



Република Србија
ЗДРАВСТВЕНИ САВЕТ
Број: 021-01-4/2011-02
Датум: 20.04.2011.године
Београд

Немањина 22-26, Београд
Тел.: +381 11 3616 244
+381 11 363 1855
E-mail: office@zdravstvenisavetsrbije.gov.rs
www.zdravstvenisavetsrbije.gov.rs

**РЕДОВАН ГОДИШЊИ ИЗВЕШТАЈ
ЗДРАВСТВЕНОГ САВЕТА СРБИЈЕ
ЗА 2010.ГОДИНУ**

Београд, 20.април 2011.год.

САДРЖАЈ:

УВОДНЕ НАПОМЕНЕ.....	3
КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА.....	4
БАЊСКО-КЛИМАТСКА ЛЕЧИЛИШТА.....	8
ПАНДЕМИЈА УЗРОКОВАНА ВИРУСОМ ИНФЛУЕНЦЕ А (Х1Н1).....	17
ПРИПРАВНИЧКИ СТАЖ.....	18
УПИСНА ПОЛИТИКА НА ФАКУЛТЕТЕ И ШКОЛЕ ЗДРАВСТВЕНЕ СТРУКЕ..	30
СТРУЧНИ ИСПИТ.....	39
СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА.....	41
ЗДРАВСТВЕНИ МЕНАЏМЕНТ.....	43
ОСТАЛЕ АКТИВНОСТИ.....	48

РЕДОВНИ ГОДИШЊИ ИЗВЕШТАЈ О РАДУ ЗДРАВСТВЕНОГ САВЕТА СРБИЈЕ ЗА 2010.ГОДИНУ

УВОДНЕ НАПОМЕНЕ

Пред вама је годишњи извештај Здравственог савета Србије за 2010.годину, први од увођења овог тела у правни и друштвени поредак Републике Србије. Циљ овог извештаја је да Народној скупштини и јавности представи најзначајније аспекте досадашњег рада Здравственог савета Србије (у даљем тексту ЗСС) као државног органа, у складу са општеприхваћеном обавезом и начелом одговорности за обављење јавних послова.

Одмах на почетку, истичемо да државни органи, пре свега Министарство здравља, али и други органи и организације нису у потпуности препознали, не само обавезу, већ и сопствени интерес за сарадњу са ЗСС. Многобројни упућени предлози, иницијативе и писани закључци ЗСС остали су, по правилу, без усменог или писменог одговора Министарства здравља. Са друге стране, и поред упозорења и молби, ЗСС је радио у готово неприхватљивим просторним, кадровским и материјалним условима. Шира елаборација ових евидентних проблема, у даљем тексту, неће бити предмет нашег извештаја.

ЗСС, као новоформирано тело, без претходних искустава и очекиване подршке, радило је на основу усвојеног плана и програма рада за 2010. годину. Рад се одвијао путем седница и састанака радних тела формираних по појединим задацима и питањима. Општи и прихваћени принцип је био, да се у рад радних тела ЗСС укључи што више експерата/зналаца за поједине проблеме и области здравственог система. Са поносом истичемо, да су сви прихватили своје ангажовање и поред спознаје да се ради о волонтерском раду.

Током овог периода, од ЗСС као стручног и **саветодавног** тела које се стара о развоју и квалитету система здравствене заштите, организације здравствене службе и система здравственог осигурања, Министарство здравља, нити неки други државни орган, нису тражили мишљење или савет.

У надлежности ЗСС, као једина могућност где он **одлучује**, је акредитација програма континуиране едукације (члан 154, тачка б. Закона о здравственој заштити, „Службени гласник РС“, бр.107/05). На основу стеченог искуства и непосредног увида у проблеме у планирању и реализацији континуиране

медицинске едукације, ЗСС је предложио нови Правилник о ближим условима за спровођење континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике, који је усвојен од стране ресорног министарства и објављен у „Службеноим гласнику РС“, број 2/2011.

На својим седницама, чланови ЗСС су самоиницијативно покретали одређена питања и формирали радна тела са конкретним задацима. Све што је урађено је резултат аутохтоне иницијативе ЗСС и личног ангажовања његових чланова и укључених експерата/волонтера. Истичем редовност чланова ЗСС на седницама, као и чињеницу да је сваки члан ЗСС, у протеклом периоду, имао конкретна задужења, најмање, у раду једног радног тела.

У даљем тексту, износимо резултате рада ЗСС и његових радних тела током 2010. године.

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА

Дана 26.01.2010. године одлуком Здравственог савета Србије формирано је Радно тело Здравственог савета Србије за акредитацију програма континуиране едукације (КЕ) здравствених радника и здравствених сарадника (одлука бр. 119-01-25/2010-02-1). Овом одлуком Радно тело за акредитацију програма КЕ чине следећи чланови: проф. др Светлана Игњатовић, проф. др Мирјана Апостоловић, проф. др Јела Милић, дипл.фарм. Гордана Симић, др Милорад Ковачевић, др Златко Спасић и вмс Радмила Јазић. За председника Радног тела за акредитацију програма континуиране едукације при ЗСС изабрана је проф. др Сандра Шипетић Грујичић.

Истог дана формирано је пет радних тела Здравственог савета Србије за акредитацију програма КЕ здравствених радника и здравствених сарадника и то: *радно тело ЗСС за акредитацију програма КЕ за лекаре* (састав радне групе: проф.др Сандра Шипетић Грујичић, руководилац тела, др Златко Спасић, проф.др Марина Дељанин Илић, мр сци мед др Слађана Илић, прим.др Драгана Налић, проф.др Србислава Милинић и прим.др сци мед Јадранка Равић), *радно тело ЗСС за акредитацију програма КЕ за медицинске сестре и здравствене техничаре* (вмс. Радмила Јазић, вмс Тања Ракић, вмс Младена Којић, вмс Оља Богдановић и вфт Драженка Божић Гвока), *радно тело ЗСС за акредитацију програма КЕ за биохемичаре* (проф.др Светлана Игњатовић, проф.др Видосава Ђорђевић, прим.мр сци др Славица Цимбаљевић, доц.др сци Душко Мирковић, прим.мр сци Маријана Дајак и прим.дипл.фарм. Мирјана Перовић), *радно тело ЗСС за акредитацију*

програма КЕ за фармацеуте (проф.др Јела Милић, дипл.фарм. Гордана Симић, др фарм. сци Мирјана Антуновић, др фарм. сци Весна Николић, др фарм. сци Зорица Басић, мр фарм. сци Анета Перић и мр фарм. сци Светлана Ристић) и *радно тело ЗСС за акредитацију програма КЕ за стоматологе* (проф.др Мирјана Апостоловић, др Милорад Ковачевић, прим.др Миодраг Стојковић, проф.др Ивица Станчић, доц.др Татјана Брканић, др Бојан Гачић и др Иван Милеуснић) (одлука бр. 119-01-25/2010-02). На основу ове усвојене одлуке административну и техничку помоћ Радном телу за акредитацију програма КЕ при ЗСС пружа надлежна комора здравствених радника за чију област рада је формирано радно тело.

До сада је Радно тело ЗСС за акредитацију програма континуиране едукације (КЕ) здравствених радника и здравствених сарадника одржало 9 састанака у 2009. години, 12 састанака у 2010. години и 4 састанка у 2011. години (укупно 25 састанака).

У оквиру састанака одржаних у току 2009. године направљен је концепт спровођења акредитације програма КЕ, критеријуми за оцењивање програма КЕ, формулари за апликацију програма КЕ за акредитацију, као и збирне табеле за презентовање резултата спроведене акредитације које се постављају на сајт ЗСС и надлежних комора.

Први јавни конкурс за акредитацију програма КЕ расписан је у августу 2009. године. Акредитација програма КЕ је урађена на основу Правилника о ближим условима за спровођење КЕ за здравствене раднике и здравствене сараднике („Сл. гласник РС“, бр. 130/07). Резултати прве акредитације су показали да је акредитовано 2490 програма КЕ (1915 стручних састанака, 497 курсева/семинара, као и 78 конгреса/симпозијума).

Већ након прве спроведене акредитације програма КЕ уочено је да је то обиман и веома одговоран посао, да Правилник из 2007. године не задовољава захтеве по питању акредитације програма КЕ, да постављени критеријуми за оцењивање програма морају да се прилагоде пракси, да формулари за пријаву програма КЕ треба да се поједноставе и допуне чињеницама неопходним за адекватно информисање јавности о датуму, месту и цени КЕ и да постоје бројне злоупотребе од стране организатора програма КЕ, као и самих слушалаца КЕ.

Радно тело за акредитацију програма КЕ при ЗСС је, у 2010. години, имало 12 састанака на којима су: решавани горе наведени проблеми, вршене измене старог Правилника о ближим условима за спровођење КЕ за здравствене раднике и здравствене сараднике („Сл. гласник РС“, бр. 130/07), прављене процедуре за контролу квалитета спровођења акредитованих програма КЕ, решавани новонастали проблеми, и анализирани евалуације спроведених контрола квалитета спровођења програма КЕ.

- Најважније донете одлуке везане за акредитацију програма КЕ су:
- да се тачно дефинишу датуми за достављање програма КЕ надлежним коморама, за постављање резултата спроведене акредитације програма КЕ на веб страницу ЗСС, за достављање приговора, као и за њихово решавање;
 - да садржај формулара за акредитацију програма КЕ мора бити специфичан у зависности да ли се акредитује тест, курс, стручни састанак, симпозијум или конгрес;
 - да пријава сваког програма КЕ мора да буде засебна и да мора да буде достављена путем поште надлежној комори;
 - да се програм КЕ за акредитацију могу пријавити само једној надлежној комори;
 - да се акредитују само комплетни предлози програма КЕ, односно они који имају: попуњену пријаву за акредитацију програма КЕ која може да се преузме са веб странице ЗСС; пријаву која је потписом и печатом оверена од стране установе/удружења које спроводи дату КЕ; пријаву која има сажетак програма едукације, литературу, сатницу, наведене теме и предаваче; кратке биографије предавача са електронским потписом који потврђује да прихватају учешће у КЕ; потписом и печатом оверену одлуку органа надлежног за рецензирање (контролу квалитета) програма КЕ у оквиру установе/удружења предлагача којом се потврђује да је пријављени програм КЕ одобрен и рецензиран;
 - да предавач/организатор КЕ не може да буде рецензент свог сопственог програма КЕ;
 - да се резултати акредитације ЗСС објављују на веб страници ЗСС у виду Збирне табеле оцењених програма КЕ;
 - да на одлуку ЗСС којом се одбија пријава за акредитовање предложеног програма КЕ предлагач програма може у року од 15 дана од дана објављивања те одлуке на сајту ЗСС да поднесе приговор ЗСС;
 - да Радно тело за акредитацију програма КЕ доноси коначну одлуку по приговору и исту доставља приговарачу;
 - да организатор обавештава надлежну комору најкасније 3 недеље пре одржавања програма КЕ, о термину и месту одржавања тог програма, а код стручних састанака само у случају промене наведеног термина, односно нових термина одржавања у односу на пријављене;
 - да организатор мора да достави извештај о одржаном акредитованом програму КЕ надлежној комори у року од 15 дана од дана одржавања тог програма;
 - да извештај о одржаном програму КЕ мора да садржи следеће податке: евиденциони број програма из списка акредитованих програма објављених на сајту ЗСС, датум доношења одлуке којом је тај програм акредитован, списак предавача и учесника, додељен број бодова за предаваче и учеснике, а за све програме КЕ сем стручних састанака и резултате спроведене евалуације са просечном оценом опште евалуације програма КЕ;
 - да се у оквиру пријаве програма КЕ мора тачно навести коме је намењен одређен програм КЕ тј. ко је циљна група;
 - да се на основу биографије предавача утврђује да ли су компетентни за спровођење КЕ за дефинисане циљне групе;
 - да ЗСС спроводи контролу квалитета извођења КЕ и да резултате контроле објављује на свом сајту;

-да у случају неадекватног спровођења програма КЕ ЗСС може да акредитовани програм дисквалификује и да не дозволи доделу бодова;
-да се програми КЕ не могу ретроактивно акредитовати.

Проблеме које Радно тело за акредитацију програма КЕ при ЗСС није могло да реши до краја 2010. године су: обезбеђивање простора за спровођење акредитације програма КЕ и решавање приговора, набавку опреме за чување акредитованих програма и решења по приговорима, да се програми КЕ обављају по програму на основу којег су акредитовани (односно да се не мењају предавачи, да програми не трају краће и слично), да ограничи цене програма КЕ, да обезбеди да програми КЕ буду бесплатни, да слушаоци треба да буду присутни на КЕ да би добили сертификат, као и да организатори КЕ не преузимају туђе акредитоване програме КЕ као своје.

У току 2010. године спроведене су и 4 акредитације програма КЕ и то у јануару када је акредитовано 2982 програма (решен 201 приговор), априлу 2275 (решено 300 приговора), јулу 1487 (решено 95 приговора) и у септембру 1611 (решено 282 приговора). Дефинитивна верзија новог Правилника о ближим условима за спровођење КЕ за здравствене раднике и здравствене сараднике предата је од стране Радне групе ЗСС за акредитацију програма КЕ у законодавство 14. децембра 2010. године.

Нови Правилник је ступио на снагу 18.01.2011. године, тако да се од 2011. године акредитација програма КЕ спроводи на основу новог Правилника („Службени гласник РС“, бр.2/2011). У јануару 2011. године акредитовано је 162 програма КЕ од стране Фармацеутске коморе Србије, 24 од стране Коморе биохемичара Србије, 59 од стране Стоматолошке коморе Србије, 1388 од Лекарске коморе Србије и 1069 од Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије. Укупно је акредитовано 2709 програма КЕ. Општи утисак је да су пријављени програми много бољег квалитета и са мање непотпуне документације у односу на 2010. годину. Међутим, уочени су и нови проблеми који се првенствено односе на цену КЕ. Велики број организатора цену КЕ одређује према броју додељених бодова, што није у складу са правилима акредитације програма КЕ. Осим тога и цене појединих КЕ су изузетно високе. Уочено је и да се више КЕ организује у току једног дана што умањује значај континуираног едуковања здравствених радника и сарадника.

