадровски, технички, просторни и постељни,
- номенклатура и ценовник здравствених услуга,
- преглед дневних и месечних евиденција врсте и обима пружања здравстсвених услуга које прописује Завод као базу за електронско фактурисање.
- Годишњи план здравствене заштите који коноси Завод и,
- годишњи предрачун расположивих средстава за финансирање здравствене заштите који доноси Завод.

На основу ових критеријума здравствена установа доноси План рада здравстсвених услуга као укупну понуду пружања расположивих здравствених услуга. У оквиру укупног плана рада посебно треба да се искажу два дела.

1) **Први део обухвата -** врсту, обим и вредност услуга које ће здравствена установа пружити – за Завод, осигураним лицима Завода из обаезног здравственог осигурања у оквиру висине средстава из предрачуна за уговарање.
2) **Други део обухвата –** врсту, обим и вредност здравствених услуга које ће здравствена установа пружати: ван оквира обавезног здравственог осигурања, корисницима добровољног и допунског здравственог осигурања, ванстандардне здравствене услуге и све друге здравствене услуге које пружа другим корисницима здравствених услуга на тржишту.

Оваквим раздвајањем плана рада треба да се обезбеди разрешавање конфликта између Завода и здравствених установа који произилази из објективне чињенице ограничених средстава за обавезно здравствено осигурање.

Ублажава се проблем раскорака изимеђу висине потребних и висине расположивих средстава за здравствену заштиту.

Планирање обима рада у здравственим установама треба дакле да се реформише и да буде интегрални део укупног система реформе здравстсвеног осигурања и здравствене службе. Методологија планирања треба да осмисли, да креира и да обезбеди имплементацију реформе планирања.

Вођење дневних и месечних евиденција о извршеном обиму здравствених услуга као основе за планирање и мерење резултата рада у здравственим установама, у великој мери представља „административни додатак" већ постојећим евиденцијама. То значајно оптерећује здравствене установе. Где су могућа решења? Рационална решења треба тражити у два правца.

1) Ослобађање здравствених установа од непотребних евиденција из ранијег периода које немају своју реалну сврху.
2) Досадашњу номеуклатуру здравствених услуга и њихову велику уситњеност треба преуредити у мањи број међусобно повезаних услуга у циљу лакшег праћења.
3) Обезбедити информатичку подршку у здравственим установама за укупни систем евидентирања, праћења и фактурисања извршених здравствених услуга.

13.2. Листа чекања

Саставни део плана рада здравствених установа и важан елеменат уговарања јесте Листа чекања осигураних лица Завода за одређене здравствене услуге.

Потребе осигураника за одређеним најсложенијим дијагностичким и терапијским процедурама превазилазе расположива финансијска средства Завода. У циљу ублажавања овог проблема: рационалног располагања расположивим средствима, обезбеђења здравствене заштите свим осигураним лицима под једнаким условима и боље оганизације рада здравствених установа уведен је институт **листе чекања**.

Листе чекања формирају се за медицинске процедуре и интервенције из области кардиологије, ортопедије и дијагностике које нису хитне. Дефинисано је укупно 16 најсложенијих здравствених процедура и интервенција. Листе се сачињавају у здравственој установи на основу „Клиничких критеријума" које је израдио Институт за јавно здравље Србије у сарадњи са референтним здравственим установама и републичким стручним Комисијама.

Сачињавање и спровођење листи чекања подразумева: строго поштовање „Клиничких критеријума" приликом њихове израде, њихово ажурирање једанпут месечно и потпуна доступност истих осигураницима.

Сачињене листе чекања здравствена установа путем матичне филијале доставља једанпут месечно дирекцији Републичког завода за здравствено осигурање где се постављају на Web страницу Завода. Здравствена установа је у обавези да сачињену и ажурирану листу чекања истакне на видном месту у здравтвеној установи и да благовремено обавести осигурано лице о његовом редоследу – датуму када ће му бии пружена здравствена услуга. Осигураник може да прати своје место на лити чекања преко кодираног ЈМБГ-а.

Филијала Завода у поступку контроле извршења уговорених обавеза прати спровођење и поштовање листе чекања од стране здравствене установе. У случајевима кад се контролом утврди да здравствена установа не поштује медицинске услове из „клиничких критеријума" и не примењује листу чекања Филијала Завода ће здравственој установи умањити износ припадајућих средстава по том основу.

Постојањем и применом листе чекања обезбеђује се већи степен рационалног понашања осигураних лица и лекара код коришћења здравствене заштите. Време чекања морало би да има неки оптимум како дужина чекања не би одвраћала осигуранике од коришћења здравствене зашите. С друге стране, листа чекања може од стране здравствене установе да буде злоупотребљена на штету осигураних лица. Наиме, свако прекоредно коришћење здравствених услуга

плаћа осигурано лице што представља додатни приход здравственој установи. У циљу спречавања настајања ових и других деформација Министарство здравља утврдило је критеријуме и стандарде за рокове и дужину листе чекања. Исто тако веома је важно обезбедити оперативно праћење и контролу поштовања листе чекања. У случајевима њеног непоштовања примењивати економске мере према здравственој установи.

13.3. Финансијски план здравствене установе

Финансијски план здравствене установе представља вредносни израз **Плана рада** по изворима прихода: од средстава Завода, од пружених услуга другим корисницима на тржишту и од других извора: донација и случно.

Здравствена установа својим финансијским планом у планиране приходе од Завода преузима износ који је уговорен са Заводом. На тај начин је обезбеђена реалност и усклађеност планирања као битне претпоставке рационалног и уравнотеженог пословања.

14. Предности просперективног модела уговарања и финансирања здравствене заштите

У наставку излагања указујемо на одређене предности досадашњег модела финансирања здравствених услуга у Заводу.

1) Овај систем финансирања јавног здравства и уговарања са здравственим установама елеминисао је недостатке претходног система финансиања. Обезбедио је успостављање чистих међусобних пословних – партнерских односа између Завода са једне стране и здравствених установа са друге стране.
   Створио је институционалне оквире за реално финансирање јавног здравственог сектора у границама расположивих средстава. Обезбедио је функционисање здравствене службе са више рационализације трошкова пословања, побољшање ефикасности и квалитета пружања здравствених услуга.
2) Обезбеђен је потпуни систем у финансирању солидарности здравствених услуга за подручје целог Завода. Све здравствене установе налазе се у истим полазним условима.
   Ефекти мера које здравствена установа непосредно предузима на унапређењу квалитета пружања здравствених услуга, увођења нових ванстандардних метода у дијагностици и лечењу, побољшању комфора и рационализацији трошкова пословања непосредно имају ефекат на рад, функционисање и економски резултат рада и пословања здравствене установе.
3) Спроведен је систем пуне солидарности на нивоу Завода у финансирању здравствене заштите.
   То омогућава подједнако успешно функционисање здравственог осигурања и здравствене службе у свим регионима Републике и у условима објективно ограничених средстава. Ова чињеница има посебан значај за фунционисање здравствене службе као јавног сектора од посебног значаја у условима својинске трансформације, приватизације и крупних транзиционих промена целокупног друштвеног, социјалног и економског система у Републици Србији. У условима таквих промена прилив средстава за здравствено осигурање по појединим окрузима односно филијалама Завода је веома неуједначен. Те економске неједнакости по регионима, у систему пуне солидарности здравственог осигурања, немају негативан утицај на различито функционисање и развој здравствене службе по регионима.
4) Здравствене установе унапред на почетку године знају и могу да планирају обим средстава на годишњем и месечном нивоу за пружене здравствене услуге. То их економски мотивише на рационално понашање. А, то значи да: смањен број запослених до оптималног броја, да смање све врсте осталих трошкова пословања и да ви-

шак капацитета; кадровских, просторних и техничких искористе на тржишту за остварење допунских прихода. Тиме су елиминисана нереална очекивања здравствених установа из прошлости да ће све трошкове здравствене установе покрити Завод.

5) Постојећи модел омогућио је Заводу да успешно управља системом осигурања. Завод у таквим условима реално планира обим својих расхода за здравствену заштиту у оквиру планираних и остварених прихода. Нема непредвиђених финансијских удара, што обезбеђује равнотежно пословање у реалним економским оквирима.
6) Динамика извршења уговора – пренос средстава по наменама на име измиривања уговорених обавеза Завода према здравственим установама представља важан део и предуслов успешног функционисања система уговарања. Треба истаћи да Завод своје обавезе измирује редовно и континуирано по унапред утврђеној динамици у складу са остваривањем финансијског плана. Са друге стране, здравствене установе остварују релативно добру ликвидност у пословању и благовремено измирују обавеза за све импуте трошкова који улазе у састав пружених здравствених услуга.

15. Недостаци просјективног модела финансирања и уговарања здравствене заштите

Треба истаћи да у пракси не постоји идеални систем финансирања здравствене заштите који би у себе укључивао само одређене предности без недостатака. Осим тога сваки систем, па дакле и досадашњи систем уговарања и финансирања здравствене заштите, после вишегодишње примене, своје почетне предности временом губи и све мање даје очекиване позитивне ефекте.

Досадашњи систем уговарања и финансирања здравствене заштите испољава више недостатака.

1) Закуп укупних расположивих капацитета здравствених установа, што преферира постојећи модел, није економски одрживо решење. То економски не стимулише здравствене установе из Плана мреже здравствених установа да вишкове постојећих капацитета који су евидентни користи на тржишту за пружање додатних услуга изван оквира обавезног здравственог осигурања.
2) Уговарање и финансирање укупног броја запослених у здравственим установама према садашњем моделу представља његов значајан недостатак.
   Здравствене установе нису непоседно стимулисане да рационализују број запослених.
3) Између здравственог осигурања односно Завода, и здравствених установа постоји конфликт због објективно ограниченог нивоа средстава за обавезно здравствено осигурање у односу на потребе здравствених установа.
   Постојећи модел финансирања и плаћања здравствених услуга нема у себи уграђене критеријуме и механизме за успешно решавање тих конфликата који се јављају унутар њега и споља између здравстсвене делатности и државе која утврђује ниво средстава за здравствено осигурање становништва.
4) Садашњи критеријуми и мерила за утврђивање висине укупне накнаде као и накнаде по наменама не заснивају се на мерењу и финансирању стварних резултата рада по обиму и квалитету здравствених услуга које пружају здравствене установе. Систем доминантно преферира финансирање претпостављених и очекиваних резултата рада здравствених установа по обиму и по квалитету пружених здравствених услуга.
5) Мере рационализације у здравственим установама да здравствене услуге буду што ефикасније, квалитетније и јефтиније не подржава у довољној мери постојећи модел финансирања и уговарања здравствене заштите.

* * *

Полазећи од нових законских прописа: Закона о здравственом осигурању, Закона о здравственој заштити, као и од потребе уса-

вршавања система финансирања и уговарања здравствене заштите Завод врши темељне и свеобухватне припреме за тестирање и увођење новог модела финансирања здравствене заштите.

Ради се о увођењу новог модела финансирања, уговарања и плаћања здравствених услуга.

1) **Систем капилације** – плаћање по једном опредељеном осигураном лицу у примарној здравственој заштити и
2) **Систем плаћања по случају** односно по епизоди болести или повреде **за извршени пакет** дијагностички сродних и повезаних здравствених услуга – ДРГ систем, у секундарној и терцијалној здравственој заштити.

