

ПРЕВЕНЦИЈА У ФУНКЦИЈИ ЗАШТИТЕ ЗДРАВЉА
У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

SERBIAN ACADEMY OF SCIENCES AND ARTS

PROBLEMS OF PUBLIC HEALTH
AND HEALTH CARE SYSTEM
Book II

PREVENTION IN THE FUNCTION
OF HEALTH PROMOTION
IN REPUBLIC OF SERBIA

Editor
Academician
LJUBIŠA RAKIĆ

BELGRADE 2019

СРПСКА АКАДЕМИЈА НАУКА И УМЕТНОСТИ

ПРОБЛЕМИ ЈАВНОГ ЗДРАВЉА
И СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ
Књига II

ПРЕВЕНЦИЈА У ФУНКЦИЈИ
ЗАШТИТЕ ЗДРАВЉА
У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Уредник
академик
ЉУБИША РАКИЋ

БЕОГРАД 2019

Издаје
Српска академија наука и уметности
Кнеза Михаила 35, Београд

Технички уредник
Никола Стевановић

Лектор и коректор
Невена Ђурђевић

Тираж
400 примерака

Штампа
ЈП Службени гласник, Београд

САДРЖАЈ

CONTENTS

Љубисав Ракић, <i>Превенција у функцији заштитне здравља у Републици Србији</i>	7
Ljubisav Rakić, <i>Disease prevention in the function of health promotion</i>	14
Татјана Пекмезовић, Дарија Кисић Тепавчевић, <i>Концепти превенције: од науке до имплементације</i>	15
Tatjana Pekmezović, Darija Kisić Tepavčević, <i>Concept of prevention: from science to implementation</i>	24
Верица Јовановић, <i>Превентивне активности у систему здравствене заштите у Републици Србији</i>	25
Verica Jovanović, <i>Preventive activities in the system of health protection in Republic of Serbia</i>	34
Драган Мицић, Весна Бјеговић-Микановић, <i>Могућности превенције у здравственом систему Србије: проблеми и перспективе</i>	37
Dragan Micić, Vesna Bjegović-Mikanović, <i>Possibilities of prevention in health care system of Serbia: problems and perspectives</i>	55
Радан Џодић, <i>Превентивне активности у систему здравствене заштите у Републици Србији</i>	57
Radan Džodić, <i>Preventive activities in the health care system in the Republic of Serbia</i>	86
Весна Књегинић, <i>Финансирање превентивне здравствене заштите у Републици Србији</i>	87

МОГУЋНОСТИ ПРЕВЕНЦИЈЕ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ СРБИЈЕ: ПРОБЛЕМИ И ПЕРСПЕКТИВЕ

ДРАГАН МИЦИЋ^{1,2}, ВЕСНА БЈЕГОВИЋ-МИКАНОВИЋ³

С а ж е т а к. – Основни изазови превенције у Србији повезују се са одрживим развојем и наглашава се значај нове филозофије здравља, а не болести, значај једнакости насупротив стварања неправичних друштава и значај смањивања разлика у здрављу према материјалном стању, образовању, роду и месту становања. У овом наративном прегледу приказују се разлози који су водили угледању на циљеве одрживог развоја Уједињених нација. Поред прегледа здравственог система Србије, представљени су и изазови превенције у нашој земљи. Анализа показатеља здравља у Србији указује у просеку на значајна унапређења здравственог стања, али и на постојање изразитих неједнакости у здрављу. Девет задатака у оквиру трећег циља одрживог развоја, који махом произилазе из достигнућа миленијумских циљева развоја, обезбеђују инспирацију за оснаживање превенције и јавног здравља, подршку истраживањима и развоју вакцина и лекова, унапређењу приступачности здравствених услуга, унапређењу финансирања и развоја људских ресурса за здравље, као и јачању капацитета земље за рано препознавање, смањивање ризика и менаџмент националних и глобалних ризика по здравље. Преглед перспектива за превенцију у здравственом систему Србије разматра се кроз међународне здравствене политике. Истакнута је саветодавна улога Здравственог савета Србије у оснаживању превенције која ће бити заснована на приступу одрживог развоја.

Кључне речи: превенција, здравствени систем, Здравствени савет Србије

1. ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ И ЗНАЧАЈ ПРЕВЕНЦИЈЕ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ

Здравствена политика се, према често цитираној дефиницији Светске здравствене организације, односи на „одлуке, планове и активности које се предузимају за постизање специфичних здравствених циљева унутар друштва“ [1], уз дефинисање задатака за краткорочни и средњи рок, као и очекиваних улога различитих друштвених група са ауторитетом доношења и спровођења одлука (обично представници владе, државе, али и институција

¹ Српска академија наука и уметности

² Универзитет у Београду, Медицински факултет. micicd@eunet.rs

³ Универзитет у Београду, Медицински факултет. vesna.bjegovic-mikanovic@med.bg.ac.rs

и појединаца) [2]. У опредељивању за приоритете здравствене политике, доносиоци одлука уобичајено посматрају бројне јавно-здравствене изазове, често заборављајући да су, поред здравствене политике, потребни и други политички програми који укључују бољи животни стандард, услове становања, побољшање исхране и безбеднију животну средину [3]. На пример, решавање кардиоваскуларних болести захтева интервенције у другим секторима, између осталог, интервенцију контроле дувана, а заустављање тренутне епидемије дијабетеса захтева политике и изван здравственог сектора, усмерене на смањивање стопа прекомерне тежине и гојазности (актуелни позив Светске здравствене организације за формирање политика опорезивања намирница и газираних пића која садрже шећер) [4].

Здравствене политике у Европи данас се суочавају са бројним и дуготрајним изазовима, као што су друштвене и географске неједнакости, старење популације и растуће оптерећење хроничним болестима, уз нове глобалне претње, попут пандемијског грипа и криза на светским финансијским тржиштима. Значајно побољшање здравља становништва Европе утицало је на факторе како унутар, тако и изван здравственог сектора. Сматра се да су кључне препреке за даље побољшање у Европи и свету последица неуспеха у превазилажењу политичких и економских питања, укључујући оне који обликују систем финансирања здравствене заштите и пружања здравствених услуга [5, 6, 7]. Ефективни доносиоци одлука у здравственој политици захтевају фокус на данашње изазове, покушавајући да разумеју доминантне парадигме, како су дефинисане и обликоване, и како се оне могу мењати.