Посебан акценат у току 2011. године биће стављен на успостављање процедуре контроле квалитета извођења акредитованих програма КЕ, као и на евалуацији спроведених контрола квалитета. Проблем у реализацији контроле квалитета представљају људски ресурси и финансијска средства за путне трошкове и дневнице контролора.

ИЗВЕШТАЈ РАДНОГ ТЕЛА ЗДРАВСТВЕНОГ САВЕТА СРБИЈЕ О СТАЊУ У БАЊСКО-КЛИМАТСКИМ ЦЕНТРИМА СРБИЈЕ СА ПРЕДЛОГОМ МЕРА И ПРОМЕНА

Овај предлог резултат је вишемесечног рада и анализе релевантних медицинских и економских показатеља који се односе на коришћење природних лековитих чинилаца, како у нашим условима, тако и у околним европским земљама. У првом делу у виду закључака изнете су сажете препоруке за оптимално дефинисање места и улоге бањских и климатских лечилишта у здравственом систему Републике Србије. Ови закључци су у другом делу детаљно образложени и предложена су нека конкретна решења. У изради завршног текста овог предлога, који је усаглашен са Општим удружењем специјализованих здравствених установа за превенцију инвалидности и рехабилитацију, учествовали су чланови Радног тела Здравственог савета за процену стања у бањско климатским центрима Србије: академик проф. др Љубисав Ракић, проф. др Владислава Весовић-Потић, проф. др Томислав Јовановић, проф. др Александар Димић, доц. др Милисав Чутовић, др Дејан Станојевић и др Бранислав Катанчевић.

Радна група је формирана на седници ЗЗС одржаној марта 2010.године. Извештај Радне групе је усвојен на седници ЗСС одржаној 14.децембра 2010.године. Усвојени Извештај упућен је Министарству здравља, Одбору за здравље Народне скупштине, Заводу за здравствено осигурање Србије и свим специјалним болницама у бањско-климатским центрима.

Место и улога бањско-климатских лечилишта у здравственом систему Србије

Подручје Србије је веома богато разноврсним природним лековитим чиниоцима, међу којима посебно треба истаћи преко 300 различитих лековитих вода и више локалитета здравих, благотворних климатских подручја. Управо они заузимају све значајније место у животу савременог човека и представљају основу стварања програма за превенцију, лечење, рехабилитацију, опоравак и рекреацију. У прошлости су бањска и климатска места Србије представљала веома важан стратешки ресурс државе, како у одржавању здравља њеног становништва, тако и у економији (1922. године су само бање Моравске бановине оствариле око 2.000.000 ноћења). Данас бањско-климатска места Србије представљају значајан ресурс којим располаже држава, али за његову оптималну медицинску и, нарочито, економску валоризацију нису створени потребни предуслови.

Бањско-климатска лечилишта Србије представљају двоструко велико богатство ове државе. Прво богатство је *природни фактор* – термоминералне воде, гасови, пелоиди и климати, којима овај регион обилује. Друго велико богатство и предност здравственог система Србије су *здравствене установе* које се налазе у

бањским и климатским местима. Данас у Србији у бањским и климатским местима постоји 20 специјалних болница које се баве превенцијом, лечењем и рехабилитацијом у свим областима медицине. Ове установе су део здравственог система Србије са 3800 постеља и у њима се примењују савремене методе физикалне медицине и рехабилитације, уз недовољно коришћење природних фактора. Многе познате, превасходно рехабилитационе установе, и у европским земљама налазе се у бањама.

Здравствене установе у бањама Србије пружају многобројне услуге, чинећи здравствени систем знатно рационалнијим и јефтинијим, јер у укупном буџету здравства учествују са свега 1,4 %.

На основу свеобухватне анализе стања у овој области у Србији и увида у токове развоја балнеоклиматологије и бањских места у земљама у окружењу намећу се следећи закључци:

1. Одлучујућу улогу у коришћењу и развоју ових ресурса мора креирати, носити и реализовати сектор здравља и институције задужене за спровођење наведених облика здравствене делатности.
2. Овакав став почива на научно утемељеној чињеници да у природном амбијенту, уз стручну примену природних лековитих фактора и других модерних знања и технологија, бројне категорије болесника се могу успешније лечити и рехабилитовати него у медицинским установама у урбаним срединама.
3. У превенцији данас најмасовнијих незаразних обољења (хипертензија, кардиоваскуларне, метаболичке, респираторне и друге болести) природни лековити чиниоци су најприхватљивији, јер почивају на холистичком приступу човеку и представљају физиолошке коректоре оштећене хомеостазе.
4. Савремени човек уз пружање различитих здравствених услуга, захтева и бројне друге (туристичко-угоститељске, културно-забавне, информационе, саобраћајне, трговачке) погодности. Омогућавање медицинским установама у бањским и климатским местима да под тржишним условима, уз бројне обавезне медицинске процедуре пружају и друге услуге, знатно би поправило њихову економску позицију, а држави донело значајне приходе. Овакве установе не би угрожавале развој осталих делатности у бањским и климатским местима, већ би, напротив, представљале корективни фактор и заштитник природних ресурса.
5. Потребно је при Министарству здравља формирати стручну комисију састављену од компетентних стручњака из ове области, која би сачинила прецизне критеријуме и стандарде који се односе на: дефинисање природног фактора, утврђивање локалитета и потенцијала природних фактора, утврђивање индикационог подручја за примену природних фактора, вршење контроле састава, начина примене и заштите природних фактора. Ова комисија би издавала одобрење за право на коришћење природних фактора одређеним установама које испуне прописане услове.

6. Потребно је правно-организационом регулативом (допуном закона о здравственој заштити) омогућити да се развијеније бање и медицинске институције у њима не ограничавају на поједине модалитете и тиме своде на строго буџетске установе, већ да расположиве ресурсе користе мултидисциплинарно, а на појединим локацијама граде и нове, више намењене превенцији (спа модел) и тржишној оријентацији у пословању.
7. Најкраћи пут до правог циља би био формирање још једног облика здравствених установа (бањско-климатско лечилиште), који би статусно био под контролом здравства (испуњавао услове по закону о здравственој заштити), а у пословању користио све расположиве ресурсе, што би донело значајне уштеде држави и економску стабилизацију бањским и климатским местима. То би био мотив и за појачана улагања у ову област, што би омогућило држави развој, повећано запошљавање и поправљање квалитета живота становништва.
8. Брзоплета и непланска приватизација специјализованих здравствених установа за рехабилитацију у бањским и климатским местима у садашњим условима, практично би значила девастацију здравства и рехабилитације у њима. Ово је у складу са закључком европског удружења бања, где се јасно наводи да приватизација не гарантује увек друштвено одговорно понашање нових власника. На ово указују искуства из земаља у окружењу (Босна и Херцеговина, Република Српска, Хрватска и Словенија) где је непланском приватизацијом специјализована рехабилитација практично укинута.
9. Не треба правити разлику између власничког статуса, већ инсистирати на делатности и стандардима које је неопходно поштовати.

На крају треба нагласити да ће прихватањем ових препорука држава сачувати природно богатство и здравствене установе у бањама Србије, подстичући развој и других делатности у њима.

Образложење препорука

У коришћењу природних лековитих чинилаца у медицинске сврхе Србија има традицију дугу скоро 2 века. До периода кризе (шездесете године прошлог века) балнеоклиматологије као медицинске дисциплине бање у Србији играле су веома важну улогу у здравственом систему, биле су интегрисане у европски здравствени систем и представљале су важан економски чинилац.

Од шездесетих до деведесетих година прошлог века природни лековити чиниоци су потиснути у други план, знатно мање су коришћени у медицинске сврхе, а бројна бањска и климатска места су запуштена.

Данас у Србији у бањским и климатским местима постоји 20 специјалних болница за одређена индикациона подручја које представљају просторно, технички и кадровски оспособљене и специјализоване установе интегрисане у здравствени систем Србије (3800 кревета). Неке од ових здравствених установа добро

функционишу, док један број има озбиљнијих проблема у пословању. Здравствене установе које добро послују налазе у најразвијенијим бањско-климатским местима, која уједно представљају и најразвијеније туристичке центре у Србији (Врњачка Бања, Златибор, Соко Бања). Уочљива је чињеница да су се туристички садржаји у тим местима развили управо на маркетиншком коришћењу природних лековитих чинилаца, али уз сав труд нису успела да остваре значајнију туристичку идентификацију на међународном тржишту. Неке бање и климатска места захваљујући управо присуству медицинских установа (специјалне болнице) остварују и значајан туристички промет током читаве године, иако немају довољно развијену туристичку инфраструктуру (Рибарска Бања, Бања Ковиљача, бања Кањижа, бања Јунаковић, Златар...). Једна група бањских места, која у последње време на себе скрећу пажњу као туристичка, интензивно развијају пружање здравствених услуга, истичући у први план своје природне факторе и покушавају да се интегришу у здравствени систем државе (Сијеринска бања, Пролом Бања, Луковска бања, Горња Трепча, Врдник...). У бањско-климатским местима у којима нема значајније лечилишне установе, углавном постоје нестандардни, екстремно сезонски и локални више угоститељски него туристички садржаји (Овчар Бања, Савинац, Прибојска бања, Врањска бања...).

Кључни разлог оваквог стања је одсуство дугорочног концепта и стратегије развоја бањских и климатских места на нивоу државе, па се и њихов развој одвија стихијно, о природном фактору се, најблаже речено, мало води рачуна, а његово коришћење је углавном усмерено на маркетиншке ефекте, а много мање на медицинске програме. Може се рећи да се огроман потенцијал природних лековитих фактора наше државе користи практично у проценту статистичке грешке. Не постоји ниједна установа задужена за контролу, очување и примену природних лековитих фактора. Нестручно и неадекватно коришћење природних лековитих чинилаца (одсуство стручних програма и надзора) доводи до слабе економске валоризације ресурса и у другим областима привређивања. Израду законске регулативе и других правних аката везаних за природни лековити фактор преузимају друга министарства, свдећи улогу Министарства за здравље на консултативно-саветодавну (пример – Закон о бањама). Република Србије је пре неколико година усвојила Стратегију развоја туризма у којој је потенцирала природне лековите чиниоце и бањска климатска места као један од стратешких ресурса за развој туризма, али није дефинисала стандарде, нити дала оперативни концепт за примену овог ресурса у пракси. Већ неколико деценија присутне су повремено расправе о тзв. здравственом туризму, које такође нису дале никакав практичан резултат.

У последње две деценије интересовање медицинске науке и струке за интензивнију примену природних лековитих чинилаца поново се појачало и потребно је пронаћи најрационалнији модел њихове примене у савременом концепту одржавања здравља, како у научно-стручном, теоријском облику, тако и у организацији медицинских установа и школа, које у свом стручном методолошком раду користе природне лековите чиниоце. На тај начин би се дефинисали пре свега стручни критеријуми који се односе на коришћење природних лековитих чинилаца,

што би омогућило максималну економску валоризацију њихове примене свим заинтересованим делатностима, а не само медицинској струци. Тиме би бањско-климатска лечилишта, као медицинске установе, добиле могућност да остварују значајне приходе од своје основне делатности на тржишту, што би, пре свега, користило држави, јер би смањиле своју економску зависност од буџета и добиле могућност да постану значајни, економски стабилни профитни центри. С обзиром на висок степен тражње оваквих услуга на глобалном плану (европске СПА центре посећује преко 100 милиона људи годишње) отвара се могућност за остварењем великих девизних прилива. Ову констатацију потврђују бројни примери земаља из окружења (Немачка, Аустрија, Мађарска, Румунија, Бугарска), а нарочито пример Словеније у чије бање је у периоду од 2004. до 2009. године инвестирано 250 милиона евра (закључци последњег конгреса Удружења бања Србије, одржаног маја 2010. у Врњачкој Бањи).

Прецизним и јасним ставом по питању места и улоге бањских и климатских лечилишта Србије, Здравствени савет би дао велики допринос унапређењу не само бриге о здрављу већ и економске ситуације у Србији, подижући тиме укупан квалитет живота њених становника. Омогућавање бањско-климатским лечилиштима да продајући своје услуге на тржишту остварују значајне приходе, смањује њихову економску зависност од државе и претвара их профитабилна предузећа.

Власнички статус у овом концепту је од секундарног значаја. Услови привређивања, као и обавеза придржавања прописаних стандарда, морају бити једнаки за све. Треба бити опрезан код спровођења процеса приватизације Специјалних болница које су сада у целини у власништву државе. У случају примене уобичајеног начина приватизације продајом немогуће је спречити евентуалну промену њихове намене или препродају појединих делова њихове имовине у друге сврхе (земљиште, објекти, опрема, мобилијар, концесије) чиме би држава ненадокнадиво изгубила читаву једну делатност и довела у проблем велики број својих грађана оболелих од различитих оболења којима је неопходна здравствена заштита у овим установама. Знатно погоднији облик приватизације би био изнајмавање заинтересованих стратешких партнера за докапитализацију и улагање капитала у унапређење постојеће делатности (пример Словеније). У Србији се могу комбиновати оба модела у зависности од конкретног Бањско климатског лечилишта, заинтересованости државе за његову делатност и заинтересованости евентуалних купаца. У сваком случају пре доношења одлуке о приватизацији било ког Бањско климатског лечилишта треба издефинисати садашње власништво над њим. Највећи број Специјалних болница у Србији градио је и дуго година као купац услуга њихове капацитете користио некадашњи СИЗ ПИО, данашњи Пензионо инвалидски фонд. Највећи део капацитета, од њиховог оснивања па до данас користио је РЗЗ (некадашњи СИЗ здравственог осигурања) који припада Министарству здравља. С обзиром да ове установе никада нису биле стопроцентно буџетске у њихово одржавање, опремање и доградњу улагали су запослени из остварене добити. Укратко, ове три групације у одређеним односима, представљају реалне власнике данашњих Специјалних болница у Бањско

климатским местима. Најлогичније би било правно регулисати власнички статус преносом власништва у одређеном проценту на поменуте категорије а онда према заинтересованости власника извршити докапитализацију, продају или задржати статус кво.