Вести и новости из здравства Србије и о здравству Србије

РЕПУБЛИКА СРБИЈА МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА

Национална комисија за превенцију пушења

Србија против дуванског дима

Шта се ради у Републици Србији по питању контроле дувана?

1. децембра 2005. године Скупштина Србије и Црне Горе изгласала је ратификацију Оквирне конвенције о контроли дувана Светске здравствене организације („Сл. лист СЦГ – Међународни уговори“, бр. 16).

Прихватањем овог међународног уговора држава се обавезала да ће у наредних 5 година применити комплетан пакет мера да би заштитила здравље својих грађана.

Све мере које предвиђа Оквирна конвенција о контроли дувана Светске здравствене организације обухваћене су нацртом Стратегије контроле дувана Републике Србије.

Нацрт је припремила Национална комисија за превенцију пушења Министарства здравља Републике Србије. За успешну реализацију Стратегије потребна је координисана активност министарства, струковних и невладиних организација.

Велики број законских мера које су предвиђене Конвенцијом и Стратегијом код нас су већ уграђене у нове законе. За успешно спровођење ових закона потребна је подршка грађана Србије.

Закон о забрани пушења у затвореним просторијама

(„Сл. гласник РС“ бр. 16/95, 101/2005) забрањује пушење у:

1. просторијама за рад, уколико је бар један запослени непушач,
2. здравственим, васпитно-образовним и социјалним установама,
3. просторијама за производњу, смештај и промет лекова и животних намирница,
4. просторијама у којима се одвијају седнице, културне, забавне, спортске и друге манифестације и такмичења,
5. просторијама у којима се обавља јавно снимање и емитовање,
6. лифтовима,
7. средствима јавног превоза.

У наведеним просторијама обавезно је постављање знака забране пушења.

У посебно одређеним одељцима пушење је дозвољено у унутрашњој пловидби, железничком и ваздушном саобраћају.

Надзор врше инспектори рада (тачка 1), здравствени и санитарни инспектори (тачке 2-7). Новчана казна за појединца је 5.000 динара, за одговорно лице у предузећу 10.000 до 50.000 динара, а за правно лице 50.000 до 500.000 динара.

Закон о оглашавању

(„Сл. гласник РС“, бр. 79/2005)

- забрањује оглашавање дуваних производа путем штампе, телевизије, радија, филмова, биоскопских дијапозитива, паноа, билборда, мурала, налепница, плаката, летака, средстава превоза или друге врсте производа.
- забрањује поклањање узорака и промотивне попусте за дуванске производе, - забрањује да дуванска индустрија спонзорише медије, спортисте, спортске клубове, спортска и друга такмичења и њихо-

ве учеснике, малолетна лица и активности чију публику претежно чине малолетна лица.

Надзор над спровођењем овог закона врши Министарство трговине, туризма и услуга.

Закон о дувану

(„Сл. гласник РС“, бр. 101/2005)

- забрањује продају дуванских производа малолетним лицима,
- забрањује продају дуванских производа путем самоуслуживања и аутомата,
- забрањује производњу слаткиша, грицкалица и играчака у облику дуванских производа,
- прописује садржај никотина, катрана и угљен-моноксида, начин њиховог мерења и истицања информација о њиховом садржају на сваком паковању,
- прописује садржај и величину упозорења о штетности дуванских производа које ће произвођачи и увозници бити у обавези да истакну на сваком паковању од 1. 1. 2007.
- забрањује употребу обмањујућих термина као што су „лак“, „благ“, „ултра-лак“, „низак ниво катрана“ и сл. од 1. 1. 2007.
- установио је буџетски фонд у циљу реализације програма за спречавање болести које су повезане са пушењем.

Надзор над спровођењем поменутих одредби закона врши Министарство здравља и Министарство трговине, туризма и услуга.

Најава министра Милосављевића

За домове здравља 60 милиона евра

У овој и следећој години планирана реконструкција 157 домова здравља у Србији

Министар здравља Томица Милосављевић најавио је јуче улагање 60 милиона евра у хитну реконструкцију 157 домова здравља у Србији, у периоду од 2006. до 2007. године.

Милосављевић је на конференцији за новинаре у Међународном прес-центру Танјуга указао да је главни циљ овог пројекта, који се реализује у оквиру Националног инвестиционог плана Владе Србије, побољшање лечења и уједначавање услова рада у домовима здравља.

Главна сврха пројекта је да се сваки дом здравља уједначи по изгледу, поправи грејање, хлађење, одржавање и инфраструктура за снабдевање водом и електричном енергијом – рекао је он и додао да ће први резултати улагања бити видљиви до краја године.

План је да се у наредна два месеца заврши избор великих извођача, који су у стању да координишу неопходне радове на реконструкцији објеката, а да после домови здравља организују локалне подизвођаче као локалну оперативу – објаснио је Милосављевић.

Он је казао да је то уједно прилика да новац који се улаже у хитну реконструкцију буде новац који ће ангажовати локалну грађевинску оперативу.

Министар здравља је напоменуо да улагање у реконструкцију здравствених установа неће бити исто и да ће на овај начин усмеравати регионални развој најнеразвијенијих делова Србије и да ће се, у оквиру пројекта, унапредити информатички систем домова здравља.

Милосављевић није желео да коментарише аферу с увозом парадајза из Грчке док надлежни инспекторати не утврде санитарну исправност, мада је додао да једе парадајз у ово време године.

Он је, коментаришући извештај УН, према коме социјално угрожени у Србији не добијају добру здравствену заштиту, рекао да тај слој људи, међу којима је већина ромске популације, пре свега, нема „адекватан људски третман“.

Танјуг, 18. јул 2006. године

Извод из новог Закона о здравству

Извод из Закона о здравственом осигурању II део*

3. Обезбеђивање и остваривање права из обавезног здравственог осигурања

Члан 139.

Осигуранику се обезбеђује остваривање права из обавезног здравственог осигурања у матичној филијали, ако овим законом није друкчије одређено.

Финансијска средства за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања осигураних лица са подручја матичне филијале, Републички завод преноси тој филијали, у складу са законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Члановима породице осигураника обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања у матичној филијали у којој се та права обезбеђују осигуранику од кога они изводе право на здравствено осигурање, ако овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона није друкчије одређено.

Осигураницима из члана 22. овог закона, лицима која се укључују у обавезно здравствено осигурање из члана 23. овог закона, права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се у филијали на чијем подручју та лица имају пребивалиште, односно боравиште.

Члан 140.

Права из здравственог осигурања обезбеђују се:

1) осигуранику из члана 17. став 1. тач. 1)–8), тач. 10) и 11), тач 13)–16) и тачка 24) овог закона – у филијали на чијем подручју је седиште његовог послодавца, а лицу запосленом у пословној јединици ван седишта послодавца – у филијали према седишту пословне јединице;
2) осигуранику из члана 17. став 1. тачка 17) овог закона – у филијали према седишту привредног друштва, а осигуранику из тачке 18) – према седишту радње или према месту обављања делатности;
3) осигуранику из члана 17. став 1. тачка 25) овог закона – у филијали према седишту школе, односно високошколске установе;
4) осталим осигураницима – у филијали према месту пребивалишта.

Изузетно од става 1. овог члана, осигуранику из члана 17. став 1. тачка 21) овог закона права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се у филијали на чијем подручју се налази претежни део непокретности на којој се обавља пољопривредна делатност.

Осигурано лице које нема пребивалиште на подручју матичне филијале, може остваривати право на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, у складу са општим актом Републичког завода, у филијали на чијем подручју има пребивалиште.

Осигурана лица ученици и студенти остварују право на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, у складу са општим актом Републичког завода, и у филијали према седишту школе, односно високошколске установе.

Пословном јединицом, у смислу става 1. тачка 1) овог члана, сматра се погон, продавница, стовариште, представништво и сл.

Пословна једицина организована за обављање делатности до штест месеци не сматра се пословном јединицом у смислу става 1. тачка 1) овог члана.

*Службени гласник РС, 107, 2005.

Члан 141.

Осигурано лице остварује здравствену заштиту у здравственој установи, односно код другог даваоца здравствених услуга, који има седиште на подручју матичне филијале са којим је закључен уговор о пружању здравствене заштите осигураним лицима.

Осигурано лице остварује здравствену заштиту и код здравствене установе, односно код другог даваоца здравствених услуга, ван подручја матичне филијале, под условима прописаним овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

У остваривању здравствене заштите, осигураном лицу обезбеђује се право на слободан избор здравствене установе и слободан избор лекара (у даљем тексту: изабрани лекар), са којима је Републички завод закључио уговор о пружању здравствене заштите.

Републички завод општим актом ближе уређује начин и поступак остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

Општи акт из става 4. овог члана објављује се у „Службеном гласнику РС“.

Члан 142.

Права из здравственог осигурања остварују се на основу оверене исправе о осигурању, односно посебне исправе о коришћењу здравствене заштите.

Оверу исправе о осигурању врши матична филијала, на основу расположивих података, односно на основу доказа да је уплаћен доспели допринос, у складу са законом.

Ако исправа о осигурању није оверена због тога што доспели допринос није плаћен, извршиће се накнадна овера када тај допринос буде у целини уплаћен.

У случају да уплата доприноса за обавезно здравствено осигурање није извршена, односно да није извршена у целини, право на здравствену заштиту може се користити само у случају хитне медицинске помоћи.

Члан 143.

Трошкове настале по основу коришћења здравствене заштите осигураних лица за која није уплаћен допринос за здравствено осигурање, односно није уплаћен у целини, здравственој установи плаћа осигурано лице које користи ту здравствену заштиту, осим у случају хитне медицинске помоћи.

Уколико је обвезник уплате доприноса послодавац, односно други обвезник уплате доприноса у складу са законом, а који није извршио уплату доприноса, осигурано лице има право на накнаду плаћених трошкова за пружену здравствену заштиту из става 1. овог члана, од послодавца, односно другог обвезника уплате доприноса за обавезно здравствено осигурање.

Послодавац, односно други обвезник уплате доприноса од кога осигурано лице потражује накнаду плаћених трошкова за пружену здравствену заштиту која је утврђена као право из обавезног здравственог осигурања, дужан је да у року од 30 дана од дана подношења захтева од стране осигураног лица уплати износ плаћених трошкова на рачун осигураног лица, односно да му изврши исплату на други одговарајући начин.

Осигурано лице има право на обрачун законске камате на износ неисплаћених средстава из става 3. овог члана.

Члан 144.

Осигурано лице остварује право на здравствену заштиту на начин и по поступку утврђеним овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Трошкове здравствене заштите која се остварује мимо начина и поступка утврђеног у складу са ставом 1. овог члана сноси осигурано лице.

При остваривању права на здравствену заштиту осигураним лицима се обезбеђује коришћење здравствене заштите, у складу са законом, уз примену сигурних, безбедних и успешних медицинских мера и поступака, лекова, медицинских средстава, имплантата, као и медицинско-техничких помагала.

Остваривање права на здравствену заштиту као и других права из обавезног здравственог осигурања за осигурана лица која бораве у Републици Црној Гори, уредиће се

споразумом између Републике Србије и Републике Црне Горе.

3. Учешће стручно-медицинских органа у поступку

Члан 145.

У одређивању врсте, обима и садржаја, начина и поступка у коришћењу права на здравствену заштиту осигураних лица, оцењивању привремене спречености за рад осигураника, и у остваривању права на накнаду трошкова превоза, као стручно-медицински орган матичне филијале, односно Републичког завода, у поступку учествују:

1) изабрани лекар;
2) првостепена лекарска комисија;
3) другостепена лекарска комисија.