Последњих година, здравствене политике већине земаља у свету суочавају се са сличним одговорима на јавно-здравствене изазове: интензивирање истраживања у основним наукама да би се боље разумела етиологија и терапија болести; фокусирање на експанзију здравствених услуга где постоје докази о неодговарајућем одговору на потребе становништва; фаворизовање превенције или усмеравање напора на јавно-здравствене интервенције повезане са социјалним одредницама здравља. Наведене опције се међусобно не искључују и, у одређеној мери, све су неопходне. Међутим, већ деценијама, фокусирање на софистициране терапијске услуге доминира у дебатама посвећеним здравственим политикама, вероватно јер усмереност на социјалне одреднице здравља подразумева дугорочне циљеве, често неодговарајуће доказе о ефектима интервенција и супростављеност моћних интереса, попут интереса појединих фармацеутских компанија [2, 8]. Стога, усмеравање на примордијалну, примарну, секундарну и терцијарну превенцију у здравственом систему има значајно место при разматрању проблема и перспектива за деловање [9, 10].

У данашње време креатори здравствене политике међународне заједнице и бројних земаља мотивисани су да учествују у постизању одрживог развоја који неће угрозити задовољавање потреба и здравља садашњих и будућих генерација [11]. За сагледавање димензија одрживог развоја препоручује се

посматрање економског развоја, друштвене укључености и одрживости животне средине, као и подршке кроз добро управљање на глобалном, регионалном и локалном нивоу. Премда сам приступ није нов и спомиње се и у двадесетом веку, значајно усмеравање бројних учесника и заинтересованих страна ка одрживом развоју ипак је постало очигледно у 21. веку, у време када су се процењивали ефекти миленијумских циљева развоја Уједињених нација [12]. Један од најзначајнијих догађаја у 2015. години, скуп у Уједињеним нацијама, обезбедио је да све државе чланице једногласно усвоје 17 циљева одрживог развоја који ће инспирисати политике у бројним областима до 2030. године (декларација: „Трансформисање нашег света: агенда за одрживи развој до 2030“) [13]. Сви циљеви индиректно подржавају унапређење здравља и превенцију, али трећи циљ је директно посвећен здрављу: „Обезбедити здрав живот и промовисати благостање за све у свим узрастима“. Будући да се у основи одрживог развоја налази добро здравље, препознавање значаја здравља за све води ка данашњој трансформацији у приступу планетарном здрављу. Планетарно здравље повезује се са одрживим развојем и наглашава се значај нове филозофије здравља, а не болести, значај једнакости насупрот стварања неправичних друштава и значај смањивања разлика у здрављу према материјалном стању, образовању, роду и месту становања, уз укључивање универзалне приступачности превентивним здравственим услугама [14]. Угледни међународни стручњаци говоре и о трансформацији здравственог система захтевајући нови друштвени покрет који ће подржати универзалну доступност и приступачност здравственим услугама на свим нивоима друштва: нивоу појединца, групе, заједнице, националном, регионалном, глобалном и планетарном нивоу.

У процесу стварања здравствене политике, држава, посредством Министарства здравља, подстиче руководеће структуре у свим секторима да буду усмерене ка политикама које помажу превенцију и унапређење здравља. Партнерство између националних и локалних власти омогућава решавање локалних проблема, уколико су обе структуре усмерене ка одговарајућим циљевима. Нажалост, често се дешава да је здравствена политика неефикасна јер нема јасне стратегије, циљеве и приоритете који су прихваћени од свих актера. Такође, догађа се да се мењају само циљеви и приоритети (фаза формулације политике), без имплементације и евалуације, а сама здравствена политика бива инструмент како актуелне владајуће групе, тако и опозиције или неформалних центара моћи [5].

Циљ овог рада је да се, користећи изнесени логични оквир одрживог развоја, анализирају изазови превенције у здравственом систему Србије који су повезани са формулацијом, имплементацијом и евалуацијом здравствене политике.

Метод коришћен у овој анализи је наративни преглед који се заснива на претраживању домаће и међународне литературе, докумената здравствене политике на глобалном, европском и националном нивоу и одговарајућих

интернет страница уз анализу њиховог садржаја. Идентификовани су основни документи међународне здравствене политике у области одрживог развоја, као и усвајања циљева одрживог развоја под окриљем Уједињених нација до 2030. године [15]. Поред докумената везаних за одрживи развој, анализирани су и документи Светске здравствене организације, нарочито за регион Европе и комплементарност препорука у овим документима са препорукама за превенцију на основу циљева одрживог развоја [16]. Улоге превенције приказују се путем приступа јавно-здравственим функцијама у региону Европе [17, 18] и у нашој земљи [19]. Концептуални оквир за трансформацију здравствених система у „Циљу 3 одрживог развоја“ (Слика 1) служио је за почетну оријентацију у процени перспектива превенције.

Ради поређења ситуације у нашој земљи, у погледу перспектива за достизање циљева одрживог развоја, анализирани су и подаци из електронских база Републичког завода за статистику, Републичког фонда за здравствено осигурање и Института за јавно здравље Републике Србије. Анализа актуелне ситуације у здравственом систему Србије ограничена је на Циљ 3 одрживог развоја који се директно односи на здравље.