Веома је важно створити адекватне правне услове за изградњу нових капацитета у Бањским и климатским местима првенствено од стране приватних компанија или лица. У том смислу крајње непогодан облик јесте Здравствена установа која је по Закону о здравственој заштити дефинисана као Специјална болница. Ова врста Здравствене установе представља доста сужен, специјализован модалитет, намењен лечењу или рехабилитацији строго одређених категорија болесника што знатно умањује тржишно позиционирање услуга и практично онемогућава адекватно коришћење природних лековитих чинилаца код најзаинтересовањије популације – здравих људи у процесу превенције, где су објективно најкориснији. Такво стање или смањује мотивацију за улагање у ову делатност или нужно производи злоупотребе и добрим делом незаконито пословање. Посебан проблем прави нејасно разграничење у делатности између здравствених установа и туристичко угоститељских установа, пре свега хотела. Најчешће и једни и други импровизују па хотели покушавају да обично неквалификованим приступом пружају извесне здравствене услуге како би поправили своје пословање у вансезонским периодима, а здравствене установе не придржавајући се одговарајућих стандарда пружају туристичко угоститељске услуге током целе године, а у сезонским периодима се више баве туризмом него здравством на недовољно квалитетан начин, избегавајући тиме бројне обавезе. Такво стање није добро јер смањује професионалност и једних и других и реално неостварује принцип одрживости. Овај проблем се у нашим приликама може решити допуном Закона о здравственој заштити тако што би требало увести још једну здравствену установу под називом Бањско климатско лечилиште која би садржајно била организована у зависности од природе природних лековитих чинилаца које би користила а немедицинске услуге пружала према стандардима који важе у туристичко угоститељској делатности. С обзиром на чињеницу да већина природних лековитих чинилаца има доста широку примену у индикационом смислу Бањско климатско лечилиште може пружати услуге различитим категоријама корисника од потпуно здравих људи па до озбиљно болесних стим што свакој категорији мора пружати тачно прописане и стандардизоване здравствене услуге. Туристичко угоститељске услуге (смештај, исхрана, забава, анимација) морају се пружати према одговарајућим стандардима важећим за ту делатност. У овај модел несметано могу да се уклопе све садашње Специјалне болнице у својим комплетним или делимичним капацитетима а заинтересовани улагачи за градњу нових капацитета тиме могу остварити свој економски интерес лакше јер би им оваква могућност помогла да изграде објекте већих капацитета са медицинском делатношћу различитих модалитета. Укратко, садашње стање се своди на то да веће Специјалне болнице, које имају и по 500 кревета своју основну делатност током целе године пружају знатно мањем броју углавном болесних људи (150 – 200 кревета) а остале капацитете попуњавају на најразличитије начине, најчешће пружајући туристичко угоститељске услуге. С друге стране, што је још

горе, поједини хотели, независно од категорије, у своју класичну туристичко угоститељску понуду убацују извесне медицинске садржаје, представљајући своје поједине службе као рехабилитационе центре, без оптималних кадровских и техничких могућности, мотивисани интересом да повећају попуњеност својих капацитета.

Здравствена установа Бањско климатско лечилиште би могла да се гради и оснива искључиво у Бањским и климатским местима. У захтеву за оснивање које би одобравало Министарство за здравље морала би да се наведе тачно врста природног фактора и индикационо подручје за које би се установа регистровала. За пружање услуга морали би да се приложе прецизни, стручно направљени програми како за превентивне тако и за рехабилитационе или лечилишне услуге који испуњавају одређене медицинске стандарде. С обзиром на строге тржишне услове објекти и немедицинске услуге морају се пружати према стандардима важећим за ту врсту услуга. Конкретан модел структуре Бањско климатског лечилишта се може направити по истој методологији како се прави структура било које друге здравствене установе. У зависности од разноврсности програма били би прописани и неопходни кадрови и медицинска опрема.

Обуку кадрова на себе би преузеле одређене врсте школа где би на врху пирамиде били Медицински факултети који у своје наставне програме треба да укључе наставу из балнеоклиматологије и тако стварају адекватно стручно оспособљен кадар. Такву додипломску и постдипломску наставу за сада једино има Медицински факултет у Београду.

Реализацијом ових препорука Здравствени савет Републике Србије би знатно унапредио систем здравствене заштите, омогућио адекватно решење статуса садашњих здравствених установа у Бањским и климатским местима и покренуо у пракси профитабилну делатност стимулишући тиме многобројне друге делатности (туризам, трговина, занатство, образовање) поправљајући тиме квалитет живота свог становништва.

Предлог рационалног редоследа потребних поступака

У овом тренутку најлакши пут до циља био би реализација закључака број 5, 6 и 7 ових препорука. Закључак број 5 предвиђа да Министарство здравља формира сталну стручну комисију која би имала за циљ да у одређеном року (6 месеци) обави следеће послове:

1. Прецизно дефинише природне лековите факторе и изради критеријуме за установљење присуства, врсте и потенцијала истих на одређеним локалитетима.

2. Утврди до сада познате локалитете, врсту и потенцијал природних лековитих фактора на тим локалитетима.

3. Дефинише уже и шире индикационо подручје за примену природних лековитих фактора у превенцији, лечењу и рехабилитацији.

4. Предложи компетентне установе за контролу састава, начина примене и заштите природних лековитих фактора.

5. Предложи делатност, просторно-техничко-кадровске услове и организациони модел здравствене установе Бањско климатско лечилиште.

6. Сачини критеријуме на основу којих би се издавало одобрење за право на коришћење природних лековитих чинилаца, односно дефинисало услове за регистрацију Бањско климатског лечилишта.

Мишљења смо да постоје сви предуслови за брзо формирање овакве комисије чији персонални састав мора бити апсолутно стручно компетентан за обављање овог посла (уколико је потребно у ову комисију треба укључити и иностране стручњаке).

Закључци број 6 и 7 односе се на допуну постојећег Закона о здравственој заштити и Правилника о условима и начину унутрашње организације здравствених установа. У постојећем Закону о здравственој заштити довољно је допунити члан 46. увођењем још једне врсте здравствене установе под именом Бањско климатско лечилиште, а задатак претходно формиране комисије би био да тој установи одреди место у систему здравствене заштите (секундарна или чак терцијерна). Правилником о условима и начину унутрашње организације здравствених установа Бањско климатском лечилишту пре дефинисати просторне, техничке, кадровске и организационе услове на исти начин како је то учињено за друге здравствене установе.

Без жеље да се упуштамо у технички део посла и намећемо готово решење, предложимо, крајње импровизовано, могући модел организације здравствене установе Бањско климатско лечилиште:

„Бањско климатско лечилиште је здравствена установа која обавља специјалистичко консултативну и стационарну здравствену делатност у оквиру превенције, лечења и рехабилитације користећи у својој делатности првенствено природне лековите чиниоце (лековите воде, лековита блата, лековити гасови и лековити климати), као и друге опште прихваћене дијагностичко терапеутске процедуре и технологије неопходне за пружање стручних услуга одговарајућој популацији корисника.

Бањско климатско лечилиште се може основати и за одређену делатност регистровати искључиво на локалитету на коме је од надлежних установа прецизно установљено присуство одговарајућег природног лековитог фактора и извршена анализа састава и потенцијала истог.

Здравствена установа Бањско климатско лечилиште у оквиру своје делатности мора максимално користити природне лековите факторе кроз строго прописане процедуре и стручно осмишљене програме за чију примену мора испуњавати одговарајуће стандарде које ће сачинити стручна комисија а који се односе на:

- величину простора за пријем, дијагностику, балнео климатолошке и друге терапеутске процедуре, смештај, исхрану и едукацију корисника;
- неопходну опрему и технолошке поступке;
- коришћење природног амбијента (стазе за шетњу, игралишта, отворена купалишта, сунчалишта итд.);
- неопходне кадрове оспособљене за спровођење делатности чији је број усаглашен са бројем корисника (лекари одговарајућих специјалности, терапеути, медицинске сестре, рекреатори, психолози, немедицински радници).

Здравствена установа Бањско климатско лечилиште своје поликлиничке и стационарне капацитете мора ускладити према потенцијалу природних лековитих чинилаца које у својој делатности користи.

Здравствена установа Бањско климатско лечилиште се организационо састоји од сектора, служби, одељења и кабинета, а у свом саставу може организовати и Специјалну болницу у свему према Закону о здравственој заштити и Правилнику о условима и начину унутрашње организације здравствених установа.

Здравствена установа Бањско климатско лечилиште може пружати туристичко угоститељске, спортско-рекреативне, културно-забавне, трговачке, занатске и друге услуге искључиво према стандардима предвиђеним законом и одговарајућим правилницима за те делатности.“

Реализацијом ових предлога увео би се ред и разграничиле надлежности путем стандарда на основу ресурса и квалификација, што би било веома корисно, не само по здравствену делатност него и све остале облике привређивања, грађане ове земље и њену економију.

ПАНДЕМИЈА УЗРОКОВАНА ВИРУСОМ ИНФЛУЕНЦЕ А (Х1Н1)

Здравствени савет Србије је на својој седници од 21.јануара 2010. године разматрао питања везана за текућу пандемију узроковану вирусом инфлуенце А (Х1Н1).

Уводна излагања о значају, току, предузетим акцијама и последицама пандемије дали су проф.др Драган Делић, прим.др Предраг Кон и проф.др Бранислав Тиодоровић. Усвојени су закључци који су упућени Министарству здравља:

1. Здравствени савет Србије подржава досадашњи рад Посебне радне групе за имплементацију плана активности пре и у току пандемије грипа Министарства здравља, оцењујући да су све досадашње одлуке биле правовремене и стручно оправдане.
2. Сматрамо да је, у овом тренутку, врло тешко изнети јасну прогнозу даљег ширења Х1Н1 вирусне инфекције, односно предвидети њене даље медицинске и економске импликације. У питању је нови вирус, великог епидемијског потенцијала, непознат нашем имунском систему са могућношћу даљих мутација и прерасподеле генетичког материјала са другим вирусима инфлуенце А, хуманог или анималног порекла.
3. Активна имунизација (вакцинација), широко примењена, је најефикаснија, најједноставнија, најсигурнија и најекономичнија мера у сузбијању ширења ове инфекције, спречавању обољевања становништва, последичних компликација и смртних исхода.
4. Сви лекари, а посебно лекари примарне здравствене заштите, имају обавезу да активно учествују у едукацији становништва, пружању стручних и разумљивих објашњења везаних за текућу пандемију и афирмацију вакцинације као најефикасније и најсигурније мере у спречавању ширења Х1Н1 вирусне инфекције.
5. Позивамо медије да, ангажовањем проверених и доказаних стручњака из медицинских области релевантних за ову пандемију (епидемиолози, вирусолози, инфектолози, педијатри, фармаколози, специјалисти опште медицине), раде на даљој информисаности/едукацији грађана о свим значајним аспектима ове пандемије.
6. Потребан је бржи стручни, технолошки и кадровски развој Института за вирусологију, вакцине и серуме „Горлак“ као круцијалног фактора у ефикасној дијагностици и превенцији инфлуенце А вирусне инфекције.
7. Обавеза је свих битних структура и тела у здравственом систему Србије да редовно прате и анализирају текућу пандемију, благовремено доносе додатне мере, као и да на крају пандемије дају свеобухватну, објективну и критичку анализу са предлогом конкретних и применљивих мера за сличне ситуације у ближој или даљој будућности.

Напомена: о реализацији тачке 7. два пута је постигнута усмена сагласност са Министром здравља, прецизирано је и време, али до реализације није дошло.

ПРЕДЛОГ ИЗМЕНА „ПРАВИЛНИКА О ПРИПРАВНИЧКОМ СТАЖУ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА И САРАДНИКА“

ЗСС је на седници од 21.јануара 2010.године формирао радне групе за евалуацију постојећег система приправничког стажа и, евентуалних, промена у њему. За председнике радних група изабрани су чланови ЗСС: проф.др Лазар Давидовић (лекарски стаж), проф.др Мирјана Апостоловић (стоматолошки стаж), проф.др Јела М илић (фармацеутски стаж), проф.др Светла Игњатовић (стаж за магистре-фармације: медицинске биохемичаре). Предлози радних група су разматрани 3.јуна 2010.године, а усвојени на седници ЗСС 23.септембра 2010.године. Усвојени материјали упућени су Министарству здравља.

Предлог за лекарски стаж

У овом моменту студије медицине трају шест година, више него и једне друге. Након тога следи приправнички стаж у трајању од шест месеци. Потом они који су положили стручни испит морају радити у својству „клиничког лекара“ још две године. За оне који желе и успеју обезбедити неку специјализацију, она почиње тек тада и траје наредне четири, или пет година. Ако је она била из интерне медицине или хирургије, тиме едукација није завршена. Следи нека од ужих специјализација која траје још две године. Када се све то сабере произилази да оваква едукација траје 14.5 година. Под условом да није изгубио ни месец дана тај млади стручњак у моменту стицања лиценце-дипломе има између 33 и 34 године живота! Ако направимо поређење на пример са осталим факултетима, видећемо да је у том моменту вршњак тог лекара са ужом специјализацијом, већ одавно афирмисан стручњак (судија, адвокат, економиста, физичар...). У моменту када лекар са ужом специјализацијом тек почиње „озбиљно“ да ради, његов вршњак је успео да реши многа стратешка животна питања (стан,...). Поставља се питање како да се у оваквим околностима уопште стимулишу младе људе да студирају медицину?

