ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА, ОСНОВА ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА

Драган Угринов¹, Ана Гавриловић², Милош Марков³

PRIMARY HEALTH CARE, THE BASIS OF THE HEALTH SYSTEM

Dragan Ugrinov, Ana Gavrilović, Miloš Markov

Сажетак

Здравствени систем је један од компликованих подсистема који се развијао полако током столећа доприносом људске популације, веровања, обичаја, науке, комерцијалних фактора, социјалних снага, обично без проучавања и системског планирања. Са општим друштвеним развојем, индустријализацијом, урбанизацијом и технолошким напретком, јача и развој здравственог система, као и значај и улога у општем друштвеном развоју. Да би се уистину креирао такав један систем, сви његови делови морају да раде заједно и да се сукцесивно прилагођавају један другом. Ово се може учинити сталном корелацијом, поделом одговорности, допуњавањем и поделом послова. Руководени модерним приступом у организацији примарне здравствене заштите, али и ослоном на дугу традицију, циљеви здравствене политике примарне здравствене заштите у Србији су дефинисани многобројним документима. Њихов основни смисао је унапређење ове области, уз примену принципа савремене организације рада, као и уважавање потреба и захтева грађана за квалитетним услугама које се пружају на примарном нивоу. Носећи стожер реформе примарне здравствене заштите је спровођење програма „изабраног лекара“, у оквиру којег је предвиђена регистрација корисника код одређеног лекара, како би се обезбедили и промовисали континуитет и квалитет здравствене заштите.

Кључне речи: здравствени систем, примарна здравствена заштита, дом здравља, здравствена услуга.

Summary

Health System is one of the complicated subsystems, which has developed slowly over the centuries contribution to human populations, beliefs, customs, science, commercial factors, social forces, usually without studies and system planning. With the general social development, industrialization, urbanization and technological progress, strengthen and develop the health system and the role and importance in the general social development. In order to actually create such a system, all the parts have to work together and successively adapted to one another. This can be done by a constant correlation, shared responsibility, completing the division of tasks. Guided by a modern approach to the organization of primary health care, but also relying on tradition, health policy objectives of primary health care in Serbia are defined by numerous documents. Their main point is improving this area, applying the principles of modern work organization, as well as the needs and demands of citizens for quality services provided at the primary level. Wearing a pivot primary health care reform is the implementation of the „chosen doctor“ in which he intended user registration at a certain doctor, in order to ensure and promote the continuity and quality of care.

Key words: health care system, primary health care, home health, health services.

¹ Драган Угринов, дипл. ек., истраживач сарадник, Завод за јавно здравље Панчево.

² Доц. др Ана Гавриловић, Факултет за примењени менаџмент, економију и финансије, Београд.

³ Милош Марков, дипл. ек., Факултет за право, јавну управу и безбедност, Београд.

УВОД

Здравствени систем је један од ретких подсистема друштва који ради и одговоран је за заштиту здравља људи од њиховог рођења до смрти, односно кроз читав животни век. Према томе, он је не само важан и одговоран већ и неопходан за здравље и здравствени развој појединца, породице, заједнице и друштва у целини.⁽¹⁾ Из наведених разлога веома је важно у каквом је „стању“ здравствени систем, тј. како је организован, како функционише, колико кошта и колико је успешан. Главни циљ здравственог система није само побољшање здравља, већ и да достигне највећи могући ниво и смањи разлике између група и појединаца. Суштински гледано, главни циљ здравственог система, као и његов задатак, јесте унапређење и побољшање здравља људи, укључујући и све друге факторе који посредно или непосредно утичу на здравље популације. Сходно томе, здравствени систем има велику одговорност за здравље становништва, и то током читавог њиховог живота, почевши од стручног и безбедног порођаја и рађања здраве бебе, па све до достојанствене и адекватне заштите старих лица. Ако превасходно прихватимо и усвојимо главни циљ здравственог система, онда је питање да ли је он потребан заиста бесмислено. Вероватно је адекватније закључити не само да је потребан, већ да је неопходан савременом друштву и људима у њему, јер се његовим адекватним радом и функционисањем може значајно поправити и унапредити здравље читаве популације и продужити живот и квалитет живота.

Свакодневне примедбе које срећемо у медијима и међу корисницима здравствених услуга, дефинисане лошом организацијом рада, слабом мотивацијом запослених здравствених радника, оптерећењем административним пословима, затим листе чекања, непостојање повратних информација са виших нивоа здравствене заштите, лоша комуникација и учешће локане самоуправе,

мањкавост и недостатак позитивних прописа, лоша и недовољна снабдевеност лековима - уједно представљају и суштински проблем.

ЦИЉ РАДА

Научни циљ огледа се не само у идентификацији проблема, већ у могућности да се дефинисани проблеми у мултисекторској сарадњи што је могуће више реше, а све са задатком подизања нивоа и квалитета пружене здравствене услуге.

