ПЛАН ОПТИМИЗАЦИЈЕ МРЕЖЕ УСТАНОВА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ – МАСТЕРПЛАН

RFP No: RS-SSHPAF-QCBS-CS-18-1.3.1
Кредит бр: 8830-YF

Нацрт Стратегије оптимизације мреже установа здравствене заштите Републике Србије и смернице за израду Плана развоја здравствене заштите до 2035. године

Верзија 2.4

Предлог достављен: 20. октобра 2020. године

Извештај припремили:

Синиша Варга, Саша Рикановић, Невенка Ковач, Татјана Пренђа Трупец, Тања Новаковић, Весна Мандић, Никола Карађоле, Јозо Дубравац, Ђорђе Вукотић, Guillemette Marie Majeste, Озрен Пезо

IBF International Consulting consortium, Delta House Ltd и НАЛЕД

Садржај овог извештаја обавезно не одражава званичан став Министарства здравља Републике Србије.
Одговорност за информације и изнете ставове искључиво сносе аутор(и).

Садржај

Скраћенице и акроними 6

1. Увод 8

2. Мисија, визија, принципи и циљеви Стратегије 14

2.1. Мисија 14

2.2. Визија 14

2.3. Принципи 14

2.4. Циљеви 15

2.5. Интегрисани здравствени информациони систем Републике Србије 15

3. Основни концепт Стратегије 17

4. Методологија израде Нацрта Стратегије оптимизације здравственог система Републике Србије 19

5. Предлог Нацрта Стратегије оптимизације мреже установа здравствене заштите Републике Србије 21

5.1. Мапирање пружаоца здравствених услуга са међународном класификацијом 21

5.2. Акутна здравствена заштита – стратешке смернице 22

5.2.1. Примарна здравствена заштита 22

5.2.1.1 Дом здравља 34

5.2.1.2 Заводи 39

5.2.2. Секундарна здравствена заштита 40

5.2.2.1 Локалне (опште) болнице (1. категорија) 47

5.2.2.2 Окружне (опште) болнице (2. категорија) 48

5.2.3. Терцијарна здравствена заштита 49

5.2.3.1 Регионалне болнице (Институти, Клинике, клинички центри и клиничко болнички центри) (3. категорија) 49

5.2.3.2 Остале здравствене установе терцијарне здравствене заштите (3.категорија) 50

5.2.3.3 Централна републичка болница (4. категорија) 52

5.3. Продужено лечење 55

5.3.1. Специјалне болнице за рехабилитацију 55

5.3.2. Специјалне болнице за лечење туберкулозе, плућних болести или других хроничних обољења 55

5.4. Дуготрајно (хронично) лечење 56

5.4.1. Специјалне болнице за психијатрију 56

5.4.2. Специјалне болнице за продужено/дуготрајно лечење и палијативно збрињавање 56

5.5. Хитна помоћ 62

5.5.1. Прехоспитална хитна медицинска помоћ 62
5.5.2. Хитна медицинска помоћ у оквиру болничке делатности 68
5.6. Апотеке 68
5.7. Заводи 70
5.7.1. Заводи за јавно здравље 70
5.7.2. Заводи за трансфузију крви 71
5.7.3. Остали заводи 72
5.7.3.1 Завод за медицину рада 72
5.7.3.2 Завод за судску медицину 72
5.7.3.3 Завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију 73
5.7.3.4 Завод за антирабичну заштиту 73
5.7.3.5 Завод за биоциде и медицинску екологију 73
5.7.3.6 Институт за вирусологију , вакцине и серуме „Торлак“ 73
5.8. Остало 73
5.8.1. Дијализни центри 73
5.8.2. Неонатологија 76
5.8.3. Остале специјалне болнице 84
5.8.4. Војномедицинске установе 85
5.8.5. Лабораторијска и радиолошка дијагностика 86
5.9. Приватне здравствене установе 86
6. Инфраструктура и инвестиције у складу са Нацртом Стратегије 88
6.1. Акутна здравствена заштита 88
6.1.1. Примарна здравствена заштита 88
6.1.1.1 Дом здравља 89
6.1.1.2 Заводи 93
6.1.2. Секундарна здравствена заштита 94
6.1.3. Локална општа болница 1. категорије 95
6.1.4. Окружна/градска општа болница 2. категорије 96
6.1.5. Терцијарна здравствена заштита 97
6.1.5.1 Регионалне болнице (Институти, Клинике, клинички центри и клиничко болнички центри) (3. категорија) 97
6.1.5.2 Централна републичка (национална) болница 4. категорије 98
6.2. Продужено лечење 99
6.2.1. Специјалне болнице за рехабилитацију 99
6.2.2. Специјалне болнице за туберкулозу, плућне болести или друга хронична обољења 102

6.3. Дуготрајно хронично лечење ... 103
6.3.1. Специјалне болнице за психијатрију ... 103
6.3.2. Специјалне болнице за продужено лечење и палијативну негу ... 106
6.4. Хитна помоћ ... 108
6.4.1. Прехоспитална хитна медицинска помоћ ... 108
6.4.2. Хитна медицинска помоћ у оквиру болничке делатности ... 108
6.4.2.1 Пријемно ургентна одељења ... 108
6.5. Апотеке ... 111
6.6. Заводи ... 111
6.6.1. Заводи за јавно здравље ... 111
6.6.2. Заводи за трансфузију крви ... 112
6.6.3. Остали заводи ... 113
6.6.3.1. Завод за медицину рада ... 113
6.6.3.2. Завод за судску медицину ... 113
6.6.3.3. Завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију ... 113
6.6.3.4. Завод за антирабичну заштиту ... 113
6.6.3.5. Завод за биоциде и медицинску екологију ... 114
6.6.3.6. Институт за вирусологију, вакцине и серуме „Торлак“ ... 114
6.7. Остало ... 114
6.7.1. Центри за дијализу ... 114
6.7.2. Центри за неонатологију ... 119
6.7.3. Војномедицинске установе ... 126
6.8. Третман отпада у објектима здравства ... 127
6.9. Препоруке за планирање интервенција у реорганизацији просторних капацитета функционалних целина у здравственим установама секундарног, терцијарног нивоа неге и продуженог лечења ... 129
6.10. Инвестиције у инфраструктуру у складу са Нацртом стратегије оптимизације мреже установа здравствене заштите Републике Србије ... 134
7. Нацрт предлога основне медицинске опреме за здравствени систем Србије ... 138
7.1. Увод ... 138
7.2. Циљ ... 138
7.3. Дефиниције ... 138
7.4. Преглед медицинске опреме ... 139
7.4.1. Класификација медицинске опреме ... 139
7.4.2. Медицинска опрема у Србији ... 140
7.4.3. Основна медицинска опрема дефинисана од стране Светске здравствене организације ... 141

7.4.4. Медицинска опрема потребна за унапређење клиничке праксе 143
7.5. Методологија и критеријуми за избор основне медицинске опреме у Србији 143
7.6. Предлог листе основне медицинске опреме за Србију 148
7.7. Међународно искуство инвестирања у медицинску опрему и препоруке за Србију 150
8. Кадровска политика (детектовани проблеми и смернице за решавање) 151
8.1. Увод 151
8.2. Детектовани проблеми 151
8.2.1. Оптерећеност здравственог кадра 151
8.2.2. Искуства других држава 156
8.2.3. Број радника 158
8.2.4. Кадровски план и проблематика људских ресурса 161
8.3. Предлог плана активности у циљу решавања уочених проблема 167
8.3.1. Прва фаза: Рационализација немедицинског кадра 167
8.3.2. Друга фаза: Подизање квалитета управљања људским ресурсима на националном нивоу 169
8.3.2.1 Оснивање Центра за немедицинске послове (Центар) 170
8.3.2.2 Предлог организационе шеме Центра 171
9. Смернице за израду Плана развоја здравствене заштите до 2035. године 179
10. Попис табела, графикона и мапа 190