Нужна је озбиља реформа. Она је већ делимично изведена. Неке од ужих специјализација (васкуларна хирургија, кардиохирургија...) ће од јесенас бити независне специјализације. Тиме ће се период едукације скратити за две године, а њен садржај учинити бољим. На овај начин ће се специјалисти добијати раније, а истовремено ће бити оспособљенији за посао. Сматрамо да се у овом моменту у вези са тим не може учинити више ништа. Када ова реформа ступи на сангу, Србија се по томе неће разликовати од УСА и Западноевропских земаља. Остаје питање обавезног двогодишњег рада у својству клиничког лекара, односно обавезни приправнички стаж доктора медицине. У том контексту кључно питање је: „Шта је

сврха приправничког стажа доктора медицине?“ Вероватно, да младог доктора медицине што пре и „безболније“ оспособи за практичан рад. Овакав лекарски стаж се подудара са садржајем 12-ог семестра 6-те године студија медицине? Други проблем двогодишња обавеза рада у својству „клиничког лекара“. Шта је права сврха постојања „клиничког лекара“? Да ли нам је он уопште потребан? Они који заврше било који други факултет ову обавезу немају. Зашто је потребна докторима медицине?

Закључак. Здравствени савет Србије предлаже да се:

1. у сарадњи са Министарством просвете реформише 12 семестар студија на медицинским факултетима у земљи и тако омогући да по завршетку студија доктори медицине буду оспособљенији за практични рад;
2. укине приправнички стаж и обавезни двогодишњи рад у својству клиничког лекара.

План и програм приправничког стажа за докторе стоматологије

Дужина трајања приправничког стажа за докторе стоматологије који су студирали пет година траје годину дана, како је и предвиђено Законом о здравственој заштити ("Службени гласник РС", број 107/05). Међутим, велики број доктора стоматологије је студирао по наставном плану и програму шестогодишњег студирања и предлажем да поменути доктори стоматологије имају приправнички стаж од шест месеци и то:

1. Превентивна и дечја стоматологија 35 дана
2. Ортопедија вилица 15 дана
3. Болести зуба 32,5 дана
4. Парадонтологија и орална медицина 30 дана
5. Стоматолошка протетика 35 дана
6. Орална хирургија 20 дана
7. Максилофацијална хирургија са хитном медицинском и стоматолошком помоћи 15 дана.

Такође предлажем да се свим здравственим радницима са високом школском спремом који имају законску обавезу обављања приправничког стажа тај стаж обрачунава као радни стаж с обзиром да ове студије трају најдуже (пет или шест година) а након завршетка основних академских студија и две године радног стажа специјализирају што траје три до пет година.

а) План приправничког стажа за докторе стоматологије на педогодишњим студијама:

1. Превентивна и дечја стоматологија 70 дана
2. Ортопедија вилица 30 дана
3. Болести зуба 65 дана

4. Парадонтологија и орална медицина 60 дана
5. Стоматолошка протетика 70 дана
6. Орална хирургија 40 дана
7. Максилофацијална хирургија са хитном медицинском и стоматолошком помоћи 30 дана

б) Програм приправничког стажа за докторе стоматологије

1. Превентивна и дечја стоматологија (70 дана)

Доктор стоматологије се у области превентивне и дечје стоматологије обучава у обављању:

- здравственог васпитања за очување и подизање оралног здравља, са посебном пажњом на поједине добне групе (исхрана, орална хигијена, флуор профилакса и др.);
- систематског здравственог надзора у области обољења уста и зуба, а нарочито одојчади, мале деце, предшколске деце, за време школовања, трудница и др.;
- специфичне заштите у односу на личну хигијену, одређене факторе ризика по здравље људи, а нарочито код акутних и заразних обољења, посебно АИДС-а;
- превентивно-терапијских мера у спречавању обољења уста и зуба, посебно програма заливања фисура.

У оквиру дечје стоматологије, упознаје се са прегледом, дијагностиком и планом терапије обољења уста и зуба у деце (у време млечне, мешовите и сталне дентиције), заштитом пулпе, материјалима за испуне, вађењем млечних и сталних зуба у деце, првом помоћи у области дечје стоматологије, дијагностиком и терапијом повреда зуба, дијагностиком и терапијом херпетичног стоматита, дијагностиком и терапијом катаралног гингивита у деце.

У оквиру примарне здравствене заштите, упознаје се са законима и прописима (Протокол за примену флуорида у превенцији каријеса код деце и адолесцената у Србији из 2009., Протокол о заливању фисура из 2009.) и подзаконским актима, упознаје се и овладава методама систематских прегледа и санације у области стоматологије, здравствено-васпитног рада и учествује у њиховој примени.

Упознаје посебне програме превентивне стоматолошке заштите и учествује у њиховом спровођењу.

2. Ортопедија вилица (30 дана)

Упознаје се са етиологијом неправилности орофацијалног система, клиничком дијагностиком, распрострањеношћу малоклузија у нас; посебно се упознаје са применом превентивних мера у циљу спречавања малоклузија у доба трудноће, код одојчета, млечне и мешовите дентиције (спречавање штетних навика, контрола ницања зуба, спречавање формирања неправилних функција, вежбе шпатулом за спречавање обрнутог преклопа секутића и др.), са применом интерцептивних мера (брушења зуба код принудних загрижаја) и са терапијом благих форми малоклузија (миофункционалне вежбе и са и без помагала, подвеза браде, примена вестибуларне плоче и др.); упознаје се са разним дијагностичким и терапијским методама у лечењу неправилности стоматогнатног система.

3. Болести зуба (65 дана)

Упознаје се са прегледом, дијагностиком и планом терапије обољења зуба; припремом каријесних кавитета за испуне (препарација кавитета И -В класе); заштитом пулпе; пуњењем кавитета класичним и савременим материјалима; обликовањем и полирањем испуна; израдом инлеја; дијагностиком обољења пулпе и пародонцијума; поступком код ургентних стања (прва помоћ) из области болести зуба, лечењем једноставних каналних система; упознаје се са могућностима савремених ендодонтских техника обраде, метода и материјала оптурације канала корена.

4. Пародонтологија и орална медицина (60 дана)

Упознаје се са узроцима пародонтопатија и болести уста и распрострањеношћу ових обољења код нас; савладава превентивне мере у области пародонтопатија (професионалну и индивидуалну негу уста и зуба) дијагностику пародонтопатије и болести уста (клиничку и рендгенолошку) и секундарну превенцију пародонталних обољења (уклањање каменца, конкремената и др.); упознаје се са могућностима хируршког лечења пародонтопатија и манифестацијама системских обољења у усној дупљи, биолошким и биохемијским тестовима у дијагностици обољења меких ткива уста.

5. Стоматолошка протетика (70 дана)

а) фиксна протетика (35 дана): упознаје се са дијагностиком и планирањем фиксних зубних надокнада у пуном и прекинутом зубном низу; припремним поступцима препротетског збрињавања; клиничким поступцима израде различитих фиксних зубних надокнада (брушењем зуба носача за фиксне зубне надокнаде, узимањем отисака савременим отисним материјалима, регистрацијом висине загрижаја, заштитом брушених зуба, цементирањем фиксних зубних надокнада); различитим методама збрињавања депулпираних зуба; уклањањем дотрајалих фиксних зубних надокнада; припремом ретенционих зуба за прихватање елемената парцијалне протезе и планирањем наменских фиксних надокнада;

б) мобилна протетика (35 дана): упознаје се са планирањем и препротетском припремом безубих пацијената за израду тоталне протезе; клиничким поступцима у изради тоталне протезе применом различитих метода узимања отисака; контролним прегледима (оклузија, промене на меким ткивима, хигијенски аспекти); репаратуром тоталне протезе; различитим методама подлагања тоталне протезе; планирањем и припремом крезубих пацијената за израду различитих облика парцијалних протеза; избором везних елемената парцијалне протезе и израдом комплексних парцијалних протеза; контролним прегледима пацијената са парцијалним протезама (хигијенски аспекти, утицај на мека ткива, зубе и носаче и др.); репаратуром и подлагањем парцијалних протеза; лабораторијским поступцима израде металног скелета парцијалних протеза; израдом имедијатних протеза.

6. Орална хирургија (40 дана)

Дијагностика обољења зуба и уста која захтевају оралнохируршке интервенције; постављање индикације и контраиндикације за вађење изниклих и неизниклих зуба; постављање индикације за хируршко лечење периапикалних лезија; упознавање са ортодонско-хируршком терапијом импактираних зуба; терапија

дентогених инфекција; припрема локалне анестезије; вађење зуба; вађење зуба код пацијената ризика; заустављање крвављења; лечење компликација вађења зуба; принципи стерилизације.

7. Максилофацијална хирургија са хитном медицинском и стоматолошком помоћи (30 дана)

Упознаје се са ургентним стањима у медицини и стоматологији и обучава се у пружању прве помоћи, посебно код повреда максилофацијалне регије (омогућавање проходности дисајних путева, заустављање крварења, збрињавање повреда меких ткива, привремена имобилизација, конзервативно лечење прелома костију лица и вилица и повреда зуба); лечењем амбулантних и хоспитализованих пацијената са инфекцијама лица, вилица и врата; лечењем бенигних и малигних тумора максилофацијалне регије, са посебним освртом на рану дијагностику у обиму потребном за тријажу; планирањем и преоперативним и постоперативним третманом пацијената са деформитетима максилофацијалне регије.

План приправничког стажа за дипломиране фармацеуте

Предлози измена и допуна Правилника о приправничком стажу и стручном испиту здравствених радника и здравствених сарадника, у делу који се односи на план и програм приправничког стажа за дипломираног фармацеута, настали су кроз сарадњу представника Фармацеутске коморе Србије, Фармацеутског друштва Србије, Републичке стручне комисије за фармацију, Фармацеутског факултета у Београду, Националне асоцијације студената фармације Србије, јавних апотека (државни и приватни сектор) и болничких апотека (државни сектор), у оквиру Фармацеутске коморе Србије.

Предлози измена и допуна дати су само на део правилника који се односи на план и програм приправничког стажа за дипломираног фармацеута, који траје 12 месеци.

Предлог да приправнички стаж, за сада, и даље буде у трајању од 12 месеци образложе се чињеницом да према садашњем плану и програму студија (пете године) на Фармацеутском факултету Универзитета у Београду, студијски програм Фармација, нема преклапања садржаја са садржајем програма приправничког стажа за дипломиране фармацеуте. Међутим, предложено је да се у наредном периоду интензивно ради на могућности да се део садржаја програма приправничког стажа уврсти у реформисани програм 10-ог семестра студија на фармацеутским факултетима у земљи, и тако омогући да приправничког стаж буде скраћен и траје 6 месеци. За овакву реформу биће потребна интензивна сарадња са Министарством просвете, јер је у досадашњим активностима око акредитације програма наставе на факултетима било потешкоћа да се овакви стручни садржаји уклопе у програме наставе према стандардима Комисије за акредитацију и проверу квалитета.

а) План приправничког стажа за дипломиране фармацеуте:

1. Фармацеутска технологија и рационална фармакотерапија – 11 месеци;
2. Контрола квалитета лекова и медицинских средстава – 20 дана;
3. Социјална фармација - 10 дана.

б) Програм приправничког стажа за дипломиране фармацеуте обухвата знања и вештине које дипломирани фармацеут треба да савлада у току приправничког стажа из горе наведених области, како би се оспособио за самостални професионални рад.

У току обављања приправничког стажа дипломирани фармацеут учи да примењује и развија знања и вештине које је стекао у току студија, изграђује лични професионални став, понашање и одговорност.

1. Фармацеутска технологија и рационална фармакотерапија :

Стаж у апотеци - 8 месеци

Током обављања приправничког стажа у апотеци дипломирани фармацеут се упознаје са:

- организацијом рада апотеке;
- радним упутствима и стандардним оперативним процедурама за рад у апотеци;
- готовим лековима (фармацеутски облик, јачина, паковање, терапијска примена), магистралним и галенским лековима и њиховом изработом, поступцима издавања лекова на рецепт и лекова чији је режим издавања без рецепта;
- избором, планирањем и снабдевањем лековима, медицинским средствима и другим производима;
- пријемом лекова, медицинских средстава и других производа и провером пратеће документације;
- складиштењем и чувањем лекова, медицинских средстава и других производа под прописаним условима и праћењем рокова употребе;
- вођењем одговарајуће документације и евиденције;
- класификацијом и листама лекова који се издају и прописују на терет средстава обавезног здравственог осигурања;
- савременом стручном литературом којом аптека располаже и поузданим изворима информација о лековима, медицинским средствима и другим производима;
- процедуром одлагања и /или уништавања лекова, медицинских средстава и других производа који се могу наћи у апотеци.

Из области фармацеутске технологије приправник се упознаје са:

- избором, планирањем, снабдевањем, складиштењем и чувањем лековитих и помоћних супстанци и одговарајуће амбалаже за израду магистралних и галенских лекова;

- припремом прибора, посуђа и опреме за израду магистралних и галенских лекова;
- израдом магистралних лекова по приспелим рецептима;
- радним упутствима и стандардним оперативним процедурама за рад у галенској лабораторији;
- израдом галенских лекова у галенској лабораторији апотеке;
- вођењем евиденција везаних за израду магистралних и галенских лекова;
- упознавање са поступком издавања магистралних и галенских лекова;
- израдом одређених козметичких производа
- фармацеутским прорачунима.

Из области рационалне фармакотерапије приправник се упознаје са:

- спровођењем превентивних мера за очување и заштиту здравља становништва, односно промоцијом здравља и превенцијом болести;
- праћењем употребе лекова и унапређивањем фармакотерапијских мера и поступака у рационалној употреби лекова и медицинских средстава;
- утврђеним терапијским протоколима лечења и њиховим спровођењем ради рационализације трошкова;
- обрасцем рецепта, односно налога за издавање лекова и медицинских средстава;
- прописаном терапијом за пацијента;
- саветовањем пацијената о правилној употреби лекова, медицинских средстава и других производа и значајем придржавања прописане терапије;
- пружањем информација о лековима, медицинским средствима и другим производима грађанима, здравственим радницима, другим здравственим установама и приватној пракси, као и другим заинтересованим субјектима;
- избегавањем интеракција терапијског дуплирања примене лекова;
- праћењем, пријављивањем и извештавањем о нежељеним реакцијама на лекове и медицинска средства, као и избегавање и смањење тих реакција;
- вођењем евиденције о рецептима за лекове који се не могу издати на терет средстава обавезног здравственог осигурања и лекова који садрже опојне и психотропне супстанце;
- значајем комуникације са пацијентима, здравственим радницима, здравственим сарадницима и грађанима;
- законском и стручном одговорношћу фармацеута при обављању своје делатности.