Практични циљ се огледа у томе да дођемо до сазнања да ли бољом и другачијом организацијом рада у домовима здравља можемо надокнадити мањак средстава и смањити негативне реперкусије друштвено-економских и политичких тенденција, а сам квалитет здравствене услуге подићи на ниво да испуни очекивања корисника.

МЕТОД РАДА

Предмет рада је сагледавање стања у примарној здравственој заштити, са освртом на стратегијске правце развоја система. Суштина се огледа у увођењу савременог концепта менаџмента, реформи примарне здравствене заштите која представља ослонац реформе здравственог система Србије.

ДЕФИНИЦИЈА ЗДРАВЉА, ДЕФИНИЦИЈА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Светска здравствена организација (СЗО) је у свом Статуту 1946. године дефинисала здравље као „стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, субјективно добро осећање и радна способност, а не само одсуство болести и оронулости“. Овакво разумевање здравља у знатној мери изједначава појмове „здравље“ и „благостање“. Појам „здрава особа“ у овом случају подразумева и физичко и ментално здравље, али и друштвену прилагођеност и испуњеност. Претходна дефиниција је често

допуњавана у другим СЗО извештајима, као што је Отавска декларација за промоцију здравља из 1986. године, која каже да је „здравље извор свакодневног живота, а не објекат живљења. Здравље је позитиван концепт, који наглашава социјалне и личне ресурсе, као и физичке капацитете“.

Дефинисање примарне здравствене заштите није нимало лак задатак. Покушај да се дође до дефиниције примарне здравствене заштите у САД је довео до израде ни мање ни више него 92 дефиниције. Такође, дефиниције примарне здравствене заштите у Европи разликују се од државе до државе. У Декларацији из Алма Ате из 1978. године (СЗО и УНИЦЕФ) примарна здравствена заштита се дефинише као „есенцијална здравствена заштита, заснована на практичним, научно исправним и друштвено прихватљивим методама и технологијама, опште приступачна појединцима и породицама у заједници, уз њихово пуно учешће, по цени коју та заједница и земља могу да поднесу у свакој фази њиховог развоја, у духу ослањања на сопствене могућности и самоодлучивање. Она истовремено представља интегрални део здравственог система земље, чија је централна функција и главно жариште свеукупног социјалног и економског развоја заједнице. Она је први ниво контакта појединца, породице и заједнице са националним здравственим системом, приближавајући здравствену заштиту што је могуће више месту где људи живе и раде, конституишући први елемент у континуираном процесу здравствене заштите“.

Оригинални принципи примарне здравствене заштите који су прво описани у Декларацији из Алма Ате 1978. године и даље имају вредност и примењиви су на проблеме са којима се суочавају заједнице и здравствени системи у 21. веку. Министарство здравља РС прихватило је те изворне принципе и они још увек представљају основу делотворне примарне здравствене заштите:

- универзална доступност примарној здравственој заштити и делотворна покривеност на бази потреба становништва;
- правичност/једнакост у здрављу, као део развоја друштва оријентисаног ка социјалној правди;
- учешће заједнице у креирању и спровођењу здравствених планова и активности;
- мултисекторски приступ примарној здравственој заштити.

Светски здравствени извештај из 2008. године залаже се за примарну здравствену заштиту усмерену на људе. У табели која следи приказани су аспекти који разликују конвенционалну здравствену заштиту од примарне здравствене заштите усмерене на кориснике (Табела 1).

Табела 1. Разлика између конвенционалне и здравствене заштите усмерене на корисника.

Конвенционална амбулантна здравствена заштита у клиникама или диспанзерским одељењима	Програми контроле болести	Примарна здравствена заштита усмерена на кориснике
Усмерена на болест и лечења	Усмерена на приоритетна обољења	Усмерена на здравствене потребе
Однос ограничен на тренутне консултације	Однос ограничен на спровођење програма	Трајан лични однос
Епизодична (повремена) куративна заштита	Интервенције контроле болести дефинисане програмом	Свеобухватна, стална и на корисника усмерена заштита
Одговорност ограничена на делотворан и сигуран савет пацијенту у тренутку консултације	Одговорност за контролу болести усмерена на циљну популацију	Одговорност за здравље свих у заједници кроз животне циклусе; одговорност за бављење детерминантама болести—здравља
Корисници су конзументи заштите коју купују	Групе становништва су изабране за интервенције контроле болести	Људи су партнери у управљању сопственим здрављем и здрављем своје заједнице

ЗАШТО ЈЕ ПОТРЕБНО ЈАЧАЊЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

„Здравствени системи који се ослањају на систем примарне здравствене заштите дају боље здравствене исходе (представљене као укупни морталитет, превремени морталитет и морбидитет) у односу на остале детерминанте здравља становништва на макронивоу (брuto национални доходак по глави становника, укупан број лекара по глави становника, проценат старог становништва) и на микронивоу (просечан број посета ванболничким/амбулантним службама, приходи по глави становника, потрошња дувана и алкохола)“ (Macinko et al 2003).