Скраћенице и акроними

АЛИМС	Агенција за лекове и медицинска средства
ALS	Advanced Life Support – Напредне мере одржавања живота
АПР	Агенција за привредне регистре
АПВ	Аутономна покрајина Војводина
АВ	Артериовенски
АЗУС	Агенција за акредитацију здравствених установа Србије
BLS	Basic Life Support – Основне мере одржавања живота
Батут, ИЗЈЗС	Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“
БДП	Бруто друштвени производ
Б.О. дан	Болнички дан
БМИ	Биомедицински инжењеринг
BMS	Building Management Systems - Систем управљања зградама
CRM	Customer Relationship Management - Управљање односима са купцима
ЦТ	Computerized tomography - Компјутеризована томографија
Д1	Мапа социо-економског контекста Републике Србије (Д1 Извештај)
Д2	Мапа здравственог контекста Републике Србије (Д2 Извештај)
Д3	Процена и анализа система пружања здравствених услуга (Д3 Извештај)
DMS	Document Management System - Систем за управљање документима
ДСГ	Дијагностички сродне групе
ДЗ	Дом здравља
ECRI	Emergency Care Research Institute – Институт за хитну помоћ
ЕКГ	Електрокардиограф
ERC	Enterprise Resource Planning - Планирање пословних ресурса
ЕУ	Европска унија
еЗдравство	Здравствена заштита подржана електронским процесима
FM	Facility management - Управљање објектима
FMC	Financial Management and Control - Финансијско управљање и контрола
ФСОВО	Фонд за социјално осигурање војних осигураника
GMP	Good Manufacturing Practise – Добра производна пракса
GIS	Geographic Information System- Географски информациони систем
GMDN Агенција	Global Medical Device Nomenclature Agency - Агенција за Глобалну номенклатуру медицинских средстава
HBN	Health Building Notes - Best practice guidance on the design and planning of new health care buildings and on the adaptation or extension of existing facilities - Смернице за најбољу праксу о дизајну и планирању нових здравствених објеката и о адаптацији или проширењу постојећих установа
ХцВ	Хепатитис Ц вирус
ХИВ	Human Immunodeficiency Virus - Вирус хумане имунодефицијенције
ХМП	Хитна медицинска помоћ
ХОПБ	Хронична опструктивна болест плућа
ХПВ	Хумани папилома вирус
ХТА	Health Technology Assessmnet - Процена здравствене технологије
ICHA	International Classificationof Health Accounts –Међународна класификација здравствених рачуна

ICT	Information Computer Technology - Информационе компјутерске технологије
ЈИН	Јединица интензивне неге
IHFG	International Health Facility Guidelines - Encyclopedia of knowledge for the design of healthcare facilities - Енциклопедија знања за пројектовање здравствених установа
IOWISZ	Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia - Инструмент за процену захтева за инвестирање у здравственом сектору
ISO 9001	International standard that specifies requirements for a Quality Management Systems - Међународни стандард који садржи захтеве за систем управљања квалитетом
ИСС	Институт за стандардизацију Србије
IT	Information Technology - Информационе технологије
ИЗИС	Интегрисани здравствени информациони систем Републике Србије
ЈПП	Јавно приватно партнерство
КБЦ	Клиничко болнички центар
КЦ	Клинички центар
КЦС	Клинички центар Србије
МР	Магнетна резонанца
НСЗ	Национална служба за запошљавање
ОБ	Општа болница
ОМ	Општа медицина
ОП	Операциони
ПЕТ ЦТ	Позитрон емисиона томографија – компјутеризована томографија
ПИО	Републички фонд за пензијско и инвалидско осигурање
ПЗЗ	Примарна здравствена заштита
ППС	Поливалентне патронажне службе
РФЗО	Републички фонд за здравствено осигурање
РС	Република Србија
РСД	Српски динар
РТГ	Рендген
СУК	Служба за управљање кадровима
ТБЦ	Туберкулоза
УО	Управни одбор
УЗП	Установа за заједничке послове
УВА	Ultraviolet Radiation (Long-wavelength) - Ултравиолетно зрачење дуже таласне дужине
УВБ	Ultraviolet Radiation (Medium-wavelength) - Ултравиолетно зрачење средње таласне дужине
WHO (СЗО)	World Health Organization - Светска здравствена организација
ВМА	Војномедицинска академија
ЗУ	Здравствена установа
ЗЗ	Здравствена заштита
ЗЗЈЗ	Завод за јавно здравље

1. Увод

Стратегија оптимизације здравственог система Републике Србије (у даљем тексту: Стратегија) кључни је документ Пројекта израде Плана оптимизације мреже установа здравствене заштите и чини основ за израду смерница развоја здравствене заштите до 2035. године као и предуслов за израду Плана оптимизације мреже установа здравствене заштите (Мастер план).

Свет, као и Републику Србију, карактеришу нови трендови у области здравља и начина живота људи. Важне чињенице су убрзано старење становништва, али и продужетак очекиваног трајања живота. Показатељи здравственог стања и детерминанте здравља у Републици Србији показују да:

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

Кључни изазови развоја огледају се у потреби прилагођавања начина пружања здравствене заштите, јер ће већи број старијих људи са више хроничних болести захтевати другачија лечења и другачији начин пружања здравствених услуга. Осим тога, изазови епидемија заразних болести са којима се здравствени системи широм света суочавају у време пандемије COVID-19, додатно наглашавају потребу за брзим и ефикасним одговором као и прилагођавањем здравствених капацитета. Досадашњи начини управљања здравственим системима постају застарели и дугорочно неодрживи. Како би се побољшали исходи лечења, потребно је променити цео систем, а не извршити парцијалне промене само неких процеса који се сматрају неуспешним. Потребна су нова правила и подстицање стратешког размишљања у свим деловима система. Постоје могућности повећања ефикасности здравственог система на свим нивоима здравствене заштите као и унапређења квалитета здравствене услуге што доприноси побољшавају здравствених исхода: побољшањем координације здравствене заштите, избегавањем прекомерне потрошње ресурса и унапређењем система финансирања, систематском и дугорочном здравственом политиком као и конзистентним свеобухватним правним оквиром са обавезујућим смерницама. Као последица наведеног, финансијски, демографски и социјални притисци знатно повећавају трошкове здравствене заштите.

Прилагођавање здравствених система новонасталим условима потребно је спроводити у оквиру сталних реформи са циљем оптимизације процеса пружања услуга и истовремено задовољити потребе и очекивања становништва. Промењени услови захтевају бољу координацију између различитих нивоа здравствене заштите, бржи проток информација те ефикасније стратегије којима би се осигурала одговорност свих учесника. Интер-секторска, од стране Владе координисана политика, заједнички циљеви и интегрисани одговори на постојеће проблеме и изазове, партнерство са невладиним и приватним сектором је основа заједничког управљања, односно ефикасног спровођења здравља у свим политикама. Здравствени сектор има водећу улогу у раду са другим секторима и непосредној подршци Влади у развоју релевантних политика и достизању њихових циљева. Успешна примена овог концепта захтева институционализовани процес интер-секторског решавања проблема, утврђивање мандата и одговорности, иницијатива, финансирања, буџета и одрживих механизама за рад владиних установа у области здравља.