Лекар који је извршио преглед, односно који лечи осигурано лице, не може бити члан првостепене лекарске комисије, односно другостепене лекаркске комисије, која даје оцену о том осигураном лицу.

Републички завод општим актом уређује начин рада, састав, организацију, територијалну распоређеност, контролу оцене првостепене, односно другостепене лекарске комисије, као и накнаду за рад чланова комисије која им се исплаћује из средстава обавезног здравственог осигурања.

Општи акт из става 3. овог члана објављује се у „Службеном гласнику РС“.

Изабрани лекар

Члан 146.

Изабрани лекар је:

1) доктор медицине или доктор специјалиста за област опште медицине, односно специјалиста медицине рада;
2) доктор медицине специјалиста педијатрије;
3) доктор медицине специјалиста гинекологије;
4) доктор стоматологије.

Изузетно од става 1. овог члана, изабрани лекар може бити и доктор медицине друге специјалности, под условима које прописује министар на основу закона којим се уређује здравствена заштита.

Осигурано лице може имати само једног изабраног лекара из грана медицине наведених у ст 1. и 2. овог члана.

Републички завод општим актом из члана 141. став 4. овог закона ближе уређује услове и начин коришћења здравствене заштите и других права из обавезног здравственог осигурања код изабраног лекара, начин и поступак слободног избора изабраног лекара, као и стандард броја осигураних лица по једном изабраном лекару.

Министар даје претходну сагласност на стандард броја осигураних лица по једном изабраном лекару из става 4. овог члана.

Члан 147.

Уговором између матичне филијале и даваоца здравствених услуга одређују се лекари појединци који имају овлашћења изабраног лекара.

Давалац здравствених услуга из става 1. овог члана дужан је да на видном месту истакне списак лекара које осигурано лице може да одабере за свог изабраног лекара.

Изабрани лекар закључује посебан уговор са матичном филијалом о обављању послова изабраног лекара за потребе обавезно осигураних лица.

Члан 148.

Лекар који испуњава услове прописане овим законом за изабраног лекара дужан је да прими свако осигурано лице које га изабере, осим ако је код тог изабраног лекара евидентиран број осигураних лица већи од утврђеног стандарда броја осигураних лица по једном изабраном лекару.

Члан 149.

Осигурано лице код прве посете изабраном лекару потписује исправу о избору изабраног лекара.

Осигурано лице врши избор лекара из става 1. овог члана по правилу на период од најмање једне календарске године. Осигура-

но лице може променити изабарног лекара и пре истека периода на који га је изабрало.

Начин и поступак избора, односно промене изабраног лекара, као и образац исправе из става 1. овог члана, Републички завод ближе уређује општим актом из члана 141. став 4. овог закона.

Члан 150.

Исправа о избору изабраног лекара из члана 149. овог закона садржи изјаву којом осигурано лице дозвољава да надлежни овлашћени здравствени радник – надзорник обавезног здравственог осигурања може имати увид у личне податке осигураног лица који се односе на остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

Ако осигурано лице не потпише изјаву из става 1. овог члана, матична филијала није дужна да сноси тошкове здравствене заштите који се не могу проверити од стране овлашћеног здравственог радника – надзорника обавезног здравственог осигурања.

Овлашћени здравствени радник – надзорник обавезног здравственог осигурања, као и друга службена лица Републичког завода, односно филијале, дужни су да чувају личне податке осигураних лица из става 1. овог члана, као службену тајну.

Члан 151.

Изабрани лекар:

1) организује и спроводи мере на очувању и унапређењу здравља осигураних лица, откривању и сузбијању фактора ризика за настанак болести, обавља превентивне прегледе, мере и поступке, укључујући и здравствено васпитање, који су утврђени као право из обавезног здравственог осигурања;
2) обавља прегледе и дијагностику;
3) одређује начин и врсту лечења, прати ток лечења и усклађује мишљење и предлоге за наставак лечења осигураног лица;
4) указује хитну медицинску помоћ;
5) упућује осигурано лице на амбулантно-специјалистичке прегледе или у другу одговарајућу здравствену установу, односно код другог даваоца здравствених услуга са којим је закључен уговор о пружању здравствене заштите, према медицинским индикацијама, прати ток лечења и усклађује мишљења и предлоге за наставак лечења осигураног лица и упућује осигурано лице на секундарни и терцијални ниво здравствене заштите;
6) одређује врсту и дужину кућног лечења и прати спровођење кућног лечења;
7) прописује лекове и медицинска средства, као и одређене врсте медицинско-техничких помагала;
8) спроводи здравствену заштиту из области менталног здравља;
9) води прописану медицинску документацију о лечењу и здравственом стању осигураног лица, у складу са законом;
10) даје оцену о здравственом стању осигураног лица и упућује осигурано лице на оцену радне способности, односно инвалидности, у складу са овим законом;
11) утврђује дужину привремене спречености за рад због болести и повреде осигураника до 30 дана спречености за рад и предлаже првостепеној лекарској комисији продужење привремене спречености за рад, осим ако овим законом није друкчије одређено;
12) предлаже првостепеној лекарској комисији да утврди потребу за рад осигураника са скраћеним радним временом у току лечења, у складу са овим законом;
13) утврђује потребу да осигурано лице има пратиоца за време путовања;
14) утврђује потребу одсуствовања осигураника са посла ради неге члана уже породице, у складу са чланом 79. став 1. овог закона;
15) даје мишљење о томе да ли је осигураник намерно проузроковао неспособност за рад, односно да ли је оздрављење намерно спречио;
16) даје налаз и мишљење о здравственом стању осигураног лица на основу чега се издаје потврда о здравственом стању оси-

гураног лица ради коришћења здравствене заштите у иностранству;

17) одређује употребу и врсту превозног средства за превоз болесника, с обзиром на његово здравствено стање;
18) врши друге послове у вези са остваривањем права из здравственог осигурања, у складу са уговором између Републичког завода, односно филијале и даваоца здравствених услуга.

Поред послова из става 1. овог члана, изабрани лекар, на терет средстава обавезног здравственог осигурања, одређује старост трудноће ради остваривања права на одсуствовање са рада због трудноће и порођаја, даје мишљење о здравственом стању детета ради остваривања права осигураника на одсуствовање са рада због неопходне неге детета, у складу са законом и утврђује привремену спреченост за рад осигураника са прописима о запошљавању и осигурању за случај незапослености.

Изабрани лекар даје оцену привремене спречености за рад на основу непосредног прегледа осигураног лица и на основу медицинске документације.

Члан 152.

Изабрани лекар може овлашћења из члана 151. овог закона, која се односе на дијагностику и лечење, укључујући и прописивање лекова на рецепт (за ТБЦ и ХИВ), као и упућивање на стационарно лечење, да пренесе на надлежног лекара специјалисту, ако то захтева здравствено стање осигураног лица и рационалност у пружању здравствене заштите, у складу са општим актом Републичког завода из члана 141. став 4. овог закона.

Члан 153.

Ако изабрани лекар злоупотреби своја овлашћења у поступку остваривања права осигураних лица, филијала раскида уговор са изабраним лекаром и даје иницијативу код надлежне коморе здравствених радника за одузимање лиценце за самостални рад тог изабраног лекара.

Првостепена лекарска комисија

Члан 154.

Првостепена лекарска комисија састоји се од три лекара и потребног броја заменика, које именује директор Републичког завода.

У лекарској комисији из става 1. овог члана најмање један члан је стално запослен у матичној филијали.

Члан 155.

Првостепена лекарска комисија:

1) даје оцену у утврђује дужину привремене спречености за рад осигураника, по предлогу изабраног лекара, преко 30 дана привремене спречености за рад, односно привремене спречености за рад због неге члана уже породице дуже од 15 дана, односно дуже од седам дана, у складу са овим законом;
2) даје оцену по приговору осигураника или послодавца на оцену изабраног лекара о привременој спречености за рад осигураника због болести или повреде до 30 дана, односно привремене спречености за рад због неге члана породице, у складу са овим законом;
3) даје оцену о потреби обезбеђивања пратиоца оболелом лицу за време стационарног лечења, под условима утврђеним општим актом Републичког завода;
4) одлучује о оправданости прописивања одређених врста медицинско-техничких помагала и израде нових медицинско-техничких помагала пре истека рока њиховог трајања;
5) даје оцену о захтевима на накнаду трошкова лечења и путних трошкова;
6) цени медицинску оправданост здравствене заштите коришћене супротно условима и начину утврђеном овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона;
7) даје мишљење о упућивању осигураних лица на лечење у здравствене установе специјализоване за рехабилитацију и мишљење о упућивању осигураних лица на лечење ван подручја матичне филијале;

8) предлаже упућивање осигураника, у случају дужег трајања спречености за рад, у складу са овим законом, надлежном органу за оцену радне способности, односно инвалидности по прописима о пензијском и инвалидском осигурању;
9) даје оцену о мишљењу изабраног лекара;
10) утврђује здравствено стање осигураног лица ради издавања потврде о коришћењу здравствене заштите осигураног лица у иностранству, у складу са овим законом;
11) утврђује потребу осигураника за рад са скраћеним радним временом у току лечења, у складу са овим законом;
12) врши друге послове у вези са остваривањем права из здравственог осигурања.

Поред послова из става 1. овог члана, првостепена лекарска комисија обавља и послове у вези са чланом 151. став 2. овог закона.

Првостепена лекарска комисија даје оцену привремене спречености за рад на основу непосредног прегледа осигураног лица и на основу медицинске документације.

Другостепена лекарска комисија

Члан 156.

Другостепена лекарска комисија испитује правилност оцене првостепене лекарске комисије.

Другостепена лекарска комисија састоји се од три лекара и потребног броја заменика, које именује директор Републичког завода.

У лекарској комисији из става 2. овог члана најмање један члан је стално запослен у Републичком заводу, односно матичној филијали.

Члан 157.

Другостепена лекарска комисија:
1) даје оцену по приговору осигураника, односно послодавца на оцену, односно на чињеничко стање које је првостепена лекарска комисија утврдила;
2) испитује по захтеву осигураног лица, филијале, односно послодавца правилност оцене коју као коначну даје првостепена лекарска комисија и о томе даје своје оцену и мишљење;
3) даје оцену о продужењу права на накнаду зараде у складу са чланом 79. став 3. овог закона.

Другостепена лекарска комисија може да врши ревизију свих права, односно вештачење у вези са свим правима из обавезног здравственог осигурања о којима је одлучивао изабрани лекар, односно првостепена лекарска комисија, по захтеву осигураног лица, послодавца, матичне филијале, односно Републичког завода.

5. Приговор у поступку остваривања права на здравствену заштиту

Члан 158.

Ако осигурано лице није задовољно оценом коју је дао изабрани лекар, може изјавити приговор првостепеној лекарској комисији.

Приговор се подноси усмено или писмено, у року од 48 сати од саопштења оцене изабраног лекара – лекару против чије оцене је приговор изјављен или непосредно лекарској комисији.

Изабрани лекар коме је усмено изјављен приговор, ако не преиначи своју оцену, дужан је да о томе сачини забелешку, коју потписује и осигурано лице.

Изабрани лекар коме је изјављен приговор дужан је да предмет одмах достави надлежној лекарској комисији.

Члан 159.

Првостепена лекарска комисија дужна је да хитно узме у поступак приговор ради доношења оцене.