Према извештају СЗО из 2000. године, многе државе нису успеле да осигурају довољну успешност свог здравственог система. Нема усаглашености у вези са оптималном структуром, садржајем и начином пружања економичних услуга које за циљ имају постизање оптималне

здравствене заштите за становништво. Не постоје ни задовољавајућа решења која могу одговорити на растуће захтеве, која прецизно идентификују потребе различитих група становништва и која пружају програме за задовољавање тих потреба. Владе широм света покушавају изнаћи начине којима ће у здравственом сектору побољшати једнак приступ, ефикасност, ефективност и способност здравственог сектора да одговори на све изазове. Протеклих година је дошло до прихватања улоге примарне здравствене заштите у пружању економичније здравствене заштите.⁽²⁾ Систематска анализа емпиријских чињеница, у смислу предности и мана система здравствене заштите заснованих на примарној здравственој заштити, показала је да системи засновани на примарној здравственој заштити показују значајне предности. Постоје докази и сагласност да јак систем примарне здравствене заштите једне земље осигурава боље здравствене исходе за становништво и

правичнију расподелу здравствених услуга. Делотворност примарне здравствене заштите је основа одрживог и доступног система здравствене заштите, јер рационализује рад и здравствену потрошњу у оквиру великог државног система.⁽³⁾

Током последње две деценије многа истраживања су јасно показала какву улогу има примарна здравствена заштита у здравственом систему.

1. Најпре треба истаћи да истраживања показују да се оптималан број здравствених радника у примарној здравственој заштити повезује са нижом укупном стопом смртности, као и нижим специфичним стопама смртности од обољења кардиоваскуларног система, канцера и можданог удара. Такође се доводи у директну корелацију са нижом смртношћу одојчади и нижим стопама самопроцењеног лошег здравља.

2. Особе које знају своје даваоце услуга у примарној здравственој заштити више су обухваћене превентивним радом и мања је вероватноћа да ће имати новорођенчад са малом тежином, биће мања смртност одојчади, мање стопе смртности услед хипертензије, можданог удара и канцера, као и бољи исходи после хируршког лечења.

3. Виши степен развоја карактеристика система примарне здравствене заштите (континуитет, оријентисаност на кориснике, свеобухватност, координисаност...) доводи до боље реализације имунизације, више савета о здравим стиливима живота, боље превентивне здравствене заштите, мањег броја депресивних особа и боље самопроцене сопственог здравља.

4. Разлике у здравственој заштити засноване на демографским и социоекономским факторима су мање у земљама, односно регионима са бољим службама примарне здравствене заштите.

Бројне студије у свету непобитно доказују да ће земље са здравственим системима који имају јаку основу у примарној здравственој

заштити, вероватно имати праведнију расподелу здравствених услуга и здравију популацију. Такође, постоји све више доказа да улагање у здравље и здравствене системе доприноси економском развоју, конкуритивности и продуктивности нације, као и да добро функционисање здравствених система доприноси развоју и благостању.⁽⁴⁾

ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Примарна здравствена заштита има јаку традицију још из времена СФРЈ у којој се овај сегмент здравственог система развијао уз примену изворних принципа декларације из Алма Ате (1978). Србија је наследила здравствени систем чији је циљ да се обезбеди универзални приступ здравственим услугама за целокупну популацију. Од касних 80-их година, стагнација економије је довела до битног смањења расположивих ресурса у здравственом сектору. Након деценије пуне конфликта и даљег пропадања целог јавног сектора, Србија је кренула путем реформе и јачања здравственог система кроз унапређење приступачности и доступности ефективним услугама здравствене заштите, као носећим стубовима здравствене политике.⁽⁵⁾

Кључни институционални механизам за пружање услуга примарне здравствене заштите у Србији данас представља мрежа од 157 домова здравља, њихови огранци, здравствене станице и амбуланте, као и заводи за здравствену заштиту и апотеке. Практично сви градови и општине у Србији имају своје домове здравља (центри за примарну здравствену заштиту са дијагностичким услугама, специјалистичко-консултативним службама, изабраним докторима...). Неки домови здравља имају широку мрежу амбуланти и здравствених станица (мале станице за пружање услуга у примарној здравственој заштити које су раширене по општинама и градовима, како

би биле ближе насељеним местима). Ту су још и јавне и приватне апотеке и приватне установе које пружају услуге у примарној здравственој заштити. Поред ових установа, у Београду, Новом Саду, Нишу, Крагујевцу равноправно у примарној здравственој заштити функционишу заводи за здравствену заштиту.⁽⁶⁾