Овај нацрт Стратегије подржава унапређење здравља, спречавање болести и продужење квалитетног живота становништва. Такође, ова Стратегија је предуслов бржег развоја промена, посебно у погледу остваривања високог степена флексибилности болница и њихових ресурса како би се могло брзо одговорити на тренутне потребе и очекивања грађана Србије. Стратегијом се подржава друштвена брига за здравље људи и подстиче одговорност државе и друштва у обезбеђењу добробити за све грађане путем унапређења здравља, продужења очекиваног трајања квалитетног живота, као и очување здраве животне и радне средине. Стратегија је документ који утврђује општи оквир за акције и идентификује даље правце, остављајући простор за решавање старих и нових изазова. Циљеви се остварују кроз све облике партнерства за здравље и наглашавање значаја свеобухватног приступа путем интердисциплинарности и мултисекторске сарадње.

Стратешка полазишта оптимизације Плана мреже установа здравствене заштите заснивају се на:

- Програму Владе Републике Србије:[1] „…остаје питање **трошкова** одређених сектора јавне управе у односу на БДП, са једне стране, као и питање **ефикасности** услуга које ти сектори пружају, односно требало би да пружају, нашим грађанима, са друге. Оно што је кључно јесте да у наредном периоду морамо кренути са **трансформацијом** и **реорганизацијом** наших „мрежних“ система, а то су пре свега **здравство**, школство, **Републички фонд за здравствено осигурање (РФЗО)**, Републички фонд за пензијско и инвалидско осигурање (ПИО), Национална служба за запошљавање (НСЗ), потом Пореска управа, Геодетски завод, итд. Уз **оптимизацију броја запослених**, активно ћемо радити и на њиховом **усавршавању**.“
- ЕУ здравственој стратегији "Здравље 2020: европски оквир политике који подржава акције свих нивоа власти и друштва за здравље и благостање"[2] чији циљеви су: значајно унапређење здравља и благостања становништва, смањење неједнакости у здрављу, јачање јавног здравља и обезбеђивање здравствених система "усредсређених на људе" који су универзални, равноправни, одрживи и висококвалитетни.
- Трећем програму ЕУ за активности у области здравља 2014-2020. година[3], чији су главни циљеви усмерени на допринос иновативним, ефикасним и одрживим здравственим системима као и подстицање приступачности бољој и безбеднијој здравственој заштити за грађане.
- Резолуцији Уједињених нација "Трансформисање нашег света: Агенда за одрживи развој до 2030."[4] (3. циљ: Здравље и добробит; 17.циљ: Партнерство за циљеве).

Како би се избегле нејасноће у погледу коришћења појмова у овом документу, сматрамо да је потребно скренути пажњу да се поједини појмови и дефиниције у овом документу користе са следећим значењем:

1) **Пружаоци здравствених услуга**, односно пружаоци здравствене заштите су сва правна лица и предузетници који обављају здравствену делатност и то: здравствене установе у јавној и приватној својини; високошколске и научне установе здравствене струке; приватна пракса у здравству и здравствени радници који обављају здравствену делатност, као предузетници;
2) **Здравствене установе** су посебна правна лица, која су основана у складу са Законом о здравственој заштити (“Сл. гласник РС", бр. 25 од 3. априла 2019) и регистрована ради

[1] Програм Владе Републике Србије кандидата за Председника Владе Ане Брнабић, Народна скупштина Републике Србије, 28. јун 2017. године https://media.srbija.gov.rs/medsrp/dokumenti/ekspoze-mandatarke-ane-brnabic280617_cyr.pdf

[2] СЗО. Здравље 2020. Европски политички оквир и стратегија за 21. век. Копенхаген: Регионална канцеларија СЗО за Европу 2013.

[3] Трећи здравствени програм ЕК (2014-2020)

[4] УН. Трансформација света у којем живимо: Агенда за одрживи развој 2030. Резолуција коју је Генерална скупштина усвојила 25. септембра 2015.

обављања здравствене делатности, а могу бити у јавној или приватној својини. Здраствена установа може бити основана као: дом здравља; поликлиника; болница (општа и специјална); здравствени центар; завод; завод за јавно здравље; клиника; институт; клиничко-болнички центар; универзитетски клинички центар; војна здравствена установа, апотекарска установа;

3) **Дом здравља** је здравствена установа примарног нивоа здравствене заштите, у којој грађани остварују права на превентивну здравствену заштиту и основне здравствене услуге побројане у члану 75. Закона о здравственој заштити;
4) **Организационе јединице здравствених установа** су функционалне целине у оквиру здравствених установа, које немају својство посебног правног лица. Организују се у складу са законом, подзаконским актима, као и интерним актима здравствених установа. Организационе јединице здравствених установа, у зависности од врсте здравстене установе, могу бити организоване по функционалном систему као: службе, одељења или одсеци, а по територијалном принципу као: огранци, здравствене станице, амбуланте и сл;
5) **Тим** је основна функционална јединица у оквиру дома здравља са становишта пружања здравствене услуге, иако је по правилу део организационе јединице (службе) дома здравља. Носилац тима може бити изабрани лекар опште праксе, специјалиста опште медицине, педијатар, гинеколог и стоматолог, а члан сваког тима је и медицинска сестра/техничар. Јасна идентификација сваког од Тимова у оквиру домова здравља је предуслов успешне евалуације учинка појединаца који тај Тим сачињавају и правичнијег награђивања у складу са резултатима рада.

Такође, потребно је дефинисати могуће моделе за реализацију **начела ефикасности здравствене заштите, кроз институционалну и функционалну интеграцију** здравствених установа. Члан 26. Закона о здравственој заштити прописује да се здравствена заштита обезбеђује, односно пружа уз поштовање начела ефикасности, те да то начело подразумева обавезу организовања здравствене заштите тако да се омогући постизање најбољих могућих резултата у односу на расположива финансијска средства, односно постизањем највишег нивоа здравствене заштите уз најнижи утрошак средстава.

