



НОВА ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА СРБИЈЕ ДО 2025 ГОДИНЕ

Грађани Србије оправдано очекују промене у здравственом систему и здравственој политици, које ће им донети боље услове и побољшање положаја у остваривању здравствене заштите. Здравствени радници, такође у бољим условима рада и примањима достојним човека у овој врло одговорној професији. Ова здравствена политика је базирана на уставном и законском поретку Србије, циљевима које су зацртале неке од земаља Европе, које нам могу служити за пример.

Она је утемељена на дугој традицији српског националног схватања солидарности: солидарност здравих са болеснима, богатих са сиромашнима и младих са старијима. Брига за здравље, бољи квалитет живота свих грађана уградиће се у све државне политике Републике Србије, као обавеза свих институција и појединаца под мотом: Сви за здравље, Здравље за све, Здравље важније од свега !

Здрави грађани су основ развоја и просперитета сваке земље, јер само здрави доприносе социјалном и економском развоју. У том контексту, систем здравствене заштите није облик потрошње, већ врста инвестиције у остваривању свеукупног развоја друштва. Здравље има кључни утицај на способност људи за свакодневни живот и њихов допринос друштвеном и економском напретку, односно општем успеху земље. Зато на здравље треба гледати као на највећи национални ресурс, који заслужује континуирано старање и стратешки заснован развој. Право на здравље и здравствену заштиту јесте једно од основних људских права и сви треба да уживају у најбољем здрављу и квалитету живота – свако у Србији треба да има прилику на избор здравих начина живота и живот у окружењу које даје подршку здрављу.

Дијагноза

Овај документ политике здравствене заштите, долази након краха и колапса, који је доживела политика здравствене заштите, утврђена од стране Владе Републике Србије **2002 године**, обзиром да за 15 година готово ни један од тада постављених циљева није остварен. Крах је резултат неиспуњених обећања, непланског импровизаторског развоја, намерних обмана и међустраничких кадровских комбинаторика, као и корупције, која је усађена у систем здравствене заштите и нажалост постала водећи погубни фактор уређивања односа у њему, од кога скоро да нема одбране. Та политика створила је дубок јаз између здравствених радника и грађана, а лекаре извела безразложно на стуб срама, као корумпиране службенике, иако огромна већина њих живи скромно и од своје зараде и не учествује ни у каквој корупцији. Стога је враћање достојанства медицинској струци и успостављање новог поверења и међусобног уважавања здравствених радника и грађана важан циљ ове политике.

Циљеви нове здравствене политике Србије за период до 2025 године јесу:

1.Обнављање становништва и стимулација свим инструментима државне и здравствене политике рађања здравог потомства, јер без обнове становништва нема смисла ни држава, ни закони, ни здравствена политика. *Због недостатка адекватне*



MEDICINSKI AKADEMSKI FORUM

Osnovan u Beogradu 2002 godine /Medical Academic Forum *Established in Belgrade 2002*

популационе политике, изостанка уграђивања циљева и мера у све друге па и здравствену политику, као и немара с тим у вези Србија у последњој деценији живи најтежу депопулациону драму, сваке године је мања за један осредњи град од 36.000 становника;

2. **Очување и унапређење здравственог стања** становништва Србије и јачање здравственог потенцијала нације, кроз стално и систематско развијање здравих стилова и унапређење квалитета живота сваког појединог грађанина, породица и заједница;
3. **Једнак и правичан приступ здравственој заштити** свих грађана Србије, за исте потребе, као и стално унапређење здравствене заштите посебно осетљивих популационих група;
4. **Постављање пацијента у центар система** здравствене заштите, кроз јасно дефинисање његових права у здравственом осигурању, заштиту људских права у коришћењу здравствене заштите и уважавање његове воље и обезбеђење сагласности, за све поступке везане за његово здравље и здравствену заштиту;
5. **Одрживост здравственог система**, на основу јасно дефинисане макро и микроекономске политике здравства, планирање развоја и рада, обезбеђење максималне транспарентности ради сузбијања корупције и обмана и селективну децентрализацију у области управљања ресурсима, и ширење извора и начина финансирања;
6. **Побољшање функционисања, ефикасности и квалитета** здравственог система уз дефинисање посебних државних програма у области превенције болести, раног откривања и ефикасног лечења кроз дефинисање мреже институција у државној и приватној својини, технологија и медицинског снабдевања;
7. **Утврђивање улоге и функција приватног сектора** у пружању здравствених услуга целокупном становништву, на основу студије економске одрживости обављања послова за национално здравствено осигурање и комплементарности организације здравствене службе;
8. **Унапређење људских ресурса здравствене заштите**, кроз функционалан систем едукације будућих здравствених радника, као и континуирану едукацију и сталну проверу знања и вештина запослених. *За организовање и спровођење одрживог система континуиране едукације здравствених радника и сарадника треба да буде задужен Медицински факултет у Београду и Институт за јавно здравље „Батут“.*