Здравствена делатност на примарном нивоу здравствене заштите, према Закону о здравственој заштити, укључује следеће активности:

- заштиту и унапређење здравља, спречавање и рано откривање болести, лечење и рехабилитацију болесних и повређених;
- превентивну здравствену заштиту групација становништва изложених повећаном ризику оболевања и осталих становника, у складу са посебним програмом превентивне здравствене заштите;
- здравствено васпитање и саветовање за очување и унапређење здравља;
- спречавање, рано откривање и контролу малигних болести;
- спречавање, рано откривање и лечење болести уста и зуба;
- патронажне посете, лечење и рехабилитацију у кући;
- спречавање и рано откривање болести, здравствену негу и рехабилитацију за лица смештена у установе социјалног старања;
- хитну медицинску помоћ и санитетски превоз;
- фармацеутску здравствену делатност;
- рехабилитацију деце и омладине са сметњама у телесном и душевном развоју;
- заштиту менталног здравља;
- палијативно збрињавање;
- друге послове утврђене законом.

Минимум услуга које би требало да пружају домови здравља су:

- превентивне здравствене услуге;
- хитна медицинска помоћ;
- општа медицина;
- здравствена заштита деце и жена;
- кућна нега и лечење;
- лабораторијске услуге и остала основна дијагностика.

Када у области за коју је дом здравља основан нема друге установе која би пружала одговарајуће услуге, дом здравља би требало да пружа и услуге из области:

- стоматологије;
- медицине рада;
- физикалне медицине и рехабилитације;
- превоз до амбуланте.

Када покрива територију од преко 20.000 становника и налази се на удаљености од преко 20 километара од опште болнице, односно када покрива територију са преко 15.000 становника, а удаљен је преко 50 километара од најближе опште болнице, дом здравља пружа и специјалистичке услуге из следећих области:

- интерна медицина;
- пнеумофтизиологија;
- офталмологија;
- оториноларингологија;
- ментално здравље.

Општа визија здравственог система је дефинисана и замишљена као еволуција садашњег система у систем који ће „становништву обезбедити здравствени систем, који у оквиру ефективне организације и рационалне употребе ресурса, обезбеђује једнаку приступачност услугама заснованим на модерним здравственим технологијама и последњим научним достигнућима, а који подржавају ефективне превентивне услуге и промоцију здравља“.

ПРОПИСИ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

Свакако да је најважнији правни акт донет на нивоу Републике Србије који начелно обрађује здравствену проблематику Устав Републике Србије. Овај документ као приоритет поставља побољшање приступачности здравствених услуга, односно утврђује да је право сваког грађанина да заштити свој физички и психички интегритет, при чему се посебно указује на потребу бриге о здрављу за децу, труднице, мајке током породичног одсуства, самохране родитеље са децом до седме године и старе.

Најважнија полазна документа која се баве искључиво питањем здравља донета на нивоу Републике Србије, а која представљају полазни основ за доношење Стратегије развоја примарне здравствене заштите општине/града су: Здравствена политика, Визија система здравствене заштите у Србији и Стратегија и Акциони план реформе система здравствене заштите у Републици Србији (радна верзија), документа из 2002/2003. године. Они истичу значај примарне здравствене заштите и износе јасно опредељење Министарства здравља РС да ради на јачању система примарне здравствене заштите. Документ „Здравствена политика“, у фебруару 2002. године, исказује јасно опредељење Министарства здравља РС за спровођење реформе здравственог система.

Примарну здравствену заштиту документ дефинише као основу система здравствене заштите која ће бити заснована на изабраном лекару примарне здравствене заштите и његовом тиму. Они су „чувари капије“ за улаз у систем. На овај начин се иде у правцу развоја одговорности за целокупно становништво, а не за поједине популационе групе и усмерености према породици, очувању и унапређењу њеног здравља. У циљу повећања ефикасности и ефеката здравствене заштите истиче се значај развијања и примене водича добре праксе, увођење система контроле

квалитета и система акредитације, као и повезивање и сарадња општих болница и примарне здравствене заштите. У циљу унапређења здравствене заштите пацијентима становништва које су у неповољном положају треба успоставити чврсто партнерство са другим секторима заједнице, посебно институција примарне здравствене заштите са институцијама социјалне заштите и образовно-васпитним и другим институцијама. Корисника (пацијента) треба поставити у центар система здравствене заштите и обезбедити и унапредити правичан и једнак приступ здравственој заштити за све грађане Србије. Накнада за рад здравствених установа у примарној здравственој заштити треба да се заснива на плаћању по слободно опредељеном грађанину (капитација). Такође, треба омогућити равноправно учествовање приватних лекара у конкуренцији за листу опредељених пацијената и уговарање њихове здравствене заштите са осигурањем.