Како би се обезбедила реализација начела ефикасности здравствене заштите на нивоу организације здравствених установа, у Нацрту стратегије оптимизације мреже установа здравствене заштите Републике Србије и смерница за израду Плана развоја здравствене заштите до 2035. године су предложене мере за интеграцију здравствених установа, које се у зависности од начина интеграције, односно повезивања могу поделити на четири врсте мера:

1) Мерама **хоризонталне функционалне интеграције** осигурава се сарадња здравствених установа истог нивоа здравствене заштите (нпр. домови здравља у различитим општинама). Ова сарадња подразумева заснивање уговорног односа између тих здравствених установа, у циљу размене одређене врсте здравствених услуга за које конкретна здравствена установа нема довољне материјалне и персоналне ресурсе, као и организовања заједничких служби ако је таква организација посла ефикаснија. Ова врста интеграције се може обезбеђивати тако што би пацијенти из једног дома здравља били упућивани у други дом здравља или тако што би лекари из једног дома здравља део свог радног времена обављали у другом дому здравља, односно тако што би заједничке службе обављале специфичне послове за две или више здравствених установа. Ове мере се морају реализовати уз поштовање Закона о здравственој заштити, Закона о праву пацијената и Закона о радним односима. Напомињемо да члан 31. став 2. Закон о здравственој заштити већ прописује могућности и хоризонталног и вертикалног функционалног повезивања, а та одредба гласи: „Две или

више здравствених установа могу организовати заједничке медицинске службе за лабораторијску, рентген и другу дијагностику, као и заједничке немедицинске службе за правне, економско-финансијске, техничке и друге послове. Било би пожељно да се допуном Закона о здравственој заштити, пропише појам **хоризонталне функционалне интеграције**, као уговорног повезивања здравствених установа истог нивоа здравствене заштите на начи да поред организовања заједничких служби, пропише и могућност размене одређене врсте здравствених услуга, нарочито у домену дефицитарних кадрова, а све у циљу подизања нивоа здравстене заштите, тј. реализације тог начела. Сугеришемо и да се у набрајању немедицинских заједничких служби приликом измена Закона у члану 31. став 2. наведу и заједничке ИТ службе, имајући у виду тенденције у увођењу и унапређењу ИТ технологија у систем здравства, као и дефицитарност ИТ кадрова.

2) Мерама **вертикалне функционалне интеграције** осигурава се сарадња здравствених установа различитог нивоа здравствене заштите (нпр. домови здравља и болнице). Ова сарадња подразумева заснивање уговорног односа између тих здравствених установа, у циљу обезбеђења недостајућих специјалиста здравственој установи нижег нивоа здравствене заштите, као и организовања заједничких служби ако је таква организација посла ефикаснија. Као што смо већ навели, члан 31. став 2. Закона о здравственој заштити већ прописује могућности вертикалног функционалног повезивања, које би се остваривало организовањем заједничких медицинских служби (лабораторијска, рентген и друге дијагностике) и немедицинске службе (правни, економско-финансијски, технички и други послови). Међутим, и у овом случају сматрамо да је потребно допунити Закон о здравственој заштити тако да се изричито пропише да се **вертикална функционална интеграција** може реализовати и тако што би лекари из здравствене установе вишег нивоа здравствене заштите део свог радног времена проводили у здравственој установи нижег нивоа здравствене заштите, као и да се та врста интеграције спроводи у циљу реализације начела ефикасности здравствене заштите. Сматрамо да је ова измена Закона неопходна како би се указао на значај и неопходност ове врсте подршке здравствених установа са вишег нивоа здравствене заштите у континуираном уступању специјалистичких кадрова здравственим установама примарног нивоа здравствене заштите, пре свега у циљу побољшања превенције, тј. ране дијагностике обољења. Ове мере се морају реализовати уз поштовање Закона о здравственој заштити, Закона о правима пацијената и Закона о раду.

3) Мерама **хоризонталне институционалне интеграције** врши се статусно спајање две или више здравствених установа истог нивоа здравствене заштите, тако да постану једно правно лице (нпр. два дома здравља се спајају у један). Статусно спајање је решење пре свега за оне здравствене установе чије постојање престане да буде оправдано услед демографских промена, али и у случају ако спајање омогућава бољу организацију посла. Ова врста интеграције најчешће не подразумева гашење конкретних места пружања здравствених услуга, јер та места могу да се организују као организационе јединице нове-веће здравствене установе, уз специјализацију услуга организационих делова и/или поделу радног времена које би лекари проводили у тим организационим јединицама. И ове мере се морају реализовати уз поштовање Закона о здравственој заштити, Закона о правима пацијената и Закона о раду. Напомињемо да члан 34. Закона о о здравственој заштити прописује могућност статусних промена здравствених установа (укидање, спајање и поделе), уз прописивање ограничења у односу на здравствене установе у јавној својини, у односу на које оснивач одлуке доноси „у складу са Планом мреже“. Сматрамо да би Закон требало допунити тако да се ближе пропише начин спровођења тих статусних промена за здравствене установе у јавној својини, са упућујућим нормама на Закон о привредним друштвима, у делу у коме је примењив. Такође сугеришемо да се пропише појам

хоризонталне институционалне интеграције, као статусног повезивања здравствених установа истог нивоа здравствене заштите ради концентрације персоналних и материјалних ресурса и ефикаснијег организовања пословања, а у циљу подизања нивоа здравстене заштите, тј. у циљу реализације начела ефикасности здравствене заштите.

4) Мерама **вертикалне институционалне интеграције** врши се статусно спајање две или више здравствених установа различитог нивоа здравствене заштите, тако да постану једно правно лице (нпр. једног или више домова здравља у здравствене центре или припајање дома здравља здравственом центру). Ова врста статусног спајања је решење пре свега за оне здравствене установе примарне заштите које су већ ближе повезане са секундарним нивоом здравствене заштите, као и у другим случајевима и у којима би ова врста спајања омогућила бољу организацију посла. Ова врста статусног спајања, односно припајања је примењива у оквиру примарног и секундарног нивоа здравствене заштите. Треба напоменути да и ова врста интеграције не мора да подразумева гашење конкретних места пружања здравствених услуга, јер та места могу да се организују као организационе јединице здравствене установе вишег нивоа здравствене заштите. И ове мере се морају реализовати уз поштовање Закона о здравственој заштити, Закона о правима пацијената и Закона о раду. Било би пожељно да се допуном Закона о здравственој заштити пропише појам **вертикалне институционалне интеграције**, као статусног повезивања здравствених установа примарног и секундарног нивоа здравствене заштите ради концентрације персоналних и материјалних ресурса и ефикаснијег организовања пословања, а у циљу подизања нивоа здравствене заштите, тј. у циљу реализације начела ефикасности здравствене заштите.

Функционална интеграција здравствених установа је могућа на свим нивоима здравствене заштите и омогућава најразличитије и најфлексибилније начине уговорног повезивања здравствених установа. Таква врста интеграције, између осталог, омогућава планирање заједничког развоја и специјализацију здравствених установа, унапређење и усклађивање процеса управљања, бољу организацију дијагностичко-терапијских поступака, те реализацију добре клиничке праксе, као и свих других облика оперативних методологија усмерених на остварење бољег квалитета здравствених услуга и исхода лечења. Такође, ова интеграција омогућава повећање учинка, а дугорочно и рационализацију трошкова свеукупног здравственог система Србије.

Институционална интеграција се може спровести на различите начине:

1. Припајањем, када се једна или више установа припаја другој, на коју преносе целокупну имовину и обавезе, чиме установа које се припаја престаје да постоји без спровођења поступка ликвидације, самим чином регистрације припајања;
2. Спајањем, када се две или више установа спајају оснивајући нову установу, на коју преносе целокупну имовину и обавезе, чиме установе које се спајају престају да постоје без спровођења поступка ликвидације самим чином регистрације новог правног лица насталог спајањем.

На органе здравствене установе у приватној својини, статусне промене, промену правне форме и престанак постојања, сходно се примењују прописи којима се уређује правни положај привредних друштава.

Здравствена установа може се основати и у складу са прописима којима се уређује јавно-приватно партнерство, ако овим законом није другачије уређено.

