Zdravstvene potrebe vulnerabilnog stanovništva i pristupa~nost lekara op{ te prakse na po~etku pilot projekta „Paket osnovnih zdravstvenih usluga u Domu zdravca Kraljevo“

D. Duki }¹

Health needs of vulnearble population and accessibility of Genaral Practitioners at the start of "Basic Health Services Pilot Project, Kraljevo"

Danijela Dukic, M.D., D.P.H.

Sa`et ak. Uvod: Op{ t e uru{ avawe i propadawe dru{ t va, iz posledwe decenije pro{ log veka, odrazilo se na zdravst vene probleme i prist upa~nost lekaru op{ t e prakse i primarnoj zdravst venoj za{ t i t i stanovni{ t va op{ t ine Kraljevo, a posebno grupacija stanovni{ t va koje je u nepovoqnom polo`aju.

Ciq: Proceniti i vulnerabilnost stanovni{ t va op{ t ine Kraljevo, wihove osnovne zdravst vene probleme i prist upa~nost lekara op{ t e prakse.

Met od: Ist ra`ivawe je ra|eno po t ipu studije preseka, u okviru Pilot projekta „Osnovne zdravst vene usluge Dom zdravca Kraljevo - op{ t ina Kraljevo“.

Kao instrument ist ra`ivawa kori{ }en je upit nik dizajniran na osnovu sli~nih ist ra`ivawa kod nas i u svetu. Uzorak je bio dvoet apno randomizovan uzorak klast era doma}inst ava.

U stat isti~koj analizi podat aka je kori{ }en SPSS (Statistical Package for Social Science, 10.0). Hipot eze ist ra`ivaqa su test irane X^2 test om i Student ovim T- test om.

Summary. Background: Dramatic decline in the living standards, during last decade of last century affected health situation and accessibility of General Practitioners, and Primaty Heath Care of population in Kraljevo municipality, especially the most vulnerable categories of the population.

Study objective: Assessment of vulnerability of population of Kraljevo municipality, their basic health needs, and accessibility of General Practitioners.

Design and methods: The study was cross sectional, health interview survey with representative sample of two stage randomized cluster of households of the population of Kraljevo municipality.

The mode of data coliection was face to face interview with specially designed questionnaire. Statistical Package for Social Science (SPSS) was used for statistical analysis of data, and hypothesis were tested with X test and T test.

Results: In Kraljevo municipality, beiw poverty level was 69,2% of domicile population, 84,8% of internally displaced, and 75,7% refu-

¹ Dr Danijela Duki }, Institut za javno zdravce Srbije „Dr Milan Jovanovi }-Batut“, Beograd.

* Rad saop{ ten na Nau~no-stru~noj konferenciji socijalne medicine, 25-26 oktobar 2007. godine, Velika Plana.

Rezultati: U kategoriju siroma{nih spadalo je 69,2% domicilnog, 84,8% rasećenog i 75,7% izbeglog stanovništva ($p<0,01$). Zdravce je bilo redovan izvor problema kod 48% stanovnika, i od njih kod 44,3% to je bila hipertenzija, kod 29,4% bolesti mišićno-koštanoeg sistema, a 20% je smatralo da su srčana oboljenja – infarkt njihov osnovni zdravstveni problem. Od 91,8% stanovnika koji su se u slučaju bolesti prvo obraćali lekaru opšte prakse, njih 68,9% nije imalo određenog lekara kod kog su odlazili kada su bolesni. Više od polovine stanovnika, bez obzira na nivo siromaštva, smatralo je da je nešto od odlaska lekara glavni razlog zbog kojeg nemaju izabranog lekara. U grupi apsolutno siroma{nog stanovništva, skoro svaki peti (21,9%), a u grupi ispod nacionalnog nivoa siromaštva svaki deseti stanovnik (9,7%) nije imao lekara blizu mesta stanovanja. U grupi stanovnika iznad nacionalnog nivoa siromaštva skoro svaki deseti (9,9%), smatrao je da nema prava da bira lekara.

Zaključak: Siromaštvo je bilo veoma rasprostranjeno u opštini Kraljevo, a jedna od značajnih determinanti siromaštva bio je i boravi{ni status. Jedan od glavnih zdravstvenih problema kod najvećeg broja stanovnika bila je hipertenzija, što je od velikog značaja ako se ima u vidu da je ona jedan od glavnih faktora rizika u našoj populaciji.