Ако је приговор изјављен против оцене о привременој спречености за рад осигураника, лекарска комисија дужна је да осигураника одмах позове на преглед. У осталим случајевима лекарска комисија одмах позива на преглед осигураника ако сматра да је то по-

требно за давање оцене. Ако лекарска комисија сматра да је потребна допуна медицинске обраде, без одлагања ће одредити потребна медицинска испитивања по којима је изабрани лекар дужан да поступи.

Оцена о здравственом стању осигураника и оцена о привременој спречености за рад морају бити потпуне, образложене и у складу са документацијом која служи као основ за давање оцене.

Оцена коју првостепена лекарска комисија даје поводом изјављеног приговора на оцену изабраног лекара из става 1. овог члана, коначна је.

О оцени лекарске комисије обавештава се писмено осигураник, изабрани лекар, матична филијала, односно послодавац.

Члан 160.

Против оцене првостепене лекарске комисије, када је она донета без претходне оцене изабраног лекара, осигурано лице које је незадовољно оценом првостепене лекарске комисије, може изјавити приговор другостепеној лекарској комисији у року од три дана од дана саопштења оцене првостепене лекарске комисије.

Приговор на оцену првостепене лекарске комисије подноси се усмено на записник или писмено првостепеној лекарској комисији против чије се оцене изјављује приговор. Комисија је дужна да приговор заједно са предметом хитно достави другостепеној лекарској комисији. Приговор се може поднети писмено и непосредно другостепеној лекарској комисији.

Члан 161.

Другостепена лекарска комисија дужна је да хитно узме у поступак приговор, ради давања своје оцене.

Ако је приговор изјављен против оцене о привременој спречености за рад, другостепена лекарска комисија дужна је да осигураника одмах позове на преглед. У осталим случајевиам комисија даје своју оцену на основу медицинске документације, а може, ако нађе за потребно, позвати осигурано лице на преглед. Ако комисија сматра да је потребно допунити медицинску обраду, одредиће без одлагања потребна медицинска испитивања.

Оцена коју је дала другостепена лекарска комисија поводом изјављеног приговора на оцену првостепене лекарске комисије коначна је.

О оцени другостепене лекарске комисије писмено се обавештава осигураник, првостепена лекарска комисија против чије оцене је изјављен приговор, матична филијала, односно послодавац.

Ако осигурано лице није задовољно оценом другостепене лекарске комисије, може захтевати да му филијала изда решење.

Члан 162.

Благовремено поднет приговор на оцену изабраног лекара, односно првостепене лекарске комисије, одлаже извршење те оцене.

VII. Казнене одредбе

Прекршаји

Члан 240.

Новчаном казном од 300.000 до 1.000.000 динара казниће се за прекршај здравствене установа или друго правно лице са којим је Републички завод, односно филијала закључила уговор о пружању здравствене заштите из средстава обавезног здравственог осигурања, ако:

1) осигураном лицу не обезбеди здравствену заштиту која је право из обавезног здравственог осигурања или ако осигураном лицу обезбеди ту здравствену заштиту у мањем садржају и обиму, или ако се та здравствена заштита обезбеди лицу које на њу нема право (чл. 24–46);
2) осигураном лицу наплати друкчији износ партиципације од износа прописаних овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона (члан 48. ст. 4. и 5);
3) осигураном лицу не изда рачун о наплаћеној партиципацији на прописаном обрасцу (члан 49. став 1);

4) осигураном лицу коме се здравствена заштита обезбеђује у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања наплати партиципацију (чл. 50. и 51);
5) не утврди листу чекања за одређене врсте здравствених услуга које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања или као утврди листе чекања у супротности са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона, или ако осигураном лицу не пружи здравствене услуге у складу да листом чекања (члан 56. став 5);
6) здравствену услугу која се не обезбеђује из обавезног здравственог осигурања пружи на терет средстава обавезног здравственог осигурања (члан 61);
7) не обезбеди за осигурано лице потребне лекове, медицинска средства, имплантате и медицинско-техничка помагала која су обухваћена као право из обавезног здравственог осигурања (члан 178. став 3).

Новчаном казном од 400.000 до 500.000 динара за прекршај из става 1. тач 1)–7) овог члана казниће се педузетник.

Новчаном казном од 40.000 до 50.000 динара за прекршај из става 1. овог члана казниће се и одговорно лице у правном лицу.

Ако се извршењем прекршаја из става 1. овог члана нанесе материјална штета осигураном лицу или матичној филијали, односно Републичком заводу, односно другом правном лицу, здравственој установи или приватној пракси (предузетнику) може се изрећи заштитна мера – забране вршења делатности, у складу са законом.

Члан 241.

Новчаном казном од 200.000 до 500.000 динара казниће се за прекршај здравствена установа или друго правно лице са којом је Републички завод, односно филијала закључила уговор о пружању здравствене заштите из средстава обавезног здравственог осигурања, ако:
1) осигураном лицу не да претходно обавештење у писменом облику о разлозима због којих здравствена услуга није неопходна, односно да није оправдана за здравствено стање одигураног лица, или ако не да претходно обавештење осигураном лицу које је стављено на листу чекања о разлозима за стављање на листу чекања (члан 57. ст. 1–3);
2) на видном месту не истакне списак лекара које осигурано лице може да одабере за свог изабраног лекара (члан 147. став 2);
3) овлашћеном надзорнику осигурања не да на увид документацију значајну за остваривање права осигураних лица из средстава обавезног здравственог осигурања (члан 189. став 1);
4) филијали, односно Републичком заводу не достави податке које прикупља, односно води за случај проузроковане болести, повреде или смрти осигураног лица ради накнаде штете (члан 200. став 1).

Новчаном казном од 300.000 до 500.000 динара за прекршај из става 1. овог члана казниће се и предузетник.

Новчаном казном од 30.000 до 50.000 динара за прекршај оз става 1. овог члана казниће се и одговорно лице у правном лицу.

Члан 242.

Новчаном казном од 300.000 до 1.000.000 динара казниће се за прекршај послодавац са својством правног лица, ако:
1) не изврши исплату накнаде зараде запосленом која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања или не обрачуна накнаду зараде која се осигуранику обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања која је пренета на посебан рачун послодавца не исплати осигуранику у року од 30 дана од дана њиховог пријема (члан 103. ст. 1, 2. и 4);
2) не достави матичној филијали све податке у вези са пријавом на обавезно здравствено осигурање, променом у обавезном здравственом осигурању или одјавом са обавезног здравственог осигурања за своје запослене ради утврђивања својства осигураног лица, односно податке о престанку или промени у својству осигура-

ног лица, односно ако те податке не достави у року од осам дана од дана када су се за то стекли услови (члан 113. ст. 1. и 3),

3) у матичну евиденцију унесе нетачне податке, односно податке на начин који је у супротности са овим законом (члан 119);
4) не поднесе пријаву података који се уносе у матичну евиденцију или ако ту пријаву поднесе после истека рока из члана 135. овог закона (чл. 123. и 135);
5) осигуранику, кориснику права из обавезног здравственог осигурања не да тачна обавештења, односно податке од значаја за утврђивање чињеница важних за стицање и остваривање права из обавезног здравственог осигурања или ако матичној филијали не пружи доказ и омогући увид у евиденцију и документацију (члан 126. став 3);
6) у року од 30 дана од дана подношења захтева од стране осигураног лица не уплати износ накнаде плаћених трошкова на рачун осигураног лица, односно ако му не изврши исплату на други одговарајући начин за здравствене услуге које су обухваћене обавезним здравственим осигурањем, а које је осигурано лице платило зато што није уплаћен допринос за здравствено осигурање, односно није уплаћен у целини (члан 200. став 1).

Новчаном казном од 40.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај из става 1. овог члана и одговорно лице у правном лицу.

Члан 243.

Новчаном казном од 300.000 до 1.000.000 динара казниће се за прекршај Републички завод, ако:

1) податке који се воде у матичној евиденцији, а који се односе на коришћење права из здравственог осигурања за осигурана лица не води одвојено од других података из матичне евиденције, или ако те податке уноси и њима руководи за то неовлашћено службено лице (члан 118. став 2);
2) не достави копију потврде о пријему пријаве на осигурање, пријаву промене у осигурању, односно одјаву са осигурања за осигуранике који обављају самосталну делатност (предузетници), односно за пољопривреднике и за друга правна лица о којима надлежни порески орган води евиденције, до 5. у месецу за претходни месец (члан 127. став 6);
3) осигураном лицу на његов захтев не изда уверење о подацима који се уносе у матичну евиденцију (члан 133. став 1);
4) износи и објављује у јавност податке који се воде у матичној евиденцији, а кој и се односе на коришћење права из обавезног здравственог осигурања за појединачно осигурано лице и који представљају личне податке о осигураном лицу (члан 138. став 2);
5) овери здравствену исправу без доказа да је уплаћен доспели допринос за обавезно здравствено осигурање (члан 142. став 2);
6) не прихвати захтев даваоца здравствених услуга са којима је закључио уговор о пружању здравствене заштите из средстава обавезног здравственог осигурања за образовање арбитраже (члан 184. ст. 1. и 3);
7) контролу личних података који се односе на здравствено стање осигураних лица који се воде у медицинској документацији осигураних лица, врши надзорник осигурања који није доктор медицине, доктор стоматологије, односно дипломирани фармацеут (члан 187. став 2).

Новчаном казном од 40.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај из става 1. овог члана и одговорно лице у Републичком заводу.

Члан 244.

Новчаном казном од 30.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај здравствени радник, ако:

1) као изабрани лекар или члан лекарске комисије изда налаз и мишљење о здравственом стању за осигурано лице које болује од акутних или хроничнох обољења и других поремећаја здравственог стања, да не болује од акутних или хроничних обољења и других поремећаја здравстве-

ног стања и тиме омогући издавање потврде о здравственом стању осигураног лица ради остваривања права на здравствену заштиту у иностранству (члан 65. став 3);

2) осигуранику утврди привремену спреченост за рад супротно члану 74. овог закона;

3) не прими свако осигурано лице које га је одабрало за изабраног лекара, осим ако се код тог изабраног лекара евидентирао већи број осигураних лица од утврђеног стандарда (члан 148);

4) ако изабрани лекар злоупотреби своја овлашћења у поступку остваривања права осигураних лица (члан 153).

Вести и новости из Министарства здравља Србије

Најава министра здравља

Плате веће за 40 одсто

Вишак медицинских сестара у домовима здравља, али не и у болницама

До краја ове године плате запослених у здравству биће повећане за 40 одсто, а у мају ће бити расписан конкурс за пријем 300 лекара и 700 медицинских средстава. Средином године биће понуђене отпремнине немедицинским радницима, да до краја 2010. године Министарство здравља Србије планира да број запослених лекара смањи за шест одсто. У наредне четири године број стоматолога треба да буде смањен за трећину, а број немедицинских радника за 18 одсто, најавио је професор др Томица Милосављевић, републички министар здравља.

Он је на јучерашњој конференцији за новинаре, одржаној поводом Светског дана здравља, нагласио да постоји вишак медицинских сестара у домовима здравља, а мањак у болницама. Републички министар здравља такође је истакао да ће оптимизација броја запослених у здравству почети од смањења броја бруцоша који уписују студије медицине и смањеног броја специјализација.

Билансирајући учинке Министарства здравља Србије у претходном периоду, он је изразио задовољство због чињенице да истраживања овог министартва говоре да трећина грађана Србије има слуха за поруке лекара да ризично понашање воду у болест.