У здравственом систему Србије већ постоји завидан ниво развијености мреже институција и обезбеђености становништва здравственим радницима, посебно у примарној здравственој заштити, али нема неопходног сталног праћења и прилагођавања, узимајући у обзир промене друштвеног и економског окружења и здравствених потреба, које се непрекидно мењају. **Концепт изабраног лекара примарне здравствене заштите** треба реализовати увођењем економских инструмената награђивања лекара за бољи и квалитетнији рад, уместо парола и претњи укидањем права у здравственом осигурању. То се такође односи на унапређење квалитета здравствене заштите, који се мора осигурати континуираном едукацијом, сталним и планским улагањима у



MEDICINSKI AKADEMSKI FORUM

Osnovan u Beogradu 2002 godine /Medical Academic Forum *Established in Belgrade 2002*

побољшање услова рада, награђивању вишег квалитета и економском кажњавању, оних који својим незнањем и нерадом смањују квалитет и урушавају поверење грађана у здравствени систем. То ће се такође осигурати сталном контролом и провером знања и вештина здравствених радника и спровођења утврђених процедура, као и спровођења правила службе утврђених водичима добре клиничке праксе и фармакотерапијским протоколима.

Србији је неопходна суштинска децентрализација и научно утемељена нова **регионална организација здравства** са планирањем на регионалном и институционалном нивоу, као предуслову одрживости система. Последњих 15 година карактерише хаотичан развој уз одсуство планског инвестирања и антипланску кампању, чији је резултат стварање неодрживог здравственог система. Сада у многим местима имамо скенере и магнетне резонанце, као и друге високо софистициране технологије, али нема радиолога, који би могли да интерпретирају налазе, тако да је искоришћеност тих технологија недозвољиво ниска, а на прегледе се широм земље чека недозвољиво дуго. Недостају патологи и лабораторије у којима се доносе одлуке, око коначних дијагноза па самим тим и начина лечења. Недостају анестезиолози и реаниматолози, а појам интензивиста није још одомаћен међу специјализацијама и специјалностима. Интензивна и постоперативна нега је у тешком, недозвољиво тешком стању. Немамо ни један траума центар I нивоа, према међународним стандардима, чему је по потенцијалима најближа Војно-Медицинска Академија, али она још није постала опште доступна народна болница. Нема готово никакве поделе рада међу институцијама секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите, нико се озбиљно не бави болницама, а у њима се троши 60% средстава у здравственој заштити. Конкретним економско-финансијским инструментима може се и треба мобилисати увођење приватног капитала у инвестиције у здравственој делатности, што значи и стимулације отварања капацитета примарне, секундарне и чак терцијерне заштите у складу са планом мреже. Њих треба директно финансирати кроз откуп спектра и обима услуга, од стране националног система обавезног здравственог осигурања, као и осигуравајућих компанија, које ће се формирати у систему допунског здравственог осигурања. Закони којима се уређује јавно-приватно партнерство неопходан су предуслов оваквом развоју.