I ako se najveći broj stanovnika u slučaju bolesti prvo obraćao lekaru opšte prakse, većina nije imala svog određenog lekara. Najčešće se kao glavni razlog nepostojanja određenog lekara navodila organizacija rada u domu zdravlja koja je dovodila do nešto od odlaska lekara.

gees ($p<0,01$). Almost one half (48%) of the respondents considered their health as a regular source of problems, and out of those it was found that 44,3 % considered, hypertension as the main problem with their health, 29,4% considered chronic osteo-muscular condition and 20% considered that heart disease/ infarction was the main problem of their health. It was found that 91,8% of respondents claimed that, if they were sick they would seek care first with a doctor (General practitioner), but 2/3 respondents didn't have regular doctor. Out of those not having a regular doctor (68,9% in total), around 1/2 respondents thought that reason for not choosing a regular doctor was that doctors were changing all the time. Almost 21,9% people who belonged in a group of absolutely poverty level, and 9,7% people below national poverty level didn't have doctor near the place where they lived. Almost 9,9% residents who lived above national poverty level considered that they didn't have right to choose a doctor ($p<0,01$).

Conclusion: Poverty was very extensive in Kraljevo municipality, and residential status was one of important determinants of poverty. Hypertension was one of main health problem. Although almost all population would seek care first with GP (general practitioner) if they were sick, majority of them didn't have regular doctor. Out of those not having a regular doctor majority thought that reason for not choosing a regular doctor was that doctors were changing all the time.

Uvod

Poslednja decenija prošlog veka bila je svedok velikog broja humanitarnih katastrofa među kojima se isticao i region Balkana. Nepovoljni životni uslovi kojima je bila izložena Savezna Republika Jugoslavija, a koje su karakterisa-

li: raspad zemlje, ratni sukobi, ekonomske sankcije, ekonomska i društvena kriza, NATO bombardovanje i brojne migracije, dovele su do općeg društvenog propadavanja koje se odrazilo na sve sfere života¹.

Nakon oktobra 2000. godine, došlo je do obnavljanja međunarodne saradnje, i glavna preokupacija humanitarnih agencija pomerila

la se u pravcu propagirawa potreba najsiroma{ nijeg stanovni{ tva i preispitivawa definicije humanitarnih potreba. O potrebama se ne govori kao o „nedostatku ne-ega“, ve} u smislu vulnerabilnosti za budu|e pretwe.²

I ako je SRJ imala dobro razvijenu mre` u zdravstvenih ustanova i obezbe|enost stanovni{ tva zdravstvenim kadrom, o{ tar pad nacionalnog dohotka tokom devedesetih godina, porast nezaposlenosti, pad `ivotnog standarda, odrazio se na celokupan sistem zdravstvene za{ tite, kroz odsustvo investirawa u infrastrukturu, nemogunost obnavqawa i popravke opreme i nedostatak lekova i potro{ nog materijala.³

I ako je skoro polovina stanovni{ tva imala lekara op{ te prakse, razmera onih koji su ostvarivali zdravstvenu za{ titu kroz privatni sektor porasla je sa mawe od 10% na po~etku dekade, na oko 30% na kraju. Ve}ina ovih qudi je primala samo epizodi~nu zdravstvenu za{ titu, ~esto mewajuji lekara, { to se odra` avalo na odsustvo kontinuiteta zdravstvene za{ tite.⁴

Potrebu za ovim istra` ivawem treba sagledavati u sklopu postkonfliktne rekonstrukcije i reforme zdravstvenog sistema Srbije, koja se odvija uz pomo| me|unarodnih partnera, posebno jedne wegove oblasti – a to je oblast pru` awa usluga primarne zdravstvene za{ tite, ~ija je reforma zapo~eta pilot projektom Me|unarodnog komiteta Crvenog krsta.^{5,6}

Rehabilitacija sistema zdravstvene za{ tite nemogu}a je ako ne postoje adekvatne informacije o socijalno-ekonomskom i zdravstvenom stawu stanovni{ tva, o pru` awu zdravstvenih usluga i wi|ovom kori{ }ewu ili ~iniocima koji predstavqaju barijere pristupa~nosti zdravstvenoj za{ titi, kao { to su, na primer, razli~iti tro{ kovi.⁷