– У инфраструктуру здравства Србије улаже се око сто милиона евра, а у новом инвестиционом циклусу, који почиње средином ове године, планира се улагање 350 милиона евра у здравство Србије. За ову годину планиран је почетак и завршетак изградње нове поликлинике на Бежанијској коси, остварање новог и реконструисаног породилишта у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ и решавање финансијских дугова КБЦ „Бежанијска коса“ – изјавио је министар.

Он је такође нагласио да истраживање о томе колико су запослени у здравству задовољни условима рада, које је ове године први пут реализовало Министарство здравља Србије, показује да је око двадесет одсто здравствених посленика потпуно задовољно и даје исти проценат њих – потпуно незадовољан условима рада, као и да је око 40 одсто њих углавном задовољно условима рада.

Шеф мисије Светске здравствене организације у СЦГ Дорит Ницан истакла је да су здравствени системи свих земља у кризи и да процене говоре да ће до 2008. године Великој Британији недостајати око 35.000 медицинских сестара, да ће Финска до 2010. године бити дефицитирана за 112.000 сестара. С друге стране, многи здравствени радници у источном делу европског региона Светске здравствене организације напуштају своје земље у потрази за бољом зарадом – анкета која је спроведена међу лекарима у Чешкој, Мађарској, Литванији и Пољској 2002. године показала да између четвртине и половине испитаника планира да се исели на Запад.

Политике, 8. април 2006.

Чему служе Национални здравствени рачуни

Национални здравствени рачуни (НЗР) уведени су да би се добио потпуни увид у финансијске токове у здравству.

Увођење НЗР је део пројекта Министарства здравља „Развој здравства Србије“, којим Светска банка пружа подршку реформи нашег система здравствене заштите.

Србија је, као и други делови бивше Југославије, наследила здравствени систем финансиран обавезним издвајањем свих грађана. Систем је пружао лако доступне здравствене услуге за целу популацију. Политички проблеми уз слабљење економије битно су умањили финансијску базу здравственог система, па је јавно финансирано здравство потиснуто приватним давањем.

На предлог Министарства здравља Влада је решила да поврати финансијску одрживост здравственог сектора кроз боље праћење финансијких токова у здравству, а самим тим и правичнијом расподелом постојећих новчаних средстава.

Прикупљају се подаци о финансирању здравственог система и потрошњи за здравство на националном нивоу, а обухваћени су јавни сектор финансијера (централни и локални буџети и цивилна и војна здравствена осигурања), и приватни сектор финансијера (домаћинства, приватни послодавци и остали).

НЗР пружају одговоре на питања одакле новац долази и куда одлази, које услуге се пружају, која категорија пацијената има користи од које врсте финансирања, колико кошта која болест...

Корист грађана од евидентирања пацијената и извршених услуга је огромна:

- бољим увидом у новчане токове и њиховом контролом омогућиће се правичнији распоред новца у јавном сектору за различите категорије становништва, као и у односу на регионалну припадност;
- социјално угроженим категоријама становништва биће омогућена лакша доступност здравствених услуга,
- зауставиће се сива економија и корупција у здравству,
- планирање службе биће засновано на стварним потребама грађана,
- кад пројекат буде коначно имплементиран, пацијенти ће моћи сами да изаберу најповољнији пактет услуга у земљи, у јавном и приватном сектору, а повезивањем са европским здравством, пацијенти ће имати увид у услуге које пружају различите земље, па ће моћи да одаберу најповољније услуге за себе.

Ради се на акредитацији и лиценцирању здравствених установа и радника. Једна од компоненти овог пројекта јесте и увођење информативне технологије у здравствене установе, што ће учинити доступним податке о пацијентима и потрошњи. Тиме ће и пореска управа имати бољу евиденцију о приватном сектору.

Успостављање НЗР неопходно је јер реално приказују укупне трошкове у здравственом систему, омогућавају упоређивање са другим земљама, као и усклађивање са захтевима ЕУ.

Билтен о примени стратегије за смањење сиромаштва, април 2006.

Национални план акције о старењу

Главни циљ Националног плана акције о старењу јесте усклађивање здравствене и социјалне заштите и тржишта рада и образовања са демографским променама, како би се створило друштво за сва животна доба, у којем се стари у достојанству, и које тежи да задовољи потребе старијих људи и ослободи њихове неискоришћене постенцијале.

Становништво Србије је међу најстаријом популацијом на свету. Према попису становништва из 2002. године, више од 1.200.000 лица, или шестина укупне популације Србије, има 65 и више година, а тренутно свака друга старија особа живи у старачком домаћинству.

Све активности које предвиша Национални план акције о старењу прецизно су одређене, постављени су рокови и јасно су наведени носиоци. Усмерене су приоритетно на старије који живе у условима дубоког сиромаштва или испод границе сиромаштва.

Предвиђа се и увођење социјалних пензија за старије људе без основних средстава за живот, неспособних за привређивање и без адекватне подршке својих породица.

Неке од Планом предвиђених активности су: активно укључивање старијих људи у заједницу и подстицање развоја међугенерацијских односа; унапређење и ширење позитивне слике о старијим људима; брже и ефикасније сузбијање дубоког сиромаштва старијих људи; приоритетно развијање видова друштвене подршке породици помоћи старијим људима у њиховом природном окружењу, док су главни стратешки правци постизање интеграције старијих људи у друштво и прилагођавање система социјалне заштите социјалним и економским последицама старења становништва.

План је сачињен за период до 2015. год.

За увид у акције које су Планом предвиђене можете се обратити Министарству рада, запошљавања и социјалне политике, др Лидија Козарчанин, тел: 011 363 13 57. E-mail: lidija.k@minrzs.sr.gov.yu.

Приватизација здравствених установа са вишком капацитета

Природно богатство на продају

Покренут поступак за продају пет рехабилитационих центара. Институт „Торлак“ није на листи за приватизацију

Први пут у историји наше земље доћи ће до приватизације државних здравствених установа које имају вишак капацитета. Покренут је поступак за приватизацију рехабилитационих центара у пет места у СЦГ: Рибарској, Врњачкој и Бањи Ковиљачи, као и на планинама Златар и Златибор. Ускоро ће се на тендеру наћи и центар у Куршумлијској Бањи и део Института за рехабилитацију у Прчњу.

У овом великом подухвату Министарству здравља помоћи ће Агенција за приватизацију, а новац од продаје сливаће се у буџет.

Према речима Новене Карановић, државног секретара за здравство, државне здравствене установе морају да се преведу у привредна друштва, а приватизациони саветник има задатак да сагледа целу структуру и помогне приликом расписивања тендера.

– Од оних који буду купили центре захтеваћемо да се баве истом делатношћу. Посебан третман изискује приватизација центара који користе природна блага, попут воде, ваздуха, лековитог блата. Отворени смо за све видове сарадње са приватним сектором. У Мађарској су, рецимо, све бање приватне и свака услуга се плаћа, а у Словенији су запослени куповали акције фирми и отплаћивали их у петогодишњем периоду – рекла је Невена Карановић.

Иако се многи лекари у примарним здравственим установама плаше за своје радно место, у Министарству здравља напомињу да не треба да брину. Једино ће стоматолозима бити понуђено да уместо исплате отпремине остану у дому здравља и приватно раде у просторијама које нису потребне овим установама. Болнице које имају неколико зграда које не користе могу их дати у закуп, али се, ипак, неће наћи на мети за приватизовање бар до 2008. године.

– Упркос спекулацијама, Институт „Торлак“ тренутно није на листи за приватизацију. Међутим, један део ове установе мораће касније да буде продат да би се страним компанијама омогућило да уложе новац и помогну у производњи вакцина. Слабост нашег здравства је у томе што 15 година није улагано у унапређивање института, па је сада потребно то надокнадити. Министарство здравља има задатак да свим грађанима обезбеди основну здравствену заштиту, а у оним делатностима које представљају луксуз и комфор моћи ће да учествује и приватни капитал. Најбитније је да у овај сектор људи уложе свеж капитал, без обзира на то да ли су странци или наши људи – истакла је Карановићева.

Поредећи искуства продаје јавног здравства у земљама у окружењу, стиче се утисак да наши стручњаци имају стратегију да се клинике приватизују по принципу – светско, а наше. Неће дозволити да се целокупни

центри нађу у рукама моћника који ће од здравствене установе направити циркус, већ ће инсистирати да сви објекти и даље буду на услузи свим грађанима који ће на терет Фонда остваривати здравствену заштиту.

Политика, 25. април 2006.

У министарству здравља сумирали успехе

Рат пушачима

Нова места за 300 лекара и 700 сестара

Доношење системских закона у здравству, кампање против дуванског дима, али и програми за борбу против сиде, први пут рангирање најбољих здравствених установа и прве јединствене контролисане и јавне листе чекања за најкомпликованије медицинске процедуре само су неки од најважнијих резултата рада Министарства здравља у претходне две године. Ово је јуче, између осталог, набројао професор др Томица Милосављевић, министар здравља.

До јануара 2007. године сваки грађанин Србије, најавио је министар, мораће да има изабраног лекара. До тог датуна такође више ниједна здравствена установа ако има губитке неће моћи да се крије испоед „државног кишобрана“, а један од постављених циљева чије испуњење обећава грађанима Србије јесте и да ће се листе чекања за све најсложеније процедуре у наредних годину дана – преполовити. Овде се, како је појаснио, мисли на операције срца и крвних судова, на уградње вештачког кука, а нарочито на операције сочива у офталмологији.

До сада је из здравственог система захваљујући оптпремнинама већ отишло 10.000 радника, што је омогућило да се отвори простор за нова радна места – министар је навео да посао могло очекивати око 300 лекара и 700 медицинских сестара. Истина, додао је да ће се до краја године наставити план подстицања одласка немедицинског особља тамо где је оно вишак, па чак и одласка стоматолога и медицинског особља у установама где их има више од потребног броја. Др Милосављевић је поручио да не може министар здравља да каже када ће парови који чекају на бесплатну вештачку оплодњу то своје дуго жељено лечење добити, јер то не зависи од њега, већ од стручњака који припремају критеријуме по којима би првих хиљаду парова већ до краја године могло да оствари ово своје право о трошку државе.

Политика, 21. март 2006.

Влада Србије је на седници од 7. априла донела Одлуку о образовању Републичког савета за контролу дувана.

Председник Савета је министар здравља професор др Томица Милосављевић.

Политика, 8. април 2006.

Вести и новости из здравства Србије и о здравству Србије

Удружење за јавно здравље србије

О удружењу

Више од 60 земаља широм света има своје националне асоцијације за јавно здравље. Њихов циљ је да јачају напоре здравствених служби за очување здравља становништва. Активности су посебно усмерене на мере промоције здравља, превенцију болести, негу и рехабилитацију оболелих. Преко асоцијација се врши размена информација о свим аспектима јавног здравља и преносе нова сазнања и савремени стручни ставови из појединих области.

Удружење за јавно здравље Србије је невладина и непрофитна организација заинтересованих појединаца окупљених на добровољној основи. Чине га стручњаци различитих профила и они који то нису, волонтери, са циљем да иницирају и решавају јавно здравствене проблеме на простору Републике Србије, коришћењем мултидициплинарног и тимског приступа у раду.