Главни циљ нове здравствене политике, јесте очување и унапређење здравља и квалитета живота становништва Србије и социјално-економска одрживост система здравствене заштите. То се може постићи обезбеђењем солидарности и једнакости између здравих и болесних, сиромашних и богатих, старих и младих, као и кроз стварну родну равноправност, са акцентом на посебно осетљиве групације становништва, уважавање права и указивање на обавезе грађана према сопственом здрављу. Здравствени систем треба да осигура физички, географски и економски доступну и приступачну здравствену заштиту интегрисану кроз вертикалну повезаност примарног, секундарног, терцијерног нивоа и хоризонталну повезаност у систему у односу на локалне заједнице. Квалитетну здравствену заштиту, кроз стално унапређење квалитета заштите и право корисника на избор лекара и информисаност са правом на самоодлучивање пацијената. Правдање малим издвајањима за здравствену заштиту од око 250 евра јесте основано, али је чињеница да се и са овако малим издвајањима може много више и много боље, бољим уређењем здравственог система функционалнијим прописима и посебно новим Законом о организацији здравствене службе, којим ће се прецизирати обавезе свих институција и појединаца у њима. Увођењем савременог информационог система и коначно: електронског рецепта, електронског пута, електронског заказивања прегледа и услуга,



MEDICINSKI AKADEMSKI FORUM

Osnovan u Beogradu 2002 godine /Medical Academic Forum *Established in Belgrade 2002*

електронског здравственог картона и другим сервисима базираним на коришћењу савремених комуникационих технологија.

Фактори ризика за бројне хроничне незаразне болести, као што су пушење, хипертензија, хиперхолестеролемија, гојазност, неправилна исхрана, физичка неактивност, ризици присутни у животној средини и злоупотреба алкохола и психоактивних супстанци имају све већу улогу. У Србији је у 2015. г. пушило 34 % одраслог становништва и 15% младих узраста 15–19 година, а 46% одраслог становништва имало је хипертензију или је потенцијално могло да оболи од повишеног крвног притиска, 18% одраслих и 6% деце и омладине узраста 7–19 година било је гојазно, 74% одраслих становника било је физички неактивно, док је 40% одраслих свакодневно или повремено конзумирало алкохол. Забрињавају и подаци о употреби алкохола међу младима, јер је навику опијања, бар једном месечно имало 5% младих у Србији, док се свако четврто дете, односно адолесцент узраста 12–19 година, (25%) напило бар једном у животу, и то скоро сваки трећи дечак и свака пета девојчица. Превентивни програми морају се оријентисати на смањење учесталости фактора ризика, усвајање адекватних животних навика и понашања, унапређење здравља становништва Србије.

План мреже здравствених установа Србије обухвата 375 здравствених установа у државној својини и то: 167 домова здравља, 41 апотека, 16 завода на примарном нивоу, 40 општих болница, 40 специјалних болница за акутна и хронична стања и за рехабилитацију, 4 клиничко-болничка центра, 6 клиника, 13 института, Војно-медицинска академија, 4 клиничка центра, 37 института и завода који обављају делатност на више нивоа, од којих су четири институти и 23 завода за јавно здравље. Укупан број постеља утврђен Планом мреже износи 38.590, чиме је постигнута обезбеђеност од 525 постеља на 100.000 ст., што је нешто мање од просека ЕУ (570 на 100.000 ст.), а значајно мање од просека европског региона СЗО који износи 668 постеља на 100.000 ст. У здравственим установама из Плана мреже било је укупно 114.000 запослених. У Србији је, у односу на број запослених у здравственим установама из Плана мреже, постигнута обезбеђеност од 281 лекара на 100.000 ст., док је у ЕУ тај број нешто већи – 321 лекар на 100.000 ст.. У примарној здравственој заштити постигнута је обезбеђеност од 81 лекара на 100.000 ст., односно једног лекара на 1.200 становника. Здравствена заштита која се пружа у установама стационарног типа и даље ангажује највећи број лекара, око половине од укупног броја. Ако се посматра обезбеђеност становништва лекарима у односу на укупан број лиценцираних лекара у Републици Србији (28.413 према подацима Лекарске коморе Србије) она износи 387 лекара на 100.000 ст.. Број медицинских сестара-техничара у Србији је 572, док је у ЕУ тај број већи за једну трећину и износи 745 на 100.000 становника. Међутим, ако узмемо у обзир укупан број лиценцираних медицинских сестара и здравствених техничара (50.801 према подацима Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије), онда је обезбеђеност становништва медицинским сестрама ближа просеку ЕУ и износи 721 медицинска сестра на 100.000 становника. Удео административно-техничких радника у укупном броју запослених, мада континуирано смањиван, и даље је висок и износи је 25,5%. Број незапослених лекара, стоматолога и фармацеута од 2000. године показује тренд раста, са највећим вредностима забележеним 2005. и 2006. године, да би у 2015. години износио укупно 3.500. Пораст незапослених здравствених високообразованих кадрова највећим делом је последица недостатка националне политике планирања уписа и школовања, запошљавања и сталног усавршавања