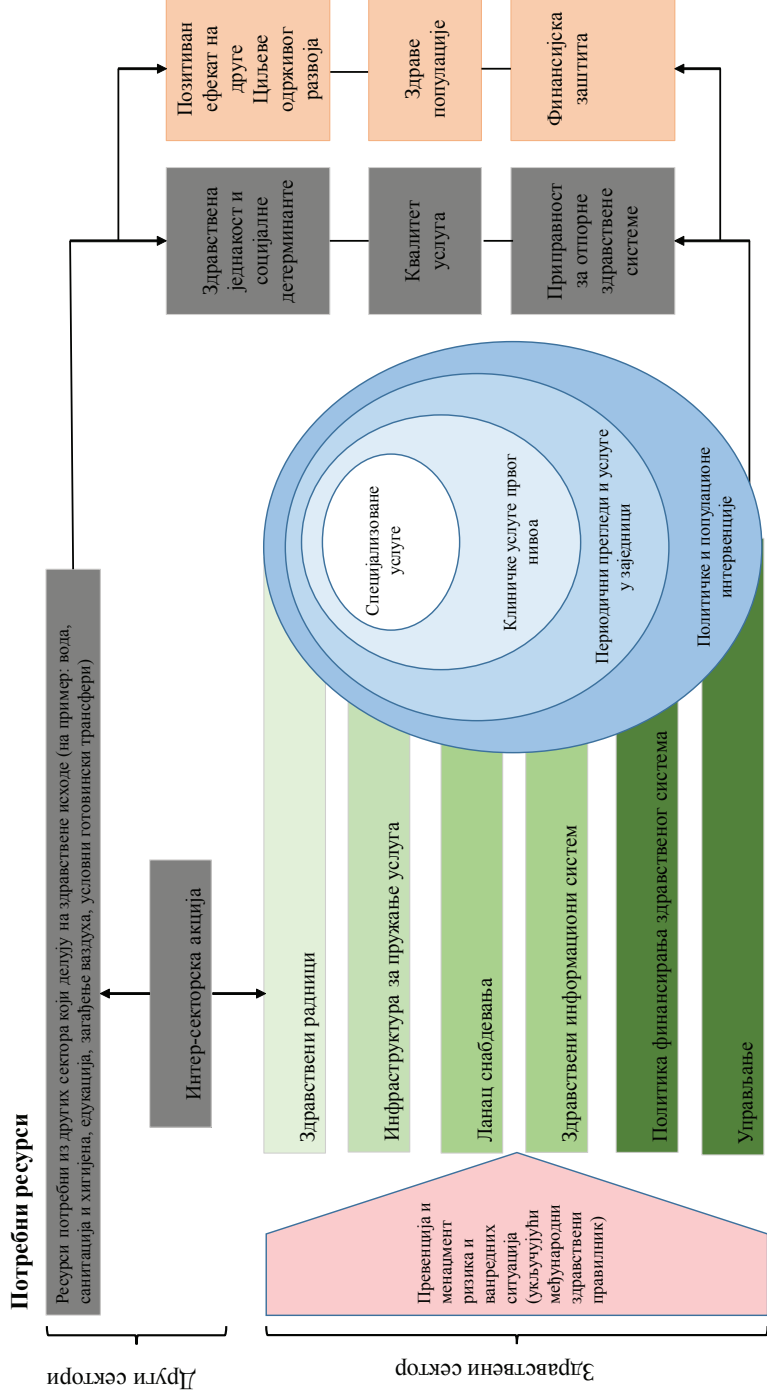
Преглед здравственог система у Србији урађен је на основу доступне литературе и информација из следећих примарних и секундарних извора и база података:

- публиковани документи стратегија, политика, програма, планова, закона и осталих прописа Владе Републике Србије, здравствени прописи и водичи Министарства здравља, публиковани прегледи, научни и стручни чланци о здрављу и здравственом стању становника Србије у домаћим и међународним часописима, извештаји истраживања и пројеката међународних организација (УНИЦЕФ, СЗО, ЕУ, Светска банка) које се баве здравственом политиком;
- публикације у области рутинске здравствене статистике, националних електронских база података (Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Републички завод за статистику Србије) и међународне електронске базе (СЗО/*Eurostat*) за потребе компарације.

2. ОРГАНИЗАЦИЈА И УПРАВЉАЊЕ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ СРБИЈЕ

Здравствени систем Србије заснива се на универзалној покривености здравственим услугама које се пружају кроз добро развијену мрежу здравствених установа на примарном, секундарном и терцијарном нивоу организације (Слика 2). Крајем 2016. године, ова робусна мрежа обухватала је 355 здравствених установа са укупно 104.007 запослених [20]:

Слика 1. Приступ за трансформисање здравствених система према Циљу 3 одрживог развоја



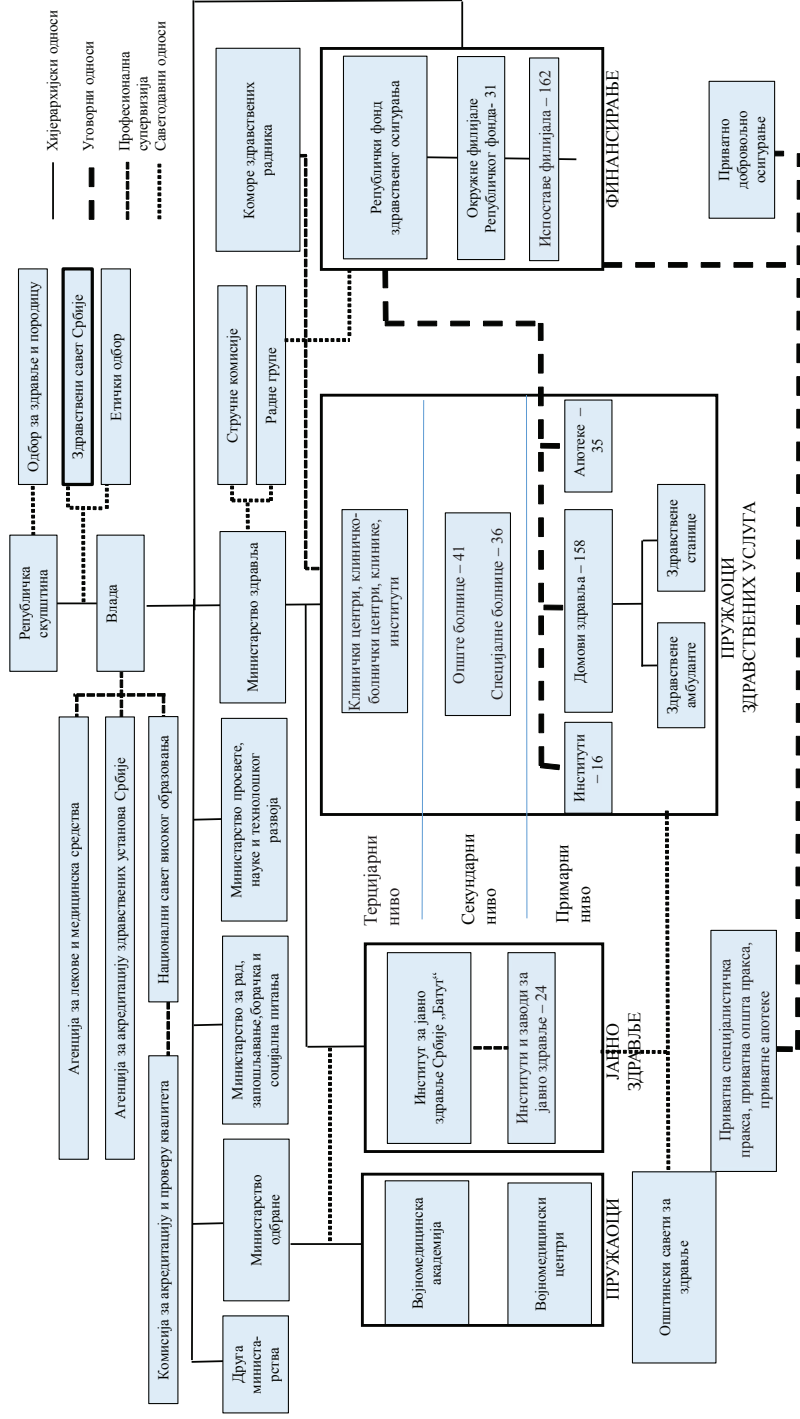
Извор: Stenberg K, Hanssen O, Tan-Torres Edejer T, et al. *Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries*, The Lancet Global Health 2017; 5(9): e875–87