Стаж у болничкој апотеци - 3 месеца

Приправник се упознаје са пословима фармацеутске здравствене делатности који се спроводе на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите: специфичностима рационалне фармакотерапије, израдом, чувањем и издавањем лековитих препарата, као што су ињекције, интравенске инфузије, концентрати и прашкови за ињекције и интравенске инфузије, мешавине/смеше за интравенску примену, раствори за хемодијализу, перитонеалну дијализу и иригацију, препарати

за очи, и други стерилни, као и нестерилни лековити препарати и медицинска средства.

2. Контрола квалитета лекова и медицинских средстава

У лабораторији за контролу квалитета лекова приправник се упознаје са:

- организацијом рада и пословима лабораторије;
- процедурама и упутствима за рад у складу са смерницама Добре лабораторијске праксе;
- испитивањем и контролом квалитета лековитих и помоћних супстанци, амбалаже, галенских и магистралних лекова, медицинских средстава, козметичких сировина и производа, применом одговарајућих метода анализе у складу са европском, националном или другим признатим фармакопејама или провереним методама анализе;
- обрадом и проценом резултата испитивања,
- вођењем лабораторијске документације;
- законским прописима везаним за испитивање и контролу лекова, медицинских средстава и козметичких производа.

3. Социјална фармација

Приправник се упознаје са:

- важећим законима и подзаконским актима, којима се уређује област здравства област и чије је познавање неопходно за обављање фармацеутске здравствене делатности;
- системом и начелима здравствене заштите и организацијом здравствене службе;
- начином вођења стручне документације и евиденције -медицински аспекти (обавезе и права пацијента и фармацеута)
- људским правима и вредностима у здравственој заштити и правима и дужностима пацијента;
- планом мреже здравствених установа, посебно апотека;
- израдом планова и програма активности везаних за спровођење фармацеутске здравствене делатности, њиховом праћењу, анализи и евиденцији;
- основама здравствене статистике и фармакоекономије;
- радом епидемиолошке службе и улогом фармацеута у ванредним ситуацијама;
- финансирањем здравствене заштите и системом здравственог осигурања;
- основним етичким начелима при обављању фармацеутске здравствене делатности, применом етичког кодекса у пракси, етичким доношењем одлука и проценом професионалне одговорности. «

План и програм приправничког стажа за магистре фармације-медицинске биохемичаре

План приправничког стажа за магистре фармације–медицинске биохемичаре:

1. Медицинска биохемија – 4 месеца;
2. Санитарна хемија – 1 месец;
3. Токсиколошка хемија – 1 месец;
4. Правна регулатива у области здравствене заштите и медицинске биохемије, токсиколошке хемије и санитарне хемије у току трајања приправничког стажа.

Приправнички стаж магистар фармације–медицински биохемичар обавља у биохемијској, токсиколошкој лабораторији и лабораторији санитарне хемије.

- а) Програм приправничког стажа за магистре фармације–медицинске биохемичаре:

У току приправничког стажа приправник треба да примени знања и савлада вештине које је стекао у току студирања. Независно од типа здравствене установе у којој обавља стаж (дом здравља, болница, клинички центар, приватна лабораторија) магистар фармације–медицински биохемичар мора обавезно савладати програм приправничког стажа кроз практичан рад.

Током обављања приправничког стажа у биохемијској, токсиколошкој и санитарној лабораторији приправник се упознаје са:

- организацијом рада и особљем лабораторије, поделом послова и одговорности, распоредом просторија у лабораторији, опремом, врстама анализа које лабораторија изводи, издавањем резултата и вођењем лабораторијске документације, стручном литературом у лабораторији, процедурама и упутствима за рад у лабораторији, правилима понашања (у међусобним комуникацијама запослених, са пацијентима и другим здравственим радницима и сарадницима) и мерама заштите на раду.

1. Медицинска биохемија

У току обављања стажа из медицинске биохемије приправник се упознаје, ради практично и савладава следеће:

- а. биолошки материјал: врсте и начини узимања биолошког материјала, пријем и тријажа биолошког материјала, примена стандардизованих поступака у узорковању, руковању и чивању биолошког материјала;
- б. прављење раствора: припрема хемикалија и посуђа, мерење супстанци, израда раствора поштујући захтеве за израду раствора, адекватно чување раствора;

- c. упознавање са аутоматизацијом у медицинско-биохемијским лабораторијама и то првенствено са принципима рада биохемијског и хематолошког анализатора, како и са другим апаратима и анализама које се раде у лабораторији кроз самосталан рад на апарату уз надзор ментора и коришћење стручне литературе;
- d. упозње са узроцима варијабилности резултата лабораторијских анализа и то: преаналитичким факторима како што су: утицај начина узимања узорака крви, хемолиза, грешке у обележавању узорака, промене у узорку након вађења крви, исхрана, стрес, положај тела, физички напор, циркадијални ритам, трудноћа, фармаколошки активне супстанце и лекови и др.; аналитичким факторима: утицај лекова, антикоагуланаса и других биохемијских параметара (хемоглобин, билирубин, липиди, имуноглобулини) на аналитички поступак одређивања биохемијских параметара; постаналитичким факторима: исписивање и издавање резултата, интерпретација и валидација резултата, вођење лабораторијске документације;
- e. изводи стандардне клиничко-биохемијске анализа: уз предходно упознавање са: методом одређивања, биолошким материјалом из кога се врши одређивање, начином узорковања, факторима који утичу на избор методе одређивања, референтним интервалима и клиничком применом, интерпретацијом резултата, ограничењима методе, другим методама за одређивање датог параметра, литературом. Приправник израђује најмање следеће анализе: супstrate и метаболите (глукоза, уреа, креатинин, мокраћна киселина, билирубин (укупан и директан), липиде (холестерол, ХДЛ-холестерол, ЛДЛ-холестерол (рачунски), триглицериди), електролите (гвожђе, ТИБЦ, калцијум, фосфат, натријум, калијум, хлориди), протеине (укупне протеине, албумин, Ц-реактивни протеин); ензиме (аспартат-аминотрансфераза, аланин-аминотрансфераза, алкална фосфатаза, α -амилаза, лактат-дехидрогеназа, креатин-киназа, липаза, γ -глутамилтрансфераза);
- f. преглед урина: изглед, боја, пХ, релативна густина, хемијски преглед тест тракама и хемијским методама за поједине конституенте урина, микроскопски преглед седимента урина, интерпретација резултата прегледа урина (протеинурија, микрохематурија, леукоцитурија и др.); преглед фецеса: окултно крварење;
- g. Одређивање комплетне крвне слике на хематолошком бројачу (еритроцити, хематокрит, еритроцитни индекси, леукоцити, леукоцитарна формула, тромбоцити), интерпретација резултата крвне слике добијене на хематолошком бројачу, израда крвног размаза и микроскопско одређивање леукоцитарне формуле, микроскопско одређивање леукоцита и тромбоцита, одређивање ретикулоцита, седиментација еритроцита;
- h. одређивање фибриногена, протромбинског времена и активiranог парцијалног тромбoplastинског времена, контрола антикоагулантне терапије.
- i. зависно од нивоа здравствене делатности којој лабораторија припада приправник може учествовати у извођењу других специјализованих анализа из области биохемије и хематологије.
- j. Упознаје се са принципима осигурања квалитета рада и рационалне лабораторијске дијагностике: унутрашња и спољашња контрола квалитета

- рада у лабораторији, утврђивање грешке применом контролних карти и контролних правила, утицај грешке на резултат лабораторијском одређивања и клиничку одлуку, упознавање са значајем мерне несигурности,
- k. учествује у консултацијама са осталим здравственим радницима у циљу рационалне и економичне лабораторијске дијагностике и избора релевантних анализа и протокола у дијагностици, лечењу и праћења пацијената.

2. Санитарна хемија

Из области санитарне хемије приправник обавља и упознаје следеће:

- a) врсту и узимање узорака: правилан избор хомогеног узорка, правилно узимање узорка, фактори који утичу на стабилног узорка;
- b) документацију у санитарној лабораторији: захтев за анализу, интерпретација резултата, писање и издавање мишљења;
- c) осигурање квалитета рада у санитарној лабораторији: упознавање са основним принципима унутрашње и спољашње контроле квалитета рада у лабораторији санитарне хемије;
- d) израду раствора: специфичности прања и припреме посуђа, мерење хемикалија и израда раствора, адекватно обележавање и чување раствора;
- e) испитивање квалитета и здравствене исправности намирница, пијаћих вода и предмета опште употребе: основне методе анализе намирница, пијаћих вода и предмета опште употребе, које обухватају гравиметријске, волуметријске, полариметријске, спектрофотометријске, колориметријске и хроматографске технике, процена квалитета и здравствене исправности намирница на основу одређивања нутриментата (протеина, липида, угљених хидрата, минералних материја, витамина), воде адитива и контаминаната, одређивање физичких и хемијских параметара у води за пиће и предметима опште употребе, израчунавање енергетске вредности намирница и дијететских производа, процена прилагођености састава дијететских производа специфичним нутритивним потребама, критичко тумачење информације на декларацијама.

3. Токсиколошка хемија

Из области санитарне хемије приправник обавља и упознаје следеће:

- a) узорке и узимање узорака: правилан избор и узимање узорака, фактори који утичу на стабилност узорака;
- b) документацију у токсиколошкој лабораторији: токсиколошки захтев и налаз, интерпретација резултата;
- c) осигурање квалитета рада у токсиколошкој лабораторији: упознавање са основним принципима унутрашње и контроле квалитета рада у токсиколошкој лабораторији;
- d) израду раствора: специфичности прања и припреме посуђа, мерење хемикалија и израда раствора, адекватно обележавање и чување раствора;
- e) токсиколошка испитивања;

- f) зависно од типа лабораторије у којој приправник обавља стаж изводи се програм и) или ии);
- g) клиничко-токсиколошка испитивања: биолошки материјал – скрининг процедуре, скрининг лекова и њихових метаболита у телесним течностима, одређивање садржаја етил алкохола у крви, идентификација опојних дрога у урину, биомаркери експозиције и ефекта при тровању металима и органским растварачима, основни елементи процене реизика на здравље људи;
- h) екотоксиколошка испитивања: узорковање ваздуха, воде и земљишта, одређивање садржаја најзначајнијих аерозагађивача (CO₂, Нох, честица прашине, аероседимент) одређивање садржаја токсичних метала и фенола у водама, основни елементи еколошке процене ризика.

4. Правна регулатива у области медицинске биохемије, токсиколошке хемије и санитарне хемије

Општи закони из области здравства, као и упознавање са законском регулативом која се односи на квалитет и здравствену исправност намирница, воде за пиће и предмета опште употребе, адитива, отрове и опојне дроге.

Образложење

На основу члана 53, став 1, тачка 1 Закона о високом образовању („Службени гласник Републике Србије” број 76/05) и утврђеног предлога Наставно–научног већа, Савет Фармацеутског факултета Универзитета у Београду, на седници одржаној 2. новембра 2006. године, донео је Статут Фармацеутског факултета којим су чланом 31. утврђене дипломске академске студије које трају пет (5) година и имају 300 ЕСПБ, а остварују се на два смера:

1. Смер за дипломиране магистре фармације – мастер; и
2. Смер за дипломиране магистре фармације – медицинске биохемичаре – мастер.

С обзиром да је приправнички стаж за докторе медицине већ раније скраћен на 6 месеци, то је већ раније исказана потреба да се и стаж за магистре фармације-медицинске биохемичаре (ранији назив: дипломирани фармцеут- медицински биохемичар) скрати на 6 месеци, а што је исказаним предлогом плана и програма приправничког стажа и могуће. У том смислу упућени су захтеви и предлози Фармацеутском факултету, Комори биохемичара Србије и Министарству здравља РС од стране медицинских биохемичара.

Наиме, магистар фармације-медицински биохемичар се у дипломским студијама оспособљава за послове у клиничко-биохемијским, санитарним и токсиколошким лабораторијама, те је и предлог плана и програма за обављање приправничког стажа тако и конципиран. У целости је задржан садржај из ранијег

плана и програма и исти је могуће уз менторски надзор специјалисте медицине биохемије, санитарне хемије и токсиколошке хемије обавити.

УПИСНА ПОЛИТИКА НА ФАКУЛТЕТЕ И ШКОЛЕ ЗДРАВСТВЕНЕ СТРУКЕ – ИЗНУЂЕНА ПОЛИТИКА ИЛИ ПОЛИТИКА У ФУНКЦИЈИ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА СРБИЈЕ?

У оквиру покушаја да пружи свој допринос развоју и унапређењу здравствене службе у Републици Србији, Здравствени савет је на дневни ред своје прве радне седнице ставио и разматрање проблема политике уписа на факултете и школе медицинске струке процењујући да је реч о питању изузетно значајном за будућност здравства.

Потпуно свесни да је реч о комплексу питања у највећој мери везаних за рад самих школа и надлежних просветних органа и која су несумњиво у надлежности Министарства просвете, овај Савет је покушао да се бави аспектима од неспорног значаја за здравство.