Ciq rada

- 1) Analiza socijalno-demografskih i socijalno-ekonomskih karakteristika stanovni{ tva op{ tine Kraqevo, radi procene vulnerabilnosti stanovni{ tva;

- 2) Ustanovqavawe karakteristika osnovnih zdravstvenih problema stanovni{ tva op{ tine Kraqevo i identifikovawa oboqewa koja mogu uspe{ no da se preveniraju;
- 3) Analiza pristupa~nosti lekara op{ te prakse i kontinuiteta zdravstvene za{ tite, razli~itih grupa vulnerabilnog stanovni{ tva op{ tine Kraqevo.

Met od ist ra` ivawa

Istra` ivawe je ra|eno po tipu studije preseka, u okviru Pilot projekta „Osnovne zdravstvene usluge Dom zdravqa Kraqevo – op{ tina Kraqevo“.

Kao instrument istra` ivawa kori{ }en je upitnik dizajniran na osnovu sli~nih istra` ivawa kod nas i u svetu. Uzorak je bio dvoetaпно randomizovan uzorak klastera doma}instava.

Stepen pouzdanosti birawa uzorka je bio 95%, i ra|en je na osnovu najni` e o~ekivane prisutnosti od 10% najre|eg fenomena koji se istra` uje, na primer hipertenzije.

Tako se za pojavu koja se javqa u 10% slu~ajeva (npr. prisutnost hipertenzije) o~ekivani interaval poverewa (confidence interval CI) kretao od 0,082 do 0,118 (izme|u 8 i 12%). U statisti~koj analizi podataka kori{ }en je SPSS (Statistical Package for Social Science, 10.0). Hipoteze istra` ivawa su testirane X^2 testom i Studentovim T-testom.

Analiza rezultata istra` ivawa

4.1 Demografske i socijalno-ekonomske karakt erist ike st anovni{ t va op{ t ine Kraqevo

U ukupnom stanovni{ tvu je u starosnoj grupi do 20 godina bilo 19,6% dok je u grupi od 20 do 39 godina bilo 25,5% stanovni-

ka. Stanovni{ tvo starije od 40 godina u~e-stvovalo je u ukupnom stanovni{ tvu sa 54,9%. Ovakva distribucija ukazuje na zna-~ajno starewe stanovni{ tva u op{ tini Kra-qevo (**tabela 1**).

Skoro svaki deseti stanovnik (9,8%), `i-veo je u apsolutnom siroma{ tvu, a { est od

deset stanovnika (60,6%), `ivelo je na ni-vou nacionalne linije siroma{ tva. Dakle, sedam od deset stanovnika u op{ tini Kra-qevo spadalo je u kategoriju siroma{ nih (**grafikon 1**).

Sedam od deset stanovnika (69,2%) u gru-pi domicilnog stanovni{ tva bilo je u ka-

Tabela 1. Distribucija stanovni{ tva op{ tine Kra-qevo po polu i starosnim grupama

Starosne grupe	Mu{ ko		@ensko		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
0–19	14070	21,3	12449	18,1	26518	19,7
20–39	17563	26,6	16780	24,3	34342	25,5
40–59	16611	25,2	20130	29,2	36741	27,2
60–79	16817	25,5	18099	26,2	34916	25,9
80+	915	1,4	1494	2,2	2410	1,8
Ukupno	65975	100,0	68952	100,0	134927	100,0

$\chi^2=574,8$; $df=4$; $p<0,01$

Grafikon 1. Distribucija stanovni{ tva op{ tine Kra-qevo prema nivou siroma{ tva.

Tabela 2. Distribucija stanovni{ tva prema nivou siroma{ tva u odnosu na boravi{ ni status

Ni vo si roma{ tva	Boravi{ ni status							
	Domi ci l no		Raseqeno l i ce		I zbegl i ca		Svega	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Apsolutni ni vo	11875	9,6	946	10,1	364	19,3	13185	9,8
Naci onal ni ni vo	73679	59,6	7005	74,7	1067	56,4	81751	60,6
I znad naci onal nog	38107	30,8	1424	15,2	460	24,3	39991	29,6
Svega	123661	100,0	9375	100,0	1892	100,0	134927	100,0

$\chi^2=1249,7$; $df=4$; $p<0,01$

tegoriji siroma{nih. U grupi raseqenih, siroma{no je bilo 84,8%, a u grupi izbeglih, siroma{no je bilo 75,7% stanovnika. (**tabela 2**).

