

**Примарна здравствена
заштита у унапређењу
здравља сеоског
становништва**

**Прим. др Снежана Јанковић
Дом здравља Обреновац**

EURIPA & Wonca

European Rural and Isolated Practitioners
Association

Increasing access to health
workers in remote and rural areas
through improved retention

1st Core Expert Group Meeting

WHO Geneva 2009



EURIPA & Wonca

Европско удружење руралних лекара и лекара у изолованим подручјима

Повећање доступности здравственим радницима у удаљеним и руралним подручјима кроз најбоље праксе

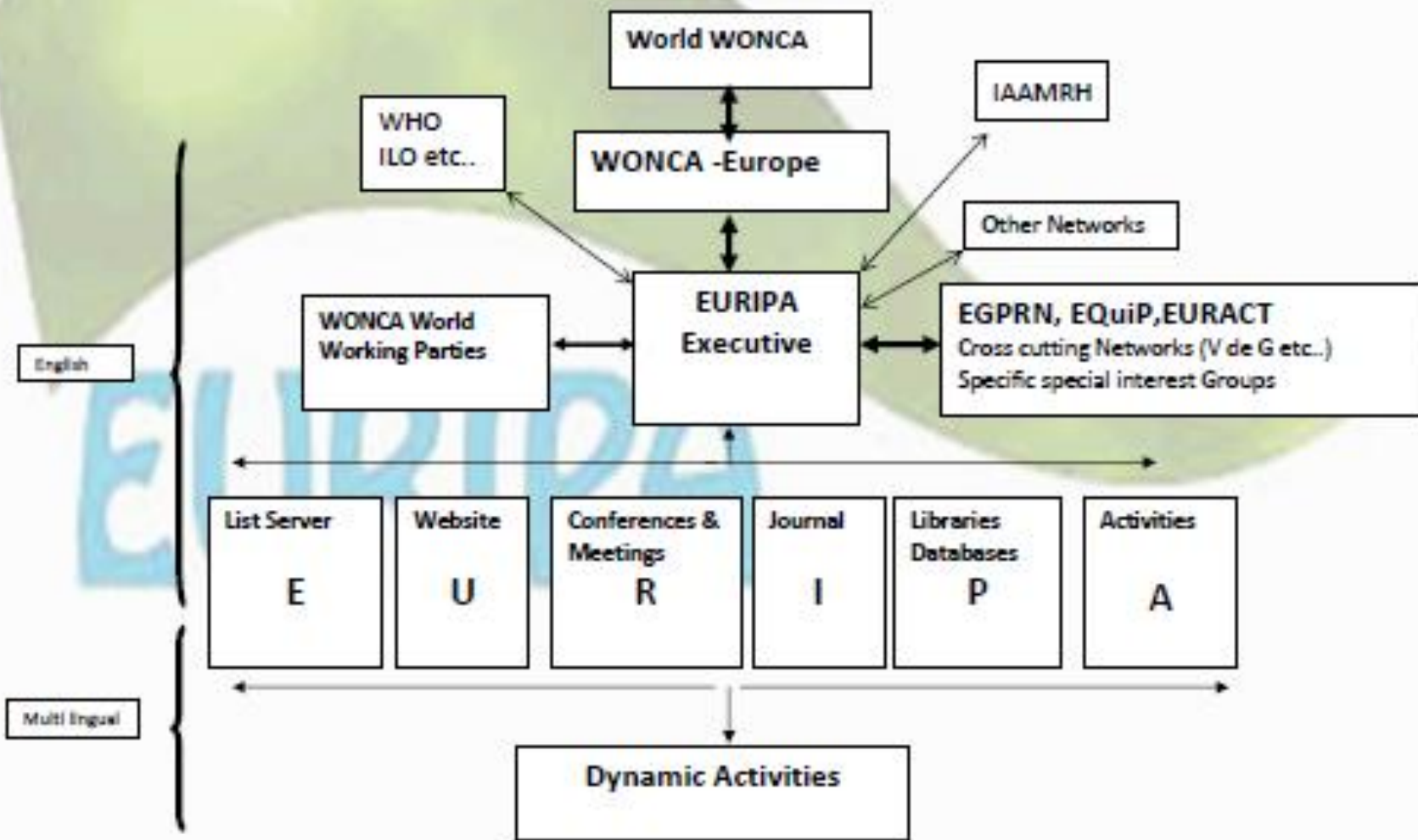
1. Састанак Експертске групе
СЗО Женева 2009

12/04/2018

Прим др Снежана Јанковић

- 
- Personal/Institute Rural Health UK
 - WONCA / Rural Working Party
 - EURIPA
 - European Rural Health Perspective

EURIPA Structure



Прим др Снежана Јанковић

U deklaraciji UN o ljudskim pravima iz 1948. god. stoji:

»Svako ima pravo na adekvatan standard života koji obezbeđuje zdravlje i blagostanje, kao njemu lično, tako i njegovoj porodici, što uključuje....zaštitu zdravlja... kao i pravo na zbrinjavanje u slučaju bolesti«.

Definicija zdravlja SZO iz 1948. god.:

»Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili nesposobnosti«

Шта је рурално здравље?

- Шест стубова руралног здравља
 - Кућно лечење
 - Јавно здравље
 - Медицина рада
 - Развој заједнице
 - Здрава животна средина
 - Здрава рурална економија

The Institute of Rural Health



- *“To optimise the health and well-being of rural people and their communities”*

www.irh.ac.uk

"Да оптимизује здравље и добробит људи руралних регија и њихових заједница"

Прим др Снежана Јанковић



Кључне циљне области

- Истраживања

- Едукација и обука

"Развој радне снаге одговара намени"

- Политике



Образовање и обука

- Развој радне снаге "одговара својој сврси"
 - Изградња академске базе за руралну здравствену заштиту
 - Побољшање запошљавања и задржавања у руралним подручја
 - Хоризонтална и вертикална интеграција образовања
 - Побољшање статуса руралног здравља
 - Побољшање квалитета руралне здравствене заштите

European Rural чињенице

- Рурална подручја чине 80% до 90% европске територије и око половине свог становништва
 - Пољопривреда:
 - Око 45% површине у Европи, а више од 60% у пољопривредним економијама, као што су Данска, Холандија и Румунија.
 - Површине у пољопривреди опадају, а у шумарству расту

European Citizen's Panel 2008



European Rural Health

- "Бољи приступ здравственим услугама је такође приоритет за руралну популацију ". Тренутно, приступ здравственим услугама разликује се у великој мери од једног региона до другог.
 - У принципу, широм Европе, може се видети да:
 - Сеоска популација генерално има дуже раздаљине од урбаних становника за приступ здравственим службама (лекару и болницама);
 - Рурални становници имају мање избора и као резултат тога, мање посећују специјалистеспецијалиста. (Да ли се ово рефлектује лошијим здравственим стањем?)
 - Сеоско становништво углавном има већу стопу смртности од градског становништва
 - Сеоска популација има ниже приходе и лошије услове живота.
 - "Подржавање јавних здравствених услуга у руралним срединама је избор јавне политике. Међутим, пружање медицинских услуга зависи и од број лекара који желе да раде у руралним срединама. "

Претње у руралној зз широм Европе

- Слабо разумевање руралних питања
- маргинализација руралне праксе
- Централизација здравствене заштите ("Веће је безбедније")
- Рурални економски пад
- Претње јавним службама
- Климатске промене и економска рецесија



WONCA WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE

- **Визија**

- здравље свим сеоским популацијама широм света

- **Мисија**

- обезбедити руралну здравствену заштиту широм света

WONCA WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE

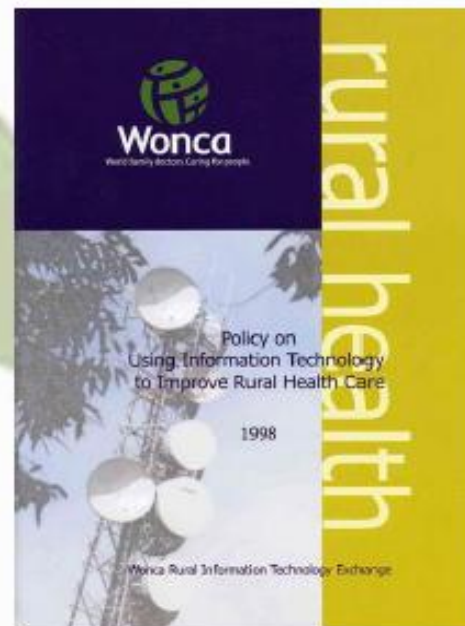
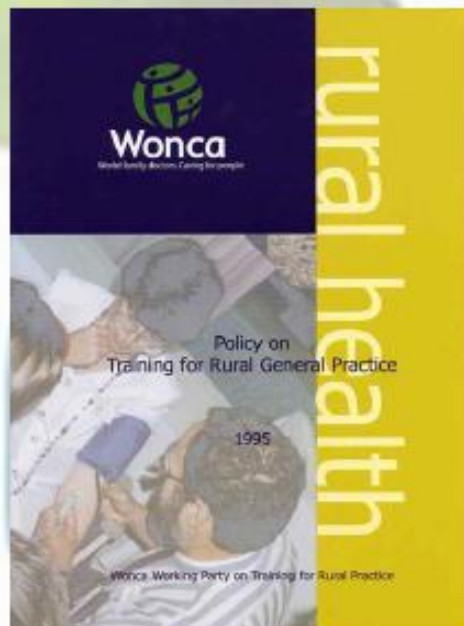
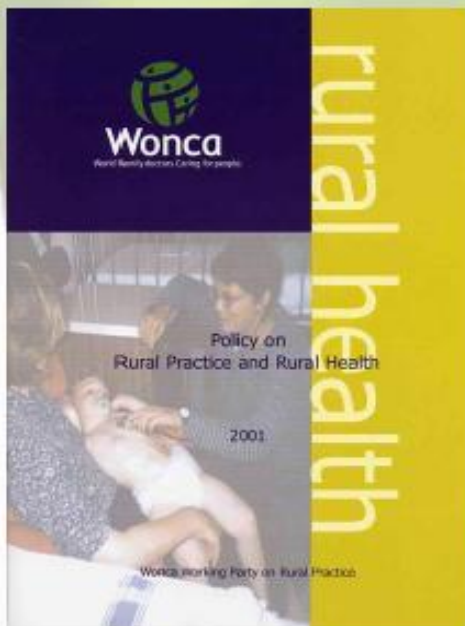
- Почетак-Vancouver 1993
- 20 чланица свих региона
 - Europe, Asia, Africa, North America, South America, Australasia/Pacific
- Конгреси
 - China, Durban, Sarawak, Melbourne, Calgary, Santiago (Spain), Seattle, Kalabar (Nigeria),
- Контакти и линкови
 - National/regional groups, WHO, TUFH, IAAMRH

WONCA WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE



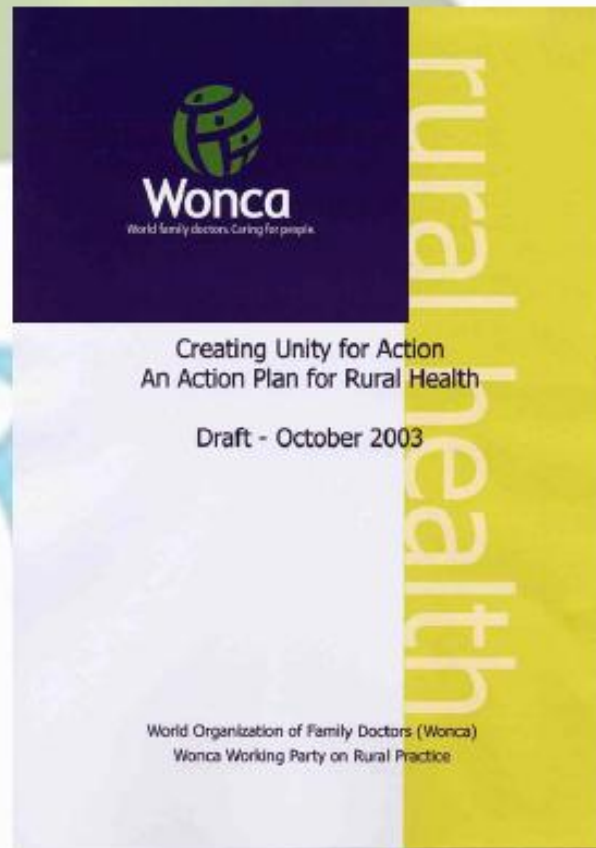
- Policies
 - [Policy on Training for Rural General Practice:1995](#)
 - [Policy on Rural Practice: 1st ed. 1998/2nd 2001](#)
 - Policy on Quality and Effectiveness of Rural Health Care: 2003
 - [Policy on Using IT to Improve Rural Health Care 2nd Edition:2002](#)
 - Policy on Female Family Physicians in Rural Practice 2nd Edition: 2003
 - [Policy on Quality and Effectiveness of Rural Health Care](#)
- Statements and Declarations
 - Health for all Rural People: THE DURBAN DECLARATION 1997
 - The Health of Indigenous Peoples: [Kuching Statement](#) :1999
 - Women in Rural Family Medical Practice: [Calgary Commitment:2000](#)
 - A Code of Practice for the International Recruitment of Health Care Professionals: [Melbourne Manifesto:2002](#)
 - Child Labour: The Santiago Statement on Child Labour : 2003
 - HIV/AIDS: [The Santiago de Compostela Statement: 2003](#)
- HARP
 - [Creating Unity for Action: An Action Plan for Rural Health Draft October](#)