- примарни ниво организације односи се на мрежу 158 домова здравља на територији општине, у власништву локалне самоуправе, који пружају услуге примарне здравствене заштите и нарочито су задужени за превентивне здравствене услуге; поред домова здравља, услуге превенције на примарном нивоу за специфичне популационе групе (студенти, радници у железници, и сл.) пружа и 16 института; изразита специфичност и комплексност пружања услуга у примарној здравственој заштити Србије заснована је на „изабраном лекару“ (лекар опште медицине, педијатар за предшколску и педијатар за школску децу, гинеколог, стоматолог);
- секундарни и терцијарни ниво организације обухвата здравствене установе на окружном и републичком нивоу које пружају услуге дијагностике, терапије и рехабилитације; укупно постоји 41 општа болница, 36 специјалних болница за лечење акутних и хроничних стања и рехабилитацију, четири клиничко-болничка центра, четири клиничка центра и 25 института/завода за јавно здравље.

Премда је сама мрежа здравствених установа у државном власништву добро развијена, економска ситуација и ограничења менаџмента (честе промене, ниске компетенције, ниска одговорност) ометају њен развој и чак одрживост, а бројне студије указују на неефикасност система [21, 22, 23]. Поред државног система, функционише и приватни здравствени систем, још увек слабо регулисан. Према доступним подацима Института за јавно здравље Србије, у 2016. години регистровано је 2.650 приватних здравствених установа у Србији: 2.205 приватних клиника и пракси, од којих 1.387 стоматолошких ординација, 252 апотеке, 144 дијагностичке ординације и лабораторије и 41 приватна болница. Ипак, обим здравствених услуга које пружа приватни сектор у Србији још увек је мали и не превазилази 5% обима здравствених услуга које се пружају у државној мрежи здравствених установа. Будући да приватно здравствено осигурање готово потпуно недостаје, очигледна је неуређеност односа између приватних пружалаца здравствених услуга и грађана који плаћају из џепа.

Финансирање здравственог система почива на обавезном здравственом осигурању које покрива 94% становништва путем доприноса, од којих за 18% популације средства долазе из државног буџета [24]. Поред обавезног здравственог осигурања, средства за здравствену заштиту обезбеђују се и из других извора, а све су значајнији и приватни трошкови грађана за здравствене услуге – лекове, лабораторијске и стоматолошке услуге, терапијске услуге у приватном сектору. Приватни трошкови чак превазилазе 40% (приватно осигурање и плаћање грађана „из џепа“) и далеко су виши него у суседним земљама, указујући на неефикасност система [23, 25]. Домаће анализе указују на следеће препоруке на основу истраживачких доказа и доказа из компарација наше земље са другим земљама [23]: „прелити уштеде са генеричких лекова на иновативне лекове, кориговати листу услуга у основном пакету здравственог

Слика 2. Организациона структура здравственог система Србије



Извор: компилирано на основу Закона о здравственој заштити (Службени гласник РС 107/2005, 72/2009, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013, 93/2014, 96/2015 и 106/2015), Уредбе о плану мреже здравствених установа (Службени гласник РС 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009, 24/2010, 6/2012, 37/2012, 8/2014, 92/2015, 111/2017 и 114/2017) и Закона о јавном здрављу (Службени гласник РС 88/2017)

осигурања РФЗО, дати већи значај питању наплате доприноса за здравствено осигурање, променити модел управљања здравственим институцијама, рационализовати немедицинско особље, подићи транспарентност јавних набавки, оснажити интегрисани здравствени информациони систем, више улагати у превенцију и примарну заштиту, активније користити специјалне уговоре којима би РФЗО лакше контролисао потрошњу новца за лекове, реструктурирати „Галенику“ кроз квалитетна стратешка партнерства и интегрисати приватни и јавни здравствени систем“.

Административне и регулаторне функције у здравственом систему Србије су одговорност државе. Главни актер одговоран за планирање, организацију, извештавање и финансирање система здравствене заштите је Влада са Министарством здравља, Републичким фондом здравственог осигурања и Институтом за јавно здравље Србије. Поред овога, друга министарства имају одређену улогу, као и државне агенције (Слика 2). Одређене функције су делегиране и на ниже нивое управљања – локалну самоуправу [26, 27].

Наглашава се да држава и њени органи треба да имају важну улогу у целокупном здравственом систему, међутим, знатно другачију и примерену улогама који исти актери имају у другим савременим земљама, а пре свега у земљама у транзицији [2, 5]. Мере здравствене политике Србије не укључују само здравствени сектор већ су предвиђене за све сегменте заједнице који могу допринети здрављу, али га и угрозити. У садашњој ситуацији у Србији, имајући у виду сву комплексност здравља, релевантне су бројне јавне политике у различитим областима здравствене заштите, животне средине, образовања, социјалне заштите, саобраћаја, безбедности, финансирања. Тако су интересекторске националне стратегије по свом садржају усмерене и на улагање у здравље, као инвестицију за развој будућих генерација. Поред системских и специфичних закона сва национална стратешка документа здравственог сектора, директно или индиректно, односе се на бројна питања здравља и на европску интеграцију. Имајући у виду значај саветодавних тела у условима транзиције и промена здравствене политике, за развој превенције и одрживост имплементације посебно се приказују улоге здравственог система Србије.