4.2 Zdravstvene potrebe stanovništva opštine Krajevo

Skoro svaki drugi stanovnik u istraživanju (47,6%), smatrao je svoje zdravlje kao

Tabela 3. Distribucija stanovništva prema zdravstvenom stavu kao stalnom izvoru problema u odnosu na starosne grupe

Zdravstveno stav kao stalni izvor problema	Starosne grupe									
	18-39		40-59		60-79		80+		Svega	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Da	5560	17,5	16746	47,1	25283	73,6	1912	82,3	49501	47,6
Ne	26208	82,4	18688	52,6	9070	26,4	371	16,0	54336	52,2
Bez odgovora	40	0,1	121	0,3			40	1,7	202	0,2
Svega	31808	100,0	35556	100,0	34353	100,0	2323	100,0	104040	100,0

$\chi^2=22444,3$; $df=6$; $p<0,01$

Grafikon 2. Distribucija stanovništva kome je zdravstveno stav stalni izvor problema prema glavnom zdravstvenom problemu.

redovni izvor problema. Sa starošću, zdravstveno stanje je bilo sve više izvor problema.

Tako je u starosnoj grupi od 18 do 39 godina to bio slučaj sa skoro svakim petim stanovnikom (17,5%), u starosnoj grupi od 40 do 59 godina, sa skoro svakim drugim stanovnikom (47,1%), a u starosnoj grupi od 60 do 79 godina tri od četiri stanovnika (73,6%) izjavilo je da mu je zdravstveno stanje stalni izvor problema (**tabela 3**).

Od stanovnika koji su smatrali da im je zdravstveno stanje redovan izvor problema (48% ukupno), 44,3% je smatralo da im je hipertenzija glavni zdravstveni problem, 29,4% ispitanika je smatralo bolesti mišićno-koštano-glednog sistema kao svoj glavni zdravstveni problem, a 20% je smatralo da su srčana obolavanja/infarkt njihov osnovni zdravstveni problem (**grafikon 2**).

Grafikon 3. Distribucija stanovništva prema mestu upućivanja zahteva za uslugama zdravstvene zaštite.

Tabela 4. Distribucija stanovništva prema mestu upućivanja prvog zahteva za usluge zdravstvene zaštite u odnosu na starosne grupe.

Prvi zahtev za uslugama zdravstvene zaštite u slučaju bolesti	Starosne grupe									
	18-39		40-59		60-79		80+		Svega	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Kod lekara opšte prakse	28409	89,3	32300	90,8	32803	95,5	1993	85,8	95506	91,8
Apotekara	1517	4,8	954	2,7	401	1,2	128	5,5	3000	2,9
Medicinske sestre			211	0,6					221	0,2
Alternativna medicina	87	0,3							87	0,1
Ne znam					47	0,1			47	0,0
Nikad nisam bolestan	802	2,5	867	2,4	162	0,5			1831	1,8
Netrainim zdrav. zaštiti u slučaju kad sam bolestan	523	1,6	703	2,0	731	2,1	121	5,2	2078	2,0
Bez odgovora	470	1,5	510	1,4	209	0,6	81	3,5	1270	1,2
Svega	31808	100,0	35556	100,0	34353	100,0	2323	100,0	104040	100,0

$$\chi^2=22444,3; \text{ df}=6$$

4.3 O~ekivawa od sist ema zdravst vene za{ t i t e

Najve}i deo stanovpi{ tva (91,8%) u istra`ivawu, u slu~aju bolesti prvo se obra}alo lekaru op{ te prakse (**Grafikon 3**).

U~estalost prvog obra}awa lekaru op{ te prakse u slu~aju bolesti rastao je sa staro{ }u. Stanovnici od 60 do 79 godina u 95,5% slu~ajeva prvo su se obra}ali lekaru op{ te prakse, od 18 do 39 godina u 4,8% slu~ajeva prvo su se obra}ali apotekaru, a stanovnici stariji od 80 godina u 5,5% slu~ajeva prvo su se obra}ali apotekaru (**tabela 4**).