MEDICINSKI AKADEMSKI FORUM

Osnovan u Beogradu 2002 godine /Medical Academic Forum *Established in Belgrade 2002*

здравствених радника и сарадника. Школовање једног лекара траје најмање 6 година, а цена износи близу 100.000 евра. У Србији се улаже у обнављање и набавку медицинске опреме, посебно опреме високе технолошке вредности, тако здравствене установе располажу са: два апарата за позитрон емисиону томографију, 38 апарата за магнетну резонанцу, 90 апарата за компјутеризовану томографију, 14 линеарних акцелератора и 75 мамографа од којих су два покретни дигитални мамографи. Коришћење ових уређаја је неадекватно у државном сектору здравства и док пацијенти чекају на дугим листама неки уређаји раде само пар сати, што се објашњава недостатком лекара радилога. У Србији здравствене услуге становништву пружају се, поред здравствених установа у државној својини, и у здравственим установама у приватној својини и приватној пракси. Почетком 2015. године у Републици Србији било је регистровано преко 5.000 јединица здравствене службе у приватној својини, од чега су 7 домови здравља, 72 болнице, 136 поликлиника, око 1.200 лекарских ординација, 2.000 стоматолошких ординација, 1.400 апотека и 200 различитих лабораторија и дијагностичких ординација. Читав овај систем институција и здравствених радника у њима стално очекује нормативно уређивање њиховог положаја, права, обавеза и одговорности, очекује организовану и ефикасну државну управу, која им помаже у остваривању њихових задатака, а добија половична решења и сталну неизвесност.

Коришћење здравствене службе има стабилан ток годинама, а просечан број посета службама домовна здравља у 2014. години износио је 8 посета по становнику, што је знатно више од просека у ЕУ (6,8). Приметна је територијална неуједначеност у коришћењу примарне здравствене заштите, а резултати Студије о животном стандарду показују мање коришћење здравствених услуга међу сиромашним и социјално осетљивим групама становништва (здравствено неосигурани, Роми, избегла и расељена лица, незапослени). У Србији је регистровано 1,12 милиона болнички лечених у 2014. години. Просечна дужина лечења је у протеклих 10 година смањена за 3,6 дана и у 2014. години износила је 9,5 дана, што је веома близу просечне вредности у ЕУ (9 дана). Просечна дневна заузетост постеља у стационарним здравственим установама за краткотрајну хоспитализацију у Србији износила је 69,8%, што је мање како од просека у ЕУ (76,3%), тако и од европског просека (79,1%). Низак ниво заузетости постеља не може се тумачити само као резултат вишка постељних капацитета, већ као резултат деловања више фактора, као што су неодговарајућа дистрибуција постеља у односу на актуелне потребе и традиционални начин финансирања капацитета здравствених установа.

Животна средина са физичким, биолошким, хемијским, друштвеним и психосоцијалним факторима има значајан утицај на здравље људи, иако се њихово дејство на здравље може приметити након много година. Према експертским мишљењима, око трећина здравствених проблема може бити директно повезана са факторима животне и радне средине. Деца, труднице и стари су нарочито осетљиви на утицај фактора ризика из животне средине. У Србији прикључак за воду у кући, односно стану износи 95%, а безбедне изворе воде за пиће према националној статистици наводно користи 99% популације. Квалитет воде за пиће разликује се од округа до округа и зависи од самог порекла воде, састава земљишта и техничко-технолошког третмана прераде воде. У последњих десет година, уочен је тренд побољшања микробиолошке исправности и физичко-хемијског квалитета воде за пиће. Утицај загађења ваздуха доприноси развоју хроничних болести дисајних органа. Главни извори загађења ваздуха у Србији припадају енергетском сектору (термо-електране), рафинеријама нафте, локалним топланама, кућним