Полазне основе за стављање на дневни ред ових питања били су наши утисци:

- да број новоуписаних студената на медицинске факултете у Србији није везан за процену потреба наше здравствене службе кроз 6-7 година и да он доминантно зависи од интереса самих школа диктираних садашњим системом финансирања медицинских факултета по броју студената (уместо по нивоу и квалитету рада или зависно од резултата објективне провере квалитета "завршног производа"), при чему исто у значајној мери важи и за остале школе медицинске струке,

- да планирање и развој мреже високих школа медицинске струке (а тиме и број уписаних студената сваке године) у великој мери зависи од регионалних интереса и других политичких фактора, при чему исто (вероватно у још већој мери) важи за остале школе медицинске струке и да се недовољно води рачуна о могућим негативним последицама такве праксе на дужи рок, последицама свакако од значаја за друштво и државу у целини, али и за здравствени систем у Србији,

- да политика уписа и развој мреже средњих и виших школа медицинске струке није увек у складу са познатим потребама здравствене службе као и стандардима и захтевима који ће у погледу средњег и вишег медицинског кадра код нас морати да буду испуњени у најскорије време,

- да назнаке неконтролисаног развоја мреже школа за образовање здравствених сарадника свих профила и нивоа без икакве процене потреба

здравствене службе у овој земљи и потпуно без учешћа Министарства здравља у њиховом планирању не могу да остану непримећене, јер могу да постану опасне,

- да изгледа да би Министарство здравља и други надлежни органи у Републици Србији, коморе (лекара, стоматолога, фармацеута, биохемичара, медицинских сестара и техничара) и стручна удружења лекара, стоматолога, фармацеута, медицинских сестара и техничара (а, пре свих, Српско лекарско друштво) и здравствене установе, па и овај Савет, могли значајно да допринесу оптималном планирању кадрова потребних овој земљи и овом здравству у наредном периоду, као и целисходном планирању мреже одговарајућих школских установа, уз смањење броја школованих медицинских кадрова свих профила и нивоа који су на бироима рада или се принудно баве неким другим пословима за које нису обучени, уколико би се остварила неопходна сарадња просветних, здравствених и свих других структура у држави на овим питањима, што изгледа и логично и потребно и што не би требало да буде тешко. Школовање мора да остане у надлежности школа и просветних органа, али здравство треба да да свој допринос реалном сагледавању потреба и рационалном планирању уписне политике.

Закључено је да је једина могућа полазна основа за дискусију ове врсте - објективно утврђивање стања, при чему би оптимално било располагати подацима и валидним проценама потреба у наредном периоду. Из тог разлога, одмах су за помоћ замољена Министарства за просвету и здравље, све струковне коморе, Институт за јавно здравље "Батут", Републички заводи за запошљавање и за статистику, итд, а у рад групе за припрему дискусије укључени су представници ових установа и тела.

Оцењено је да би најнеопходнији били подаци о:

- кретању броја уписаних у школе медицинске струке свих профила у последњих неколико година,

- ширењу мреже образовних установа,

- начину вођења политике уписа и битним факторима од којих та политика зависи, другим факторима од којих мора да зависи просветна и школска политика (па и политика уписа) а који су независни од потреба здравства, итд.,

- кретању броја запослених и броја незапослених у здравству у последњим годинама (по профилима, регионалном распореду, годинама старости и сл.), о просечном годишњем "природном одливу" кадрова (пензије, смрт, промена занимања, одлазак у иностранство, итд)

- процењеним потребама за здравственим радницима свих струка и профила у наредних 7-8 година (по профилима и регионима, укључујући ту и потребе државних здравствених установа и приватног сектора)

- основним демографским и другим кретањима од могућег значаја за планирање потреба здравствене службе,

- плановима за развој и унапређење здравствене службе у Србији у наредном периоду, важећим стандардима и очекиваним променама које неумитно намеће ускладјивање са европским стандардима, итд.

Већ после првих дискусија постало је јасно:

- да није реално очекивати прецизне податке и бројеве о предвиђеним потребама кроз 7-8 (до 10 година), што је неопходно за рационално планирање уписне политике и ширење мреже образовних установа, јер такве процене не постоје и сада нису могуће,

- да неке од надлежних установа не располажу готовим подацима за претходних 5 или 10 година, што би значајно помогло реалном сагледавању стања и трендова,

- да школска и просветна политика па и политика уписа у школе медицинске струке зависи и мора да зависи и од низа фактора који нису директно везани за потребе здравства, при чему су и у том делу могући значајни помаци и промене значајни за развој здравства,

- да је очигледно неопходно усклађивати просветну политику и политику уписа, као и развој и ширење мреже школа одговарајућих струка, са процењеним потребама здравства у наредном периоду у највећој могућој мери, а да се не виде разлози да се о тим питањима не одлучује на основу уске и сталне сарадње просветних и здравствених органа. Предложено је и да се формира стално тело за сарадњу те врсте (републички координациони комитет, или слично).

На основу конкретних података који су му стављени на располагање, Здравствени савет може да констатује:

а) Број уписаних у школе медицинске струке

- Број новоуписаних студената медицине на 5 медицинских факултета у Србији (Београд, Нови Сад, Ниш, Крагујевац, Косовска Митровица) био је ове године исти као и претходних година. Према подацима добијеним од Лекарске коморе Србије уписано је укупно 1.116 нових студената, што је на нивоу протеклих неколико година. Распоред броја уписаних по појединим факултетима такође се није битно мењао последњих година. Прецизне податке о броју уписаних ове године на стоматолошке и фармацеутске факултете и одсеке у Србији нисмо добили, али наше информације говоре да се ни те цифре нису битно мењале у последњих неколико година. Званичне, прецизне податке о броју уписаних на факултете медицинске оријентације у последњих десетак година које смо тражили, нисмо могли да добијемо од Министарства просвете.

- У недостатку квалификованих показатеља (види раније) кадровских потреба које ће здравствена служба у Србији имати кроз 7-10 година, број уписаних студената медицине није у складу са садашњим бројем незапослених лекара и са сада сагледивим потребама и далеко их превазилази, доприносећи даљој хиперпродукцији високо квалификованих кадрова у здравству. Просечна старост сада запослених (види касније) и груба процена "природног одлива" (јер прецизнијих података и процена - нема), такође не оправдавају сталну хиперпродукцију.

- Недостају нам прецизни подаци о броју уписаних ове године у више школе медицинске струке, а ти су подаци од значаја. Информације које нам је пружила

Комора медицинских сестара и здравствених техничара Србије (КМСЗТС), указују да проблем виших медицинских сестара и техничара измиче пажњи и просветних и здравствених органа (види касније).

- Подаци о броју уписаних у средње школе медицинске струке добили смо од Министарства просвете. Ови подаци су потпуни и прецизни, а табеларно су приказани у додатку бр.3. Број новоуписаних дјака је врло висок, сва расположива места у школама су попуњена (практично 100%) и то децом која су баш то желела да упишу. Очигледно је да је интересовање велико и да су ове школе тражене. Број уписаних, међутим, није у складу са бројем одговарајућих кадрова који чекају на бироу рада, а очигледно је да је велики број школа ових смерова и превелики број уписаних у нескладу са садашњим потребама и да доприноси хиперпродукцији кадрова медицинске струке.

б) Подаци о запосленим радницима у здравству

(Подаци о броју запослених радника у здравству (по профилима, у односу на регионални распоред, по полу и по годинама старости) добијени из различитих извора - међусобно се не слажу. Из тог разлога, за потребе ове анализе користили смо бројеве првобитно добијене из Института "Батут" и податке, бројеве и табеле добијене од струковних комора, а поредили смо их са подацима Националне службе за запошљавање на дан 31.8.2009. године).

- Располагали смо подацима о броју запослених здравствених радника и сарадника у 2008. години, по профилима и по окрузима (Извештај Института "Батут"). Подаци су врло прецизни и илустративни, а број и распоред запослених здравствених радника битно варира зависно од округа, што је познато. У 2008. години, у здравственим установама у Србији укупно је било запослено 114.000 радника свих профила (26.000 лекара, стоматолога и фармацеута, 8.400 здравствених радника са вишом школом, 50.000 медицинских сестара и техничара, 470 здравствених радника са нижом спремом, 7.600 немедицинских радника и 21.000 техничког особља).

Регионалне варијације у броју и структури лекара у Србији (чланова ЛКС) запослених и у државном и у приватном сектору су веома значајне.

Подаци Лекарске коморе Србије указују на неравномерну регионалну покривеност лекарима, која је у Београду, на пример, барем двоструко већа него у Војводини или у Западној Србији, док је Источна Србија нешто изнад просека. Приликом разматрања ових, као и других, података треба имати у виду предстојећа усклађивања стандарда са новим захтевима.

Структура чланова Лекарске коморе Србије (ЛКС), са бројем старијих од 50 година и бројем старијих од 65 година, по организационим јединицама ЛКС (груб регионални распоред) делује неповољно (9.764 старијих од 50 година = 35,4%, од чега чак 1.480 старијих од 65 година = 5,4%!).

Сређених података о очекиваном природном одливу нема, али број чланова ЛКС старијих од 65 година сигурно не значи и упражњен толики број радних места следеће године (има пензионисаних чланова, има оних који настављају да раде у

струци), а број чланова старијих од 50 година, коликогод био импресиван (и у суштини - неповољан) сам по себи не даје потребан податак о броју слободних радних места у наредних 15 година, а још мање - пожељан податак о потребном броју нових лекара за 7-8 година. Број новоуписаних сваке године на медицинске факултете у Србији и даље је превелики. Упрошћено гледано, за потребе ове анализе, чак и да број данас старијих од 50 година значи сигурно толики број радних места у наредних 15 година, просечан број новоуписаних студената медицине који се последњих година стабилизовао на око 1.100 годишње, далеко превазилази просту репродукцију, чак и када се не узме у обзир значајан број незапослених лекара, који не показује тенденцију спонтаног смањења. Имамо хиперпродукцију лекара у Србији.

- Подаци о броју запослених стоматолога по окрузима у Србији уз њихов укупан број од 2.306 у 2008. години, показује такође неравномеран регионални распоред, као и код лекара и осталих. Прецизне податке о броју стоматолога свих профила ангажованих у приватном сектору нисмо имали. Уочена тенденција појачаног притиска на упис на студије стоматологије у последње време нема чврсто логично објашњење када се погледа податак о броју незапослених стоматолога у Србији - преко 1.000! у августу месецу 2009. године. Тај број је веома близу броју незапослених лекара опште медицине. Са те стране гледано, хиперпродукција високо школованих кадрова у здравству код нас, помогнута садашњом уписном политиком је очигледна. Број сада незапослених стоматолошких техничара и осталих кадрова стоматолошког смера са средњом спремом такође је врло велики.

- Запослених дипломираних фармацеута, према подацима Фармацеутске коморе Србије има укупно 3.884, од чега 44% у јавом а 56% у приватном сектору. Груб регионални распоред (Београд, Ниш, Нови Сад, Ужице) на први поглед је равномернији и мање је неуједначен него код лекара и стоматолога. Број и проценат незапослених дипломираних фармацеута мањи је од оног код лекара и стоматолога - око 200, у августу 2009. године.

- Број активних чланова Коморе биохемичара Србије (дипломирани фармацеути - медицински и клинички биохемичари, лекари - специјалисти медицинске и клиничке биохемије и дипломирани инжењери медицинске биохемије или фармације - специјалисти медицинске биохемије) - укупно 536 чланова Коморе, изгледа да указује на нешто равномернији регионални распоред, са ипак упадљиво већом концентрацијом у Београду, а изгледа да је у просеку реч о млађим стручњацима од кадрова запослених у другим струкама, што је добро. Ипак, и њих има на Бироу рада (њих 40 у августу 2009. године).

- Број и структура запослених медицинских сестара и здравствених техничара Србије, чланова КМСЗТС из августа месеца 2009. године указује на несклад садашњег састава по профилима и са важећим стандардима, а поготову са стандардима за које се зна да ће морати да буду усвојени. Најдраматичнији су проценти виших медицинских сестара (5,71%) у односу на потребе (20%!!). Овако значајна разлика између броја запослених и реалних потреба у складу са важећим, а поготову са очекиваним стандардима, требало би да значајно утиче на развој мреже одговарајућих школа и на уписну политику. Сада је, како скреће пажњу КМСЗТС, код нас школовање овог профила скупо, што има за последицу школовање значајног броја виших медицинских сестара другде (БиХ), при чему је утицај

наших надлежних органа на квалитет стечених диплома врло ограничен. Притом, збуњује податак о не малом броју незапослених радника овог профила у Србији (346, према подацима Завода за запошљавање), што нужно скреће дискусију са уписне политике и планирања кадрова на могуће пропусте у организацији здравствене службе.

Огроман број незапослених медицинских сестара са средњом спремом, свих профила, као и других медицинских радника са средњом стручном спремом, који се, према подацима Завода за запошљавање из августа 2009. године броји хиљадама, сам по себи говори о неконтролисаној хиперпродукцији школованог кадра медицинске струке, на исти начин као и податак о великом броју одговарајућих школа у Србији.

ц) Подаци о незапосленим радницима у здравству

(Подаци о броју незапослених радника у здравству (по профилима, у односу на регионални распоред, по полу и по годинама старости) добијени из различитих извора - међусобно се не слажу. Из тог разлога, за потребе ове анализе користили смо бројеве првобитно добијене из Института "Батут", податке, бројеве и табеле добијене од струковних комора и податке Националне службе за запошљавање на дан 31.8.2009. године. Извори података које смо користили приложени су у виду додатака бр. 2-9).

- Незапослених доктора медицине и лекара опште медицине било је у августу месецу у Србији преко 1.700. чему треба додати мањи број незапослених лекара специјалиста практично свих специјалности. Подаци потичу од Завода за запошљавање. Такође, регионални распоред незапослених лекара је неуједначен.

- Незапослених стоматолога у Србији је 31.8.2009. године било 1.035, чему треба додати ипак мањи број специјалиста различитих специјалности. Незапослених дипломираних фармацеута у исто време било је 192. Број запослених и незапослених стоматолога, фармацеута и биохемичара говори слично као што смо констатовали за лекаре, без обзира на спонтано повећање занимања за упис на ове факултете на рачун медицинских, вероватно стога што гледане из неког угла перспективе за запошљавање у тим струкама делују привлачније. Број незапослених стоматолога, међутим, веома је висок, док незапослених фармацеута и биохемичара има, иако су ти бројеви мањи.