Циљеви Удружења за јавно здравље Србије:

- **Унапређивање здравља становништва Србије у решавању јавно-здравствених проблема на свим нивоима**
- **Откривање ризика по здравље становништва и решавање тих проблема у домену и могућностима Удружења**
- **Јачање способности заједнице у заједничким акцијама и интервенцијама унапређења и заштите здравља становништва**
- **Покретање и подржавање локалне иницијативе усмерене на очување животне и радне средине**
- **Припремање и спровођење специфичних истраживачких и интервентних пројеката**
- **Публиковање билтена, приручника, агитки, постера и других промотивних материјала**
- **Организовање редовних састанака, конференција и округлих стовова.**

Удружење за јавно здравље Србије данас броји близу 400 чланова.

Билтен, 1–2/2005.

Место Удружења за јавно здравље Србије у Европи

Доц. др Љиљана Денић

Да би се омогућило стално и брзо комуницирање професионалаца који раде у области јавног здравља, 1992. године основана је Европска асоцијација за јавно здравље (*European Public Health Association – EUPHA)*. То је интернационавна, мултидисциплинарна, научна организација која окупља сва национална удружења јавног здравља различитих земаља старог континента. Данас броји више од 10 000 експерата из области јавног здравља из 33 земље. чланце *EUPHA-е* постају националне асоцијације.

Њен циљ јесте да ојача сектор јавног здравља кроз истраживачки део и праксу, да побољша комуникацију између влада, истраживача и практичара, да омогући размену информација, искустава и заједничка истраживања, да охрабри и промовише истраживачке и све друге активности из области јавног здравља у Европи. Један од главних спонзора *EUPHA-е* јесте Министарство здравља Холандије и *NIVEL* институт (*Netherlands Institute for Health Serices Research*) у Утреху, где се налази главна канцеларија ове асоцијације.

EUPHA ради кроз више секција као што су секција за промоцију здравља, правилну исхрану, социјалну заштиту, младе, епидемиологију, заразне болести и др. *EUPHA-от* руководи главни одбор (од чијих се чланова бира председник), извршни одбор и одбор бивших председника који ради у блиској комуникацији са оба наведена одбора. *EUPHA* иам и научни одбор. Издаје и часопис *European Jorunal of Public Health*. Европска асоцијација сваке године одржава у другој земљи конференције са различитим темема из области јавног здравља.

Након оснивања Удружења за јавно здравље Србије (октобра 2003. године), одмах је поднета молба за чланство у Европску асоцијацију. Процедура примања наше асоцијације протекла је врло брзо, тако да смо у јануару 2004. године постави део велике породице асоцијација Европе са свим правима и обавезама које нам припадају.

Удружење за јавно здравље Србије примљено у Европку асоцијацију за јавно здравље (*EUPHA)*.

Кардиохируршку интервенцију чека више од 9.500 болесника

Операције на срцу и суботом и недељом

Циљ је смањити листе чекања и муке тешких пацијената

У Институту за кардиоваскуларне болести и кардиохирургију Клиничког центра Србије први пут у дане викенда биће оперисани пацијенти који месецима чекају кардиохируршке интервенције.

Новина је, значи, да ће лекари убудуће радити сложене хируршке интервенције – уградњу стента и валвуле, бајпас и коронарографију – и суботом и недељом, а за прековремени посао биће додатно плаћени по тржишним ценама. Ову вест јуче су новинарима саопштили академик Миодраг Остојић, кардиолог, и Светлана Вукајловић, директор Републичог завода за здравствено осигурање.

Више од 9.500 пацијената у Србији чека операцију на срцу. Листе чекања на хируршку интервенцију већ годинама су у Србији најболнија „рак-рана“. Последњи на списку за коронароградију у Институту у Сремској Каменици заказан је за мај 2008. године, а за уградњу валвуле, вештачког зависка – за фебруар 2008!

– Анализирали смо тренутне листе чекања и покушали да пронађемо излаз за наше пацијенте. Са лекарима из референтних установа постигли смо договор да они раде и суботом и недељом и да на тај начин до краја године листе чекања хируршке итнервенције смањимо на најмању могућу меру. Завод је уговорио другачији начин финансирања и овај прековремени рад плаћаћемо по тржишним ценама. Укупно издвојена средства за ову намену су 600 милиона динара, а добили смо их рационализацијом – рекла је јуче на конференцији за новинаре Светлана Вукајловић.

Директорка Фонда здравственог осигурања поручила је грађанима да је набављено 7.515 коронарних стентова, од чега су 30 одсто стентови са леком. То значи да је РЗЗЗ обезбедио довољне количине квалитетних стентова и пацијент који од лекара добије другачију информацију треба о томе да обавести Републички завод.

Професор Остојић најављује да ће уместо досадшњих 12 сати, ангио-сала у Клиничком центру Србије радити 24 сата током 365 да-

на у години, а такав потез сматра цивилизацијским помаком.

– Са радом можемо да почнемо још ноћас. Обезбеђене су екипе кардиолога, васкуларних хирурга, кардиохирурга, али и медицинских сестара и свих потребних у тиму. Само чекамо потврду анестезиолога. Клинички центар почиње први и ја колегама не вичем „Напред“, него „За мном“. Не можемо више да дозволимо да заказујемо операције за 2008. годину, да нам ангио-сале преко ноћи буду закључане – поручио је академик Остојић.

На милион људи код нас се угради 80 стентова, а у Немачкој, која нема ни приближну епидемију срчаних обољења као ми, чак, 2.500 стентова.

– Срби су, уз Русе, први на листи по броју оболелих од кардиоваскуларних обољења. Ако отворите „Политику“, од 100 читуља – 60 су опроштај од оних који су умрли због обољења срца и крвних судова. Не можемо оставити људе да чекају 2008. годину. Зато се залажемо да све сале раде 24 часа, а Фонд нам је сада понудио добре услове. Нема разлога да тако не радимо, јер ангио-сале личе на свемирски брод. Наше ограничење је број интервентних кардиолога којих сада у целој Србији има око 50, али, још толико их је на тренингу у КЦС из других установа, јер то нам је у епидемији у каквој се налазимо апсолутни приоритет. Надам се да ће други институту за кардиоваскуларна обољења следити пример КЦС – нагласио је др Остојић.

Тешко је очекивати да ће се дуга листа од 9.500 имена зачас преполовити или макар смањити за трећину, али оптимистичка прогноза академика Остојића јесте да ако се до сада чекало шест месеци на операцију, сада ће се чекати – четири. Тиме ће се наставити позитиван тренд увећања броја урађених стентова или коронарографија, код којих је побољшање и најочигледније и до краја 2006. године планира се да буде урађено чак 16.360 ових интервенција.

Политика, 21. април 2006.

Захваљујући уговору Владе и ЕФГ евробанк

Корак до ПЕТ скенера

Снимање на овом уређају лекарима ће помоћи да поставе тачну дијагнозу најчешћих и најтежих болести

Грађани Србије би најкасније за годину и по дана могли да се надају првим прегледима на најсавременијем медицинском, дијагностичком апарату – ПЕТ скенеру у националном центру у Београду. Дуже од осам година чека се овај дијагностички уређај, због којег врло тешки пацијенти морају да путују у иностранство, најчешће у најближи Дебрецин у Мађарској, Грац у Аустрији или Келн у Немачкој.

Ова добра вест стиже после уговора који су потписали Влада Србије и ЕФГ Евробанк којим се одобрава Клиничком центру Србије кредит у износу од три милиона евра под веома повољним условима, као и донација од милион евра, за изградњу националног ПЕТ центра у поменутој здравственој установи. И име КЦС уговор је потписао директор професор др Војко Ђукић. Приликом потписивања уговора о значају пројекта за домаће здравство говорили су министри Млађан Динкић и Томица Милосављевић.

Аутор предлога за формирање националног ПЕТ центра, професор др Владимир Обрадовић током свих осам година најупорније се трудио да објасни зашто је здравству Србије неопходно да има овакав савремен и, истина, скуп дијагностички уређај. Др Обрадовић је директор Института за нуклеарну медицину КЦС-а и председник недавно формиране Посебне радне групе Министарства здравља за ПЕТ.

– ПЕТ или позитронска емисиона томографија врхунска је дијагностичка техника, која припада области нуклеарне медицине, помоћу које можемо да „видимо“ и „меримо“ најсуптилније метаболичке и друге процесе који се одвијају у ћелијама различитих ткива и органа. То се постиже применом више од 120 различитих биолошки активних супстанци у чијем су саставу радиоактивни изотопи

– позитронски емитери (Ф-18, Ц-11, Н-13, О--15) – објашњава за „Политику“ др Обрадовић.

Поменуте радиообележене супстанце, такозвани радиофармаци, по уношењу у организам пацијента задржавају своје особине, учествују у неким ћелијским процесима здравог или оболелог органа. Лекар који бележи зрачење помоћу ПЕТ скенера добија визуелни приказ карактеристичних процеса који се одвијају на ћелијском и молекуларном нивоу.

Ова дијагностика данас се највише користи у онкологији. Код тумора, познато је, метаболички процеси су убрзани и повећани, а онда се коришћењем одговарајућих радиофармака добија јасан визуелни приказ живог, туморског ткива, што иначе није могућно помоћу обичног скенера и магнетне резонанце. Тиме се добија један од најважнијих ствари: прецизно се дијагностикује колико се тумор раширио и, још важније, колико је ефикасна терапија која се користи за лечење рака.

Такође, „мерењем“ метаболичких процеса у туморском ткиву може да се процени малигни потенцијал тумора, да се утврди прогноза болести, као и осетљивост тумора на цитостатике, односно на хемиотерапију. Омогућава се и прецизно планирање зрачне терапије.

ПЕТ се све више примењује и у неурологији, у дијагнози различитих типова деменције, раној дијагнози Паркинсонове болести, као и прецизном утврђивању локализације епилептичких жаришта, па се она могу успешно уклонити операцијом. У кардиологији, ПЕТ скенером прецизно се процењује виталност срчаног мишића код пацијента са коронарном болешћу. Тиме је олакшана селекција пацијената којима је потребан бајпас, трансплантација срца или неке друге интервентне процедуре на срцу или крвним судовима.

Највећи допринос ПЕТ дијагностике, а врло важан за наше здравство, по Обрадовићевим речима, јесте што ће снимање на овом уређају лекарима помоћи да поставе тачне дијагнозе најчешћих и најтежих болести. Планирање лечења, прецизна процена резултата, па самим тим и бољи резултати – то је оно што ће донети ПЕТ дијагностика. Истовремено болесници ће бити поштеђени непотребних, мање корисних и често инвазивних дијагностичких и терапијских поступака. Све то ће допринети и значајним уштедама у здравственом буџету.

Политика, 1. април 2006.

Велики успех нишких радиолога и неуролога

Катетером до мозга

Уместо хируршке интервенције, компјутерско лечење анеуризми

Након што је 23. фебруара у нишком Клиничком центру први пут примењена нова метода у лечењу анеуризми, односно проширења крвних судова мозга, прекјуче су овој методи подвргнута још два пацијента, чиме је озваничен овај високоспецијалистички начин лечења који је до сада рађен само на Институту за радиологију на ВМА.

О чему је заправо реч, објашњава професор др Петар Бошњаковић, директор Института за радиологију: – Реч је о тзв. ендоваскуларном лечењу интракранијалних анеуризми минимално инвазивном методом. До сада је основна метода био класичан оперативни захват. Нишки Клинички центар је прва цивилна здравствена установа у СЦГ која примењује нову методу. Заједнички је раде Клиника за неурохирургију и Институт за радиологију. Зависно од врсте проширења крвних судова на људском мозгу, конзилијум неуролога и радиолога одлучује да ли ће применити класичну или нову методу лечења.