MEDICINSKI AKADEMSKI FORUM

Osnovan u Beogradu 2002 godine /Medical Academic Forum *Established in Belgrade 2002*

ложиштима на течна и чврста фосилна горива, саобраћају, као и несанитарним депонијама чврстог отпада, док су главни узроци аерозагађења сагоревања некавалитетног лигнита, нерационално и неефикасно трошење енергије, неефикасне технологије сагоревања фосилних горива, као и неадекватно одржавање индустријских постројења. У све већем броју насеља обавља се континуирано мерење основних параметара загађења ваздуха. У Србији је посебно критична област управљања чврстим и течним отпадним материјама, нарочито медицинским отпадом. Отпад се прикупља неселективно, па се често у комуналном отпаду налазе и поједине категорије индустријског и медицинског отпада. Када је у питању чврсти отпад, највећи проблем је његово неконтролисано одлагање и стварање „дивљих” депонија. У циљу отклањања и умањења утицаја ризичних фактора на здравље становништва последњих година интензивирају се мултисекторски приступи.

Предстоје бројне и суштинске промене дефинисане 21 тачком за промене које су неопходне и могуће:

1. Неопходно је утврдити **чињенично стање** у вези развоја здравствене заштите од 2002 године када је утврђена здравствена политика Владе Републике Србије, до краја 2015. Потребна је свеобухватна финансијска и стручна ревизија стања у здравственом систему. Треба утврдити разлоге промашаја у вођењу здравствене политике. Ово пре свега да се грешке не би понављале и умножавале.
2. Треба утврдити Нову здравствену политику кроз документ Владе Републике Србије (консензус око здравствене политике вероватно није могућ, због бројних сложених интереса), али је могуће утврђивање већинског става и политике. **Основи политике здравствене заштите у Србији до 2025 године**, је документ сачињен у експертском облику који се упућује на разматрање, односно усвајање Влади Републике Србије, односно Народној Скупштини.
3. Неопходно је одмах приступити доношењу „**Пакета антикорупцијских мера**“ у друштву, држави, а посебно у овој здравствено-заштитној области. У томе је главна мера обезбедити јавност рада у процени стања, кроз истицање на сајту свих докумената о досадашњем раду органа здравства, као и свих здравствених установа од интереса за јавност. Јавност рада здравствене институције, органа управе и осигурања подразумева да регистрација и почетак рада обухвата обавезну веб адресу здравствене установе (сајт), линкован са Министарством здравља Србије по територијалном принципу и карактеру делатности. На сајту се морају наћи сви обавезни елементи делатности: место рада и адреса са телефонима и начином контактирања запослених, радно време, ценовник свих услуга, листа запослених, позиви за давање понуда за набавку код институција које се финансирају из јавних извора, као и одлуке о набавци са свим детаљима цена, као и подацима о изабраном добављачу. На сајту се морају наћи све клиничке студије и истраживања која се реализују са именима истраживача, циљевима истраживања, приходима који се остварују, као и нежељеним ефектима примењених лекова односно дијагностичких и терапијских средстава. Обзиром на јавни карактер здравствене делатности неопходно је уредити све елементе садржаја сајта посебним правилником Министарства здравља.
4. Предложити Народној Скупштини, комплетан пакет закона, како би се одједном, а без "вакума у систему" променила политика и регулатива предлагана претходних година, а законе донете у претходном периоду суспендовати - дисконтинуитет са том политиком је неопходан



MEDICINSKI AKADEMSKI FORUM

Osnovan u Beogradu 2002 godine /Medical Academic Forum *Established in Belgrade 2002*

предуслов промена на боље. Ово удружење је уверено да Србија има трећину квалитетних, трећину неквалитетних и трећину прописа који никада нису урађени. А важећих је око 100 прописа различитог ранга. Стога има спреман пакет прописа састављен од **22 закона од којих 11 сасвим нових и 11 старих измењених и допуњених**. На томе се радило савесно, тимски и стручно последњих 5 година, прилика је и ред да пакет добије право јавности и право на разматрање. По свом карактеру законске одредбе нису нове креације, али јесу креативне компилације европских прописа уз социокултурну и економску адаптацију, на нашу средину. О сваком од њих отвара се расправа у Парламенту и могућност да буду унапређени, стручним иницијативама и научно заснованим ставовима по принципима здравствене заштите засноване на доказима.