Документ „Визија система здравствене заштите у Србији“ поставља следеће основне принципе реформе здравственог сектора Србије:

- у циљу обезбеђивања прихватљиве и делотворне здравствене заштите становништву, систем пружања здравствене заштите треба организовати у три функционална нивоа, при чему ће се примарна здравствена заштита састојати од: заштите коју пружају лекари опште праксе и педијатри, стоматолошке заштите и одређене специјалистичке ванболничке здравствене заштите у области гинекологије и психијатрије;
- треба да постоји једнака приступачност за основни „пакет здравствених услуга“;
- здравствене услуге треба пружати на најјефикаснији начин уз најниже трошкове;
- висок приоритет у будућем систему здравствене заштите имаће

превентивна и примарна здравствена заштита;

- повећати учешће приватног, профитног и непрофитног сектора у пружању здравствене заштите финансиране од стране Републичког Завода за здравствено осигурање;
- треба радити у правцу проширивања извора финансирања кроз допунско осигурање;
- јасно дефинисати и раздвојити улоге корисника, посредника у пружању услуга и давалаца услуга;
- развијати и обезбеђивати квалитет здравствених услуга на бази националног система за обезбеђивање квалитета и лиценцирање.

У документу „Стратегија и Акциони план реформе система здравствене заштите у Републици Србији“ се истиче да су циљеви реформи да се постигне правичност у коришћењу и финансирању здравствене заштите, финансијска и институционална одрживост система, да се повећа алокативна и техничка ефикасност, унапреди квалитет рада и услуга и обезбеди прихватљивост таквог система за кориснике и даваоце услуга у здравству. Акценат се ставља на следеће области: организација јавно-здравствених услуга на заштити и промоцији здравља, обезбеђивање и пружање услуга примарне и болничке здравствене заштите и финансирање здравствене службе. Стратегија ставља корисника у средиште система здравствене заштите, настојећи да развије систем одржив за будућност. Утврђујући приоритетне области активности у здравственом сектору које треба да обезбеде највеће добробити за становништво, уз уважавање тешкоћа и ограничења земље у транзицији, након детаљне анализе здравственог стања становништва Србије, Стратегија дефинише стратешка опредељења у наведеним областима и активности које треба да доведу до њихове реализације.

Наглашава се једнака приступачност основним здравственим услугама, која ће се финансирати за осигурана лица од стране Републичког завода за здравствено осигурање, односно из државног буџета за остале грађане. Истиче се неопходност да превентивна и примарна здравствена заштита имају висок приоритет, а пакет примарне здравствене заштите треба да укључује најважније превентивне мере.

Национална Стратегија одрживог развоја даје најцеловитији одговор наше државе на постављени циљ „остваривања потпуног физичког, психичког и социјалног благостања свих људи“ (СЗО) у смислу прецизирања активности свих сегмената друштва. Стратегија истиче потребу унапређења здравствених услуга и квалитета живота, интегралног планирања заштите здравља, уз истицање посебног значаја јавног здравља. Као стратешки циљ у области здравља посебно се истиче потреба јачања превентивне здравствене заштите, смањења неједнакости у здрављу између популационих група, тако што ће се побољшати здравље осетљивих популационих група, а указује се и на основне претње по здравље, у вези са којима треба предузети конкретне активности. Стратегија социјалне заштите указује на потребу израде превентивних програма здравственог просвећивања кроз тимски рад и интерсекторски приступ, заједничког рада у борби против болести зависности, а посебно на потребу раног откривања здравствених и развојних потешкоћа деце и унапређења палијативног збрињавања.

Закон о здравственој заштити утврђује да сваки грађанин РС има право на здравствену заштиту и дужност да чува и унапређује своје и здравље других грађана. У члану 13. Закона дефинишу се мере за обезбеђивање и спровођење здравствене заштите од интереса за грађане, кроз које се остварује друштвена брига за здравље на територији општине/града, које обухватају:

- праћење здравственог стања становништва и рада здравствене службе на својој територији, као и старање о спровођењу утврђених приоритета у здравственој заштити;
- стварање услова за приступачност и уједначеност коришћења примарне здравствене заштите на својој територији;
- координирање, подстицање, организацију и усмеравање спровођења здравствене заштите која се остварује делатношћу органа јединица локалне самоуправе, грађана, предузећа, социјалних, образовних и других установа и других организација;
- планирање и остваривање сопственог програма за очување и заштиту здравља од загађене животне средине, што је проузроковано штетним и опасним материјама у ваздуху, води и земљишту, одлагањем отпадних материја, опасних хемикалија, изворима јонизујућих и нејонизујућих зрачења, буком и вибрацијама на својој територији, као и вршењем систематских испитивања животних намирница, предмета опште употребе, минералних вода за пиће, воде за пиће и других вода које служе за производњу и прераду животних намирница и санитарно-хигијенске и рекреативне потребе, ради утврђивања њихове здравствене и хигијенске исправности и прописаног квалитета;
- обезбеђивање средстава за вршење оснивачких права над здравственим установама чији је оснивач, у складу са законом и Планом мреже здравствених установа, а које обухвата изградњу, одржавање и опремање здравствених установа, односно инвестиционо улагање, инвестиционо-текуће одржавање просторија, медицинске и немедицинске опреме и превозних средстава, опреме у области

интегрисаног здравственог информационог система, као и за друге обавезе одређене законом и актом о оснивању;

- сарадњу са хуманитарним и стручним организацијама, савезима и удружењима, на пословима развоја здравствене заштите.