Policy Documents





HARP: Health for All Rural People



EURIPA The European Rural and Isolated Practitioner's Association



-Мисија:

“Обезбедити да све руралне и изоловане популације у Европи имају приступ високом квалитету здравствене заштите без обзира на место, култура или ресурс ”



Rural and Remote Health
Europe



ISSN 1445-6354

The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy

EURIPA

<http://rrh.deakin.edu.au>



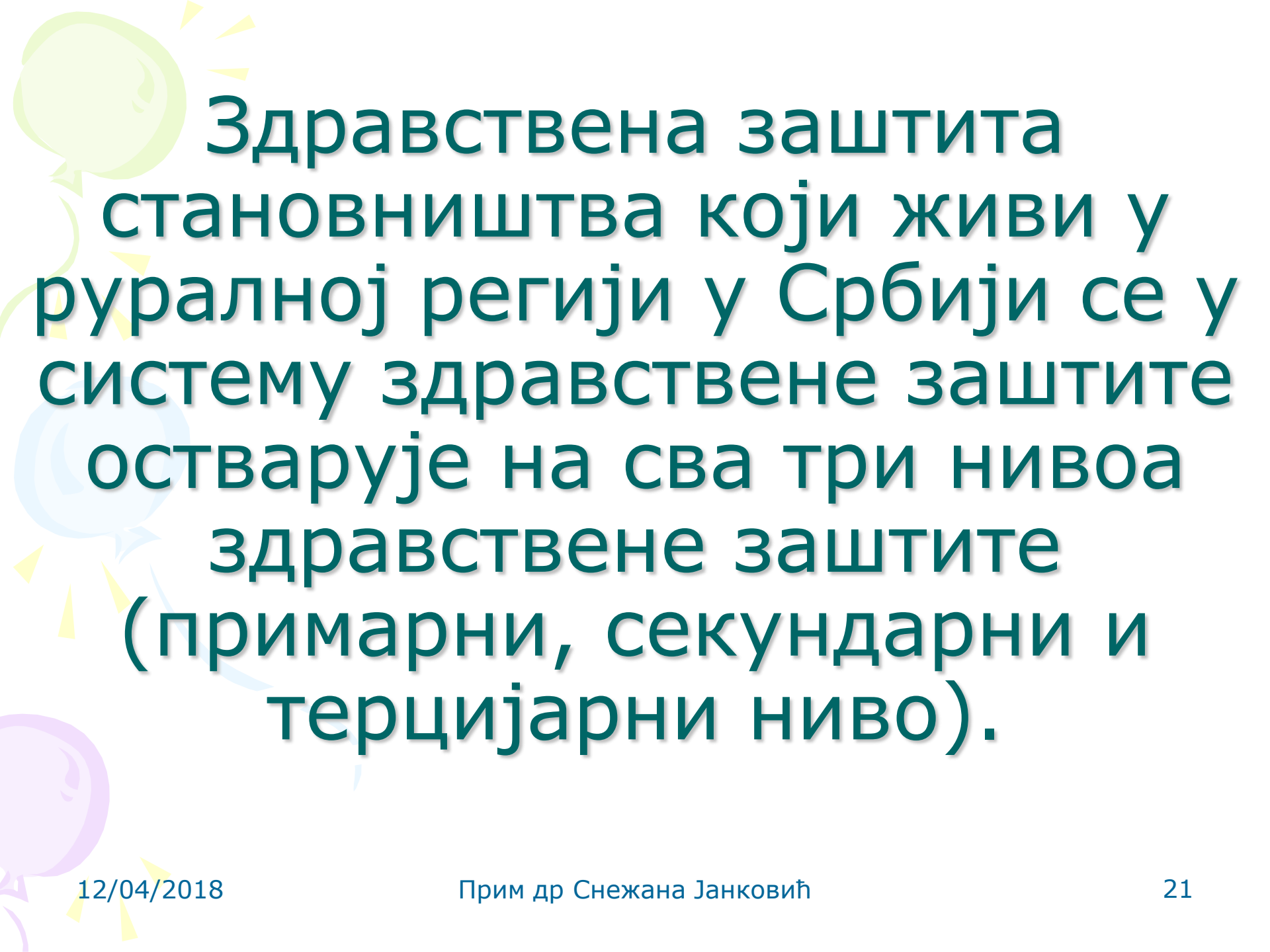
WONCA EUROPE 2005



12/04/2018

Прим др Снежана Јанковић

20



Здравствена заштита становништва који живи у руралној регији у Србији се у систему здравствене заштите остварује на сва три нивоа здравствене заштите (примарни, секундарни и терцијарни ниво).

Организација примарне здравствене заштите у Србији

- ЗЗ, како градског, тако и сеоског, се спроводи у три нивоа ЗЗ који обезбеђује држава: примарни, секундарни и терцијерни.
- На примарном нивоу ЗС Србије, ЗЗ је организована преко 3 типа здравствених установа : домови здравља, апотеке и заводи за ЗЗ.
- У Србији дјелује укупно 158 домована здравља, самосталних и у саставу здравственог центра. Дом здравља оснива општина за територију једне или више општина, односно град. (4)

Организација примарне здравствене заштите у селима у Србији

- Становници села могу да се лече код изабраног лекара опште медицине/специјалисте опште медицине (ЛОМ/СОМ), педијатра, гинеколога или стоматолога (само за превентивну стоматолошку заштиту, стоматолошке услуге трудницама и другим дефинисаним категоријама становника) у амбулантама у својим селима, или у амбулантама у градској/урбаној регији.

Примарни ниво заштите пружа Дом Здравља, као институција примарне заштите, са свим својим службама, запосленим медицинским и немедицинским особљем:

- ✓ служба опште медицине (са патронажном службом, која може бити и у оквиру неке друге службе)
- ✓ служба кућног лечења (као посебна, и у оквиру службе опште медицине)
- ✓ служба здравствене заштите деце
- ✓ служба здравствене заштите жена
- ✓ служба медицине рада
- ✓ стоматолошка здравствена заштита
- ✓ специјалистичка служба (са дијагностичком службом, која може бити и у оквиру неке друге службе, или посебно)
- ✓ Служба хитне помоћи (сем у великим градовима, где функционишу као посебне институције: Београд, Ниш, Нови Сад)
- ✓ апотека (или у оквиру Апотекарске установе)
- ✓ служба општих послова

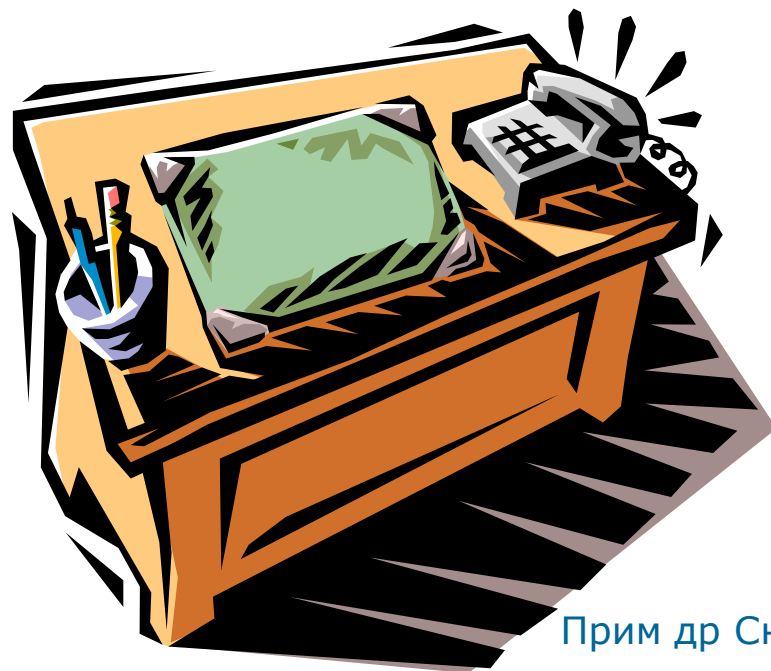


Континуирану одговорност за заштиту здравља руралне популације на примарном нивоу, дакле, према актуелним законима и подзаконским актима, спроводи Дом здравља, преко својих посебних организационих јединица:



- **здравствене станице**
- **здравствене амбуланте**

Руковођење и одлучивање је централизовано, под сталним надзором Министарства здравља, са тежњом децентрализације и већег укључивања локалног нивоа.



Социјална и демографска слика села у Србији

- Развијеност села и квалитет живота на селу у Србији нису уједначени. Број становника опада у 86% села у Србији. Депопулација, сиромаштво и слабост „унутрашњих“ људских ресурса који би требало да генеришу значајан део раста и развоја у руралним областима осликавају руралну Србију данас.(1, 2)

Социјална и демографска слика села у Србији

- Села у Србији се могу поделити на већа и мања. Већина села у Војводини и села поред развијенијих градова у централној Србији спадају у развијенија, што подразумева и бољу здравствену заштиту.
- Велики број мањих села, посебно у брдско-планинским подручјима, изложен је разноврсним проблемима: слаба инфраструктура, млађе становништво се исељава, привреда замире, пољопривредна производња стагнира или опада. Деца и млади понекад немају довољно вршњака с којима би се дружили. Један број старих особа је готово одсечен од света. У овим селима се лако успоставља циклус негативне репродукције. У многим селима је број становника толико опао, просечна старост толико повећала, да ни много богатије земље не би нашле, не само економско, него ни културно ни историјско оправдање да инвестирају у њих.

Социјална и демографска слика села у Србији

- Остваривање социјалних права везаних за заштиту у случају болести, инвалидитета и старости регулисана су у Србији . Сеоско становништво запослено у непољопривредним делатностима регулише ова права као и градско становништво путем уплате доприноса од стране послодавца или самостално (у случају регистроване samozaposlenosti). Становништво запослено у пољопривреди дужно је да ове доприносе уплаћује самостално. (3)

Обухват сеоске популације социјалним осигурањем (ПИО и здравственим) није задовољавајући.

- **Старачка домаћинства која нису остварила право на пензију, а којих је 12% у изорку, двоструко више су изложена сиромаштву него старачка домаћинства која примају пензију.**
- **Преко половине испитаника радног узраста не уплаћује ПИО, чиме остају потпуно незаштићени у случају повреда и інвалидитета, а излажу се изразито високим ризицима сиромаштва у доба старости.**
- **Проблем непокривености ПИ осигурањем далеко је израженији код пољопривредника него запослених у непољопривредним делатностима.**
- **Чак 13% испитаника нема здравствено осигурање и суочава се са озбиљним тешкоћама у приступи одговарајућим услугама здравствене заштите.**
- **Запослени у пољопривреди і незапослени у значајно већем проценту нису покривени здравственим осигурањем него запослени у непољопривреди**

12/04/2018

30

Приступ руралне популације услугама социјане заштите је изразито слаб.

- Упркос високом проценту сиромашних, тек 1,9% домаћинства прима МОП.
- Испитаници који су покушали да остваре право на неки облик материјалне помоћи навели су да је чешћи разлог за одбијање захтева неиспуњавање других критеријума, а не материјалног цензуса.
- У најтежем положају су стари на селу, посебно они који живе у старачким домаћинствима, који се суочавају са озбиљним препрекама у обезбеђивању социјалних услуга за стара и немоћна лица.

Покривеност руралне популације социјалним осигурањем и здравствена заштита на селу

Остваривање социјалних права везаних за заштиту у случају болести, инвалидитета и старости регулисана су у Србији Законом о обавезном социјалном осигурању (*Службени гласник РС, број 62/2006*).

Сеоско становништво запослено у непољопривредним делатностима регулише ова права као и градско становништво путем уплате доприноса од стране послодавца или самостално (у случају регистроване samozапослености).

Становништво запослено у пољопривреди дужно је да ове доприносе уплаћује самостално. Истраживањем је испитан обухват руралне популације пензијско-инвалидским и здравственим осигурањем.