5. **Закон о лекарима** се бави категоријом, која броји 28.000 људи. Лекари природно очекују да овим Законом добијају један правни акт, који регулише њихова права и дужности. Овај Закон их уводи у категорију заштићених службених лица, која не могу бити нападана, вређана и понижавана, без последица, како је то сада био случај. Обавезе лекара су савесно и одговорно поступање, лечење у складу са највишим захтевима струке и науке исказаним у водичима добре клиничке праксе, који ће такође брзо бити сачињени и постати саставни део законоправила о раду лекара. Закон о стоматолозима за око 4.000 особа; Закон о апотекарима 4.000 особа и др. истоветно регулишу позиције и одговорности ових двеју важних категорија. Коморски прописи, односно правила не могу бити адекватна замена за законе, а промене у организацији и функцијама као и надлежностима комора битно ће се променити.
6. **Закон о медицинским сестрама** бави се дефинисањем обавеза и одговорности, као и заштитом права медицинских сестара и техничара. Групација од око 51.000 вредних радних и поштених здравствених прегаоца, који овим добијају први пут државни акт усмерен ка томе да их заштити, као самосталне здравствене раднике, по истом принципу као и лекаре.
7. **Закон о заштити права пацијената** утврђује систем јасног одређења права пацијената на најбољим европским традицијама и вредностима и бољу и ефикаснију заштиту људских и грађанских права пацијената у систему здравствене заштите. Утврђује се и одговорност за кршење права пацијената. Заштитници права пацијената у будућности ће бити запослени у Републичком фонду за здравствено осигурање и Министарству здравља, а не као до сада у самим здравственим установама или општинама, што је озбиљно хендикепирало њихову заштитну улогу. Они ће истовремено бити контролори здравственог осигурања и испуњавања уговорних обавеза од стране здравствене установе.
8. Постојеће **коморе здравствених радника** ће бити битно трансформисане, а нове ће се формирати од здравствених радника који раде у приватној делатности, било као стално запослених или у допунском раду ангажованих. Није требало много времена да се покаже како је лоша поставка система произвела лош резултат – садашње коморе нису испуниле очекивања. Коморе које саопштавају да ће против неког здравственог радника предузети дисциплинске мере, тек након правоснажне судске одлуке, а држе своје судове части, нису никоме не само неопходне него ни потребне. Чланарину неће плаћати они који остају да раде само у државном сектору тј. здравственим установама, јер се о њима мора старати оснивач тј. држава, а остали ће се учлањивати у коморе обавезно. Министарство здравља ће поштовати аутономију комора, али ће спроводити ефикаснију контролу законитости њиховог рада.
9. Постојећи систем **Континуиране медицинске едукације** је брзо показао како лоше замишљен систем, не може да функционише. Гомила непотребних и комерцијализованих



MEDICINSKI AKADEMSKI FORUM

Osnovan u Beogradu 2002 godine /Medical Academic Forum *Established in Belgrade 2002*

програма оптеретила је ионако мале плате здравствених радника и фондове здравствених установа, без адекватног оутпута, сем за оне који од тих програма имају материјалне користи. Обезбедиће се нови систем континуиране едукације функционалан ефикасан и јефтин, уз максимално коришћење интернета и телекомуникационих технологија у чему се налазе златне резерве брзог и ефикасног занављања знања и вештина. Осим континуиране и редовна додипломска едукација лекара и медицинских сестара ће се подврћи озбиљним преиспитивањима и реформама, а пре свега кроз реално утврђивање стања од стране независне државне комисије, као и потом израду плана кадрова и програма и планова едукације.