Зависно од болести, интервенција траје од један и по до пет сати. По речима др Бошњаковића, могуће су компликације као и код оперативног захвата, али је овај начин лечења безбеднији. Кроз препонску артерију убацује се катетер (шупља цев) који се компјутерски води кроз трбух и грудни кош, потом се кроз артерије врата стиже до проширења на крвном суду мозга. Кроз катетер се убацују платинасте спирале које спречавају да анеуризма прокрвари.

Ова метода могућа је захваљујући стручно обученом тиму лекара, али и Министар-

ству здравља које је прошле године опремило ангио салу. Поред професора др Бошњаковића, у тиму су и радиолог др Драган Стојанов и др Саша Ристић и неурохирурзи професор др Горан Игњатовић, др Будимир Петровић, др Неша Стојановић, др Весна Новак и група анестезиолога. Интервенције је надзирао супервизор др Зоран Милошевић из Клиничог центра у Љубљани.

Политика, 26. март 2006.

Нови Сад добио породилиште

Да буде више беба

Реч је о најсавременијој клиници, која је окончана после седам година

После седам година градње, у Новом Саду је јуче, поводом Светског дана здравља, свечано предато на употребу ново породилиште Клиничког центра које ће функционисати у оквиру Клинике за гинекологију и акушерство.

Предајући симболичним чином на коришћење овај најсавременији објекат такве врсте код нас у целој југоисточној Европи, председник Извршног већа АП Војводине мр Бојан Пајтић је „упозорио“ будуће маме и тате да недостатак адекватних услова за порођај више не може бити алиби за одлагање стварање потомства, па ни за рађање више деце. Јер, Војводина се више од 20 година налази у фази депопулације и сваке године се број становника смањује у просеку за седам хиљада, што је читава једна варош попут, рецимо, Сремских Карловаца. „Без ове куће нема деце, а без деце неће бити ни нових кућа“, скренуо је пажњу Пајтић.

У присуству представника владе Србије и најодговорнијих покрајинских функционера угледних гостију и стручњака у здравству, присутнима се најпре обратио директор Клиничког центра професор др Драгомир Дамјанов, који је захвалио на подршци у изградњи овог велелепног објекта надлежним властима Републике, Покрајине и града Новог Сада и стручњацима Клиничког центра.

Дамјанов је истако да је у изгрдњу и опремање објекта уложено до сада 520 милиона динара, а највећи део средстава – 322 милиона динара обезбеђен је из покрајинске касе, републички фонд је непосредно уложио више од 155 милиона, а из градске касе је уложено 43 милиона динара.

Поводом полемика у јавности зашто је толико каснио завршетак породилишта, др Дамјанов је рекао да је реч о административним разлозима, јер је здање почело да „ниче“ скоро без икаквих неопходних и законски обавезујућих докумената, почев од технолошког пројекта до елабората противпожарне заштите и површинских нацрта.

Управник Клинике за гинекологију и акушерство проф. др Миленко Бујас обавестио је госте да је површина новоизграђеног објекта 4.700 квадрата, а још 900 квадратних метара старог објекта обнављањем је доведен на ниво комфора новог здања које чини приземље и три спрата.

„Када је реч о смештајним капацитетима за породиље, нови објекат располаже са 105 болесничких кревета у двокреветним и трокреветним собама. Свака соба је опремљена по највишим европским стандардима и обезбеђује комфор какав нема ни једна установа у нашем здравству. Породајни блок има шест одвојених породајних сала и две претпорођајне просторије са шест кревета, а сваки кревет је опремљен савременим мониторинг системом за континуирано праћење стања плода и мајке у току порођаја, а надзор стања свих породиља обавља се са једног места“, указао је др Бујас.

Смештајни капацитети за новорођенчад распоређени су у три основна вида смештаја. Један обухвата децу смештену са мајкама, у оквиру међународног „бејби френдли“ програма има 54 кревета за бебе; јединица интензивне неге новорођенчади на 300 квадрата опремљена је са 15 инкубатора и четири неонатолошка респиратора; јединица полуинтензивне неге новорођенчади има 20 дечјих и пет кревета за новорођенчад (са пет инкубатора) намењених новорођенчади која имају потребу за дужим клиничким боравком.

Политика, 8. април 2006.

Преглед рехабилитационих центара са којима је закључен уговор о пословној сарадњи
Допуна прегледа са уговорима закљученим до 20. марта 2006. године

Р. бр.	Назив бање	Телефон
1.	Завод за специјализовану рехабилитацију „Агенс“ - Матарушка Бања	036/811-042
2.	Завод за превенцију, лечење и рехабилитацију болести крви „Ивањица“ - Ивањица	032/662-258; 662-260
3.	Дом здравља - Завод за рехабилитацију „Бања Јунаковић“ - Апатин	025/773-722
4.	Специјална болница за превенцију, лечење и рехабилитацију плућних болести „Сокобања“ - Сокобања	018/830-766; 830-270
5.	Специјална болница за рехабилитацију „Бања Ковиљача“ - Бања Ковиљача	015/818-270
6.	Завод за специјализовану рехабилитацију „Термал“ - Врдник	022/465-422; 465-887
7.	Завод за специјализовану рехабилитацију „Гејзер“ - Сијаринска Бања	016/895-153; 895-128
8.	Здравствена установа за специјализовану рехабилитацију „Врело“ - Бујановачка Бања	017/653-459
9.	Завод за специјализовану рехабилитацију „Гамзиград“ - Гамзиградска Бања	019/450-440
10.	Завод за специјализовану рехабилитацију „Бања Кањижа“ - Кањижа	024/875-163
11.	Специјализована болница за ортопедска, коштано-зглобна и дегенертивна обољења - Рибарска Бања	037/851-663; 865-160
12.	Специјализована болница за неуролошка обољења и посттрауматска стања „Др Боривоје Гњатић“ - Стари Сланкамен	022/591-426
13.	Завод за превенцију, лечење и рехабилитацију кардиоваскуларних обољења „Златар“ - Нова Варош	033/61-777
14.	Завод за специјализовану рехабилитацију „Жубор“ - Куршумлијска Бања	027/381-117; 381-420
15.	Институт за рехабилитацију - Београд	011/26-60-266
16.	Институт за превенцију, лечење и рехабилитацију реуматских и кардиоваскуларних болести „Нишка Бања“ - Нишка Бања	018/502-000; 502-001
17.	Специјализована болница за лечење и рехабилитацију болести органа за варење и шећерне болести „Врњачка Бања“ - Врњачка Бања	036/616-340, 611-624
18.	Завод за специјализовану рехабилитацију дегенеративног реуматизма и посттрауматских стања „Врањска бања“ - Врањска Бања	017/546-428; 546-429
19.	Специјализована болница „Русанда“ - Меленци	023/731-166; 731-050
20.	Специјална болница за лечење прогресивних мишићних и неуромишићних болети „Новопазарска Бања“ - Нови Пазар	020/312-648; 313-755

Како изгледа национални здравствени картон

Најчешће срце не издржи

Сваке године у Србији умре приближно 100.000 људи. Више од половине страда од срца и крвних судова

У здравственом картону наше нације црним словима су уписана обољења срца и крвних судова, малигни тумори, дијабетес и опструктивне болести плућа. Те болести су водећи узроци инвалидности и превременог умирања становништва у Србији и чине три четвртине укупног морбидитета на нашим просторима.

Епидемиолог др Драган Миљуш, начелник Центра за превенцију и контролу незаразних обољења Института за заштиту здра-

вља Србије „Др Милан Јовановић Батут“, каже да се сваке године у Србији евидентира приближно 100.000 смртних случајева.

– У нашој земљи више од половине становника (55 одсто) умре од болести срца и крвних судова, а скоро 18 одсто умре од неке врсте малигног тумора. Око четири одсто становништв је жртва неке повреде и тровања, више од два одсто умре од шећерне болести и приближно исто толико од опструктивних болести плућа – истиче др Миљуш.

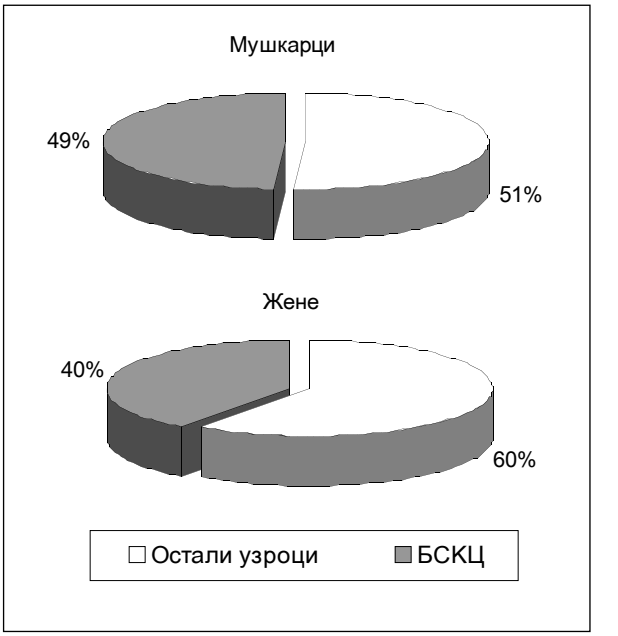
Међутим, пораст броја људи оболелих од болести срца и крвних судова глобални је проблем, а последњих деценија посебно је изражен у земљама у транзицији. Уколико се не буду предузимале одговарајуће мере превенције, предвиђања су да ће тај број и даље бити у порасту.

Мр Наташа Мицковиски-Каталина, специјалиста социјалне медицине из „Батута“, каже да у Србији највише људи умире од болести срца и крвних судова.

Последњих десет година свака друга особа је умрла због неке од кардиоваскуларних болести, при чему жене чешће умиру од мушкараца. у структури оболевања и умирања од болести срца и крвних судова водеће место припада срчаном и можданом удару, који погађа велики број људи, у најпродуктивнијем животном добу. Срчани и мождани удар не представљају више болести старих, већ средовечних људи. У узрасту од 15 до 59 година смртност од срчаног удара је на другом месту, после ХИВ-а, а смртност од шлога на петом месту. Сваки десети болесник са акутним коронарним синдромом је из старосне групе од 40 до 49 година, а сваки четврти из групе од 50 до 59 година – нагласила је мр Каталица.

Кад говоримо о новооболелим случајевима, истакла је наша саговорница, годишње се у Србији региструје просечно 20.000 пацијената са ургентним кардиоваскуларним стањем и то су болесници са акутним коронарним синдромом, односно акутним инфарктом миокарда и нестабилном ангином пекторис.

Г. Башовић, Политика, 14. април 2006.