Уговор о статусној промени, између осталог, треба да садржи:

- означење вредности имовине и висине обавеза које се статусном променом преносе на друштво стицаоца и њихов опис, као и начин на који се тај пренос врши друштву стицаоцу;
- датум од кога престају пословне активности друштва преносиоца, ако престаје по спроведеној статусној промени;
- услове под којима ће се наставити радни однос запослених у друштву стицаоцу;
- списак запослених у друштву преносиоцу чији се радни однос наставља у друштву стицаоцу;
- предлог одлуке о изменама и допунама оснивачког акта и статуте.

Допуном Закона о здравственој заштити је, као што смо горе навели, могуће дефинисати основне моделе функционалног и институционалног повезивања. Сматрамо да је то најбоље учинити у одредбама члана 26. Закона који дефинише начело ефикасности здравствене заштите, јер те интеграције управо представљају мере поступања у складу са тим начелом, које је *de facto* битан посебан циљ коме се тежи јавним политикама у здравству.

Међутим, таква одредба би пре свега била декларативног карактера и крајњи циљ би јој био појмовно одређивање врста могућих интеграција, што је недовољно. Сматрамо да је врло важно да се законом пропише овлашћење министру надлежаном за послове здравља да пропише методологију у складу са којом би се ближе прописали модели интеграције здравствених установа и услови када се те интеграције препоручују, а како би здравствене установе могле да планирају ефикасан модел интеграције коју ће спроводити и како би ти модели интеграције били препознати од стране РФЗО, приликом уговорања са здравственим установама и финансирања њихових услуга.

Такође је потребно прописати флексибилнији модел распоређивања запослених у здравству на друго место рада, јер ограничавајуће одредбе члана 173. став 1. тачка 1) Закона о раду и члана 41. став 1. Закона о запосленима у јавним службама, које то право послодавца ограничавају на 50 км, значајно ограничавају могућност спровођења мера функционалне интеграције здравствених установа. За омогућавање рада запосленим у здравству на другом месту рада релевантне су и одредбе члана 24. Закона о запосленима у јавним службама, које уређују премештај запосленог на рад у другом месту рада, члана 86. тог закона, које регулишу непуно радно време, као и члана 68. тог закона које уређују допунски рад. Да би се омогућило упућивање запослених у здравству у друго место рада мимо наведених правила, било би потребно или да се изменама Закона о здравственој заштити и/или наведених закона пропише да су здравствени радници у јавним здравственим установама изузетак од тог правила, односно да се здравствени радници могу водити као запослени са непуним радним временом у две или више здравствених установа, с тим да се претходно затражи мишљење релевантних правних експерата, јер би такво решење евентуално могло бити оспоравано као неуставно, или би пак требало успоставитити механизам да им се такав ангажман води као службено путовање са свим бенефицијама таквог ангажовања.

2. Мисија, визија, принципи и циљеви Стратегије

2.1. Мисија

Постизање правовремене, квалитетне и географски уједначене здравствене заштите до 2035. године која ће омогућити добро здравље за све становнике на целој територији Републике Србије, што је од суштинског значаја за одрживи економски и друштвени развој државе и основна брига о животу сваког појединца, породице као и друштва у целини.

Заснива се на универзалном праву сваког појединца на достизање пуних здравствених потенцијала, имајући у виду холистички приступ здрављу и посматрајући га кроз концепт физичког, менталног и социјалног благостања. На тај начин у фокусу су одреднице здравља и здравље као императив развоја сваког друштва. Овакво опредељење наглашава одговорност државе, односно учешће свих сектора друштва у обезбеђењу услова који омогућавају и подржавају достизање највишег нивоа здравља за сваког појединца.

2.2. Визија

Дефинисање оптималног Плана мреже здравствених установа који пружа доступну, квалитетну и ефикасну здравствену заштиту и осигурава заштиту права пацијената.

Основне вредности и принципи свеобухватних политика предложених за спровођење ове Стратегије су: једнакост свих грађана, достојанство и солидарност, уз одговорност друштва, заједнице и појединаца, њихово учешће и транспарентност у одлучивању. Делотворно спровођење оваквих политика захтева свеобухватно и синергично управљање за здравље, уз развој модела и инструмената који омогућавају боље коришћење ресурса, партиципацију свих актера и делегирање одговорности за здравље, а у циљу смањења неједнакости у здрављу и социјалне искључености, као и унапређења благостања становништва.

2.3. Принципи

Реализација Стратегије би требала да омогући реформу здравственог система у складу са следећим принципима:

1) Једнакост и праведност у доступности здравствене заштите према здравственим регионима, препознавањем географске разлике, нарочито брдско-планинских крајева;
2) Омогућавање хоризонталне и вертикалне мобилности здравствених радника унутар мреже здравствених установа;
3) Дугорочна финансијска одрживост са континуираним праћењем финансијског аспекта старења популације;
4) Држање корака са технолошким достигнућима у медицини и ергономским дизајном здравствених установа;
5) Успостављање хијерархијске, субсидијарне и субординиране структуре оптималног броја здравствених установа;

2.4. Циљеви

Следећи мисију, визију и принципе, уз примену међународних стандарда (ЕУ) и добре међународне праксе, Стратегија има следеће циљеве:

Општи циљ: Оптимизација капацитета здравствених установа у јавној својини.

Посебни циљеви:

1) Приближавање места пружања услуге пацијенту на нивоу примарне здравствене заштите;
2) Повећање ефикасности здравствених установа (побољшати инфраструктуру и обезбедити интероперабилност различитих нивоа здравствене заштите);
3) Побољшање квалитета здравствених услуга, уз одрживост здравственог система.

Посебни циљеви треба да се постигну реализацијом мера и активности које су наведене у поглављу 9. под називом: Смернице за Израду Плана развоја здравствене заштите до 2035. године.

2.5. Интегрисани здравствени информациони систем Републике Србије

Како би се предложена Стратегија могла спровести, потребно је да Интегрисани здравствени информациони систем Републике Србије (ИЗИС)[5] прође кроз нови циклус унапређења путем улагања у инфраструктуру, а како би могао постати основни алат руковођења здравственим системом. Неке од мера за постизање тога су наметање нових стандарда у вођењу здравствене документације и извештавања[6] као и боље интеграције постојећих функција и додавање нових, а све како би се одлуке о управљању здравственим системом доносиле у реалном времену, у сврху побољшања доступности, квалитета, безбедности и ефикасности здравствене заштите.

С обзиром да је ИЗИС централни електронски систем, у коме се чувају и обрађују сви медицински и здравствени подаци осигураника, подаци здравствених радника и сарадника, подаци здравствених установа, здравствене интервенције и услуге извршене у здравственим установама, подаци електронских упута и електронских рецепата, подаци о заказивању специјалистичких прегледа, дијагностичким процедурама и хируршким интервенцијама, нова сврха постојања ИЗИС-а мора бити могућност мерења и извештавања о исходима лечења према стандардизованим критеријумима у реалном времену. Да би се то постигло, систем треба да ефикасније обезбеђује правовременост и јединство података у здравству и јединствену информационо-комуникациону инфраструктуру за управљање групама података и пренос података. Тако би се могло ефикасније планирати у области здравствене заштите и стварати боље здравствене политике, повећавати безбедност и квалитет здравствених услуга, као и повећавати транспарентност информација, а истовремено би се смањила потреба за накнадним извештавањем (нпр. Потребно је аутоматизовати планско извештајне табеле). Информациони систем треба да омогући благовремено извештавање осигураника и шире јавности, обезбеди транспарентан и објективан став према осигураницима и побољша приступ здравственим установама, нарочито кроз смањење времена чекања на преглед.