10. Постојећи **информациони систем здравства** је потпуно депласиран, а од њега немају користи ни пацијенти ни здравствени радници. Иако су на њега утрошени милиони евра из европских кредита, јасно је да неће испунити ни део очекивања. Скоро половина здравствених радника још увек нема контакт, а ни знање о рачунарима, нису фамилијарни са интернет технологијама, што је благо речено недозвољиво. Планом развоја предидја се набавка пригодног рачунара за сваког доктора, један и за сваку групу сестара у радном процесу такође, а цена ове набавке ће се плаћати кредитом подношљивим за јавне финансије. Резултат ове набавке ће бити брзи технолошки скок, чији је циљ достизање европских земаља у којима се едукација коришћењем интернет технологија и књига увелико одомаћена, а трагање за доказима у оквиру медицине и здравствене заштите засноване на доказима готово искључиво базирано на рачунарским и комуникационим технологијама. Чак и да нема никаквог софтвера, а може се направити бар електронска историја болести за сваког грађанина Србије (уз све мере чувања лекарских тајни) здравствени радници користеће интернет и **Српски здравствени интранет**, усавршаваће се преко интернета и полагати испите у оквиру континуиране обнове медицинских знања.
11. **Сви лекари** ће бити повезани са Републичким фондом обавезног здравственог осигурања, Министарством здравља, Медицинским факултетима, међусобно и коначно што је најважније са апотекама. Само путем електронских рецепата и пуне контроле потрошње направитиће се уштеде које оправдавају набавку рачунара. Редуковаће се потрошња рендген филмова, лабораторијски резултати ће циркулисати електронски и тд. Сви лекари ће добити сетове уџбеника у електронском облику, аудиовизуелна предавања најбољих наставника из земље и света. Сви лекари ће бити дужни да уписују све податке и чињенице о својим пацијентима. О извршеном раду треба да извештавају руководства установа, здравствено осигурање и Министарство здравља.
12. **Медицина заснована на доказима** и здравствена заштита заснована на доказима, постаће у наредних 10 година неизбежан и уобичајен начин доношења одлука у лечењу и дијагностици пацијената, као и доношењу управљачких одлука у систему здравствене заштите. Сви водичи добре клиничке праксе и Фармако-терапијски протоколи, сви уџбеници и приручници за дијагностику и лечење постаће доступни сваком лекару доносиоцу одлука. Сваки лекар ће у наредних 5 година добити могућност да помоћу мобилног телефона или рачунара обави директну консултацију око лека, дозе, најбољег места за упућивање пацијента, а сваки пацијент могућност да коришћењем ових технологија заказује посете у здравственим установама, као и да добије резултате претрага и прегледа у здравственим установама. Развојем система телемедицинске консултације увешће се у здравствени систем једна



MEDICINSKI AKADEMSKI FORUM

Osnovan u Beogradu 2002 godine /Medical Academic Forum *Established in Belgrade 2002*

ефективна здравствена технологија која ће направити значајне уштеде и рационализације пословања, бољи комфор пацијената и здравствених радника широм земље.