3. УЛОГА ЗДРАВСТВЕНОГ САВЕТА СРБИЈЕ

Здравствени савет Србије, према Закону о здравственој заштити [28], представља кључно саветодавно тело Министарства здравља за потребе дугорочног планирања и израде стратешких докумената усаглашених са међународним здравственим политикама. Према важећем Закону, Народна скупштина именује 15 чланова овог савета на основу предлога Владе, из редова стручњака одговарајућих институција (факултети здравствене струке, коморе здравствених радника – пет регулисаних професија у Србији и Републичког

фонда здравственог осигурања). Мандат Здравственог савета Србије укључује подршку праћењу здравственог система и здравственог осигурања, усаглашавање са међународним стандардима и стандардима Европске уније, предлагање мера за унапређење здравствене заштите и евалуирање и акредитацију програма континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике. Чланови 150 и 154 важећег Закона прецизније одређују три групе активности Здравственог савета:

- стручне и саветодавне активности у вези са системом здравствене заштите,
- унапређење квалитета и акредитацију програма континуиране едукације, и
- активности менаџмента Здравственог савета.

Као пример из прве групе активности, представници Здравственог савета су током 2017. године учествовали у консултативним састанцима Министарства здравља, Института за јавно здравље Србије („Др Милан Јовановић Батут“) и међународних организација. Прве консултације водила је експертска група Светске здравствене организације поводом анализе ситуације у вези са изазовима успостављања бољих исхода превенције незаразних болести. Поред учествовања у две радионице, чланови Здравственог савета дали су мишљење и помогли у корекцијама писаног текста: *„Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Country assessment“* (аутори: Jill Farrington, Frederiek Mantingh, Marilys Corbex, Arnoldas Jurgutis, Marine Gambaryan, Marina Popovich, Sylvie Stachenko, Alexandre Lourenço, Rolando Camacho, João Filipe Raposo, Zsófia Pusztai, Александар Бојовић, Јелена Гудељ Ракић, Биљана Килибарда и Милена Васић). Друге консултације у 2017. години водила је група експерата Светске банке. Том приликом анализирани су и дискутовани функционални параметри и ефикасност здравствених установа у Србији. Представници Здравственог савета дали су своје сугестије које су се односиле преваходно на коришћене изворе података, као и нејасан метод утврђивања ефикасности. Касније, исти представници Здравственог савета добили су непотпун документ од стране непознатих аутора Светске банке на тему: *„Republic of Serbia: Vertical Functional Review of the Health Sector. Synthesis Report. Draft“*. Није примећено да су сугестије уважене. Чланови Здравственог савета Србије уочили су и да је појединим стратешким документима истекао рок важења, а нека потпуно недостају. На пример, Стратегија развоја људских ресурса у здравственом систему никад није донесена, док је Стратегији за превенцију и контролу хроничних незаразних болести истекао рок важења 2015. године [29]. Током 2017. године и даље је остала идентификована потреба израде новог Плана развоја система здравствене заштите Србије [30], будући да, полазећи од анализе ситуације, домаћих и међународних докумената, чланови Здравственог савета Србије нису били у прилици да дају своја експертска мишљења.

Према изостаје подршка за даљи развој и одрживост наведених активности, чланови Здравственог савета ипак редовно обављају проверу програма континуиране едукације приликом акредитације. У светлу развоја превенције у здравственом систему и достизања међународних и европских препорука, програми континуиране едукације здравствених радника и сарадника несумњиво су важни. У овом раду чланови здравственог савета следе препоруке систематских прегледа [31] и искуства Европског удружења медицинских специјалиста (UEMS) [32]. Само током 2017. године, рецензенти Здравственог савета Србије анализирали су 5.085 предлога програма континуиране едукације. И у 2017. години највећи број предлога организатори традиционално пријављују Лекарској комори (укупно 2.928 предлога), затим Комори сестара и здравствених техничара (укупно 1.630), Фармацеутској комори (укупно 226), Стоматолошкој комори (укупно 156), Здравственом савету за комбиноване едукације, у којима су учесници здравствени радници и здравствени сарадници (укупно 96), и Комори биохемичара (укупно 49). Просечан број предлога који се акредитује по циклусу је 1.178 од укупно предатих за акредитацију – у просеку 1.271. Устаљена је пракса да се највећи број предлога пријављује за акредитацију током јануара и интересантно је да је број пријављених предлога готово идентичан по циклусима у 2016. години и 2017. години, са мањим варијацијама у типу предлога.

4. ИЗАЗОВИ ПРЕВЕНЦИЈЕ У СРБИЈИ – ПРОБЛЕМИ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА

Посматрајући недавну анализу за потребе израде нове Стратегије јавног здравља, уочавају се бројни изазови који захтевају пажњу доносиоца одлука када се ради о превенцији у Србији:

- смањење броја и старење становника су главна обележја демографских прилика;
- велики број становника Републике Србије оболева, прерано умире или бива онеспособљено услед болести и повреда које су превентабилне;
- водеће болести и повреде повезане су са социјалним и економским одредницама здравља, односно несразмерно присутније код сиромашног и рањивог становништва, што доприноси неједнакостима у здрављу.

Демографску ситуацију у Републици Србији карактерише старење становништва и негативан природни прираштај. Према постојећој демографској структури становништво Републике Србије је међу најстаријим у Европи (просечна старост је 42,9 година). Постојећа депопулација (негативна стопа природног прираштаја -5,1/1000 у 2016. год.), чему доприноси и опадање стопе фертилитета, као и рађање жена у све каснијем животном добу (просечан

број година живота жена прворотки 28,3 године) доводи до смањења укупног броја становника Републике Србије. Просечан број чланова домаћинства износи 2,9 [33, 34]. Стопа ризика од сиромаштва у 2016. години износила је 25,5%. Најизложенији ризику од сиромаштва су деца и млади, вишечлана домаћинства и незапослена лица [35]. Стопа незапослености лица радног узраста у Републици Србији у III кварталу 2017. године износи 13,5% [36].

Вредност бруто домаћег производа (БДП) по глави становника у 2017. години износила је 5.226 ЕУР, док је стопа реалног раста БДП износила 1,9% [34]. Укупни расходи за здравствену заштиту учествују у релативно високом проценту у БДП-у (повећање са 8,13% у 2003. години на 8,98% БДП у 2016. години). Учешће јавних расхода у укупним расходима за здравствену заштиту смањено је са 70,9% у 2003. години, на 58,0% у 2016. години, док се у истом периоду учешће приватних расхода у укупним расходима за здравствену заштиту повећало са 29,1% на 42,0% [37].

Очекивано трајање живота на рођењу је у периоду од 2002. до 2016. године повећано код мушкараца са 69,7 на 73,0 и код жена са 75,0 на 78,0 година. Стопа смртности одојчади је смањена са 10,1 у 2002. години на 5,4 у 2016, док је у популацији Рома овај показатељ смањен у периоду 2005–2014. године са 25,0 на 12,8. Стопа смртности деце млађе од пет година смањена је са 11,5 у 2002. години на 6,1 у 2016. години, док је у популацији Рома, вредност овог показатеља преполовљена у периоду 2005–2014. године (са 28,0 на 14,4) [38,39].