Сви постојећи информациони системи који се користе у Министарству здравља, РФЗО, ИЗЈЗС, осталим институтима или у здравственим установама у државној и приватној својини треба да буду

[5]Интегрисани здравствени информациони систем Републике Србије https://www.mojdoktor.gov.rs/

[6] Закон о здравственој документацији и евиденцијама у области здравства ("Сл.гласник РС бр. 123/2014, 106/2015, 105/2017 і 25/2019 – др.закон) https://www.paragraf.rs/propisi/zakon-o-zdravstvenoj-dokumentaciji-i-evidencijama-u-oblasti-zdravstva.html

интегрисани, укључујући информације добијене од осигураника кроз апликације еЗдравља, телемедицине и сл. ИЗИС треба да обезбеди приступ здравственим подацима свим учесницима у здравственом систему у складу са њиховим правима, улогама и одговорностима као и подлогу за фактурисање према РФЗО-у засновано на доказима о стварном извршењу услуга поткрепљеним пуном медицинском документацијом. Ово постаје изузетно важно код примене Директиве 2011/24/ЕУ о примени права пацијената у преко-граничној здравственој заштити[7]. Електронски систем „Мој доктор“ за упућивање и прописивање лекова је одличан алат, међутим мањи број осигураника се упућује на више нивое здравствене заштите на основу доступности термина, а коришћење система мора постати део критеријума за плаћање накнаде домовима здравља и треба да утиче на плату лекара. Болнице, такође, морају другачије примењивати информациони систем, нарочито у моделу давања слободних термина (укинути праксу „месец за месец“) као и код упућивања у другу установу.

Овде мора да се напомене да су анализе које смо до сада спровели показале да се постојећи прописи селективно спроводе и да у пракси недостаје боља контрола рада и приватних и јавних здравствених установа. Стога предлагач Стратегије наглашава да њен квалитет односно спроводивост зависи од спремности, пре свега Министарства здравља, али и РФЗО-а и ИЗЈЗ Србије да редовно прикупљају релевантне информације, обраде их и доследно употребе у циљу спровођења стратегије и поштовања прописа.

[7]Директива 2011/24/ ЕУ Европског парламента и Савета од 9. марта 2011. О примени права пацијената о прекограничној здравственој заштити https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/?uri=CELEX%3A32011L0024

3. Основни концепт Стратегије

Основни постулат предложених мера је да за финансијски трошак здравственог система у јавној својини, сличан данашњем, осигураници могу добити бољу и што више уједначену, квалитетну и правовремену здравствену заштиту. Међутим, предложене мере се могу само делимично спровести без потпуне сарадње РФЗО-а на примени комплементарних мера које се овде спомињу у вези унапређења финансирања у систему здравствене заштите, а заправо су саставни део Компоненте 1 Другог пројекта развоја здравства Србије[8] који има за циљ да пружи подршку реформама финансирања болница и јачању система финансирања примарне здравствене заштите.

Према члану 5. Закона о регионалном развоју ("Сл. гласник РС", бр. 51/2009, 30/2010 и 89/2015 - др. закон), за потребе подстицања регионалног развоја Закон је одредио следеће регионе: 1) Регион Војводине; 2) Београдски регион; 3) Регион Шумадије и Западне Србије; 4) Регион Јужне и Источне Србије; те 5) Регион Косово и Метохија. Према актуелним географским и епидемиолошким специфичностима Републике Србије, подручја западне и источне Србије захтевају посебну пажњу (на основу анализа из извештаја Д1 и Д2) . Из тог разлога искључиво за потребе дефинисања стратешких смерница оптимизације Плана мреже[9] за краткорочно и средњорочно раздобље користе се следећи региони приказани у извештају Д3:

Табела 3-1. Региони коришћени у дефинисању стратешких смерница оптимизације Плана мреже за краткорочно и средњорочно раздобље

бр. региона	Назив региона	Седиште региона	Структура региона/ административне јединице
1.	Београдски регион	Београд	Град Београд (Барајево, Чукарица, Гроцка, Лазаревац, Младеновац, Нови Београд, Обреновац, Палилула, Раковица, Савски Венац, Сопот, Стари Град, Сурчин, Вождовац, Врачар, Земун, Звездара)
2.	Регион АП Војводине	Нови Сад	Западнобачки, Јужнобанатски, Јужнобачки, Севернобанатски, Севернобачки, Средњобанатски и Сремски округ
3.	Регион Западне Србије	Ужице	Златиборски, Колубарски и Мачвански округ
4.	Регион Шумадије и Централне Србије	Крагујевац	Моравички, Поморавски, Расински, Рашки и Шумадијски округ
5.	Регион Источне Србије	Зајечар	Подунавски, Борски, Браничевски и Зајечарски округ
6.	Регион Јужне Србије	Ниш	Нишавски, Пиротски, Пчињски, Топлички и Јабланички округ

Извор: Аутор

[8]Republic of Serbia, Second Serbia Health Project. World Bank Project Appraisal Document. Report No: 81924-YF, January 30, 2014.
http://documents.worldbank.org/curated/en/969641468102535325/pdf/819240PAD0P129010Box382122B00OUO090.pdf

[9] Уредба о плану мреже здравствених установа ("Сл.гласник РС ", бр. 5/2020 и 11/2020)

Према тој подели долази до регионализације управљачких функција главних здравствених институција линије одговорности Министарства здравља, нарочито Републичког фонда за здравствено осигурање, Института за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут", Института за трансфузију крви Србије и других. С обзиром на потешкоће у управљању са преко 300 правних лица здравственог система, регионализацијом, као и добро планираним и постепеним институционалним спајањем сродних установа и вертикалном и хоризонталном функционалном интеграцијом преосталих установа може се смањити број ентитета за две трећине, уз истовремено повећање квалитета, ефикасности и доступности здравствене заштите. Тиме би се створиле регионалне целине за јавно здравље, хитну медицинску помоћ, трансфузију, хронична психијатријска обољења, хронична плућна и друга хронична обољења, дуготрајно лечење, рехабилитацију, апотеке, установе за здравствену заштиту радника и заједничке послове. С обзиром на посебне потребе становништва у руралним и брдско-планинским крајевима, биће потребно донети посебне здравствене прописе који те специфичности препознају.

Систем акредитације краткорочно треба да постане обавезан, а кроз акредитацију да се развијају центри изврсности као и референтни центри[10] за осигуранике који болују од ретких болести, болести са ниском преваленцом и комплексних болести, нпр. неурохирургија, катетеризација срца, интервенцијска радиологија (тромбектомија код можданог удара), траума центри, кардиохирургија, ортопедија, ПЕТ-ЦТ, радиотерапија и радиохирургија, онколошка хирургија, максилофацијална хирургија, васкуларна хирургија, трансплантације и сл.); један од главних алата који ће се користити у континуитету за планирање локација инфраструктуре здравствених капацитета је географски информациони систем (ГИС). Интегрисањем ГИС база са различитим показатељима, од социо-економских до медицинских, израђују се мапе различитих контекста здравствених показатеља, а мапирање сценарија и анализа постојећих показатеља омогућава визуализацију кроз временски период, што је данас нужно за ефикасно планирање.