Od ukupnog stanovni{ tva koje se izjasnilo da se prvo obra}alo lekaru o{ te prakse, a to je bilo wih 91,8%, kada tra`e zdravstvenu za{ titu, 68,9% stanovnika nije imalo odre|enog lekara kod koga su odlazili kada su bolesni (**grafikon 4**).

Od ukupnog stanovni{ tva koje se izjasnilo da ima odre|enog lekara (30,9%) kome se obra}a za zdravstvenu za{ titu, u 71% slu~ajeva to je lekar op{ te prakse (**grafikon 5**).

Od ukupnog stanovni{ tva koje je imalo odre|enog lekara kod kojeg su odlazili kada

Grafikon 4. Distribucija stanovni{ tva koje se prvo obra}a lekaru op{ te prakse prema postojawu izabranog lekara.

Grafikon 5. Distribucija stanovni{ tva koje ima izabranog lekara prema vrsti lekara kod koga odlaze kada su bolesni.

su bili bolesni, 84,1% je odlazilo kod istog lekara vi{ e od godinu dana (**grafikon 6**).

Grafikon 6. Distribucija stanovni{ tva (koji imaju izabranog lekara kod koga odlaze kada su bolesni), prema du`ini odlaska kod istog lekara.

Grafikon 7. Distribucija stanovni{ tva (koji imaju i zabranog lekara kod koga odlaze kada su bolesni), prema na-inu odabira tog lekara.

Grafikon 8. Distribucija stanovni{ tva koje nema i zabranog lekara prema razlogu zbog kojeg ni su odabrali lekara.

Od ukupnog stanovni{ tva koje je imalo odre|enog lekara kod kojeg su odlazili kada su bolesni, skoro svaki drugi stanovnik (48,5%) izabrao je svog lekara na osnovu poverewa, a 28,5% zato { to je lekar bio blizu mesta stanovawa ili radnog mesta (**grafikon 7**).

Od ukupnog stanovni{ tva koje se prvo obra}alo lekaru kada je tra` ilo zdravstvenu za{ titu 65.832 (68,9%) odgovorilo je da nije imalo odre|enog lekara kod kojeg odlaze kada su bolesni. Od tog broja skoro svaki drugi stanovnik (53,7%), kao glavni razlog zbog kojeg nije odabrao lekara navodio je da se lekari `esto mewaju (**Grafikon 8**).

Zakqu-ak

Celokupno stanovni{ tvo op{ tine Kraqevo pripada regresivnom biolo{ kom tipu.

U odnosu na liniju siroma{ tva sedam od deset domicilnih stanovnika spadalo je u kategoriju siroma{ nih, a svaki deseti stanovnik `iveo je u apsolutnom siroma{ tvu.

U kategoriju siroma{ nih spadalo je 85% raseqenih, pri `emu 10% u grupu apsolutno siroma{ nih. Me|u izbeglicama 76% stanovnika spadalo je u kategoriju siroma{ nih, i od wih skoro svaki peti je pripadao grupi apsolutno siroma{ nih.

Opa` ene zdravstvene potrebe naju`estali je su kod starijeg, mawe obrazovanog i siroma{ nijeg stanovni{ tva. Hipertenzija je bila glavni zdravstveni problem kod svakog drugog stanovnika starijeg od 60 godina.

Stanovni{ tvo op{ tine Kraqevo se u slu-aju bolesti, u najve}em procentu (91,8%), prvo javqalo lekaru op{ te prakse. Svog odre|enog lekara imalo je svega 31% stanovnika, a to je naj-e{ }e (71%) bio lekar op{ te prakse.

Poverewe je bio glavni kriterijum za odabir lekara, dok ih je 29% biralo na osnovu blizine mestu stanovawa ili radnom mestu.

Više od dve trećine stanovnika nije imalo svog određenog lekara. Svaki drugi stanovnik kao glavni razlog nepostojanja određenog lekara naveo je to što je organizacija rada u domu zdravca bila takva da je dovođila do nestog mešavanja lekara. Skoro jedna trećina stanovnika (27%) sasvim je bila indiferentna u izboru lekara, jer su po njihovom mišljenju svi bili isti.