- Хиперпродукција школованог средње медицинског кадра је очигледна и већ је дискутована. Број незапослених у области средње медицинског кадра је заиста забрињавајуће велики, а од тога многи на посао чекају годинама. Број незапослених медицинских сестара и техничара (ако се рачунају само општи смер, гинеколошке и педијатријске сестре) био је на дан 31.8.2009. године - **7.650!!**, а томе треба додати и све остале медицинске раднике са средњом школом, разврстане у статистичком приказу Службе за запошљавање у још неких 40 категорија, при чему је број евидентираних незапослених у неким од тих категорија заиста значајан (физиотерапетска сестра - 921!, гинеколошко-акушерска сестра -

888!, зубни техничари - 1.027, стоматолошка сестра - 528, фармацевтки техничар - 708, биохемијски лаборант - 551, итд. итд.)

д) Демографске и друге промене од значаја за планирање потреба здравствене службе у наредном периоду

- Лекарска комора Србије документовано и енергично скреће пажњу на неповољна демографска кретања код нас, у првом реду на брзо старење становништва, неповољна мигранторна кретања и на брзо смањивање популације у земљи, разуме се - са поентом на последице које су од највећег значаја за здравствену службу, па и за планирање кадрова. Преко ове озбиљне анализе не може да се пређе.

- Републички завод за статистику на исти начин скреће пажњу на брзо старење популације у Србији, на негативну стопу природног прираштаја (- 4,6 на 1.000 становника, што процес депопулације чини основном одликом кретања пројектованог становништва Србије до 2032. године. Детаљни регионални подаци исте врсте су такође неповољни, са значајно позитивним стопама прираштаја једино у Бујановцу, Прешеву, Новом Пазару и Тутину.

- Овакви подаци несумњиво су од капиталног значаја за планирање развоја здравствене службе. Старење становништва свакако сугерише преоријентацију здравствене службе на старачке болести и друге потребе старих људи у будућности, али ни задаци здравствене службе (у оквиру неког општег настојања државе) усмерени на умањење и заустављање ових негативних тенденција нису за потцењивање. Уосталом, тако је рађено и до сада и напори гинеколога, педијатара, неонатолога, итд. имају за резултат чињеницу да је смањење стопе смртности новорођенчади и одојчади код нас једина светла тачка у демографским статистикама и да је та стопа и даље у сталном паду.

е) Хиперпродукција школованих кадрова и одсуство планирања

- Већ површна анализа изнетих података недвосмислено указује на хиперпродукцију школованих кадрова здравствене струке. Број сада запослених у здравству, број оних који не могу да нађу посао у струци (чему треба додати значајан број неевидентираних јер силом прилика раде неке друге послове, као и значајан број оних који су посао потражили ван граница ове земље) и превелики број оних који се већ годинама уписују у школе и на факултете медицинске оријентације наводе на претпоставку да ће се стање убрзано погоршавати. Анализа расположивих података о годинама старости сада запослених (у свим профилима) недвосмислено указује на то да се не може рачунати на то да ће природни одлив кадрова битно променити ситуацију у наредном периоду. Напротив.

- Ширење мреже медицинских школа и факултета свих профила и нивоа и садашњи систем одлучивања о уписним квотама (уписна политика) очигледно нису у складу са потребама здравствене службе нити са могућностима ове државе и већ дуже време, сваке године битно доприносе даљој хиперпродукцији кадрова.

- Праве потребе државе и реалне могућности и потребе здравствене службе у наредном десетогодишњем периоду (што је неопходно за рационално планирање потребног броја нових кадрова) није у овом моменту тако лако одредити прецизно. Мора се имати у виду темељна реорганизација здравствене службе која је у току, треба рачунати са променама сада важећих стандарда које ће свакако донети приближавање Европској унији, а, са друге стране, из Министарства просвете смо обавештени да се и на пољу образовања ускоро очекује усвајање новог документа од стратегијског значаја. Ове елементе треба свакако имати у виду приликом сваког критичког приступа садашњем систему и уоченим нелогичностима.

- Очигледно је да, до сада, није било одговарајуће сарадње између просветних и здравствених органа у Србији по питањима која се тичу образовања кадрова медицинске струке и уписне политике посебно. По нашем мишљењу, не виде се разлози који би били за уважавање.

Трудећи се да остане у оквирима својих надлежности, Здравствени савет Србије, радећи на овој анализи, слободан је да уочи и да скрене пажњу и на следеће:

- О броју новоуписаних ђака и студената сваке године одлучују саме школе, разуме се - у оквирима одређеним приликом акредитације саме школе и у складу са важећим прописима, а уз сагласност Министарства просвете.

- С обзиром на садашњи начин финансирања, превасходно према броју редовних студената/ученика, битан (често и примарни) интерес школе је да има што више уписаних. Превелики број уписаних је у колизији са жељеним квалитетом наставе и жељеним условима за рад студената/ученика, па свака школа решава овај сукоб интереса како зна и уме, покривајући увек део расхода за редовно школовање додатним приходима са друге стране (тамо где је то могуће и колико је могуће). Упрошћено гледано, у садашњем систему финансирања држава плаћа број студената/ученика, а не квалитет рада и школовања. Различити локални, регионални, политички и други интереси доприносе додатним притисцима у истом смислу и резултирају експанзијом постојећих и отварањем нових школа, што доприноси даљој хиперпродукцији, али и општем паду квалитета.

- У постојећем систему, такође, саме школе и просветни органи, неретко под притиском локалних, регионалних и других политичких фактора, доносе врло значајне одлуке о увођењу нових смерова или отварању нових школа. Последица тога је да просвета профилише стручњаке који касније треба да раде (у овом случају - у здравству), а да Министарство здравља, здравствени органи и здравствене установе нису били у прилици да учествују у процени потреба за таквим кадровима. Већ је напред речено да назнаке ширења мреже школа за здравствене сараднике свих нивоа и профила може да буде опасно, а да за сада пролази доста неопажено и без учешћа здравства у планирању таквих потеза.

- По нашем мишљењу, потребе и могућности државе треба да диктирају шта она може, хоће и треба да плати. Остало мора да плати неко други. То, разуме се, важи и за здравство и за просвету. Легитимно је право и школа и просветних органа да одлучују о просветној и школској политици. Школе могу слободно да

планирају и да школују и много више студената и ђака него што ова држава може да запосли, под условом да је реч о стручњацима таквих профила и таквог квалитета да њихово запослење (код нас или другде) не долази у питање. Код нас су, међутим, школе таквог квалитета и (међународног) реномеа - ретке. Из тог разлога, док се нешто не промени, треба рачунати да ми школујемо стручњаке за сопствене потребе. Очигледно је да имамо значајан вишак школованих кадрова у здравству. Са друге стране, све наше дипломе истог ранга код нас вреде исто - без обзира на то што савршено добро знамо да нису све школе истог профила код нас подједнако квалитетне и да се стручњаци који су завршили различите школе (које се исто зову и имају исти ранг) често битно међусобно разликују по квантитету и квалитету знања које су стекли. Већ поменуто финансирање школа по броју студената/ученика значајно потхрањује постојање оваквих разлика. Други су овај познати проблем одавно решили. Најчешће примењиван и најефикаснији начин вредновања школа истог ранга је - организована, објективна последипломска провера знања на националном нивоу. Ми бисмо такође могли да наш "државни испит" подигнемо на виши ниво, објединимо га (у исто време и на једном месту) за целу земљу (као што смо то већ ефикасно урадили за разне пријемне испите и сл.) и да почнемо да вреднујемо (и да плаћамо) своје школе сходно резултатима које њихови завршени стручњаци постижу на последипломској провери.

- Здравствени савет Србије чврсто стоји на становишту да школска политика мора да остане у оквиру надлежности школа и просветних органа. Здравствени савет овом приликом само узима слободу да скрене пажњу на очигледне негативне последице оваквог стања у здравству и у држави.

Предлог закључака

- Анализа расположивих података показује да имамо хиперпродукцију школованог кадра свих профила здравствене струке. Сталном погоршању ситуације битно доприноси и превелики број новоуписаних студената и ученика свих медицинских струка и профила.

- Одлучивање о броју (и профилу) новоуписаних студената/ученика као и ширење мреже школа здравствене струке без икакве могућности утицаја здравствених органа на те процесе показало је своје негативне последице.

- Без обзир на предстојеће крупне (стратегијске) реорганизационе процесе и у здравству и у просвети, што у овом моменту може да отежава објективну процену потреба и могућности 6-10 година унапред, изгледа неопходно уложити додатне напоре да би сви доступни релевантни бројеви и параметри од значаја за такве процене и стајали на располагању у сваком моменту и били стално коришћени у циљу оптималног планирања. Ово важи и за здравство и за просвету.

- Неопходна потреба за сталним контактима и консултацијама одговарајућих органа здравства и просвете у циљу оптималног планирања кадрова требало би да је очигледна и неспорна, а тесна сарадња одговарајућих органа на пословима планирања кадрова па и уписне политике била би врло пожељна. У току дискусија које смо имали предложено је и формирање једног сталног мешовитог комитета. Разлози против овакве сарадње се заиста не виде.

- Организована, објективна последипломска провера знања на националном нивоу, у циљу објективнијег рангирања у погледу квантитета и квалитета стеченог знања и стручњака и школа које су завршили била би у интересу здравства у Србији, а могла би да допринесе целисходнијем систему финансирања школа здравствене струке, посебно медицинских факултета у Србији.

Основни подаци о иницијативи Здравственог савета Србије, формирању Радне групе за полагање стручног испита и досадашњим резултатима

На својој редовној седници од 24.9.2009. године, Здравствени савет Србије је, у својим закључцима после дискусије о уписној политици на факултете и школе медицинске струке, покренуо иницијативу да се постојећи стручни испит, као одавно усвојена форма последипломске провере знања пре почетка самосталног рада у струци, искористи за перманентну и систематску анализу нивоа знања које показују кандидати на испиту, нивоа показаног знања из појединих области у оквиру медицинске струке, али и успеха који кандидати постижу зависно од школе коју су завршили. Резултати оваквих анализа могли би да буду вишеструко корисни и будућим здравственим радницима (као аргумент више приликом запошљавања) и Министарству здравља (као извор информација значајних за организаију рада у здравству), факултетима и школама здравствене струке (да знају какве резултате постижу њихови ђаци и у којим областима су добри а којим су мање добри), али и Министарству просвете (као допунски критеријум приликом доношења одлука из области финансирања школа и факултета и одлучивања о квотама уписа).

Уз сагласност и подршку Министарства здравља, спроведена је широка расправа о овим питањима и врло брзо је постигнут потпуни консензус (записник са састанка одржаног 25.2.2010. године у Институту „Батут“ на иницијативу Здравственог савета Србије и Министарства здравља, на коме су узели учешћа декани и директори факултета и школа медицинске струке из Србије, представници Здравственог савета, Министарства здравља и Министарства просвете, директори свих комора, завода за јавно здравље, итд.). С обзиром да је полагање стручног испита код нас већ централизовано на националном нивоу, закључено је да је једини али неопходан предуслов да се резултати стручног испита учине објективним, мерљивим и упоредивим. Да би се то постигло, потребно је и довољно је постојећи систем полагања усменог испита заменити полагањем стручног испита путем теста. Све остало одвијало би се, у оквиру постојећих прописа, као и до сада. Организација полагања стручног испита остала би у надлежности Министарства здравља.

Решењем Министра здравља од 14.4.2010. године формирана је Радна група за полагање стручног испита, која има 20 чланова, са задатком да изврши потребне припреме за прелазак на полагање стручног испита путем писаног теста.

Радна група се састала три пута (1. јуна, 1. јула и 9. новембра 2010. године). На првом састанку, усвојени су основни полазни принципи и постигнут је договор о начину рада Радне групе. На другом састанку, усвојени су предлози решења за већину стручних и техничких проблема везаних за прелазак на писмени начин

полагања испита путем теста (на пример: број и врста тест питања за све профиле, унифицирани облик тест питања и увек исти број понудјених одговора од којих је један тачан, итд), усвојен је текст циркуланог писма широком кругу заинтересованих за учешће у формирању банака питања за све профиле (сви факултети и школе медицинске струке, одговарајуће коморе, стручна удружења, заводи за јавно здравље, итд), усвојен је текст кратког писаног обавештења Министру здравља о резултатима дотадашњег рада Радне групе и формулисана су преостала отворена питања (начин оцењивања попуњених тестова на сваком испиту, техника одабирања питања из банке за сваки појединачни испит и систем очувања тајности и објективности, итд). У току августа месеца 2010. године, Министарство здравља је упутило усвојено циркуларно писмо на велики број адреса, са позивом за прилагање што већег броја предлога питања за формирање базе. На трећем састанку је констатовано да је број пристиглих предлога минималан, закључено је да је оправдано поновити исти позив још ширем кругу потенцијално заинтересованих школских и стручних установа (што је одмах и урађено) и договорено је да се наредни састанак Групе закаже почетком 2011. године, зависно од динамике пристизања предлога питања. У продуженом року, поготову почетком ове године, предлози питања пристижу у Министарство у значајнијем броју, што је добро, али и даље недовољно за формирање иницијалних банака питања за све профиле. Од многих установа, поготову од оних кључних - медицински факултети, добијамо мишљења да је реч о опсежном и одговорном послу који захтева ангажовање добро организованих, плаћених и контролисаних професионалаца да би био ваљано обављен.

Предлози за даље ангажовање

1. Наредни састанак Групе треба одржати тек после одговарајућег контакта са новим Министром здравља, у циљу потврде досадашње оријентације и подршке до сада усвојеним ставовима.

2. Радна група свакако треба, уз оно што је већ урађено, да формулише и прецизне предлоге у вези са начином оцењивања тестова после сваког полагања (минимум тачних одговора за пролаз), а можда и да процени да ли је неопходан прелазак на писмени начин полагања стручног испита истовремено за све профиле медицинске струке (можда је могуће и оправдано прво увести тест за високу стручну спремину а накнадно и за остале, или обрнуто).

3. У складу са предлозима Радне групе, Министарство треба да донесе одлуке везане за начин ангажовања досадашњих испитних комисија на новим пословима, процени потребна додатна средства (ако се процењује да су потребна, јер писмени испит за велики број кандидата истовремено не би требало да буде скупљи од појединачних усмених испита) и да реши преостала практична питања везана за полагање. Уз коришћење приспелих предлога питања (који испуњавају предвиђене критеријуме), преостале послове око формирања и касније редовне допуне и одржавања банака питања за све профиле очигледно треба да обаве посебно ангажовани професионалци (најбоље - из редова досадашњих комисија и испитивача).