Данас се у здравственом систему Републике Србије не користи јединствена семантика и терминологија која омогућава једноставније и транспарентније поређење здравствених установа, нити у земљи, нити у међународним анализама. Из тог разлога се, за потребе овог документа, користи Међународна класификација за здравствене рачуне[11] у структурирању целина здравственог система.

Промене се планирају у три временска периода: краткорочно 1-3 године, средњорочно 4-7 година и дугорочно 8-15 година, а зависиће од политичке воље и снаге, социолошких и реформских капацитета запослених у здравству, осигураника и других заинтересованих страна као и положаја система здравства у хијерархији приоритета Владе Републике Србије.

[10]European Reference Networks https://ec.europa.eu/health/ern_en
[11]International Classification for Health Accounts (ICHA) https://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf

4. Методологија израде Нацрта Стратегије оптимизације здравственог система Републике Србије

У првом кораку израде Нацрта стратегије направљена је детаљна анализа постојећег стања. Основ за анализу била је припрема Мапе здравственог контекста Републике Србије која садржи опис и анализу тренутног здравственог стања у Републици Србији, процену здравственог стања и здравствених потреба становништва, као и процену кретања ових параметара у наредном периоду. Такође су анализирана ограничења здравственог система, загарантована права и обавезе становништва у погледу здравствене заштите, постојећи проблеми везани за одрживо финансирање и солвентност здравствених установа, као и ограничења и могућности у погледу људских ресурса и улагања. Анализиран је, мапиран и упоређиван читав низ здравствених индикатора (епидемиолошка слика са кључним статистикама; јавно здравствени показатељи, укључујући обрасце живота, понашања и навика становништва; законски оквир који регулише здравствени систем; систем пружања здравствене заштите, укључујући континуитет здравствене и хитне медицинске службе, кућну негу и рехабилитацију; доступност и географску дистрибуцију људских ресурса у здравству; стандарде за планирање капацитета здравствених установа и услове пружања индивидуалних здравствених услуга у односу на тренутна и капитална улагања у инфраструктуру и опрему; стање, потребе и способности система медицинског образовања; стандарди и трошкови изградње здравствених установа). Детаљно су анализирани упитници послати од стране здравствених установа којима су обухваћена сва подручја рада установа, као и Извештаји са теренских посета здравственим установама који су у битним деловима надопунили испуњене упитнике.

За време израде анализа, примењен је принцип сарадње и итеративни приступ процесу валидације података, тј. коришћени су доступни подаци.

Као што је горе описано, детаљна анализа је рађена за[12]:

- Правни оквир релевантан за оптимизацију мреже установа здравствене заштите
- Епидемиолошку слику Републике Србије и јавно здравствене индикаторе здравља (са припадајућим статистикама, те обрасцима начина живота, понашања и навика као факторима ризика за здравље)
- Систем пружања здравствене заштите
- Доступност и географску дистрибуцију људских ресурса у здравству
- Планирање здравствених капацитета у Републици Србији
- Инфраструктуру и капиталне инвестиције, као и стандарде и трошкове градње здравствених установа
- Финансирање здравствене заштите у Републици Србији (економска анализа)
- Статус, потребе и капацитете медицинског образовног система у Републици Србији
- Географски сливови и локални и регионални центри
- Географска доступност здравствених институција и развијеност транспортне инфраструктуре
- Становништво и групе становништва које користе здравствену заштиту у релевантним географским подручјима
- Статистика и последице саобраћајних несрећа

[12] У ДЗ извештају детаљно је описано који подаци су тражени али нису добијени или су били недовољно квалитетни, тако да се није радила интерпретација, већ су само коришћени за анализу у мери у којој је то било могуће.

- Природне непогоде
- Садржај и обим здравствених услуга
- Просечна дужина хоспитализације и обрта кревета
- Конкуренција, фрагментација и дуплирање здравствених услуга
- Пружање здравствених услуга становништву релевантног географског подручја, расположивост опција, расположивост пружаоца других опција здравствене заштите
- Интеграција и континуитет у пружању здравствених услуга у оквиру и између институција и географских подручја
- Подаци о људским капацитетима
- Подаци о медицинским и немедицинским услугама
- Подаци о медицинској опреми и коришћењу
- Индикатори здравствене заштите, управљања квалитетом
- Финансирање и финансијски индикатори
- Управљање здравственим установама, оцена знања, оспособљености и мотивације менаџера и запослених
- Постојање и ниво IT система, укључујући електронске здравствене картоне
- Опис и оцена физичке инфраструктуре за здравствене установе, просторије и техничка вентилација, системи за грејање и хлађење, електрична, канализациона и водоводна инфраструктура
- Постојећи и планирани инвестициони пројекти у инфраструктуру
- Управљање и одлагање медицинским и другим отпадом.

Израда Нацрта Стратегије оптимизације здравственог система Републике Србије рађена је у седам корака:

- КОРАК 1: израђена је листа идентификованих проблема чије је решавање потребно за постизање циљева Пројекта.
- КОРАК 2: према актуелним географским и епидемиолошким специфичностима Републике Србије израђен је предлог региона.
- КОРАК 3: мапирана је мрежа установа здравствене заштите у Републици Србији са номенклатуром Међународне класификације здравствених рачуна (ICHA).
- КОРАК 4: направљене су основне стратешке смернице за сваки ниво здравствене заштите по типу пружаоца здравствених услуга.
- КОРАК 5: направљена је категоризација болница, предлог нове организације и предлог методологије за оптимизацију, узевши у обзир средину између просечних и најбољих резултата по појединoм типу пружаоца здравствених услуга.
- КОРАК 6: предложене су специфичности.
- КОРАК 7: израђене су карте ради јаснијег приказа израђених предлога.

5. Предлог Нацрта Стратегије оптимизације мреже установа здравствене заштите Републике Србије

5.1. Мапирање пружаоца здравствених услуга са међународном класификацијом

Стратегија оптимизације здравственог система Републике Србије направљена је према номенклатури Међународне класификације здравствених рачуна (ICHA):

Акутна здравствена заштита

- *ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА:*
  - *Дом здравља*
    - *Поливалентна патронажа*
    - *Кућно лечење*
    - *Дијагностика*
    - *Дентална медицина*
    - *Стационарно лечење*
  - *Заводи (ЗЗ радника, ЗЗ студената, дентална медицина, геријатрија и палијатива, кожне и плућне болести)*
- *СЕКУНДАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА*
  - *Локалне (опште) болнице (1.категорија)*
  - *Окружне (опште) болнице (2. категорија)*
- *ТЕРЦИЈАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА*
  - *Регионалне болнице (3.категорија)*
  - *Централна републичка/покрајинска болница (4. односно 4а. категорија)*
  - *Остале здравствене установе терцијарне здравствене заштите*

Продужено лечење

- Специјалне болнице за рехабилитацију
- Специјалне болнице за лечење туберкулозе, плућних болести или других хроничних обољења

Дуготрајно (хронично) лечење

- Специјалне болнице за психијатрију
- Специјалне болнице за продужено/дуготрајно лечење и палијативну негу

Хитна помоћ

- Прехоспитална хитна медицинска помоћ
- Хитна медицинска помоћ у оквиру болничке делатности

Апотекарске установе (јавне и приватне)

Заводи

- Заводи за јавно здравље
- Заводи за трансфузију
- Остали заводи који обављају делатност на више нивоа

Остало

- Дијализни центри
- Неонатологија
- Остале специјалне болнице
- Палијативно збрињавање
- Лабораторијска и радиолошка дијагностика
- Војномедицинске установе