Predlog mera

Na osnovu istraživanja, a u skladu sa navedenim zaključcima, nameće se sledeći predlog mera:

- Smenjivanje siromaštva u Srbiji: povećanjem mogućnosti zapošljavanja, efikasnijom socijalnom zaštitom, poboljšavanjem položaja penzionera i starih, reformisanjem sistema zdravstvene zaštite, primenom obrazovanja u funkciji smenjivanja siromaštva.⁸
- Zaštita i poboljšanje zdravca osoba u marginalnim situacijama i nepovoljnom položaju, što uključuje i izbegla i raseljena lica: putem multisektorskog pristupa, tj. povezivanja institucija primarne zdravstvene zaštite – doma zdravca, sa institucijama socijalne zaštite kao i sa obrazovno-vaspitnim i drugim instituci-

jama uz razvijanje multidisciplinarnog, timskog rada.^{8,9}

- Efektivne javno zdravstvene intervencije radi smanjenja opterećenja društva obolavima kod kojih je hipertenzija faktor rizika (obolavala srca i krvnih sudova), kao i radi smanjenja opterećenja društva hroničnim obolavima mišićno-koštano-g sistema: putem primarne prevencije, tj. promocije zdravca.¹⁰

Efektivna reforma primarne zdravstvene zaštite koja može biti rukovodena brojnim iskustvima stečnim u toku razvoja i implementacije pilot projekta u Krajevima „Osnovne zdravstvene usluge DZ Krajevo – opština Krajevo“ i uključivala bi: racionalizaciju i rehabilitaciju infrastrukture, unapređivanje znanja i veština lekara i sestara, izgradnju ljudskih kapaciteta iz oblasti upravljanja, planiranja i zdravstvene politike, na svim nivoima zdravstvenog sistema, razvoj zdravstvenog informacionog sistema u primarnoj zdravstvenoj zaštiti zasnovan na Međunarodnoj klasifikaciji primarne zdravstvene zaštite i integracija ovog sistema u regionalni informacioni sistem, razvoj održivog sistema finansiranja koji čini fundamentalnu komponentu reforme primarne zdravstvene zaštite.¹¹

Literatura

1. Garfield R. Economic Sanctions, Health and Welfare in the Federal Republic of Yugoslavia, 1990–2000. OCHA/UNICEF; 2001. Available from: URL.
2. Charies-Antoine Hofmann. Needs and vulnerability in the Balkans. The case of Serbia. Background research for HPG Report. Overseas Development Institute. 2003 Sept. report No.:15.
3. Simić S, Bjegović V, Erić-Marinković J. Zdravstveno stanje stanovnika Republike Srbije u poslednjoj deceniji dvadesetog veka. U: Simić S, Bjegović V, Jelenc P, Kosanović R, Erić-Marinković J, Mladenović D, ed. Osnove za reformu sistema zdravstvene zaštite u Republici Srbiji, Beograd: Centar za proučavanje alternativa/Samizdat B92; 2001:47-64.
4. Kanjuh Vladimir. Effect of the sanctions on the health of population of the Federal Republic of Yugoslavia viewed through new characteristics of autopsy findings. Belgrade: Serbian Academy of Sciences and Arts. Scientific Meetings, Volume LXXVI; Department of Social Sciences, Volume 15. 1994.
5. World Bank. Post Conflict Reconstruction: The Role of the World Bank. Washington, DC; 1998.
6. World Food Programme. VAM Bulletin. Belgrade; July 2000, No. 1.
7. ICRC. Comparative Report of the BHSP Baseline and Follow Up Household Population and Health Surveys. ICRC; 2006.
8. Vlada Republike Srbije. Strategija za smanjenje siromaštva, Beograd 2005. Dostupno na URL:

9. Ref ormska Vlada Republike Srbije. Ministarstvo zdravqa Republike Srbije. „Boqe zdravqe za sve u tre}em milenijumu“. Beograd: Ministarstvo zdravqa Republike Srbije; 2003.
10. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: With Undemtending and ImprvingHealth and Objectives for Imroving Health (on CD-ROM). Government Printing Office (GPO). 2 edition. Washington, DC:GPO;2000.
11. Poletti T. Rebuilding Primary Health Care Systems in a Post-Conflict Settings. Lessons for Serbia from the ICRC-s Basic Health Services Pilot Project in Kraljevo. (Master-3 paper). London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2003.