PENZIJSKO-INVALIDSKO OSIGURANJE

- Према Закону о ПИО (*Службени гласник РС*, број 34/03), пољопривредници подлежу обавезном ПИО, уколико нису запослени (чл. 10 и 13)32.
- Међу лицима старим 65 и више година 18% не прима пензију, а посебан проблем представља то што 12% старачких домаћинстава није остварило право на пензију.
- У условима недостатка пензије и смањених способности ангажмана на газдинству, ова домаћинства су изложена високим ризицима од сиромаштва.
- Инциденција сиромаштва у старачким домаћинствима без пензијских прихода је двоструко виша у односу на иста домаћинства која примају пензију.
- Пензијска примања играју значајну улогу у смањењу сиромаштва руралне популације.

Među ispitanicima radnog uzrasta koji ne primaју пензију 17% самостално уплаћује ПИО, за 27% то чини послодавац, 27% је некада уплаћивало али више не уплаћује, док 29% никада није ни уплаћивало ово осигурање.

Уплаћивање пензијско-инвалидског осигурања повезано је са животним стандардом домаћинства у којима испитаници живе. Тако чак 70% појединаца из сиромашних домаћинстава не уплаћује ово осигурање, док је таквих међу испитаницима из домаћинстава изнад линије сиромаштва 49%.

Осим запослених у непољопривредним делатностима, сеоска популација је врло слабо обухваћена овим обликом осигурања.

У делу о тржишту рада жене имају мање шансе да се запосле изван газдинства, а када је потребно уплаћивати пољопривредне пензије, оне се налазе ниже на листи проритета у поређењу са мушким члановима домаћинства, судећи по њиховој слабијој покривености пензијским осигурањем

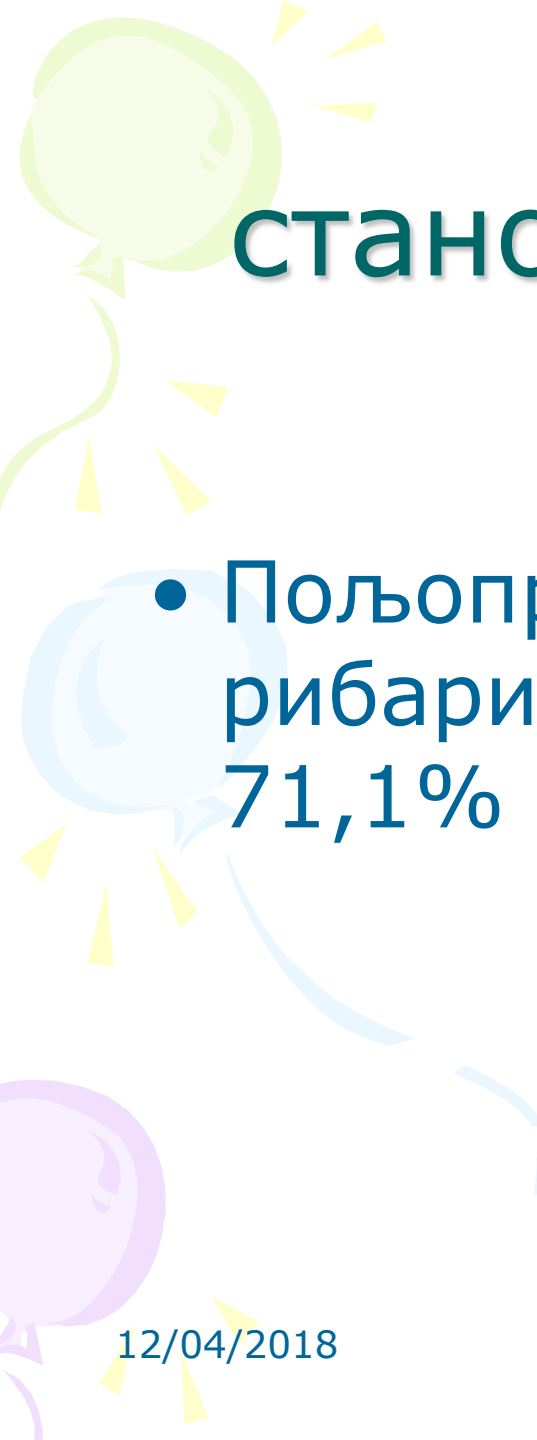
12/04/2018

Најважнији разлог због кога сеоско становништво радног узраста не уплаћује ПИО је у 81% случајева недостатак новца.

Код 5% испитаника као најважнији разлог наводи се нерегистрована делатност, односно порез на катастарски приход који је предуслов за уплаћивање осигурања,

док 14% тврди да уопште не зна на који начин би могло да уплаћује ово осигурање.

Описано стање забрињава, јер преко половине испитаника радног узраста не уплаћује ПИО, чиме *остају потпуно незаштићени у случају повреда и инвалидитета, а излажу се изразито високим ризицима сиромаштва у доба старости.*



Према попису становништва из 2011-е ГОД.

- Пољопривредници, шумари, рибари и сродни-19,1%, од чега је 71,1% мушкараца

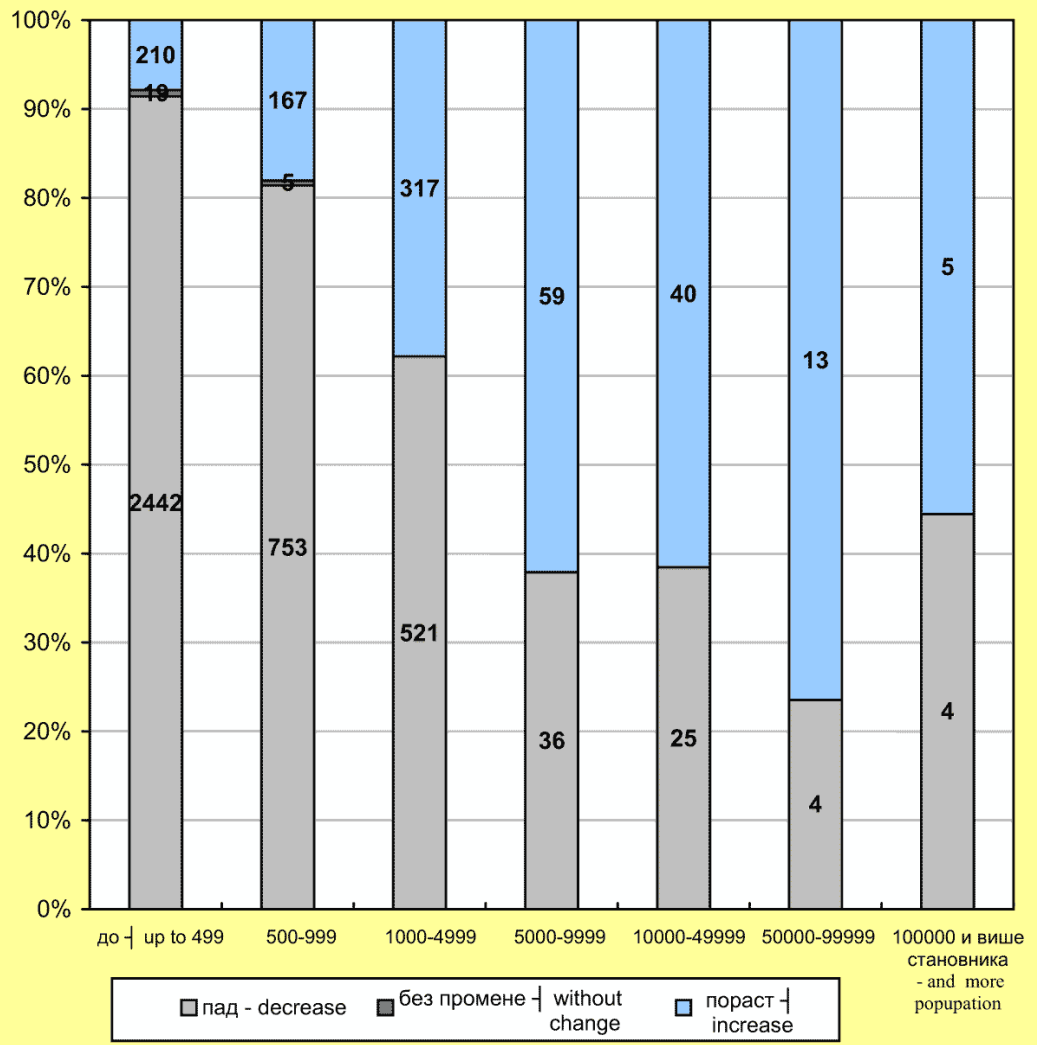
www.stat.gov.rs
www.popis2011.stat.rs

Република Србија

- Број становника 7 186 862
 - Мушкарци 3 499 176
 - Жене 3 687 686
- Просечна старост 42.2
- Број домаћинстава 2 487 886
 - Просечан број чланова домаћинства 2.88
- Број породица 2 125 772
- Број станова 3 231 931

Насеља према порасту – паду броја становника у периоду 1991–2002, по њиховој популационој величини у 2002.

Settlements by increase – decrease of population in the period 1991-2002, by population size in 2002

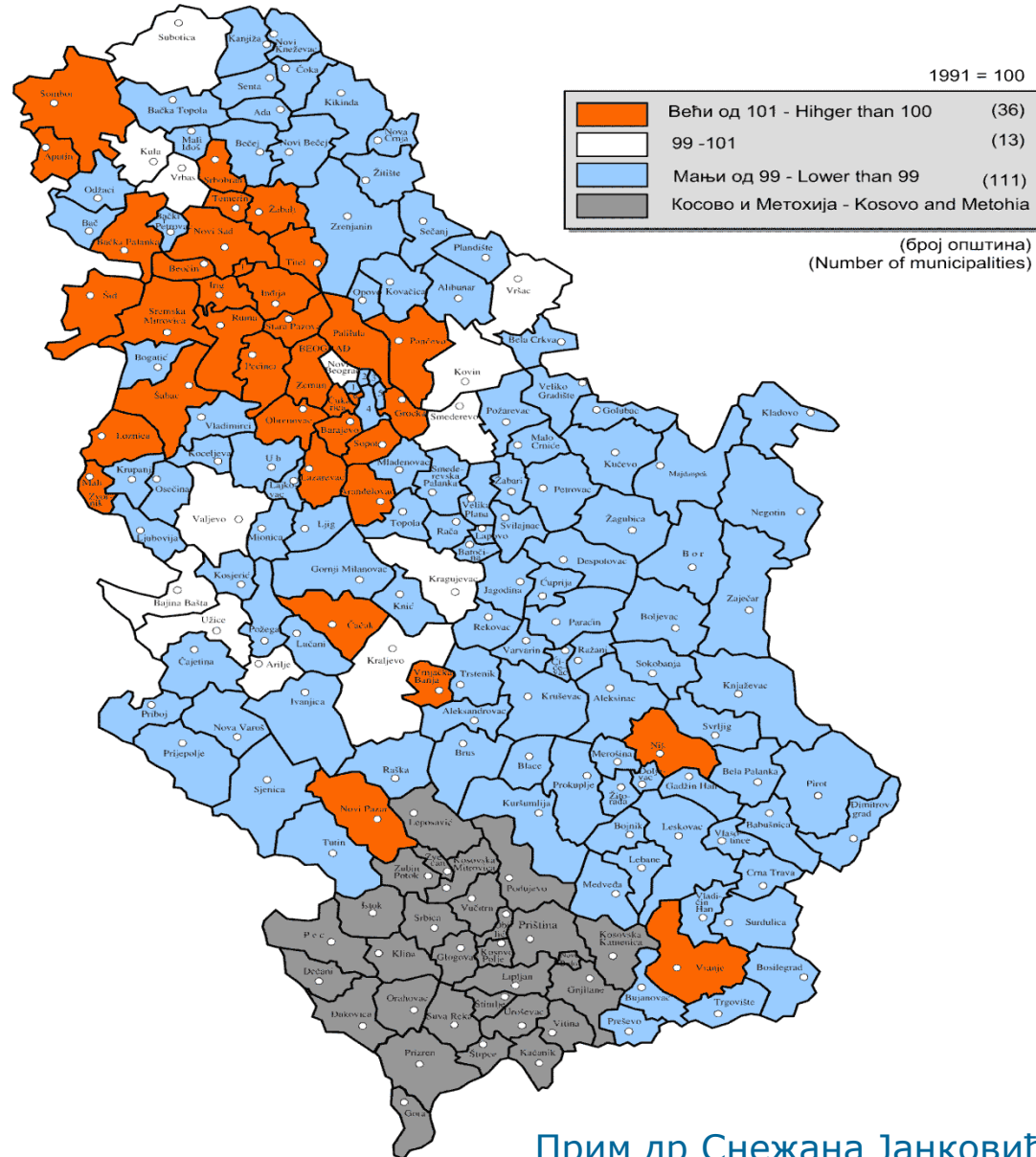


Према овим подацима, становништво Србије се смањује, и то на рачун сеоског (рурал). Разлози су комплексни, али је очигледно, да је све што се дешавало на овим просторима у скоро две деценије: економска криза, политичка ситуација, са ратовима који су се дешавали, битно утицало на демографску структуру становништва.