13. **Све државне болнице** ће се наћи у надлежности државе, а домови здравља локалне самоуправе тј. општине. Показало се неумесним и неадекватним да болнице оснива локална самоуправа. Држава мора да сачини јасан План развоја болница и свакој обезбеди капацитете према могућностима тј. дефинисаним критеријумима потреба. Болнице су институције у којима се троши око 60% здравствених средстава и завређују пуну пажњу и дугорочне планове и програме развоја. Регионализација болничког система у оптималном броју регионалних јединица, који не прелази пет до седам, биће прва озбиљна државна регионална подела базирана на стручно-медицинским и економски одрживим принципима.
14. **Војно-медицинска Академија** ће постати цивилна здравствена установа доступна свим грађанима, у којој ће Војска Србије имати свој дефинисани капацитет према утврђеним потребама. Зваће се Клинички центар ВМА, јер баштини дугу традицију војног санитета Србије, имаће директора уместо начелника и Управни одбор уместо патроната Министарства одбране. Објединиће се војно-здравствено осигурање са цивилним и изједначити права свих грађана да користе здравствену заштиту под једнаким условима.
15. **Сви грађани** ће морати да буду осигурани под једнаким условима у складу са новим Законом о обавезном здравственом осигурању. Они који нису у могућности да сами плаћају здравствено осигурање биће осигурани преко државних фондова. Чак и они који немају никакав облик плаћања здравственог осигурања имаће право на здравствене услуге у оквиру минималног здравственог пакета. Нови Закон о добровољном здравственом осигурању обезбедиће онима који то желе могућност да се допунски здравствено осигурају у вези већег комфора, ослобађања од партиципација и томе слично.
16. **Нова Популациона Иницијатива**, је први јасно дефинисан документ озбиљне популационе политике усмерен ка женама и породицама, усмерен ка обнављању становништва. Рађање и очување деце је императив сваке политике и услов опстанка нације и државе. Уговор државе са женама је политички акт, којим се Влада обавезује да ће за жене труднице, породиље и мајке са малом децом учинити све оно што је и до сада требало. Уговором ће се држава обавезати да за рађање деце обезбеди услове и такву финансијску подршку, која потпуно стимулише рађање и чување деце, као најважнији лични задатак и циљ сваке жене и породице. Уместо маркетиншких игара око борбе против стерилитета путем вантелесне оплодње, акција ће се усмерити на то да здрава и нормална породица уместо максимално двоје, добије треће дете.
17. Нова институционалана форма државне заштите здравља је специјализована **Здравствена полиција**, састављена од санитарних и здравствених инспектора и др. стручних људи, којима се у задатак ставља обавеза да спрече угрожавање здравља људи храном, водом, илегалним лековима, дрогом, заразним болестима и сл. Полиција која ће санкционисати грешке и незнање лекара и других здравствених радника, јер постојећа полиција није ни стручна, ни оспособљена да се ухвати у коштац са изазовима атака на здравље од њиве, пијаце, кухиње, водовода до ординације и болнице.
18. **Закон о заштити од дроге** утврђује нове знатно строжије санкције за сваког ко поседује, дистрибуира или увози дрогу. Вероватно ће се након његовог доношења радикализовати борба против производње и дистрибуције опојних дрога, а ретко ко оглушити на запрећене казне, поготову када буду изречене и спроведене прве санкције на основу тог Закона.



MEDICINSKI AKADEMSKI FORUM

Osnovan u Beogradu 2002 godine /Medical Academic Forum *Established in Belgrade 2002*

Обрачун са дрогом ће бити примеран за све Европске културе и цивилизације, а одлучан и у спровођењу безпоговоран.

19. Дефинисаће се државна политика у области **производње и дистрибуције лекова** и санитарних средстава. Фармацеутска индустрија Србије има велике потенцијале и без обзира на чињеницу што није под непосредном контролом државе, мерама стимулације може постати значајан фактор задовољења потреба за лековима у земљи, а и извозна грана. Планским актима ће се утврдити потребе за вакцинама и начин њиховог обезбеђења, прво кроз сопствену производњу у Институту Торлак, а тек када то није могуће увозом. **Агенција за храну и лекове** постаће централно место испитивања и контроле хране и лекова у Србији пре њиховог стављања у производњу и промет. Она ће бити одговорна за стање на тржишту заједно са Здравственом полицијом.
20. Стимулисаће се производња **медицинских уређаја** у Србији, па се може очекивати да велики проивођачи посебно јапански, корејски, кинески и сл., као и европски на основу обезбеђених бенефиција и субвенција отворе производне погоне и тиме Србији осигурају бољи статус у међународној подели рада у високим технологијама медицине. Развиће се систем контроле у одржавању медицинских уређаја и технологија, овлашћених сервиса и њихове одговорности за безбедно функционисање уређаја.

Увешће се **ред у објективно постојећи неред или како неки говоре хаос и безнађе**. Одговорни и озбиљни здравствени радници немају разлога да стрепе од Нове здравствене политике - биће им много боље у том новом здравственом систему. Они, који су помислили да у државном систему здравствене заштите могу и треба да се обогате, користећи вештине и знања стечена привилегованим положајем институције и себе у институцији, мораће да схвате да то није друштвено прихватљиво понашање. Изузетан стваралачки рад и прегнуће награђиваће се примерно и у државним установама, јер не смемо дозволити миграционе губитке, мимо европских уобичајених критеријума. Уговори о стручном усавршавању ће се озбиљно усавршити и побољшати, као и систем гаранција за рад у одређеном времену.