Највећем оптерећењу болестима доприносе хроничне незаразне болести и удружени фактори ризика. Болести срца, крвних судова и малигни тумори чинили су преко две трећине свих узрока смрти током 2016. године у Србији. Више од половине свих смртних исхода (51,7%) чиниле су последице умирања од болести система крвотока, а скоро свака пета умрла особа (21,3%) била је жртва малигног тумора. Од последица повреда и тровања умрло је 2,8% становника Србије, од компликација шећерне болести 3,1% и од опструктивних болести плућа 2,6% [20]. Упоређивањем стандардизованих стопа смртности за водеће узроке смрти у Републици Србији, у односу на европску земљу са најнижом стопом и просек стопе у Европској унији (у даљем тексту: ЕУ), за старост 0–64 година, на 100.000 становника, у 2014. години – приметно је да су вредности највише у Републици Србији: исхемична болест срца (стопа од 25,6 у Србији, наспрам 6,6 у Израелу и 15,8 – просек у ЕУ), цереброваскуларна болест (стопа од 17,3 у Србији, наспрам 2,1 у Луксембургу и 7,2 – просек у ЕУ) и малигне неоплазме (стопа од 101,6 у Републици Србији, наспрам 44,2 у Финској и 66,7 – просек у ЕУ). Слично, стандардизована стопа смртности за водеће хроничне незаразне болести код становништва доби 30–69 година, на 100.000 становника, у 2012. години била је највиша у Републици Србији (498,8), преко два пута већа него у земљи са најнижом вредношћу овог показатеља – Израелу (189,9), а већа него просечне вредности за европски регион Светске здравствене организације (у даљем тексту): СЗО (405,0) и ЕУ (289,2) [40].

Пушење и даље представља један од водећих фактора ризика уз тренд повећања учесталости у периоду од 2006. до 2013. године за 3,0% (код жена за 3,4% и мушкараца за 1,9%). Према подацима истраживања здравља 46,1% становништва у 2013. години није конзумирало алкохол, а употреба алкохола као свакодневна појава била је присутна код 4,7% становништва, што представља повећање у односу на 2006. годину (3,4%). Више од половине одраслог становништва (56,3%) је прекомерно ухрањено, од чега је гојазних 21,2%. Ово представља значајно повећање у односу на 2006. годину (17,3%). У истом периоду учесталост гојазности код деце је скоро двоструко повећана, и у 2013. години се региструје код 4,9% деце [41].

5. ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА: ПЕРСПЕКТИВЕ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ ПРЕВЕНЦИЈЕ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ СРБИЈЕ

Међународна заједница улаже значајне напоре за подршку глобалној и националној имплементацији агенде одрживог развоја. У нашој земљи, крајем 2017. године започет је процес локализације циљева одрживог развоја [42]. Очекивано је да перспективе превенције у здравственом систему Србије прате овај процес који је представљен и на Одбору за здравље и породицу у Народној скупштини и за који је задужена Међуресорна радна група за спровођење Агенде Уједињених нација о одрживом развоју до 2030. године и министар задужен за демографију и популациону политику [43].

У данашње време, цео приступ превенцији веома је комплексан, а здравствене услуге усмерене су ка многим садашњим и будућим изазовима у вези са здрављем, превенцијом и квалитетним лечењем [44, 45]. Докази из наше земље и земаља у којима је превенција добро развијена, као и њена достигнућа, указују на то да активности у овој области могу значајно допринети унапређењу здравственог стања становништва.

Пратећи Циљ 3 одрживог развоја, који махом произилази из достигнућа миленијумских циљева развоја, отварају се бројне перспективе за превенцију [15]:

1. до 2030. смањити глобални однос матерналног морталитета на мање од 70 на 100.000 живорођених;
2. до 2030. окончати смрти које се могу спречити код новорођенчади и деце млађе од пет година;
3. до 2030. окончати епидемије АИДС-а, туберкулозе, маларије и занемарених тропских болести и борити се против хепатитиса, болести које се преносе водом и осталих заразних болести;
4. до 2030. за једну трећину смањити број превремених смрти од незаразних болести превенцијом и лечењем и промовисати ментално здравље и благостање;
5. оснажити превенцију и третман злоупотребе супстанци, укључујући злоупотребу опојних дрога и штетну употребу алкохола;

6. до 2020. преполовити број смртних и повреда услед саобраћајних несрећа на глобалном нивоу;
7. до 2030. осигурати универзални приступ здравственим услугама за сексуално и репродуктивно здравље, укључујући планирање породице, информисање и образовање, као и интегрисање питања репродуктивног здравља у националне стратегије и програме;
8. постићи универзалну покривеност здравственом заштитом, укључујући заштиту од финансијског ризика, доступност квалитетних основних здравствених услуга, као и доступност безбедних, делотворних, квалитетних и приступачних основних лекова и вакцина за све;
9. до 2030. битно умањити број смрти и обољења од опасних хемикалија, загађења и контаминације ваздуха, воде и земљишта.

У светлу перспектива превенције, посебно мотивишу задаци у оквиру Циља 3:

- 3.а) оснажити имплементацију Оквирне конвенције Светске здравствене организације о контроли дувана у свим земљама, на одговарајући начин;
- 3.б) подржати истраживање и развој вакцина и лекова за заразне и незаразне болести које погађају земље у развоју, обезбедити приступ основним лековима и вакцинама, у складу са Декларацијом из Дохе о Споразуму о трговинским аспектима права интелектуалне својине (ТРИПС) и јавном здрављу, а посебно, обезбедити универзални приступ лековима;
- 3.в) значајно повећати финансирање здравствене заштите, као и регрутовање, развијање, обучавање и задржавање здравствених радника у земљама у развоју, посебно у најнеразвијенијим земљама и малим острвским државама;
- 3.г) оснажити капацитет свих земаља, посебно земаља у развоју, за рано упозоравање, умањење ризика и управљање националним и глобалним здравственим ризицима.