Индекси пораста – пада броја становника у земљи, по општинама

Indices of increase – decrease of population in the country, by municipalities



Пољопривредних газдинстава има 778 891, који просечно поседују 2,37 хектара, а обрађују 2,46 хектара (узимају у закуп-зато је већа површина). Радно активног становништва у Србији, према последњем попису је 2 642 987. Пољопривредом, ловом и риболовом се бави 580 339 (21,96%), рибарством 1489 (0,06%)

	radno aktivno stanovništvo	stanovništvo koje se bavi zemljoradnjom, lovom i šumarstvom	stanovništvo koje se bavi ribolovom
ukupno	2 642 987	580 339	1489
muškarci	1 525 785	342 843	1 279
žene	1 117 202	237 496	210
%	100	21,96%	0,06%

Попут осталих демографских промена, и економска обележја становништва претрпела су велике промене у другој половини 20. века. На те промене највећи утицај имао је друштвено-економски развој после Другог светског рата, који је омогућио смањивање економске активности омладине и старог становништва и убрзано економско активирање жена у непољопривредним делатностима. Основни печат трансформацији социо-економских структура становништва дало је смањивање пољопривредног становништва. Само у међупописном периоду, од 1991. до 2002, пољопривредно становништво смањено је за више од трећине, тако да је **његов удео у укупном становништву у 2002. износио 11%.**

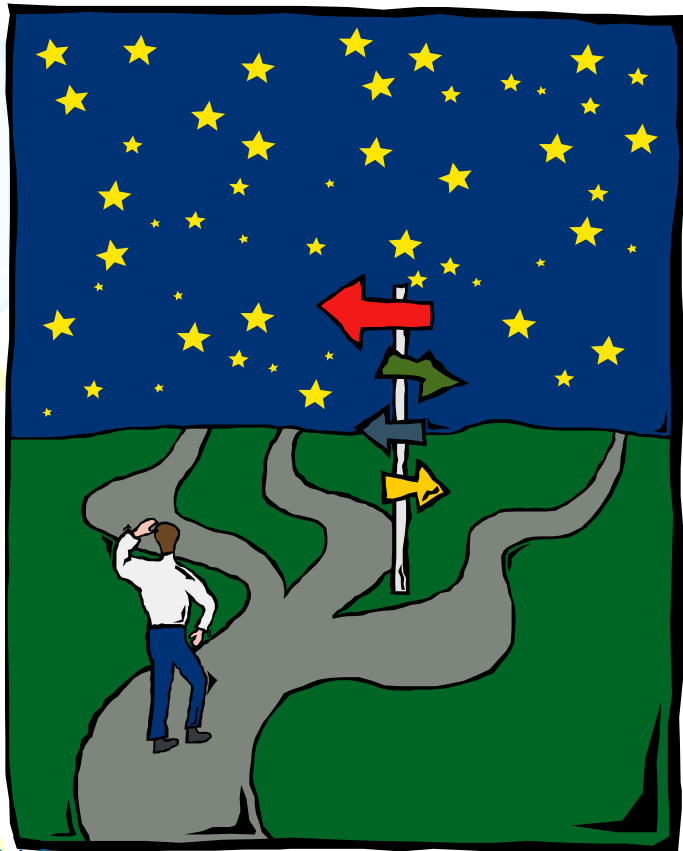
У периоду између пописа становништва 1981. и 2002. апсолутно смањивање *активног становништва* (радне снаге) за 285 000 праћено је и смањивањем опште стопе економске активности са 49,4% у 1981, на 48,0% у 1991. и 45,4% у 2002. При том је стопа активности пољопривредног становништва знатно виша (у 2002. износила је 64,8%), што је последица већег радног ангажовања граничних старосних група радно способног пољопривредног становништва.

Последица транзиције кроз коју пролази привреда Србије било је и висок пораст удела незапослених у укупном активном становништву, од 5,8% у 1981. на 9,6% у 1991. и 22,2% у 2002. При том је у 2002. од укупног броја незапослених, старијих од 30 година било 48,3%.

Све већи обухват активног становништва пензијским осигурањем, али и пораст нивоа незапослености имао је за последицу пораст удела *лица с личним приходом* у укупном становништву од 8,8% у 1981. на 13,6% у 1991. и 20,2% у 2002.

У оквиру економски неактивног становништва, једина "несамостална", према критеријуму прихода, је групација *издржаваног становништва*. Удео ове групације (коју чине домаћице, деца, ученици и студенти и неспособни за рад) у укупном становништву смањен је са 41,8% у 1981. на 38,4% у 1991. и 34,3% у 2002.

Највећи део земљишта у Србији је у приватној својини. Око 1,700.000 пољопривредника поседује 81% обрадивог земљишта. Србија производи тржне вишкове хране. Пшеница, кукуруз, уље, шећер, воће, вино и месо су били главни извозни артикли.



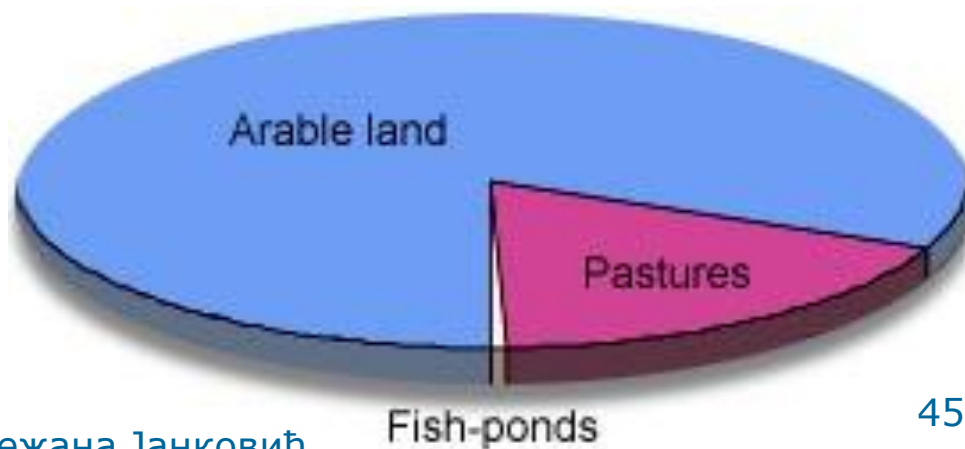
Пољопривредне површине : 5.718.599 ha, од чега је:

4.674.622 ha обрадива површина,
1.006.473 ha пашњаци, а
37.504 ha рибњаци, трстици и баре

Засејано је:

2.453.374 ha житом
494.598 ha сточним крмним биљем
348.641 ha индустријским биљем
300.484 ha повртним биљем
256.887 ha воћњацима
85.763 ha виноградима
2.164 ha расадницима
64.722 ha необрађено
666.702 ha под ливадама
86.866 ha под шумом

Релативни индикатори расположивих површина у односу на број становника у Србији су повољнији (0,4 ха интензивних површина/становник) у односу на Европу (0,25 ха/становник) и свет (0,27 ха/ становник).





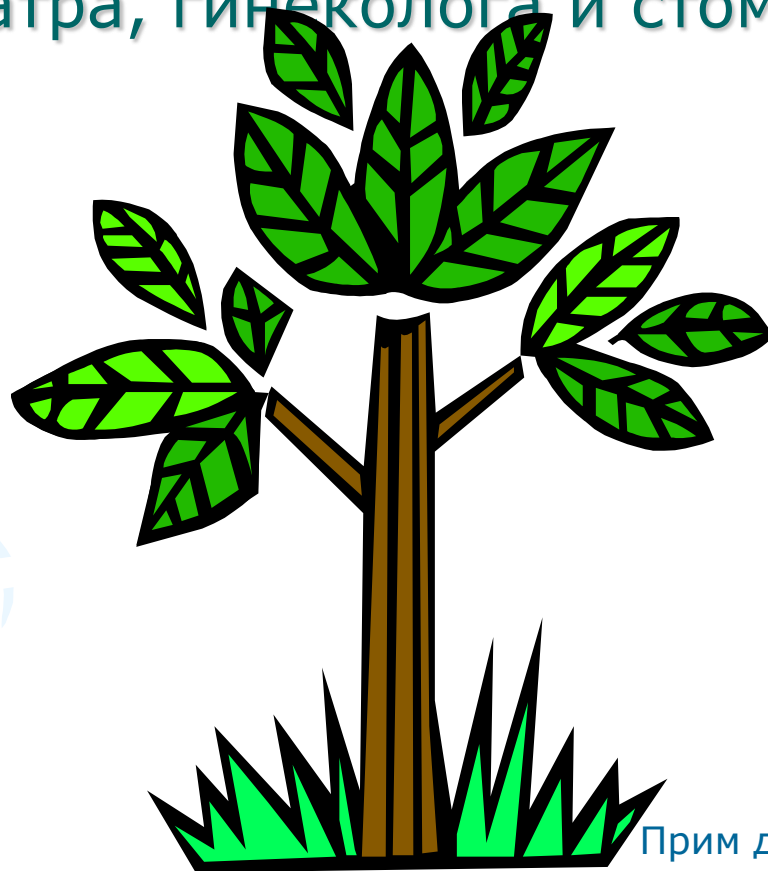
Сеоско становништво у Србији је два и по пута сиромашније у односу на становнике градова. Индекс сиромаштва руралних подручја је за око 50 одсто већи у односу на просек читаве популације.

Пројекат „Програм изградње капацитета руралних организација” спроведен у 10 општина западне Србије (Шабац, Сремска Митровица, Богатић, Владимирци, Ваљево, Крупањ, Осечина, Косјерић, Лучани и Чајетина) за један од циљева имао је организовање удружења, задруга, неформалних група становника села како би осавременили и унапредили пословне интересе.

Започет 2005. а завршен 2007. године, пројекат је финансирао УСАИД, а организација која је пројекат спровела на територији Западне Србије био је ИРД.

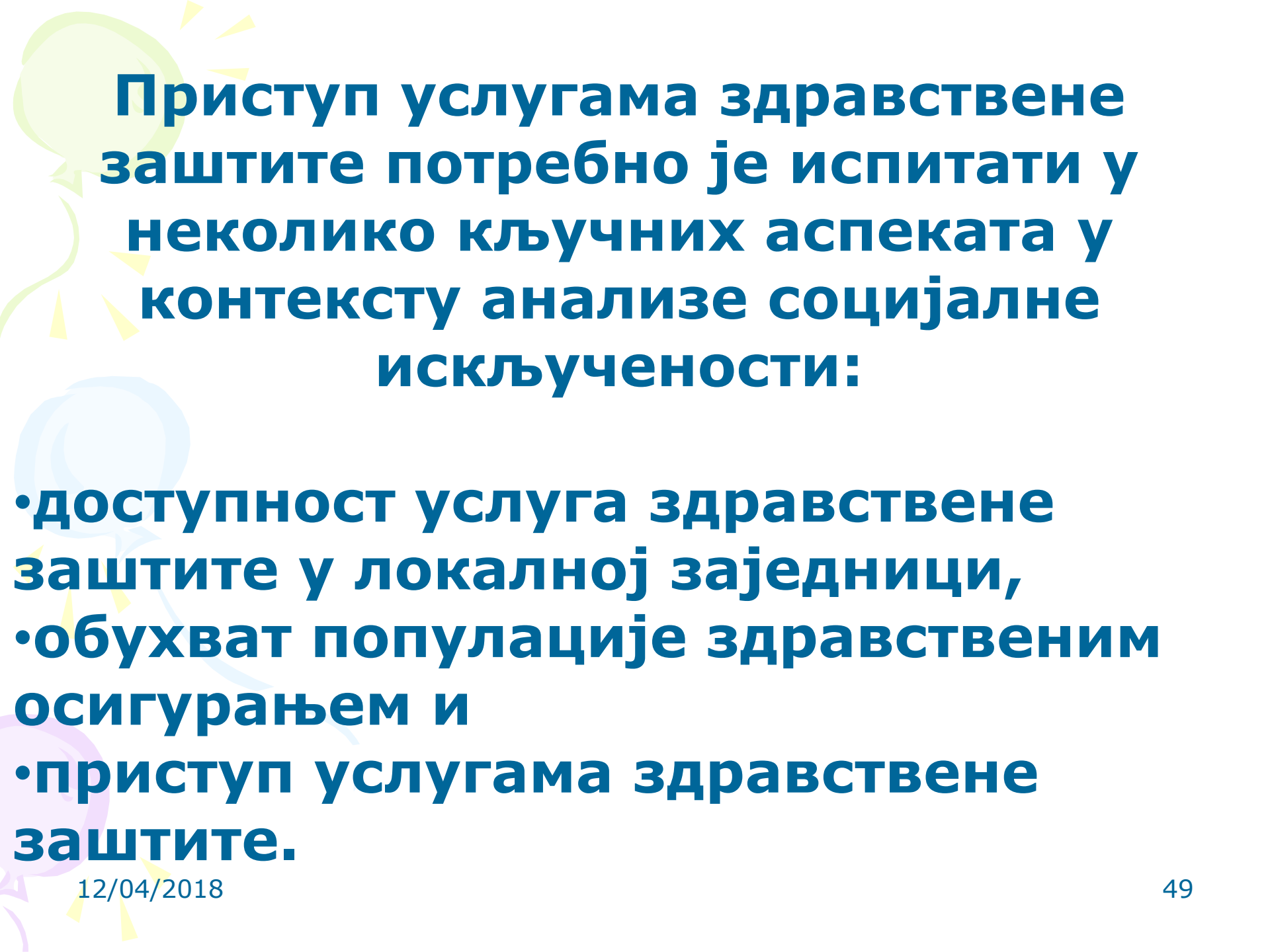
Пацијенти који припадају овој популационој групи имају здравствене картоне у службама организационих јединица Дома здравља, код свог изабраног лекара, по територијалном принципу, али то не значи да не могу имати здравствени картон и у самом седишту Дома здравља, дакле у граду.