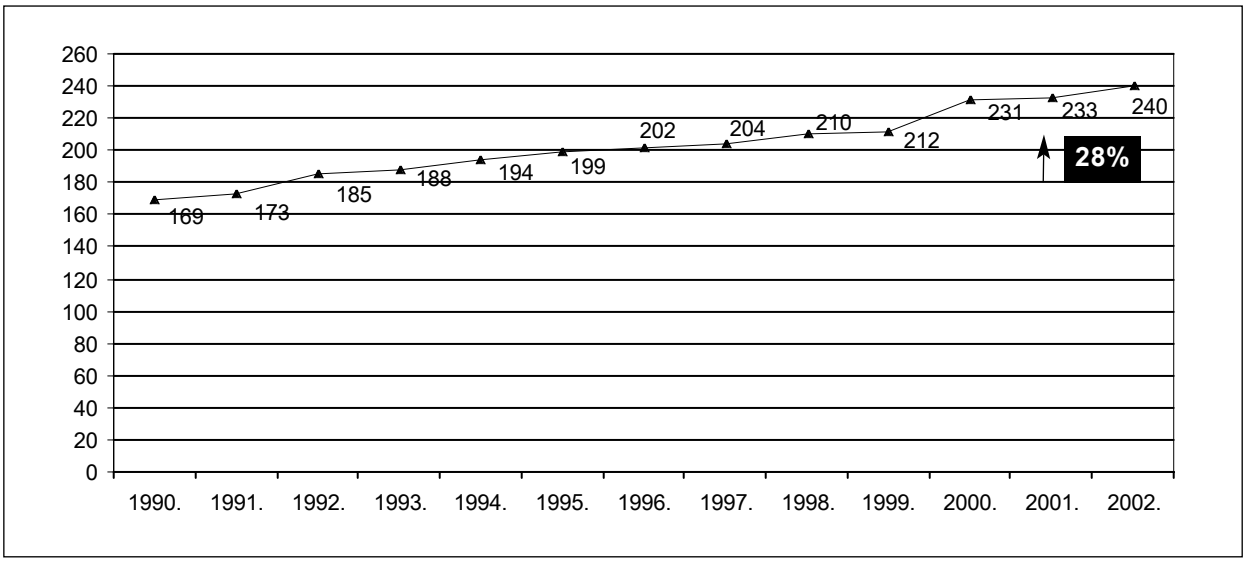
Графикон 1. Смртност од болести срца и крвних судова у Србији од 1989. до 2004. године.

Малигне болести у Србији
Највише стоје у Београду

Према проценама СЗО, у 2002. години у свету је од малигних болести оболело 11.000.000 људи, а умрло 7.000.000, а према пројекцијама у 2020. години број оболелих и умрлих биће удвостручен, посебно у земљама источне и јужне Европе. Више од једне трећине новооболелих особа било је у Европи и процењује се да у њој тренутно живи 6.000.000 особа са неким обликом малигне болести. Рак не штеди никога, сиромашне, богате, младе и старе. Осим тога, малигне болести остављају финансијске, психосоцијалне последице, не само на појединца и његову породицу већ и на друштво у целини.

Др Снежана Живковић, епидемиолог из Батута, каже да се процењује да у Србији од малигних болести сваке године оболи приближно 32.000 особа и да од њих умре око 19.000 људи.

– Само у 2002. години у централној Србији од рака је оболело 23.898 особа и то 12.449 мушкараца и 11. 449 жена. Број ново-



Графикон 2. Морталитет од рака у централној Србији (1990–2002. године).

оболелих на 100.000 становника износио је 467,8 за мушкарце, а за жене 408,2. У истом периоду од рака је умрло 13.067 особа, 7.469 мушкараца и 5.571 жена. Морталитет, односно број умрлих особа на 100.000 становника износио је 281, 7 за мушкарце и 198, 5 за жене. Док у Европи, од 1990. до 2002. године умирање од рака има тренд опадања, пре свега услед смањеног умирања од малигних тумора бронхија и плућа, у истом периоду у централној Србији морталите од рака је порастао за 28 одсто. Највеће стопе оболевања код оба пола регистроване су у Београду, а најниже у Пчињском округу. Када се говори о умирању од свих врста малигних болести, највеће стопе смртности регистроване су код мушкараца у Подунавском округу и код жена у Београду, а најниже код оба пола у Пиротском округу – истакла је др Живковић.

Према подацима регистра за рак, додаје она, мушкарци су најчешће боловали и умирали од малигних тумора: бронха и плућа, дебелог црева, ректума, простате, бешике и желуца.

Код жена малигни тумор је најчешће био локализован на дојци, грлићу материце, дебелом цреву и ретктуму, затим на брохијама и плућима и телу материце. И у Европи водећи малигни тумори код мушкараца су рак бронха и плућа, код жена малигни тумори дојке и код оба пола дебелог црева и ректума. Током наредних 20 година, као последица старења становништва и високих фактора ризика, број новооболелих од малигних болести особа оба пола ће порасти.

Г. Башовић, Политика, 14. април 2006.

Календар стручних и научних састанака у Европи (септембар-октобар 2006.)

September 02, 2006 – September 06, 2006
World Congress of Cardiology
Barselona, Spain

September 03, 2006 – September 07, 2006
16th World Congress on Ultrasound
in Obstetrics and Gynecology
London, England, UK

September 05, 2006 – September 05, 2006
Key Advances in the Clinical Management of Osteoporosis
Derby, England, UK

September 06, 2006 – September 08, 2006
International Conference on Surgical Infections, ICSI2006
Stockholm, Sweden

September 06, 2006 – September 08, 2006
7th European Congres of Trauma
and Emergency Surgery
Malme, Sweden

September 11, 2006 – September 16, 2006
10th Conference of the European Association for Health Information and Libraries (EAHIL)
Cluj-Napoca, Romania

September 14, 2006 – September 16, 2006
Xth International Conference
„Exercise and Healthy Aging“
Cologne, Germany

September 14, 2006 – September 17, 2006
The 6th Conference for Clinical
Endocrinology, Diabetes and Infertility
Cairo, Egypt

September 15, 2006 – September 16, 2006
Reproduction and Malignant Disease
Barselona, Spain

September 15, 2006 – September 16, 2006
Reproduction and Malignant Disease
Paris, France

September 15, 2006 – September 16, 2006
International Conference in Gerontology
Arad, Romania

September 16, 2006 – September 23, 2006
Women's Health
Barselona, Spain

September 18, 2006 – September 22, 2006
Rusian Forum „Environment and Health“,
Influence of Environment on Health, Tasks for Psychosomatic Medicine
and Psyhosocial Prevention
St. Petersburg, Russia

September 20, 2006 – September 22, 2006
6th International Conference on
Priorities in Health Care.
Toronto, ON, Canada

September 25, 2006 – September 27, 2006
3th Health Information Technology
(HIT) Summit.
Washington, DC, USA

October 04, 2006 – October 06, 2006
British Geriatrics Societuy Autumn Meetig.
Harrogate, UK

October 04, 2006 – October 08, 2006
4th European Congres on Emergency Medicine
Heraklion, Greece

October 04, 2006 – October 06, 2006
Annual Autumn Meeting of
the Finnish Cardiac Society
Espoo, Finland

October 05, 2006 – October 17, 2006
Clinical Topics in Medicine CME Cruise
Rome, Italy

October 08, 2006 – October 11, 2006
European Academy od Paediatrics – CESP
Barselona, Spain

October 08, 2006 – October 12, 2006
92nd Annual Congres of the American
Collegc of Surgeons
Chicago, IL, USA

October 13, 2006 – October 15, 2006
Geriatric Medicine for Primary
Care Physicians
New York, USA

October 15, 2006 – October 16, 2006
2006 Annual Meeting of
the American College of Dentists
Las Vegas, NV, USA

October 19, 2006 – October 19, 2006
Imaging &the Elderly
London, England, UK

October 21, 2006 – October 24, 2006
Acute Cardiac Care 2006
Prague, Czech Republic

October 21, 2006 – October 25, 2006
14th United European Gastroenterology
Week, Berlin, Germany

October 25, 2006 – October 28, 2006
8th European Congres of
Chematherapy and Infection
Budapest, Hungary

October 30, 2006 – November 01, 2006
Royal College of Physicians: General
Medicine for the Psysician
London, England, UK

Упутство ауторима

У часопису „Здравствена заштита“ објављују се оригинални научни радови, претходна саопштења, прегледи и стручни радови, из социјалне медицине, из историје медицине и здравствене службе, здравственог осигурања, економике у здравству, информатике и менаџмента.

Уз рукопис чланка треба приложити изјаву с потписима свих аутора да чланак није објављиван. Сви приспели радови упућују се на рецензију. Радови се не хоноришу. Рукописи се не враћају. Рукопис рада у два примерка и евентуално дискету са ознаком програма (текст процесора) слати на адресу: **Уређивачки одбор часописа „Здравствена заштита“, Комора здравствених установа Србије, 11000 Београд, Нушићева 25**.

Општа правила

Рукопис чланка писати дуплим проредом са маргинама од 2,5 цм, на папиру формата А4 и то само са једне стране. Графитном оловком на маргини текста означити места за табеле, слике, шеме и графиконе. Литературни подаци у тексту означавају се арапским бројевима у заградама, редоследом којим се појављују у тексту. Пошто се часопис штампа ћирилицом, **црвеном оловком подвући речи које треба штампати латиницом.**

На посебној страници (у једном примерку) навести наслов чланка без скраћеница, затим пуна имена и презимена аутора и њихове стручне титуле и називе установа и места у којима раде. Имена аутора повезати са називима установа индексираним арапским бројкама. На дну странице откуцати име и презиме аутора са којим ће се обављати коресподенција, његову адресу, број телефона и евентуално e-mail адресу.

Текст чланка писати кратко и јасно на српском језику. Скраћенице користити изузетно и то само за веома дугачне називе хемијских супстанција, али и за називе који су познати као скраћенице (нпр. АИДС, РИА итд.).

Обим рукописа

Обима рукописа (не рачунајући кратак садржај и списак литературе) за прегледни рад може износити највише шеснаест страна, за оригиналан рад десет страна, за стручни рад осам страна, претходно саопштење четири стране, а за извештај, приказ књиге и писмо две стране.

Кратак садржај

Уз оригинални научни рад, саопштење, прегледни и стручни рад треба приложити на посебној страници **кратак садржај до 250 речи на енглеском и српском језику.** У њему се наводе битне чињенице, односно кратак приказ проблема, циљеви и метод рада, главни резултати и основни закључци рада.

Уз све врсте чланака за које је потребан кратак садржај, откуцати на посебној страници наслов рада, резиме и иницијале имена и презимена аутора, називе установа.

Табеле

Свака табела се куца на посебној страници. Табеле се означавају арапским бројкама по редоследу навођења у тексту. Наслов табеле који се куца изнад табеле приказује

њен садржај. Коришћење скраћенице у табели обавезно објаснити у легенди табеле.

Слике (фотографије)

Приложити само квалитетно урађене фотографије и то у оригиналу. На полеђини сваке слике написати презиме првог аутора, скраћени назив чланка, редни број слике, а врх слике означити вертикално усмереном стрелицом. Наслов слике написати на посебном листу.

Цртежи (шеме, графикони)

Примају се само прегледно урађени цртежи на белој хартији.

Списак литературе

Куца се на посебној страни, двоструким проредом, а троструким између појединих референци, с арапским бројевима према редоследу навођења у тексту. број референци у списку не треба да прелази 20, осим за прегледни рад. Стил навођења референци је по угледу на „Index Medicus“.

НАПОМЕНА: Ово упутство је сачињено према Uniform requirements for manuscripts submited to biomedical journals, који је објавио „International committee of medical journal editors“ u N. Eng. J. Med. 1997;336; 309–15.

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

614

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА : Часопис за социјалну медицину, здравствено осигурање, економику и менаџмент / главни и одговорни уредник Предраг Довијанић. - Год. 1, бр. 1 (1972)-. -Београд (Нушићева 25) : Комора здравствених установа Србије, 1972 - (Београд : Обележја). - 27 cm.

Двомесечно.
ISSN 1451–5253 = Здравствена заштита
COBISS.SR-ID 3033858