Остали документи међународне здравствене политике такође су незаобилазни, а нарочито документ „Здравље 2020: европски оквир политике који подржава акције свих нивоа власти и друштва за здравље и благостање“ [46], који је усвојен на основу резолуције EUR/RC62/Conf.Doc./8 Регионалне канцеларије Светске здравствене организације за Европу. Заједнички циљеви су: значајно унапређење здравља и благостања становништва, смањење неједнакости у здрављу, јачање јавног здравља, превенције и обезбеђивање здравствених система „усредсређених на људе“ који су универзални, равноправни, одрживи и висококвалитетни. Политика „Здравље 2020“ је заснована на четири приоритетне области за деловање: 1) улагање у здравље током целог животног циклуса и оснаживање становништва; 2) усмереност на незаразне и заразне

болести које доприносе највећем оптерећењу становништва у Европи; 3) јачање здравствених система „усмерених на људе“, капацитета јавног здравља и спремности за ванредне ситуације, надзор и реаговање; и 4) стварање отпорних заједница и средина које пружају подршку. Премда је здравствена политика „Здравље 2020“ усвојена пре Агенде за одрживи развој, ипак је потпуно усаглашена са циљевима одрживог развоја. Ову здравствену политику прати и серија других докумената, а истиче се глобална стратегија која подржава развој здравствених кадрова [47] која може да послужи за развој сличног документа у Србији.

Веома важан документ за пројекцију оптималних исхода у превенцији у Србији, имајући у виду жељени пут ка Европској унији, представља и „Програм ЕУ за активности у области здравља 2014–2020. године“ [48], који се усмерава на следеће основне циљеве [49]:

- 1) промоција здравља, превенција болести и оснаживање средине која пружа подршку здравим стиловима живота;
- 2) заштита грађана од озбиљних прекограничних претњи;
- 3) допринос иновативним, ефикасним и одрживим здравственим системима;
- 4) подстицање приступачности бољој и безбеднијој здравственој заштити за грађане.

Текуће националне стратегије других земаља (Финске, Енглеске, Северне Ирске, Немачке, Хрватске, Аустралије и других) представљају драгоцену помоћ.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] WHO. Health topics: Health policy. Geneva: World Health Organization 2018. http://www.who.int/topics/health_policy/en/ [приступљено 3. јуна 2018].
- [2] Stuckler D, Basu S, McKee M. *Public Health in Europe: Power, Politics, and Where Next?*, Public Health Reviews 2010; 23(1): 213–242.
- [3] Horton R., *Offline: UHC—one promise and two misunderstandings*, The Lancet 2018; 391: 1342.
- [4] WHO. Latest: WHO urges global action to curtail consumption and health impacts of sugary drinks. Geneva: WHO 2018. <http://www.who.int/news-room/headlines/11-10-2016-who-urges-global-action-to-curtail-consumption-and-health-impacts-of-sugary-drinks> [приступљено 3. јуна 2018].
- [5] Mackenbach JP, McKee M., *Successes and Failures of Health Policy in Europe. Four decades of divergent trends and converging challenges*, Copenhagen: WHO and European Observatory on Health Systems and Policies 2013.

- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/215989/Successes-and-Failures-of-Health-Policy-in-Europe.pdf [приступљено 3. јуна 2018].
- [6] Földes MA., *Health policy and health systems: a growing relevance for the EU in the context of the economic crisis*, Journal of European Integration 2016, 38(3): 295–309. DOI: 10.1080/07036337.2016.1140757
- [7] Stenberg K, Hanssen O, Tan-Torres Edejer T, Bertram M, Brindley C, Meshrek A, Rosen JE, Stover J, Verboom P, Sanders R, Soucat A., *Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries*, The Lancet Global Health 2017; DOI: 10.1016/S2214-109X(17)30263-2.
- [8] Orton L, Lloyd-Williams FL, Taylor-Robinson D, O’Flaherty M, Capewell S, *The Use of Research Evidence in Public Health Decision Making Processes: Systematic Review*, PLoS ONE 2011; 6(7): e21704. DOI:10.1371/journal.pone.0021704.
- [9] *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization 2008. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/ [приступљено 3. јуна 2018].
- [10] Nishtar C, Niinistö C, Sirisena M, et al., *Time to deliver: report of the WHO Independent High-Level Commission on NCDs*, The Lancet 2018. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31258-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31258-3).
- [11] Sachs DJ., *The Age of Sustainable Development*, New York: Columbia University Press 2014.
- [12] WHO, *Health in 2015: from MDGs to SDGs*, Geneva: WHO Publication Office 2015.
- [13] UN – General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015, *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, New York: United Nations 2017. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E [приступљено 3. јуна 2018].
- [14] Horton R, Beaglehole R, Bonita R, Raeburn J, McKee M, Wall S., *From public to planetary health: a manifesto*, The Lancet (2014) 383:847. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60409-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60409-8).
- [15] United Nations. *The Sustainable Development Goals Report 2017*. New York: United Nations 2017. <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2017.pdf> [приступљено 3. јуна 2018].
- [16] World Health Organization. *Towards a roadmap to implement the 2030 Agenda for Sustainable Development in the WHO European Region*. Regional Committee for Europe 66th Session. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2016. http://www.euro.who.int/__data/assets/

- pdf_file/0005/315788/66wd17e_SDGs_160535.pdf?ua=1 [приступљено 3. јуна 2018].
- [17] World Health Organization /Europe. Strengthening public health services and capacity an action plan for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2012. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications2/2012/european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services> [приступљено 3. јуна 2018].
- [18] Bjegovic-Mikanovic V, Santric-Milicevic M, Cichowska A, et al., *Sustaining success: aligning the public health workforce in South-eastern Europe with strategic public health priorities*, Int J Public Health 2018; 63(5): 651–662. DOI: 10.1007/s00038-018-1105-7.
- [19] Закон о јавном здрављу. Службени гласник РС 15/2016.
- [20] ИЗЈС. Здравствено-статистички годишњак Републике Србије 2016. Београд: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ 2017. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub201620180419.pdf> [приступљено 3. јуна 2018].
- [21] ЕУ. *Мојући правци побољшања ефикасности у здравственој систему у Републици Србији*, Београд: Ernst & Young д.о.о. 2016. https://www.amcham.rs/upload/HC%20Studija_SPRSKI_FINALNA%20VERZIJA.pdf [приступљено 3. јуна 2018].
- [22] ЦЕВЕС. Какво нам је здравље? Систем индикатора за друштвени дијалог о здрављу и здравственом систему Србије: Београд: Центар за високе економске студије и Фондација за отворено друштво Србије 2017. http://ceves.org.rs/wp-content/uploads/2017/12/Kakvo-nam-je-zdravlje_Sistem-indikatora-za-dru%C5%A1tveni-dijalog.pdf [приступљено 3. јуна 2018].
- [23] Lončar D., *Indicators of development of the health system of Serbia and the effectiveness of the current economic model in health care*, Ekonomika preduzeća 2016; <https://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0353-443X/2016/0353-443X1602157L.pdf> [приступљено 3. јуна 2018].
- [24] РФЗО. План здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији за 2017. годину, Београд: Републички фонд здравственог осигурања 2017. <https://www.rfzo.rs/download/plan%20zz/Plan%20ZZ%20za%202017.pdf> [приступљено 3. јуна 2018].
- [25] Lončar D, Stojanović F., *Gap analysis of the health system in Serbia compared to the developed health system in Europe*, Ekonomika preduzeća 2017; <https://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0353-443X/2017/0353-443X1702216L.pdf> [приступљено 3. јуна 2018].
- [26] Закон о територијалној организацији Републике Србије, Службени гласник РС 129/2007 и 18/2016.
- [27] РЗСС. Статистички годишњак. Београд: Републички завод за статистику Србије 2016. <http://pod2.stat.gov.rs/ObjavljenePublikacije/G2016/pdf/G20162019.pdf> [приступљено 3. јуна 2018].