Односи се на изабраног лекара опште медицине, педијатра, гинеколога и стоматолога.



У већини села функционишу здравствене станице или амбуланте са својим тимовима. У неким селима, обично планинским, удаљеним од већих градова, лекар и медицинска сестра не раде сваки дан, већ у ритму који диктирају потребе. Услови живота и хигијенске прилике су су разнолики, у зависности од степена развијености села. Постоје високо развијена села, са развијеном инфраструктуром и савременим условима живота. Насупрот, постоје и јако неразвијене руралне области, без путева, без водовода, чак и без струје, са отежаним условима живота.

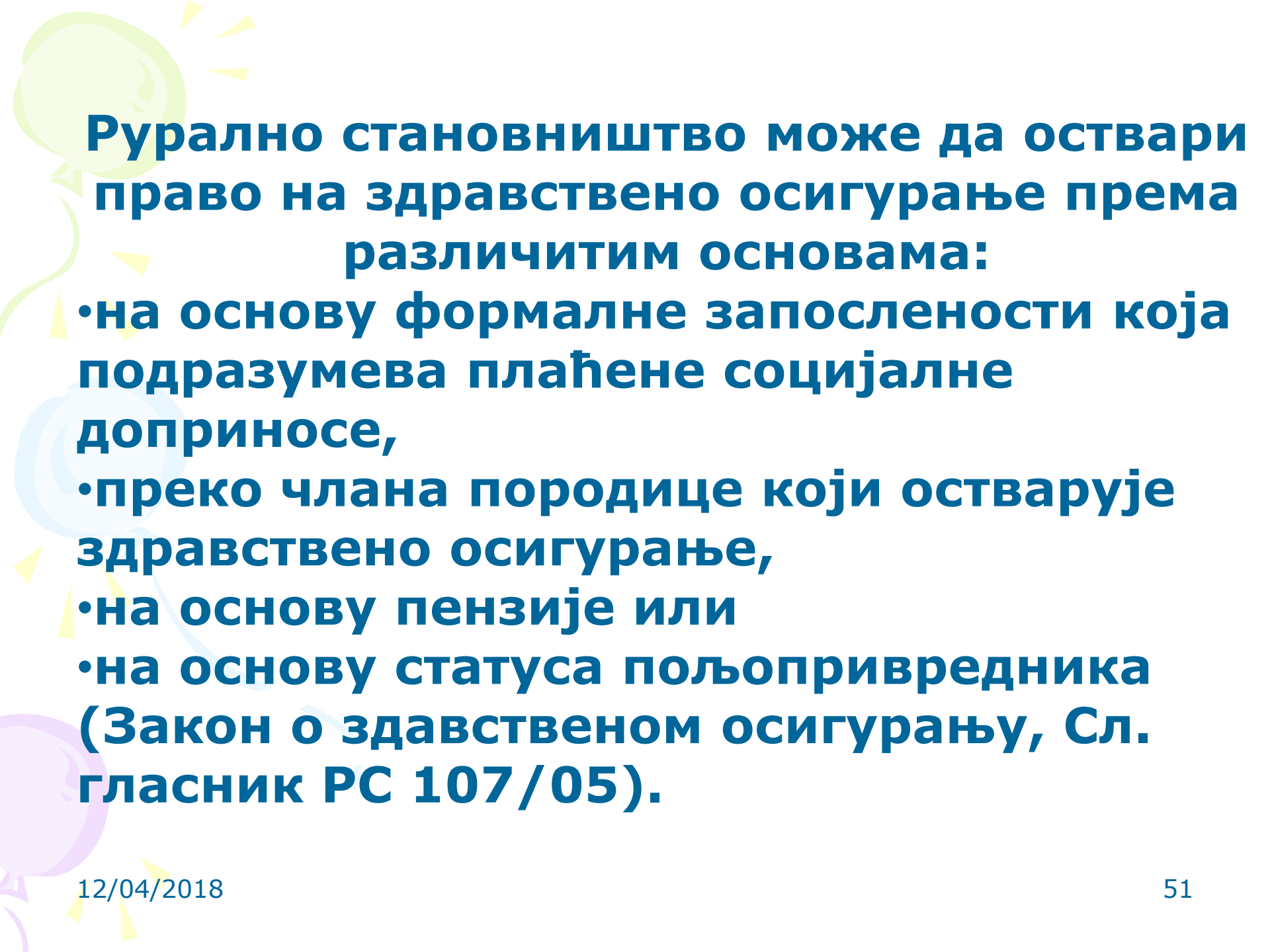




Приступ услугама здравствене заштите потребно је испитати у неколико кључних аспеката у контексту анализе социјалне искључености:

- доступност услуга здравствене заштите у локалној заједници,**
- обухват популације здравственим осигурањем и**
- приступ услугама здравствене заштите.**

- Истраживањем је регистровано да у 41% села из узорка постоји амбуланта. Међутим, као и код образовних установа и других услуга, постоје значајне регионалне разлике у овом погледу.
- 87% села из Војводине има амбуланту, док
- у Централној Србији амбуланта постоји у 33% села,
- у Западној Србији у 27% села а у Југоисточној Србији у 20% села из узорка.
- Стога не чуди податак да је 41% испитаника истакло да их живот у датом насељу спречава да посећују лекара у мери у којој је потребно и када је потребно.



Рурално становништво може да оствари право на здравствено осигурање према различитим основама:

- на основу формалне запослености која подразумева плаћене социјалне доприносе,**
- преко члана породице који остварује здравствено осигурање,**
- на основу пензије или**
- на основу статуса пољопривредника (Закон о здравственом осигурању, Сл. гласник РС 107/05).**

Институција надлежна за здравствено осигурање је Републички завод за здравствено осигурање, а пољопривредници се пријављују на матичну евиденцију завода код филијала према седишту органа надлежног за утврђивање пореза на катастарски приход од пољопривредне делатности.

Чланови породице осигураника пријављују се на евиденцију код исте матичне филијале (чл. 129). Стога власништво над земљом, представља кључну основу за регулисање формалног статуса и социјалних права пољопривредника.

На основу власништва над земљом, они плаћају катастарски порез, а на основу регулисања пореске обавезе регулишу и социјалне доприносе.

Уплаћивањем социјалних доприноса они стичу право на пензијско-инвалидско и здравствено осигурање.

- Испитаници из узорка у 32% случајева имају обезбеђено здравствено осигурање као запослена лица или пољопривредници,
- у 30% случајева као пензионери, или као супружници пензионера,
- у 14% случајева као незапослена лица,
- у 12% случајева преко запосленог члана породице
- док је 5% навело неки други основ.
- Међутим, 12.6% испитаника нема здравствено осигурање.
- Разлике у заступљености лица без здравственог осигурања се јављају између региона, пољопривредних, мешовитих и непољопривредних домаћинстава, и различитих друштвених група.
- У Војводини је забележено најниже учешће особа без здравственог осигурања, а у Југоисточној Србији највише

- Домаћинства која се издржавају од пољопривреде се очигледно сусрећу
- са проблемом обезбеђивања здравственог осигурања знатно чешће него мешовита и непољопривредна домаћинства,
- док се на индивидуалном нивоу као најугроженије категорије према активности у овом погледу појављују запослени у пољопривреди
- и незапослени

Велике разлике се јављају између сиромашних домаћинстава и оних која то нису:

- код првих учешће особа без здравственог осигурања у узорку износи 22%,
- а код других 7.8%.
- Међу мушкарцима је више особа без здравственог осигурања (15%)
- него међу женама (9%), мада је у групи маргинализованих жена које се налазе у статусу помажућих чланова домаћинства ангажованих искључиво у пољопривреди учешће особа без здравственог осигурања 14%.

Према наводима испитаника који немају обезбеђено здравствено осигурање, најчешћи разлог је то што немају статус на основу кога би могли да га остваре (у 64% случајева):

- што не знају како да га остваре (9%),
- док је 27% навело недостатак новца и друге разлоге.
- Ови испитаници се у 50% случајева лече сами,
- 27% се лечи у амбуланти, или дому здравља,
- а 28% плаћа приватне здравствене услуге.

Закључак студије из 2010.год.

- Изложени налази представљају снажно упозорење о неповољном стању у руралним областима у различитим аспектима,
- као и нужностима да се у Србији развију и примене ефикасније политике релевантне за укључивање сеоске популације и одрживи рурални развој.
- Доминира слика о сиромаштву и социјалној искључености у руралној Србији.

Доступност здравствених услуга је оскудна, сведена на елементарну санацију здравствених проблема, а покривеност жена здравственим осигурањем није задовољавајућа.

Међу сеоским женама је 9% оних које немају здравствено осигурање (Цвејић ет ал, 2010), док је у групи маргинализованих жена, које се налазе у статусу помоћних чланова домаћинства ангажованих искључиво у пољопривреди, учешће особа без здравственог осигурања 14% (Бабовић, Вуковић, 2008).

Већина становница руралних подручја мора да путује у град ради специјалистичких прегледа, стоматолошких прегледа и куповине лекова.

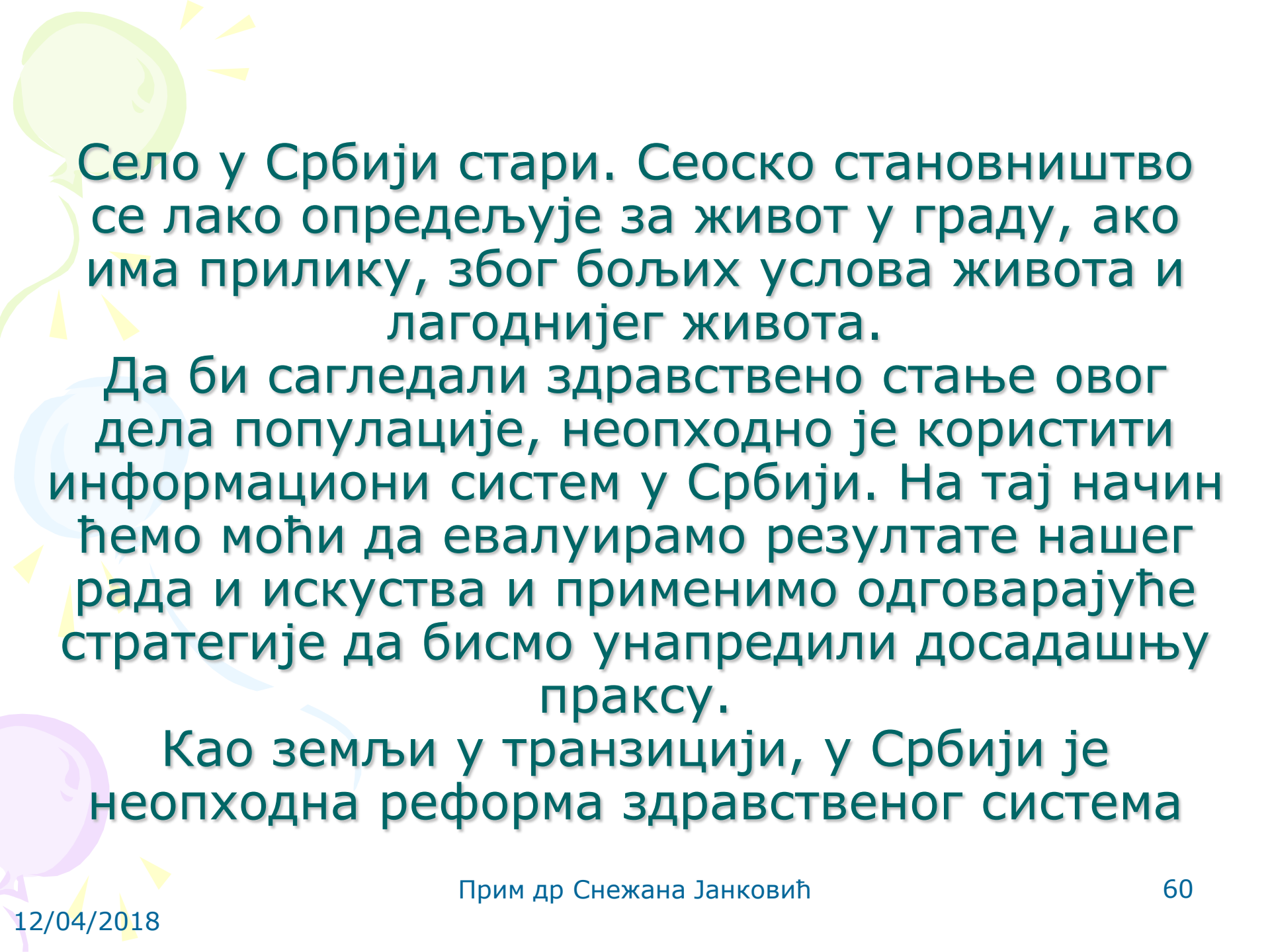
Међу женама на селу 37% никада није уплаћивало доприносе за ПИО, док је међу мушкарцима та стопа 24%.