Предлог основних ставова који произилазе из досадашње дискусије:

1. Начин полагања стручног испита за све здравствене раднике и сараднике - **тест**.
2. Испитни тестови за све профиле треба да садрже **озбиљна и јасна питања из кључних области** важних за самосталан рад у струци, што треба да подигне општи ниво теоријског дела стручног испита. По правилу, требало би избећи питања из области које нису од директног практичног значаја.
3. **Минимум тачних одговора** потребан за пролаз треба одредити тако да значајно не отежава полагање стручног испита у односу на садашњи систем полагања и садашње критеријуме. (Основна идеја је била да се резултати испита учине објективно мерљивим и упоредивим, а не да се испит нагло отежа).
4. **Организација и спровођење испита** треба да остану у надлежности Министарства здравља и, за сада свакако, садашњих испитних комисија, без измена важећих прописа.
5. **Почетак примене** новог начина полагања стручног испита могућ је тек у 2011. години. Вероватно је реално планирати - од 1.7.2011.
6. **Организација приправничког стажа** на савремен начин предуслов је за увођење и практичног дела стручног испита, што би било од великог значаја. Вероватно је добро предложити да се проблемима везаним за реорганизацију приправничког стажа у свим профилима здравствене струке бави посебна радна група.

СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У СРБИЈИ

ЗСС је 15.децембра 2010.године донео одлуку о формирању Радног тела за анализу текућег начина финансирања, процене будућих трендова и могуће преобликовање финансирања здравствене заштите у циљу побољшања ефикасности и ефеката здравственог система Србије. Пошло се од спознаје да је неопходна модернизација целокупног система у смислу промене начина плаћања здравствених радника, начина плаћања резултата рада и обезбеђење квалитета услуга, тј. заштите примаоца и даваоца услуга преко транспарентног и економски утемељеног начина финансирања, као и увођења система одговорности на свим нивоима. Председник радног тела је проф.др Драгана Покрајчић, члан ЗСС и професор Економског факултета. Радно тело чине експерти из Економског института, Економског факултета, Завода за здравствено осигурање, Института за социјалну медицину Медицинског факултета, Завода за јавно здравље Републике Србије, итд.

Полазну основу за рад радне групе дао је ЗСС:

I АНАЛИЗА СИТУАЦИЈЕ

1.1 ТРЕНД МОРБИДИТЕТА И МОРТАЛИТЕТА (2000.-2010. године)

1.2 ТРОШКОВИ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА

1.2.1 Учешће трошкова здравствених услуга у ДП (2000.-2010. године)

1.2.2 Трошкови здравствених услуга по изабраним категоријама

1.3 НАЧИН ПЛАЋАЊА УСЛУГА ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА

1.3.1 Примењена нормативна решења

1.3.2 Анализа праксе у развијеним земљама (ОЕЦД)

1.3.3 Позитивна и негативна решења

II ПРОЈЕКЦИЈА ТРОШКОВА ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА

2.1 ПРОЈЕКЦИЈА ТРЕНДОВА

2.1.1 Демографски трендови

2.1.2 Епидемиолошки трендови

2.2 ПРОЈЕКЦИЈА ТРОШКОВА

III ПРЕДЛОЗИ ЗА ЕФЕКТИВНИ И ЕФИКАСНИ ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ

3.1 МЕРЕ ЗА ПОВЕЋАЊЕ ЕФЕКТИВНОСТИ

3.2 МЕРЕ ЗА ПОВЕЋАЊЕ ЕФИКАСНОСТИ

3.3 РЕДЕФИНИСАЊЕ ПРАВА ИЗ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

3.4 ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

3.5 „ТРЖИШНИ“ МОДЕЛИ ФИНАНСИРАЊА ЗЗ

За рад ове радне групе неопходно је обезбедити и финансијска средства, са чим је упознат Министар здравља.

ИЗВЕШТАЈ О РЕЗУЛТАТИМА АНОНИМНЕ АНКЕТЕ ЗА ДИРЕКТОРЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Полазећи од значаја здравственог менаџмента у ефикасном функционисању здравственог система, са једне стране, а са друге стране полазећи од спознаја да он није увек на висини постављених задатака, поготово у сфери економије пословања, организације рада и мотивације запослених, ЗСС је сачинио анонимну анкету за директоре здравствених установа. Добијени резултати биће полазна основа за предлог промене у Закону о здравственој заштити, у делу који се односи на директоре (члан 131-135) и управне одборе (чланови 136 и 137). Износимо прелиминарне резултате које је ЗСС усвојио марта 2011.год.

ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

- Анализа општег профила водећих менаџера здравствених установа Србије
- Сагледавање постојећих знања и вештина менаџера
- Одређивање праксе и основних проблема менаџмента
- Мапирање могућих алтернатива за унапређење

МЕТОД

- Студија пресека, јуни-октобар 2010. године
 - Популација (31.12.2009): директори здравствених установа Србије
 - Укупна стопа одговора:
 - 56,52% за самосталне здравствене установе
 1. 63,69% за домове здравља
 2. 35,00% за опште болнице
 3. 43,24% за специјалне болнице
 4. 33,33% за клиничке центре
 5. 52,17% за заводе за јавно здравље
- + 12 здравствених центара
- Инструмент истраживања:
 - Упитник на основу сличних истраживања у Србији и у свету
 - Општа питања за општи профил менаџера
 - Основно мишљење о значају менаџмента
 - Водећи проблеми менаџмента према функцијама
 - Неопходне промене

- УКУПНО: 62 питања

- Прва анализа података:
 - Дескриптивна статистика

ОПШТИ ПРОФИЛ ДИРЕКТОРА

Од укупног броја анкетираних 40% представљају жене, а 60 % руководиоци мушког пола.

Просечна старост руководилаца износи 52 ± 6 година, при чему најмлађи директор има 34, а најстарији 67 година.

ЖЕНЕ

- Године старости: $52,11 \pm 6$
- Лекар специјалиста: 76%
- Радни стаж : $26,21 \pm 6,27$
- Менаџерски стаж ≥ 5 г: 66%
- Усавршавање из менаџмента: 81%
- Облик усавршавања:
 - Самоусавршавање: 6%
 - Курсеви: 51%
 - Академски програми: 25%
- Задовољство статусом: 76%
- Задовољство примањима: 53%
- Члан политичке странке: 43%

МУШКАРЦИ

- Године старости: $52,12 \pm 6$
- Лекар специјалиста: 88%
- Радни стаж: $25,52 \pm 6,63$
- Менаџерски стаж ≥ 5 г: 57%
- Усавршавање из менаџмента: 69%
- Облик усавршавања:
 - Самоусавршавање: 14%
 - Курсеви: 50%
 - Академски програми: 13%
- Задовољство статусом: 68%
- Задовољство примањима: 47%
- Члан политичке странке: 59%

ПРОБЛЕМИ У ОСНОВНИМ ОБЛАСТИМА МЕНАЏМЕНТА

Као највеће проблеме испитаници су навели недовољно развијене информационе системе, одржавање и набавку опреме и финансирање установа којима руководе. Скоро половина анкетираних руководилаца навела је да има велике или умерене проблеме са планирањем иако скоро 77% здравствених установа, по резултатима упитника, има урађене стратешке планове. Овакви резултати нас упућују на неопходност детаљнијег осврта на стратешко планирање, а свакако би било више него значајно проучити макар један део стратешких планова и проценити њихову одрживост и примењивост.

РАНГИРАЊЕ ПРИОРИТЕТА

Као приоритетне циљеве свог рада и установа којима руководе, менаџери су навели унапређење квалитета здравствене заштите, повећање задовољства корисника и континуирано стручно усавршавање. Иза њих следе повећање задовољства запослених, унапређење организације рада и др. Овакви резултати су охрабрујући ако не из других разлога, оно макар из разлога што недвосмислено упућују на закључак да је већина руководилаца здравствених установа у току са водећим правцима деловања здравственог менаџмента у развијеним земљама.

ПОСТАВЉАЊЕ ОРГАНИЗАЦИОНИХ ЦИЉЕВА И ОДГОВОРНОСТ ЗА ЊИХОВУ РЕАЛИЗАЦИЈУ

Скоро две трећине анкетираних навело је да организационе циљеве поставља директор после консултације са сарадницима односно запосленима. Иако само 7.83% руководилаца стално укључује запослене у процес одлучивања, чак 76.52% њих сматра да је одговорност за реализацију циљева подједнако носе све структуре у организацији- од запослених до управног одбора.

Када је реч о утицају Министарства здравља, две трећине директора сматра да је он највећи у делу који се односи на одређивање обима и садржаја здравствене заштите.

35.65% руководилаца навело је да се најважније одлуке доносе на нивоу управног одбора, а 24.35% њих да се овакве одлуке доносе интегрално, на свим нивоима (овде подсећамо да, са друге стране, само 7.83% посто директора наводи да стално укључује запослене у процес одлучивања).

Иначе, менаџерске послове у пуном радном времену обавља само 17.39% анкетираних. Највише њих, 19.13% обавља ове послове у трајању од 4 сата, док другу половину радног времена проводи радећи у струци (овде треба поменути да постоје извесна одступања у зависности од тога о ком се нивоу менаџмента ради).

Око половине анкетираних навело је да је, пре ствања на садашњу дужност, обављало неку другу руководећу функцију.

ПРАКСА ОПЕРАТИВНОГ МЕНАЏМЕНТА – ОСНОВНЕ ФУНКЦИЈЕ

- Уједначена оптерећеност запослених: 15,65%
- Веома развијен тимски рад: 40,00%
- Често и објективно награђивање запослених: 12,17%
 - Најчешће:
 - Стимулација до 30% 66,09%
 - Едукација 7,83%
 - Похвале 6,52%
- Постојање правилника о награђивању: 55,65%
- Примењивање прописаних дисциплинских мера: 56,52%
 - Најчешће:
 - Упозорење пред отказ 31,74%
 - Умањење плате до 30% 29,57%
 - Суспензија са посла до 3 дана 10,00%

Овде је интересантно нагласити да, иако 55.65% установа има правилнике о награђивању, само 12.17% директора користи могућност честог и објективног награђивања запослених. И у поменутих случајевима, као вид мотивације и награђивања користе се финансијски подстицаји, иако је широко познато да материјална стимулација даје краткорочне ефекте када је реч о мотивацији запослених. Са друге стране, 56.52% анкетираних менаџера примењује дисциплинске мере, најчешће прибегавајући оним драконским, попут изрицања мере упозорења прет отказ уговора о раду.

КОРИШЋЕЊЕ ИНФОРМАЦИОНИХ ТЕХНОЛОГИЈА

Иако анкетирани руководиоци у великом проценту користе информационе технологије у циљу писања стручних радова, статистичке обраде података, вођења медицинске документације, крстарења интернетом и сл. само половина њих користи тако добијене информације за решавање проблема, тек нешто више од петине њих за унапређење стручног рада, док их нико не користи за кажњавање односно награђивање запослених.

ВЕШТИНЕ МЕНАѢРА

Интересантно је да менаџери српских здравствених установа имају прилично високо мишљење о сопственом познавању и коришћењу великог броја менаџерских вештина, алата и техника. Тако су, у просеку, оценом 4 и више оценили познавање вештина попут анализе ситуације, формулисања мисије и визије, оцене извршења запослених, представљања установа у јавности, увођења промена, вођења пројеката, комуникације са запосленима и прибављања средстава. Нешто скромнији у самооцењивању билу су када је реч о алатима попут SWOT анализе, израде дијаграма тока, израде структуре посла и сл.

ПРЕПОРУКЕ ЗА ДАЉЕ ДЕЛОВАЊЕ

- Проценити све постојеће менаџерске капацитете у систему здравствене заштите у Републици Србији
- Формирање Центра за менаџерску изврсност
- Промене застарелих прописа и увођење нових
 - дефинисани минимум образовања из менаџмента у систему здравствене заштите као неопходна квалификација за руководећа места у здравственим установама
 - дефинисани критеријуми за избор чланова управних одбора здравствених установа
 - правилници којима би се обезбедила примена принципа модерног здравственог менаџмента у здравственим установама (обавеза стратешких и оперативних планова, мерење извршења,...)
 - Обезбеђивање адекватних стимулација за здравствене менаџере које су повезане са појединачном одговорношћу за реализацију планова и пословање организације
 - Развијени системи за праћење и евалуацију менаџерских учинака
 - Сарадња здравствених и просветних ауторитета у држави
 - Формирање регионалних центара за менаџмент у систему здравствене заштите чији би циљеви били :
 - координација сарадње између здравствених установа и локалних самоуправа,
 - Јачање сарадње између здравствених установа и завода и института за јавно здравље и других заинтересованих страна,
 - праћење и евалуација менаџерских учинака,
 - давање предлога за унапређење перформанси,
 - едукација здравствених професионалаца и одговорних у локалним самоуправама.

ОСТАЛЕ АКТИВНОСТИ ЗДРАВСТВЕНОГ САВЕТА СРБИЈЕ

Поред горе наведних активности, ЗСС је током 2010. године:

- Разматрао и усвојио Упитник за главне медицинске сестре (стручна обрада добијених резултата анонимне анкете је у току);
- Размотрио и усвојио Предлог закона о изменама и допунама Закона о здравственој заштити који се односи на допунски рад;
- Разматрао Правилник о специјализацијама и ужим специјализацијама здравствених радника и здравствених сарадника;
- Разматрао програм трансплантација ткива и органа у Србији (чланови ЗСС су завештали своје органе), итд.

Формирано је Радно тело за праћење реализације Акционог плана развоја здравствене заштите у Србији за период 2010-2015.године.

На предлог и инсистирање ЗСС, Министарство здравља формирало је Радну групу за уписну политику на факултете и школе медицинске струке коју чине декани факултета, представници Министарства здравља и Министарства просвете. Колико је нама познато, Радна група још није почела са радом.