- [28] Закон о здравственој заштити. Службени гласник РС 107/2005, 72/2009, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013, 93/2014, 96/2015 и 106/2015.
- [29] Стратегија за превенцију и контролу хроничних незаразних болести Републике Србије. Службени гласник РС 22/2009.
- [30] Одлука о Плану развоја здравствене заштите Републике Србије. Службени гласник РС 88/2010.
- [31] Wiese A, Kilty C, Bergin C, et al., *Protocol for a realist review of workplace learning in postgraduate medical education and training*, Systematic Reviews (2017) 6:10. DOI: 10.1186/s13643-017-0415-9.
- [32] UEMS. *Continuing medical education & Professional development*, Brussels: European Union of Medical Specialists 2018. <https://www.uems.eu/areas-of-expertise/cme-cpd> [приступљено 3. јуна 2018].
- [33] РЗСС. Статистички годишњак 2017. Београд: Републички завод за статистику Србије 2017.
- [34] РЗСС. Статистички календар Републике Србије 2018. Београд: Републички завод за статистику Србије 2018.
- [35] РЗСС. Сиромаштво и социјална неједнакост у Републици Србији у 2016. Саопштење, Анкета о приходима и условима живота, број 087, год. LXVII, Београд: Републички завод за статистику Србије 2017.
- [36] РЗСС. Стопе активности, запослености, неактивности и незапослености. file:///C:/Users/d2/Downloads/Stope_aktivnosti__zaposlenosti__neaktivnosti_i_nezaposlenosti.pdf [приступљено 3. јуна 2018].
- [37] ИЗЈС. Национални здравствени рачун. Одабрани показатељи расхода за здравствену заштиту. Београд: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ 2017. http://www.batut.org.rs/index.php?category_id=50 [приступљено 3. јуна 2018].
- [38] УНИЦЕФ. Истраживање вишеструких показатеља положаја жена и деце у Србији, 2014. Београд: УНИЦЕФ 2014.
- [39] РЗСС. Дев Инфо. <http://devinfo.stat.gov.rs/diSrbija/diHome.aspx> [приступљено 3. јуна 2018].
- [40] European Health For All Data Base. Copenhagen: WHO/Europe. <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database> [приступљено 3. јуна 2018].
- [41] ИЗЈЗ. Истраживање здравља становништва Србије 2013. Београд: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ 2014.
- [42] Интерпарламентарна унија. Парламенти и циљеви одрживог развоја: Приручник за самопроцену. Београд: Интерпарламентарна унија и Програм Уједињених нација за развој 2017. http://www.rs.undp.org/content/dam/serbia/Publications%20and%20reports/Serbian/DobraUprava/UNDP_SRB_SR_IPU%20-%20final%20approved.pdf [приступљено 3. јуна 2018].
- [43] Влада Републике Србије. Циљеви одрживог развоја. Историјска развојна шанса Србије. Београд: Тим за социјално укључивање и смањење

- сиромаштва 2017. <http://socijalnoukljucivanje.gov.rs/sr> [приступљено 3. јуна 2018].
- [44] Wismar M, Martin-Moreno JM., *Intersectoral working and Health in All Policies*, in: Rechel B, McKee M (ed) *Facets of Public Health in Europe*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2014. pp 199–216. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/271074/Facets-of-Public-Health-in-Europe.pdf?ua=1 [приступљено 3. јуна 2018].
- [45] Hirschhorn LR, Ramaswamy R, Devanani M, et al., *Research versus practice in quality improvement? Understanding how we can bridge the gap*, *International Journal of Quality in Health Care* 2018; 30(S1): 24–28.
- [46] WHO. *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen: WHO regional Office for Europe 2013.
- [47] World Health Organization. *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Geneva: World Health Organization 2016. http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1 [приступљено 3. јуна 2018].
- [48] European Commission. *Regulation of the European Parliament and of the Council on establishing a Health for Growth Programme, the third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014–2020*. Brussels, 9.11.2011. COM(2011) 709 final.
- [49] EC Third Health Programme (2014–2020). http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_en.htm [приступљено 3. јуна 2018].

Dragan Micić, Vesna Bjegović-Mikanović

POSSIBILITY OF PREVENTION IN THE HEALTH CARE SYSTEM
OF SERBIA: PROBLEMS AND PERSPECTIVES

S u m m a r y

The main challenges of prevention in Serbia are linked to sustainable development and emphasize the importance of a new philosophy of health, not illness, the importance of equality versus the creation of unjust societies and the importance of reducing health differences following material condition, education, gender and place of living. Also, this narrative review outlines the reasons that led to the United Nations sustainable development goals. In addition to the discussion of the health system of Serbia, the challenges of prevention in our country have been presented. The analysis of health indicators in Serbia indicates, on average, significant improvements in health status, but also, the existence of significant inequalities in health. Nine tasks under the third goal of sustainable development, which mostly stem from the achievements of the Millennium Development Goals, provide inspiration for strengthening prevention and public health, supporting research and development of vaccines and drugs, improving the accessibility of health services, improving financing and developing human resources for health, and strengthening country capacity for early recognition, risk reduction and management of national and global health risks. An overview of the perspectives for prevention in the health care system of Serbia is being considered through international health policies. The advisory role of the Serbian Health Council in strengthening prevention that will be based on the approach to sustainable development is highlighted.