Код жена које се налазе у статусу помоћних чланова домаћинства, стање је још неповољније – чак 93% не уплаћује пензијско осигурање.

Из актуелног начина извештавања о функционисању служби на примарном нивоу за сада је недоступан податак о морбидитету и морталитету овог дела популације у Републици

Србији






Село у Србији стари. Сеоско становништво се лако опредељује за живот у граду, ако има прилику, због бољих услова живота и лагоднијег живота.

Да би сагледали здравствено стање овог дела популације, неопходно је користити информациони систем у Србији. На тај начин ћемо моћи да евалуирамо резултате нашег рада и искуства и применимо одговарајуће стратегије да бисмо унапредили досадашњу праксу.

Као земљи у транзицији, у Србији је неопходна реформа здравственог система




„Први и најприроднији услов човековог напретка је здравље. У њему је лепота, снага, дуговечност сваког појединца, па тако и људских заједница, племена, држава и целокупног човечанства“ (Милан Јовановић – Батут, 1847-1940)

“Људи желе да живе у заједницама и у окружењу које обезбеђује и унапређује њихово здравље. Примарна здравствена заштита, са универзалним приступом и социјалном заштитом представља кључни одговор на оваква очекивања. Људи такође очекују од својих власти и одговорних да дефинишу потребне практичне политике које подразумевају мере од локалног до међународног нивоа, без којих примарна здравствена заштита и универзална обезбеђеност здравственом заштитом губе свој смисао и утицај” (СЗО, Извештај о здрављу у Свету за 2008. годину: „Примарна здравствена заштита: Сада, више него икада”)

Из нацрта Стратегије ПЗЗ

Примарна здравствена заштита (ПЗЗ) се реализује, пре свега, кроз промоцију здравља, примарну превенцију и стално унапређење и очување здравља грађана, а инструментализује кроз тимски, итердисциплинарни и мултисекторски рад, као и све друге облике партнерства. Из тих разлога, развој ПЗЗ зависи и од других сегмената друштва поред здравства (просвете, социјалне заштите, екологије, економије, итд.) и друштвених активности (образовања, развоја привреде, економије, менаџмента, итд.) који директно или индиректно доприносе здрављу становништва и реализацији националних стратешких циљева повезаних са здрављем.

У домену државне одговорности за здравље становништва Републике Србије, веома важну улогу имају установе ПЗЗ – домови здравља који треба да буду окосница тимског и мултисекторског рада у овој области. У зависности од потреба и захтева за различитим видовима здравствене заштите, на економичан начин који одговара реалности и квалитету заснованом на доказима, услуге у ПЗЗ су фокусиране не само на појединца, већ и на целокупну популацију, решавајући здравствене проблеме становништва на локалном нивоу, али дајући и несумњив допринос здрављу целокупне заједнице. .



Током последњих две деценије Барбара Старфилд¹ и други аутори су кроз истраживања, јасно указали на улогу коју има примарна здравствена заштита у здравственом систему.

1. Обезбеђеност здравственим радницима у примарној здравственој заштити у популацији је повезана са нижом укупном стопом смртности укључујући и ниже специфичне стопе смртности од обољења кардиоваскуларног система, рака и можданог удара. Добра кадровска обезбеђеност у директној је вези и са нижом смртношћу одојчади и нижим стопама само-процењеног лошег здравља, укључујући и социо-демографске карактеристике (процент старог, мањинског и урбаног становништва, ниво образовања, приходи, незапосленост, загађење) и факторе везане за животне стилове (коришћење појасева у возњи, гојазност и пушење).³⁻⁹
2. Особе које знају своје даваоце услуга у примарној здравственој заштити, више су обухваћени 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 рака, као и бољи исходи после хируршког лечења.¹⁰⁻¹³
3. Степен до којег су развијене карактеристике система примарне здравствене заштите (континуитет, оријентисаност на кориснике, свеобухватност, координисаност, итд.) доводи до боље реализације имунизација, више савета о здравим животним стиловима, боље превентивне здравствене заштите, мањег броја депресивних особа и боље самопроцене сопственог здравља.¹⁴⁻¹⁵

12/04/2018

63

4. Земље са јачим системима примарне здравствене заштите имају здравије становништво. У земљама у којима су циљеви здравствене политике усмерени на обезбеђење здравствених услуга на принципима правичности, универзалне финансијске покривености за здравствену заштиту и промоцију примарне здравствене заштите, имају мање новорођенчади са малом телесном тежином, ниже стопе морталитета код деце, ниже стопе укупног морталитета и укупног превременог (прематурног) морталитета, ниже специфичне стопе морталитета од астме, бронхитиса, емфизема и запаљења плућа, као и кардиоваскуларних и срчаних болести.¹⁶⁻¹⁸
5. Разлике у здравственој заштити засноване на демографским и социо-економским факторима су мање у земљама/регионима са бољим службама примарне здравствене заштите.¹⁹⁻²¹

Из бројних студија у свету, данас постоје непобитни докази 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 улагања у здравље и здравствене системе доприноси економском развоју, конкурентности и продуктивности нације, као и да добро функционисање здравствених система доприноси економском развоју и благостању.⁴

Минастарства здравља 53 земље чланице Светске здравствене организације европског региона су у јулу 2008. године потписала декларацију о здравственим системима. Земље чланице су се у Талинској декларацији *“Здравствени системи за здравље и благостање”* 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 здравственог система на националним и субнационалним нивоима; и
- Обезбедити да здравствени системи буду спремни и способни да одговоре на кризне ситуације, и да ћемо међусобно сарађивати у примени међународних

Министарства земаља потписница ове повеље поштују различитост здравствених система али стоје при томе “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.”⁵

“Детерминанта здравља је фактор који утиче на здравље, било позитивно било негативно. Здравље је детерминисано како унутрашњим факторима, као што су генетика, понашање, култура, навике и животни стил, тако и спољашњим факторима, као што су превентивни, куративни и промотивни аспекти здравственог система, а такође и елементима који су ван сектора здравства укључујући:

- *Економске факторе, као што је тржиште*
- *Социјалне факторе, као што је сиромаштво*
- *Факторе окружења, као што су климатске промене*
- *Технолошке факторе, као што је информативна технологија.” (СЗО, website)*

СЗО је у свом Статуту 1946. године дефинисала здравље као *“стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести или неспособности”*. Ова 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.”*

Мада постоје разлике у начинима на које се примарна здравствена заштита разуме, обезбеђује и пружа у различитим здравственим системима, постоји консензус на нивоу глобалне здравствене заједнице о основној дефиницији ПЗЗ. Министарство здравља Републике Србије је прихватило изворне принципе садржане у Декларацији из Алма Ате о примарној здравственој заштити формулисанае 1978. године. Ови принципи 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 се залаже за примарну здравствену заштиту усмерену на људе. У табели 1. су наведене специфичне одлике примарне здравствене заштите оријентисане на кориснике :

Табела 1. Аспекти који разликују конвенционалну здравствену заштиту од примарне здравствене заштите усмерене на кориснике ¹¹

Конвенционална амбулантна здравствена заштита у клиникама или диспанзерским одељењима	Програми контроле болести	Примарна здравствена заштита усмерена на кориснике
Усмерена на болест и лечење	Усмерена на приоритетна обољења	Усмерена на здравствене потребе
Однос ограничен на тренутке 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 детерминатама болести-здравља
Корисници су конзументи заштите коју купују	Групе стовништва су изабране за интервенције контроле болести	Људи су партнери у управљању сопственим здрављем и здрављем своје заједнице

12/04/2018

Светска здравствена организација, Светски извештај о здрављу: Примарна здравствена заштита – Сада, више него икада, 2008. Женева

68

Прим др Снежана Јанковић

Унапређење доступности и квалитета примарне здравствене заштите

- Здравствена политика Србије усвојена у фебруару 2002, дефинисала је као један од својих циљева *„обезбеђење и унапређење правичног и једнаког приступа здравственој заштити за све грађане Србије...”*¹⁴. У овом документу је по први пут, препозната потреба даљег унапређења здравствене заштите угрожених група становништва.
- И други регулаторни и политички документи као приоритет постављају побољшање приступачности здравствених услуга. Приступачност здравствене заштите проглашена је за право у Уставу Републике Србије у смислу да *“свако има право на заштиту свог физичког и психичког здравља. Деца, труднице, мајке током породилског одсуства, самохрани родитељи са децом до седме године и стари, остварују здравствену заштиту из јавних прихода...”*¹⁵
- Упркос доброј мрежи установа ПЗЗ, доступност и приступачност квалитетним здравственим услугама су препознати као приоритетна питања за већину становника Србије, са посебним акцентом на вулнерабилне групе становништва.

Унапређење доступности и приступачности подразумева следеће компоненте:

- **Финансијска прихватљивост/доступност** – одређује однос између накнада давалаца здравствених услуга и способности или воље корисника да плаћају услуге;
- **Расположивост/обезбеђеност (кадровска, технолошка, просторна)** – одређује у којој мери даваоци услуга поседују одговарајуће ресурсе, као што су кадрови, опрема и простор, како би се задовољиле потребе корисника;
- **Подесност/предусретљивост** – одражава могућност давалаца услуга да организованим радом задовоље потребе и захтеве корисника за различитим здравственим услугама;
- **Приступачност/територијална доступност** – се односи на географску (физичку) приступачност корисника до локације давалаца услуга. Под овим се подразумевају и препреке особама са инвалидитетом да дођу до здравствених служби. То се често означава и као *физички приступ*. Побољшање приступачности треба да укључи уклањање свих баријера, па и промену негативних ставова према одређеним групама (нпр. Ромима), као и приступ информацијама у форматима које могу користити слабовиде или глувонеме особе, неписмене особе, или представници језичких мањина, итд;
- **Прихватљивост/степен свести** – подразумева колико је корисник у стању да прихвати неке непроменљиве одлике давалаца услуга и обрнуто. У ове одлике спадају: старост/узраст, пол и друштвени статус, етничка припадност давалаца и корисника, као и питања културе (McLaughlin and Wzscewianski, 2002).

Учешће грађана/пацијената у очувању сопственог здравља и јачању система ПЗЗ

- Здравствени исходи пацијената су унапређени када су они укључени у управљање сопственим здрављем и здравственом заштитом. Раније, пацијентима је давано мало информација које би могле помоћи у управљању сопственим здрављем. На пример, млада особа којој је потребан савет о здравим односима између мушкараца и жена и сексуалности, изјављује да нерадо о овоме пита свог изабраног лекара, а информације се ретко нуде. Лекар, пак, изјављује да му је потребан додатни тренинг како би саветовао младу особу.
- Раније је искључиво Министарство здравља било задужено за здравствени систем и све одлуке су доношене централизовано. То је онемогућавало брзо прилагођавања услуга ПЗЗ потребама локалног становништва. Преношењем одговорности за оснивање и целокупни рад дома здравља на ниво општине, створена је могућност да се локалне заједнице укључе у здравствену заштиту на својој територији и управљају објектима ПЗЗ. Грађани који разумеју ова питања и који су укључени заједно са локалним властима, могу бити ресурс у управљању системом на више начина.

Јачање процеса децентрализације и могућности одлучивања о ПЗЗ од стране грађана

- Локалне самоуправе у Србији добијају значајније улоге и одговорности у јавним секторима. У здравственом сектору, њихова улога превазилази капиталне инвестиције и управљање и подразумева ширу координацију, планирање и обезбеђивање здравствених и других комплементарних услуга. Улога локалне самоуправе је нарочито битна у превентивним активностима и пружању примарне здравствене заштите. Локалне самоуправе и Министарство здравља блиско сарађују и у одлучивању о изгледу и развоју јавноздравствених програма, како би се побољшала делотворност пружених здравствених услуга и ускладила са потребама становништва.