Два најзначајнија правилника, која треба поменути, а који представљају корак даље ка реализацији зацртаних циљева у оквиру реформе здравственог система, јесу Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе, којим се прописују услови у погледу кадра, опреме, простора и лекова које морају испуњавати здравствене установе, и Правилник о условима и начину унутрашње организације здравствених установа, у коме се утврђују услови и начин унутрашње организације здравствених установа. У овом правилнику се наводи да се у здравственим установама које обављају здравствену делатност на примарном нивоу образују организационе јединице по функционалном принципу за поједине области делатности и по територијалном принципу. Овај правилник такође истиче значај превентивне здравствене делатности и уводи могућност оснивања развојног саветовалишта за децу предшколског узраста, саветовалишта за младе за децу школског узраста, а постоји и могућност оснивања центра за превентивне здравствене услуге за дом здравља у седишту управног округа, чији је задатак да повезује активности на промоцији здравља и реализацији превентивних програма.

МЕЂУНАРОДНА ДОКУМЕНТА

Као и већина других тековина међународног права и међународног деловања, превенција и промоција здравља, које се везују за примарну здравствену заштиту, развијале су се кроз међународне уговоре – конвенције, декларације и повеље – у

светским оквирима првенствено под покровитељством Светске здравствене организације, а у европским оквирима под покровитељством Европске уније.

Један од најзначајнијих међународних уговора овог типа је Декларација о примарној здравственој заштити СЗО из Алма Ате (1978), где су формулисани изворни принципи који представљају основу делотворне здравствене заштите, а које је прихватило и Министарство здравља Републике Србије. То су следећи принципи:

- универзална доступност примарној здравственој заштити и делотворна покривеност на бази потреба становништва;
- правичност/једнакост у здрављу као део развоја друштва оријентисаног ка социјалној правди;
- учешће заједнице у креирању и спровођењу здравствених планова и активности;
- мултисекторски приступ примарној здравственој заштити.

Овај документ је пресудно утицао на развој ефикасне и економичне здравствене заштите, која је заснована на научним принципима. Резолуција „Здравље за све до 2000. године“ (1981. година) је најважнији документ који је донела СЗО током свог постојања и у њој је формулисан циљ ове организације, да се достигне такав ниво здравља који ће сваком становнику света омогућити да води социјално и економски продуктиван живот. Активирани су сви расположиви друштвени механизми да се здравље посматра као један од најважнијих фактора развоја.

Прва међународна конференција о унапређењу/побољшању здравља одржана је у Отави 21. новембра 1986. године, и тада је донета повеља у којој је унапређење/побољшање здравља дефинисано као процес који омогућује људима да повећају контролу и побољшају своје здравље. Здравље се, дакле, сматра извором свакодневног живота, а не објектом живљења.

Повеља се ослања на Декларацију из Алма Ате и залаже за акције на следећим пољима:

- формирање здравствене политике;
- преоријентисање здравствених организација;
- очување природне и друштвене околине које позитивно утиче на здравље;
- оснаживање друштвеног деловања;
- развијање персоналних вештина.

Придржавајући се концепта здравља као основног људског права, Повеља истиче поједине предуслове за здравље који подразумевају мир, адекватне економске ресурсе, храну и кров над главом, као и стабилност екосистема и рационално коришћење ресурса.

На Међународној конференцији о становништву и развоју одржаној у Каиру 1994. године утврђено је 15 водећих принципа у вези са основним људским правима утврђеним кроз документа УН-а, при чему се акценат ставља на побољшање положаја угрожених, подређених категорија становништва, посебно младих људи, потреби унапређења здравља кроз примарну здравствену заштиту, посебно репродуктивног здравља, побољшање квалитета живота свих људи кроз одговарајуће демографске и развојне политике и програме усмерене на борбу против сиромаштва и постизање одрживог развоја.

Учесници Љубљанске конференције 1996. године су се, уз позив за сарадњу грађанима, владама, институцијама система, поред осталог, обавезали да ће радити у правцу развоја здравствених система, који треба да буду вођени принципима људског достојанства, једнакости, солидарности и професионалне етике, усмерени ка унапређењу здравља, и треба да одговоре потребама грађана и да буду оријентисани у правцу развоја примарне здравствене заштите.

У једној од важнијих декларација, усвојеној 1997. године у Џакарти, наглашава се да је од фундаменталне важности преданост инвестирању у стварање инфраструктуре за промоцију здравља. Декларација идентификује пет приоритета:

1. промовисање друштвене одговорности за стање здравља;
2. повећање инвестиција за развој здравља;
3. развитак партнерства за промоцију здравља;
4. повећање капацитета друштва и оспособљавање појединца;
5. обезбеђивање инфраструктуре за промоцију здравља.

Циљ „Здравље за све“ представља трајни путоказ, који не треба мењати, али да би се он остварио, неопходно је повремено кориговати посебне циљеве и прилагодити их актуелној ситуацији. У складу са тим, након вишегодишњег рада, 1998. године усвојен је и нови документ „Здравље за све – политика за XXI век“. Као основни циљеви ове глобалне политике издвојени су:

- повећање дужине здравог живота за све људе;
- обезбеђивање приступа свих адекватној и квалитетној здравственој заштити;
- једнакост у здрављу између земаља и унутар земаља.

У складу са циљевима СЗО, европски регион је утврдио своју политику познату као „21 циљ за XXI век“, чији је основни циљ „постићи пун здравствени потенцијал за све“. Ка остварењу тог циља воде два правца:

1. промоција и заштита људског здравља током целог живота и
2. редукација инциденце и оболевања од водећих болести и повреда.

У оквиру Миленијумске декларације Уједињених нација, укупно 191 земља чланица сагласила се око дефинисања осам миленијумских циљева које би требало остварити до 2015. године, а међу њима се истиче потреба побољшања здравља мајки, смањење смртности деце, борба против сиде, маларије и других обољења, интегрисање принципа одрживог развоја у политике и програме држава, уз обраћање посебне пажње на најнеразвијеније земље, у циљу искорењивања сиромаштва.

Министарства здравља 53 земље чланице СЗО европског региона потписала су, у јулу 2008. године, Талинску декларацију „Здравствени системи за здравље и благостање“. Земље чланице су се обавезале да ће:

- промовисати заједничке вредности солидарности, праведности и учешћа у формулисању здравствених политика, планирању и расподели ресурса и другим активностима које обезбеђују да се на тај начин посвећује пажња потребама сиромашних и других посебно осетљивих популационих група;
- инвестирати у здравствене системе и стимулирати инвестирање у друге секторе који утичу на здравље, користећи доказе о повезаности економског развоја и здравља;
- промовисати транспарентност и бити одговорни за учинке здравствених система, како бисмо постигли мерљиве резултате;
- учинити здравствене системе одговорним за потребе, жеље и очекивања људи, у исто време поштујући њихова права и обавезе према сопственом здрављу;
- укључити све заинтересоване актере у развој и имплементацију здравствених политика;
- подстицати стицање знања и сарадњу између земаља у осмишљавању и примени реформи здравствених система

на националним и субнационалним нивоима и

- обезбедити да здравствени системи буду спремни и способни да одговоре на кризне ситуације.

Министарства здравља потписница ове повеље стоје при ставу да је делотворна примарна здравствена заштита суштински важна за промоцију ових циљева и да даје основу за сарадњу здравствених служби са заједницом и породицама, као и за међусекторску и међупрофесионалну сарадњу и промоцију здравља.

Ова правна надлежност је ојачана 1997. године Амстердамским уговором, када је Европској унији дато овлашћење да обезбеди висок степен заштите здравља људи кроз дефинисање и примену свих политика Уније и активности, и да ради заједно са државама чланицама како би се унапредило јавно здравље, спречиле болести и уклонили извори опасности по здравље људи (члан 152).

Први Здравствени програм (2003–2008. године) први пут је сјединио један интегративни приступ у циљу заштите и промоције здравља. Програм је подстицајна мера „направљена тако да заштити и побољша здравље људи“. Програм је фокусиран на три главна циља: унапређење информисања и знања о здрављу, брза реакција и одговор на претње по здравље и промоција здравља указивањем на детерминанте здравља.

Други Здравствени програм (2008–2013. године), поред поменутих, требало би да допринесе остваривању следећих циљева:

1. побољшање ефикасности и повећање одговорности у пружању здравствених услуга;
2. помоћ земљама у превенцији настанка болести и продужењу активно способног животног века људи;
3. унапређење кооперације између здравствених система земаља чланица и ширење знања у области јавног здравља.

Стратегија Европске уније у области здравља „Заједно за здравље“ (2008–2013. године), донета 2007. године, обрађује суштинска питања у области здравства, начело „здравство у свим политикама“ и глобална здравствена питања.

Стратегија поставља следеће циљеве:

1. унапређење здравствене сигурности грађана, што подразумева:

- развијање капацитета Европске уније и држава чланица да би се обезбедило што је могуће бољи одговор на претње по здравље;
- предузимање акција повезаних са сигурношћу пацијената, спречавањем повреда и несрећа, процењивањем ризика и доношењем комунитарних прописа у области крви, ткива и ћелија.