Систем ПЗЗ у Србији ће се базирати на:

- 1) Усмерености на побољшању здравственог стања грађана, са више промоције здравља засноване на доказима и активностима на превенцији обољевања, кроз партнерство са другим владиним секторима, локалним самоуправама и невладиним сектором.
- 2) Побољшању доступности услугама примарне здравствене заштите са корисником у центру система за све грађане и грађанке Србије, са посебним нагласком на рањиве групе становништва. Ово укључује како физичку доступност, тако и доступност *одговарајуће* здравствене заштите. Корисници ће бити укључени у планирање, праћење и учешће у организацији своје здравствене заштите као и у организацију пружања услуга
- 3) Унапређењу транспарентности и одговорности на свим нивоима система (министарство, локалне самоуправе, установе, итд.).
- 4) Јачању сарадње између јавног и приватног сектора.
- 5) Развоју рационалне мреже примарне здравствене заштите која укључује здравствену заштиту у заједници и адекватне везе (процесе упућивање) са секундарним и терцијарним сегментима/нивоима здравствене заштите.
- 6) Употреби истраживања, иновација и технологије у циљу повећања ефикасности, ефективности и квалитета услуга у примарној здравственој заштити.
- 7) Раду са одговарајућим чиниоцима у систему, укључујући медицинске факултете и друге образовне установе, да би се обратила пажња на питања људских ресурса у здравству и пружање доступних услуга високог квалитета у ПЗЗ.

12/04/2018

Прим др Снежана Јанковић

73

ПРИНЦИПИ


- 1) **Интегрисаност** - ПЗЗ ће бити прва тачка контакта у систему здравствене заштите усмереном ка корисницима и биће адекватно повезана са вишим нивоима здравствене заштите. Промоција здравља и превенција болести ће заузимати централно место у ПЗЗ.
- 2) **Ефикасност** - ПЗЗ ће бити у стању да брзо одговори на потребе становништва, пружајући доступне услуге одговарајућег квалитета, у складу са доступним ресурсима.
- 3) **Правичност и једнакост** – ПЗЗ ће бити једнако доступна за услуге које пружа свим грађанима и грађанкама, поштујући начела приступачности и правичности.
- 4) **Улога корисника** – ПЗЗ ће обезбедити улогу корисника у планирању, надзору и оцењивању система.
- 5) **Заснованост на доказима** - ПЗЗ ће пружати услуге засноване на доказима, како би се обезбедила ефикасност и континуирано унапређење квалитета.
- 6) **Сарадња** - ПЗЗ из мреже државних установа ће радити на јачању сарадње са приватним сектором у пружању квалитетних здравствених услуга.
- 7) **Партнерство** - Услуге ПЗЗ ће адекватно одговорити здравственим потребама становништва у локалним заједницама, уз тесну сарадњу са другим релевантним субјектима.
- 8) **Квалитет** – Даваоци услуга у ПЗЗ ће бити активни учесници у процесу побољшања квалитета и ефикасности услуга.
- 9) **Менаџмент** - Планирање и управљање људским ресурсима, као и само пружање услуга ће се спроводити у складу са највишим принципима организације ПЗЗ, стављајући акценат на принцип родне једнакости.

Основне вредности система примарне здравствене заштите ће бити:

- приступачност и доступност,
- правичност и ефикасност,
- безбедност за пацијента,
- брзина у одговору,
- заснованост на доказима
- висок квалитет,
- заснованост на правима,
- родна равноправност,
- одрживост и одговорност
- усмереност на кориснике.

Активности на пружању здравствене заштите на примарном нивоу укључују²⁴:

- 1) Заштиту и унапређење здравља, спречавање и рано откривање болести, лечење и рехабилитацију болесних и повређених;
- 2) Превентивну здравствену заштиту групација становништва изложених повећаном ризику обољевања и осталих становника, у складу са посебним програмом превентивне здравствене заштите;
- 3) Здравствено васпитање и саветовање за очување и унапређење здравља;
- 4) Спречавање, рано откривање и контролу малигних болести;
- 5) Спречавање, рано откривање и лечење болести уста и зуба;
- 6) Патронажне посете, лечење и рехабилитација у кући;
- 7) Спречавање и рано откривање болести, здравствену негу и рехабилитацију за лица смештена у установе социјалног старања;
- 8) Хитну медицинску помоћ и санитетски превоз;
- 9) Фармацеутску здравствену заштиту;
- 10) Рехабилитацију деце и омладине са сметњама у телесном и душевном развоју;
- 11) Заштиту менталног здравља;
- 12) Палијативно збрињавање;
- 13) Друге послове утврђене законом.



Стоматолишка здравствена заштита је саставни део примарне здравствене заштите у Србији. До јануара 2006. године, стоматолошке здравствене услуге биле су покривене обавезним здравственим осигурањем у пуном износу, без плаћања или партиципација, за све осигуранике и за скоро све процедуре. Тада је одлучено да велика већина стоматолошких здравствених услуга за одрасле буде изузета из сета услуга које покрива Републички завод за здравствено осигурање.

Поред изабраног лекара, у Србији, становништво треба да буде регистровано и код изабраног стоматолога. Стоматолози могу да региструју између 1000 и 1700 деце или између 8000 и 12000 одраслих.

Уназад двадесет година, у Србији постоје програми превенције и раног откривања поремећаја оралног здравља који укључују здравствено образовање и превентивне стоматолошке и профилактичке мере за превенцију поремећаја оралног здравља код трудница и деце до 18 година старости, као и за старе са озбиљним менталним и физичким болестима. Министарство здравља је 2002. године оформило Републичку стручну комисију за стоматологију.³⁷

Веза између оралног и општег здравља је добро документована и доказана. Ризични фактори, као што су конзумирање дувана и алкохола, лоша исхрана и лоша орална хигијена могу да узрокују карцином уста и грла и других органа. Лоша орална хигијена поред болести уста и зуба доприноси развоју и нпр., респираторних болести.

Стратегије превенције болести уста и зуба и промоције оралног здравља могу се примењивати на целу популацију, као и на посебне циљне групе као што су деца и млади. У Светском извештају о оралном здрављу³⁸, Глобални програм СЗО за орално здравље формулисао је политике и неопходне активности за унапређење оралног здравља. Стратегије промоције оралног здравља су обично комплементарне општим здравственим стратегијама. На Скупштини СЗО 2007. године, усвојена је декларација у којој су се земље чланице заузеле за веће укључивање програма оралног здравља: *“Промоција оралног здравља је исплатива стратегија којом се смањује појава обољења уста и зуба и одржава орално здравља и унапређује квалитет живота. Она је такође саставни део опште промоције здравља, с обзиром да орално здравље један од чинилаца општег здравља и утиче на квалитет живота”*.³⁹ Документ СЗО *«Орално здравље у друштвима која старе - Интеграција оралног и општег здравља»*⁴⁰ представља додатне доказе и препоруке за здравствене политике.

Истраживања такође показују да приступ стоматолошким службама има исте препреке као и приступ другим службама. Препреке укључују социјалне, психолошке, емоционалне, економске услове као и услове окружења. Стратегије јачања превентивних програма у вези са оралним здрављем у оквиру ПЗЗ морају се развијати са циљевима индикаторима којима можемо мерити успешност ових програма. 78

Постоји више дефиниција здравствених потреба:


“Здравствене потребе су научно детерминисани недостатак здравља који захтева превентивне, куративне, и када је неопходно, мере контроле и ерадикације”, или “објективно или од стручњака утврђено одступање од здравља у популацији, у породици или код појединца, укључујући и мере које би требало предузети да се та одступања уклоне или умање”

Према критеријуму који одређује да ли је појединац свестан здравствене потребе или је није свестан, разликујемо:

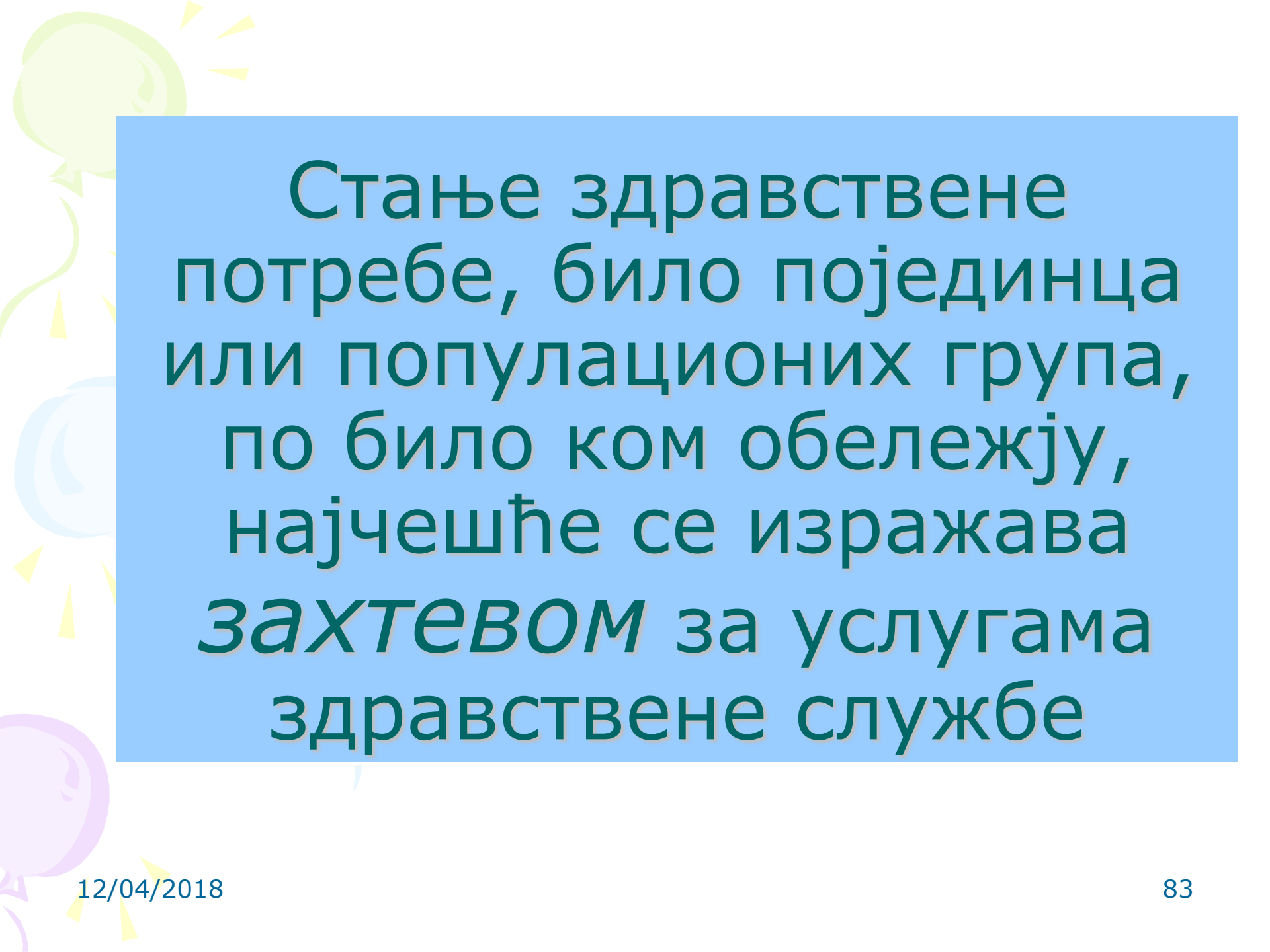
- *Опажене* (видљиве или апарентне-оне које се препознају у виду морбидитета и морталитета-“феномен леденог брега” *Morris1957.*)
- *Неопажене* (инапарентне-захтеви ретко стижу до здравствене службе)

Професионално дефинисане потребе за здравственим услугама су оне које препознају експерти или професионалци у здравству, које се континуирано мењају и усклађују са актуелним достигнућима науке, друштвеним тенденцијама и вредностима или вредносним кодексима самих експерата.

- Или ***НОРМАТИВНЕ*** здравствене потребе



**Научно потврђене
здравствене потребе или
упоредиве,
до којих се долази
проучавањем карактеристика
становништва које добија
здравствене услуге и
идентификацијом група са сличним
обележјима, као и група под
ризиком да да оболе од неких
болести, односно популационох
група у стању одређених потреба.**



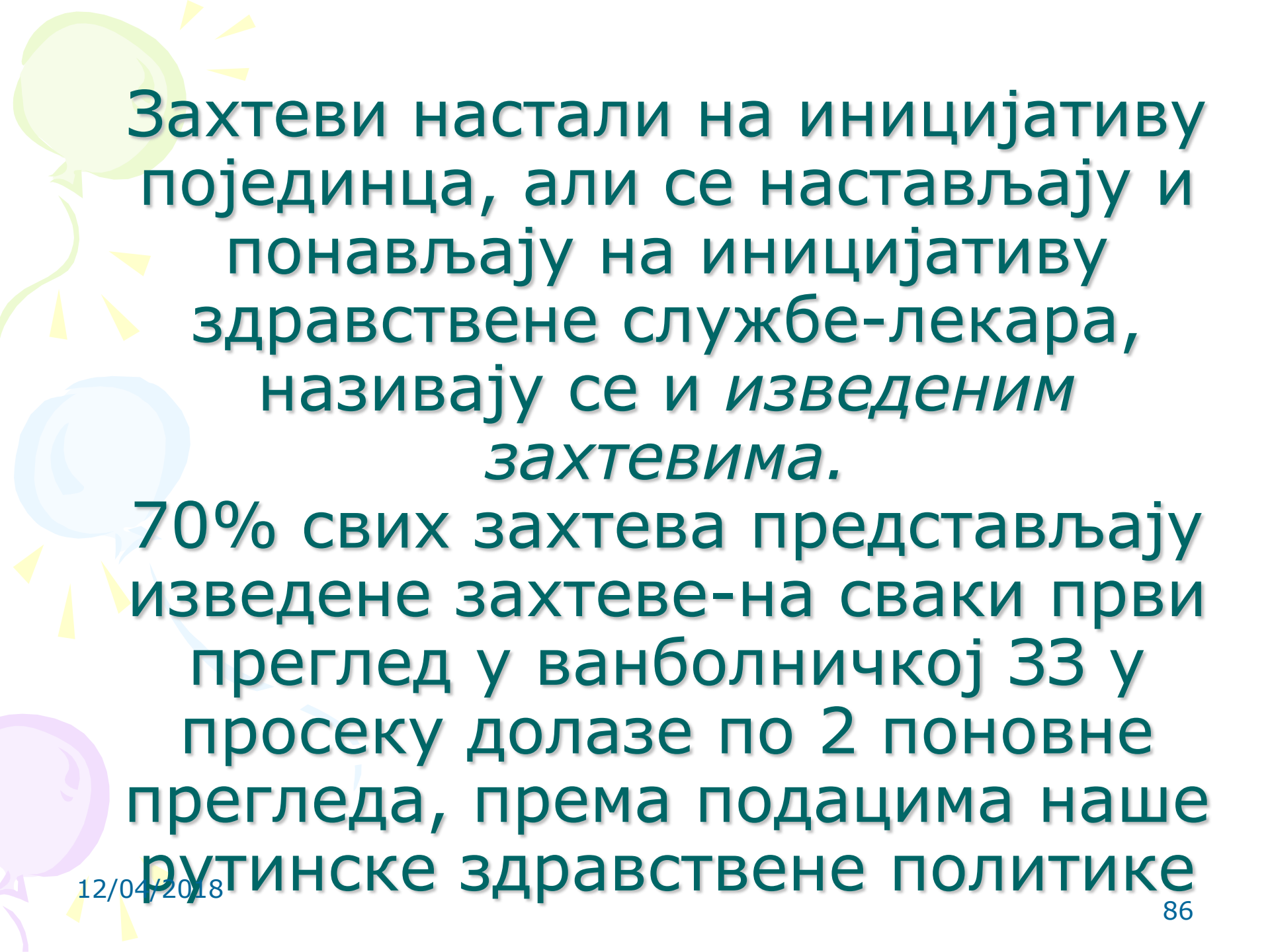
Стање здравствене
потребе, било појединца
или популационих група,
по било ком обележју,
најчешће се изражава
ЗАХТЕВОМ за услугама
здравствене службе

Захтев за услугама здравствене службе се може дефинисати и као:

“Иницијатива да се примећена здравствена потреба задовољи” и у постојећем Систему здравствене заштите код нас се упућује прво лекару примарне здравствене заштите, који је како се то популарно каже “чувар капије здравственог система”

Препреке на путу трансформисања здравствене потребе у захтев:

- Неупућеност у могућност помоћи
- Страх од пружања здравствене услуге и њеног исхода
- Оптерећеност неповерењем према лекару или лекарској професији
- Наклоност неким другим облицима лечења (алтернативна медицина, врачевеи, парапсихолози, свештена лица, итд.)



Захтеви настали на иницијативу појединца, али се настављају и понављају на иницијативу здравствене службе-лекара, називају се и *изведеним захтевима*.

70% свих захтева представљају изведене захтеве-на сваки први преглед у ванболничкој ЗЗ у просеку долазе по 2 поновне прегледа, према подацима наше рутинске здравствене политике

Коришћење здравствене службе

почиње када се успостави контакт здравствене службе и онога коме је

она потребна, и зависи од:

- корисника и његових особина
- обезбеђености и
- доступности
- степена развијености система здравствене заштите

Процена здравствених потреба становништва

**Шта би требало да буде минимум
права из здравствене
заштите/"корпа" услуга из
здравственог осигурања, што
обезбеђује систем здравствене
заштите?**

Могућности побољшања здравствене заштите у селима Србије

- Као најбоље решење се намеће повезивање малобројних становника заселака са оближњим већим селима кроз систем основних услуга. Неке од тих услуга, оне за стара лица (основне здравствене и социјалне), могле би се пружати у кући корисника, а за неке би требало омогућити уредно путовање у оближње село или град. (1, 2, 8)
- Потребно је да законодавац препозна потребу унапређивања рада следећих служби: Службе кућног лечења: потребан је већи број извршилаца (и лекара и медицинских сестара/техничара), модерна опрема, више возила, итд.; такође је потребно унапредити рад Служби за хитну медицинску помоћ (у мањим градовима не егзистирају Заводи за хитну медицинску помоћ), као и омогућити боље функционисање за медицинске сестре које пружају услуге на терену.

Могућности побољшања здравствене заштите у селима Србије

- Патронажна служба треба бити више искоришћена, јер је чињеница да се у ЗС Србије услуге ППС недовољно користе. Оне су велики потенцијал за део превентивне здравствене заштите. Овај тренутак у делу организације ЗЗ у Србији не подразумева учешће патронаже у куративној ЗЗ, већ само у превентивној ЗЗ.
- Потребно је вратити стару праксу да лекар/медицинска сестра, који раде у сеоској средини имају припадајући стан у селу у коме раде.
- вратити праксу да лекар који ради најдуже на терену /у сеоској амбуланти) има предност преласка у град, већа плата за лекаре који раде на селу/терену
- да Министарство здравља Србије омогући одговарајућу специјализацију лекару који ради 5 година на селу.
- Укључивање локалне заједнице
- Пројекти
- Даља децентрализација и реформа ЗЗ

Предлог мера које се односе на ЗЗ:

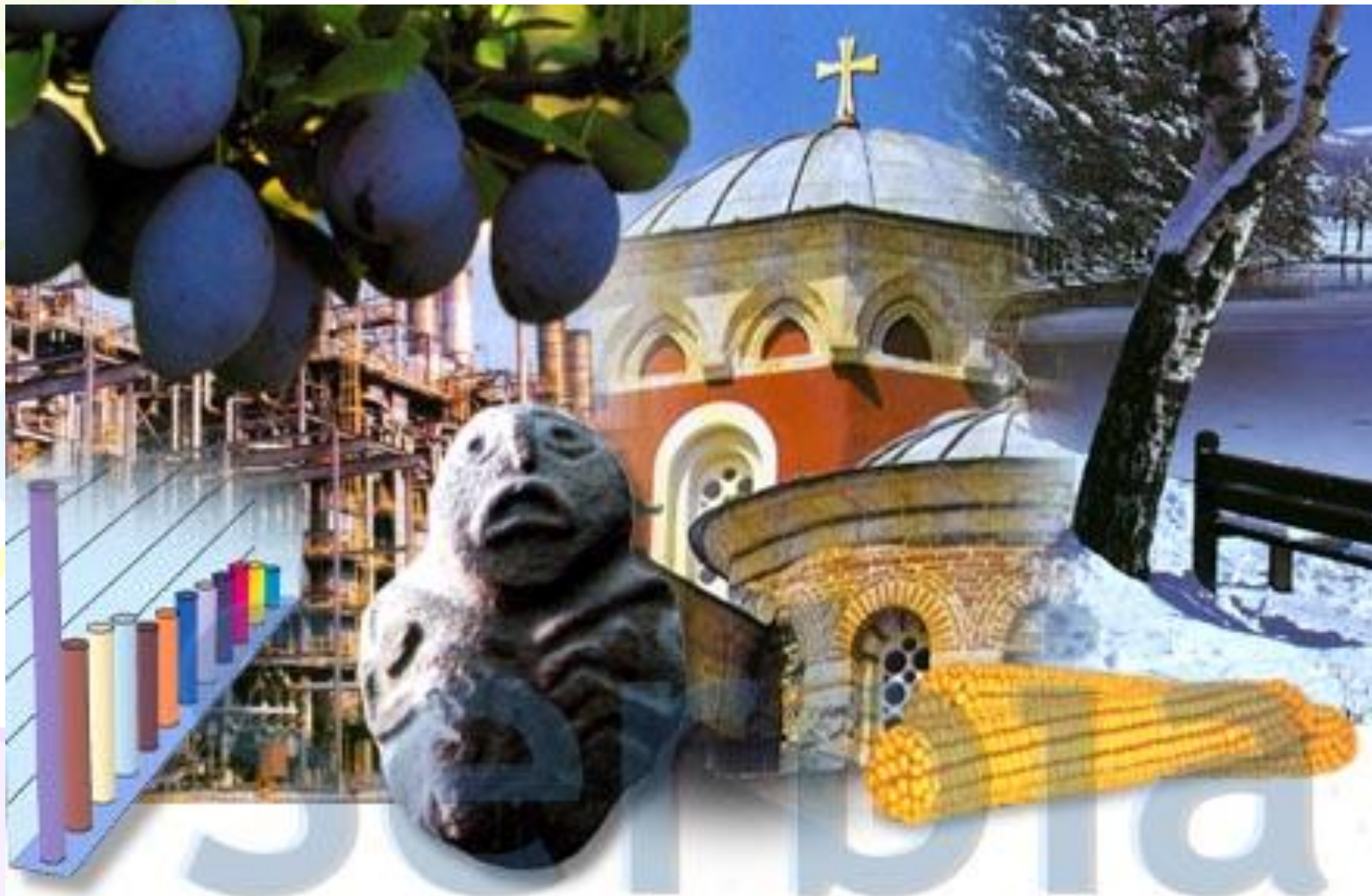
- Повећати обухват жена са села здравственим осигурањем.
- Повећати доступност превентивне здравствене заштите и
- појачати промоцију здравља у удаљеним руралним областима.
- Подизати свест о значају пензијско-инвалидског осигурања И информисати жене о могућностима регулисања овог облика осигурања.

ЛИТЕРАТУРА

1. „Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije“ (2011). Institut za javno zdravlje Srbije.
2. *Zdravlje stanovnika Srbije* (2008). Institut za javno zdravlje Srbije.
3. Bogdanov, N. (2007) *Mala ruralna domaćinstva u Srbiji i ruralna nepoljoprivredna ekonomija*, Beograd: UNDP.
4. Projekat politika primarne zdravstvene zaštite na Balkanu- treći dijalog o zdravstvenoj politici- *Obim i sadržaj primarne zdravstvene zaštite u Srbiji, 30. jula do 1. avgusta 2008. godine. Institut za javno zdravlje Srbije “Dr Milan Jovanović Batut”*: Pregled ustanova i usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
5. Izveštaj o spoljašnjem ocenjivanju za DZ Bela Palanka. Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije, Ministarstvo zdravlja RS, EU. Bela Palanka, decembar 2010

ЛИТЕРАТУРА

6. Cvejić, S., Babović M., Petrović, M., Bogdanov, N i Vuković, O. (2010) *Socijalna isključenost u ruralnim oblastima Srbije*, Beograd: UNDP.
7. Bogdanov N., Tomanović S., Cvejić S., Babović M., Vuković O. (2011) „Pristup žena i dece uslugama u ruralnim oblastima Srbije i predlog mera za unapređenje stanja”
8. *Evropska platforma za borbu protiv siromaštva i socijalne isključenosti: Evropski okvir za socijalnu i teritorijalnu koheziju*, Evropska komisija, 2010.
9. *Napredak u realizaciji milenijumskih ciljeva razvoja u Republici Srbiji*. 2009, Vlada RS, UN.
10. Available at:
http://www.who.int/hrh/migration/hmr_core_expert_euripa_wonca.pdf
11. Zakon o obaveznom socijalnom osiguranju. Službeni glasnik RS, broj 62/2006.
12. Zakon o penzijsko-invalidskom osiguranju . Službeni glasnik RS, broj 34/03.



12/04/2018

Прим др Снежана Јанковић

94

HVALA NA PAŽNJI