2. промоцију здравља, укључујући смањење неједнакости у здрављу, што подразумева:

- акције које се односе на детерминанте здравља – као што је исхрана, алкохол, пушење, употреба наркотика, као и социјалне и детерминанте животне средине;
- мере које се односе на превенцију најзаступљенијих болести и смањење неједнакости у здрављу широм Европске уније;
- повећање година живота доброг здравља и промовисање здравог старења.

3. промоцију информисаности и знања о здрављу, што подразумева следеће активности:

- акције које се односе на здравствене индикаторе и начине како би се информације преносиле грађанима;
- фокусирати се на значајније активности заједнице усмерене ка размени знања у областима као што су родна равноправност, здравље деце и ретке болести.

ЗАКЉУЧАК

Имајући у виду да примарна здравствена заштита представља први и основни додир корисника услуга са здравственим системом уопште, од ње свакако треба поћи. Како је у општој пословној комуникацији први утисак најважнији, тако је и примарна здравствена заштита кључни репер процене здравственог система. Стање здравствене потребе је специфично, а само здравље једна од највећих вредности сваког појединца. Уједно, импликације поремећеног и нарушеног здравља нису само проблем појединца и његове породице, већ и друштва у целини. Ту свакако економска категорија игра веома важну улогу, како нам уосталом то и дефиниција здравља говори. Примарна здравствена заштита у нашем систему временом губи основу намену, и уместо намењене превентивне улоге, све више постаје куративна, и оптерећена великом палетом административних послова, при чему тимови имају све мање времена за основну делатност, односно за корисника услуге, а све више свог времена троше на административно техничке радње. Основни концепт стратегијског развоја примарне здравствене заштите треба вратити на њен главни колосек – превентивне активности, у чијем центру је свакако пацијент.

Како је у Србији у току реформа здравственог система са нагласком на јачању примарне здравствене заштите, веома је важно установити механизме за мерење резултата учињених реформи. Конце-

птуално, учинак система примарне здравствене заштите је део учинка здравственог система уопште. Да би процена учинка била смислена и корисна као инструмент за унапређење система ПЗЗ, неопходно је да процена учинка постане саставни део управљања и усмеравања. Ради бољег управљања системом, доносиоцима здравствених одлука потребне су информације о томе колико се испуњавају зацртани циљеви. Они треба да процене, оцене и идентификују чиниоце којима могу да објасне варијације у резултатима, исходима и утицајима. Мерење учинка у систему здравствене заштите подразумева:

- Идентификовање потребе и мобилисање ресурса за унапређење квалитета;
- Обезбеђење информација за акредитацију и лиценцирање;
- Помоћ у управљању;
- Помоћ у доношењу стратешких одлука;
- Повећање одговорности према јавности и транспарентност;
- Помоћ и пацијентима/корисницима и „купцима“ да одаберу одређене здравствене услуге;
- Обезбеђење епидемиолошких и јавно-здравствених података о незадовољеним потребама, или напретку у остваривању постављених циљева.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мићовић П. Здравствени менаџмент – менаџмент здравственог система и здравствених установа. Обележја, Београд, 2008.
2. Министарство здравља Републике Србије. Стратешки план за Примарне здравствене заштите, Влада РС, 2006.

3. Правилник о показатељима здравствене заштите. Службени гласник РС 49/2010.
4. Larrabee, J.H., Ferri, J.A., Hartig, M.T. Patient satisfaction with nurse practitioner care in primary care. *J Nurs Care Qual*, 1997; 11(5): 9–14.
5. Зец Петковић, Н., Радаковић, М., Зец, Р., Пењашковић, Д. Задовољство

корисника радом службе опште медицине – важна димензија квалитета. Здравствена заштита, 2012; 41(2):

6. Тимотић, Б., Јањић, М. Примарна здравствена заштита. Elit Medica, Београд, 2004.

7. Михајловић Б., Костић Н. Менаџмент у здравству. Чигоја, Београд, 2005.

8. Угринов, Д., Стојанов, А., Симић, Љ. Стратегијски менаџмент системом здравствене заштите – парадигма или потреба? Здравствена заштита, 2013; 42(6): 57–66.

9. Mead, N., Bower, P., Roland, M. The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) – development and psychometric characteristics. *BMC family practice*, 2008; 9: 13.

10. Crane, J.A. Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. *J Emerg Med*, 1997; 15(1): 1–7.

11. Santelli, J.S., Beilenson, P. Risk factors for adolescent sexual behavior, fertility, and sexually transmitted diseases. *J Sch Health*, 1992; 62(7): 271–9.

Контакт: Драган М. Угринов, дипл. економиста, Завод за јавно здравље Панчево,
e-mail: ugrinov.dragan@gmail.com