Приватне здравствене установе

5.2. Акутна здравствена заштита – стратешке смернице

5.2.1. Примарна здравствена заштита

Тим примарне здравствене заштите у склопу Дома здравља као носилац примарне здравствене заштите

- Основна организациона јединица примарне здравствене заштите у оквиру домова здравља (који су и даље темељ здравствене заштите на примарном нивоу) постаје „тим“. Носилац тима може бити лекар опште праксе, специјалиста опште медицине, педијатар, гинеколог и стоматолог, а члан сваког тима је и медицинска сестра/техничар. Рад сваког тима се прати како по питању квалитета тако и по питању трошкова кроз успостављање трошковних центара на нивоу тима.[13]
- Уз здравствену заштиту жена, деце и одраслих особа као и здравствену заштиту из области поливалентне патронаже и кућног лечења са палијативним збрињавањем и здравствене неге, акценат примарне здравствене заштите ставља се на јачање основних функција превентивне здравствене заштите за све категорије становника.
- На нивоу државе треба убрзати процес који би омогућио да дугорочно преко 80% лекара који раде у служби за здравствену заштиту одраслих има специјализацију из опште медицине (према Батутовим подацима у 2020. години само 21.46%[14] лекара у домовима здравља има или је започело специјализацију – 1.620 од укупно 7.549 лекара домова здравља). Сваке 4 године, колико траје специјализација, број специјалиста би растао за 20%, па би тако у дугорочном периоду од 15 година за који се пише стратегија достиогао око 80%.
- Средњорочно се планира да се тим доктора медицине са специјализацијом из опште медицине прошири за две медицинске сестре, од којих је једна са средњом школом и друга са вишим или високим образовањем (бакалауреатом)[15].

---

[13] **Трошковни центар** је основна функционална јединица у оквиру дома здравља са становишта расподеле и трошења материјалних средстава. Трошковни центар сам по себи није организациона јединица дома здравља, већ целина чији се трошкови посебно прате и евалуирају. Јасна идентификација трошковног центра је неопходна како би се правилније планирали трошкови и набавке домова здравља, али и како би се прецизније рачунала цена здравствених услуга и евалуирала ефикасност одређених делова домова здравља. Најквалитетније праћење и евалуација рада домова здравља би била када би се трошковни центар у дому здравља био успостављен на нивоу Тима. Успостављање трошковног центра на нивоу Тима би било у складу и са Методологијом успостављања трошковних центара при здравственим установама примарне здравствене заштите, утврђеном од стране Министарства здравља и публикованом на сајту РФЗОа. Методологија доступна на линку: http://rfzo.rs/download/kapitacija/troskovni%20centri/Metodologija%20troskovnih%20centara%20PZZ%202020.pdf

[14] Извор: Извештај о броју запослених у установама из Плана мреже здравствених установа у Републици Србији http://www.batut.org.rs/index.php?content=66

[15] Република Србија као земља кандидат ће морати проћи кроз поступак преговора о примени Директиве 2005/36/ЕЗ о признавању стручних квалификација https://eur-lex.europa.eu/legal-

- Дом здравља или здравствени центар могу своје лекаре ПЗЗ унутар (а уколико постоји потреба и између установа) повезати да организацијски делују као групна пракса, како би се избегло непотребно упућивање на виши ниво здравствене заштите и подстакла комуникација и сарадња која данас често изостаје међу колегама. Развој рада групних пракси може бити посебан финансијски подстицај према домовима здравља од стране РФЗО-а у смислу да се додатно награђују домови здравља који имају споразум о сарадњи својих лекара/служби у циљу едукације и подизања квалитета и спектра услуга које се пружају. Дом здравља може да формира групну праксу од 2 или више лекара, без ограничења броја, моновалентно или поливалентно. Моновалентна групна пракса састоји се од лекара истог типа (искључиво лекари опште праксе, искључиво педијатри, искључиво гинеколози и искључиво стоматолози). Поливалентну групну праксу чине лекари опште праксе удружени са гинеколозима и/или педијатрима. Лекари се групишу према географској удаљености до 10 км, али и према специфичним знањима односно експертизи, како би се пацијенти једноставно хоризонтално упућивали и лечили унутар групне праксе. Исто тако, лекари се повезују у размени знања и искустава организујући редовна месечна саветовања у *peer* групама, па се као групна пракса оснажују додатним знањима и вештинама. На пример, лекар опште праксе који ради ултразвучну дијагностику повезује се у групну праксу са лекаром који има дубља знања о лечењу дијабетеса, лекаром који има опрему за дерматоскопију, педијатром и гинекологом у својој установи или у близини. Лекари ПЗЗ добијају подршку од руководства дома здравља нарочито подршку у погледу ICT-а.
- Срећени и проширени спектар услуга, већи број покривених осигураника сразмерно њиховој старости и географској распоређености, доношење измена легислативе како би се формално дефинисалее компетенције односно јачала аутономија и улоге медицинске сестре.

Консултативне услуге специјалиста и ужих специјалиста

Специјалистичке консултативне услуге су осигураницима доступне на свим нивоима здравствене заштите. Из тог разлога потребно их је сагледати као јединствену целину, а организација рада специјалистичких делатности на свим нивоима предложена је у оквиру секундарне здравствене заштите. Основна идеја овог предлога је да сви грађани Србије морају имати уједначен приступ здравственој заштити. Анализа пружања услуга урађена у ДЗ Извештају у области седам специјализација (интерна медицина, пнеумофизиологија, оториноларингологија, офталмологија, психијатрија, физикална медицина и дерматовенерологија) која је користила број осигураника и важеће нормативе који произилазе из *Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе („Сл. гласник РС", бр. 43/2006, 112/2009, 50/2010, 79/2011, 10/2012 (др. правилник), 119/2012 (др. правилник), 22/2013 и 16/2018)* је показала да у Србији постоји велика диспропорција у добијању консултативно специјалистичких услуга према општини становања. Да би сви грађани Србије могли да добију анализираних седам консултативно специјалистичких услуга у општини где станују било би потребно да сваки дом здравља обезбеди услове да седам различитих специјалиста могу да обаве своје прегледе. То би значило да у Србији треба да постоји (7*162) 1134 пункта где се могу добити различите специјалистичке услуге. У овом тренутку постоји свега 500 пунктова (52% од потребног броја). Сви специјалисти ових седам дисциплина би требало да свој уговор о раду остваре са одговарајућом болничком установом. Болничка установа има обавезу да обезбеди покривеност специјалистичком здравственом заштитом становништво општина које јој гравитирају. Консултативно специјалистичка услуга мора бити пружена у просторијама локалног дома здравља

content/EN/TXT/?uri=celex%3A32005L0036 где је сестринство посебно осетљиво (савет: применити словеначки, не хрватски модел)

онолико пута недељно колико важећи норматив предвиђа[16]. На овај начин се добија огромна друштвена и финансијска корист кроз:

- Смањење трошкова путовања – уместо да 25 пацијената путује у најближи град 1 лекар путује;
- Смањење дуплих прегледа – лекар који ради у болници и прегледа пацијента кога упућује у болницу не мора да обавља дупле прегледе;
- Како лекари специјалисти део времена раде у болници, а део времена у дому здравља, пружају већу палету услуга, па самим тим проширују своје знање и искуство у струци;
- Побољшање здравственог стања за најсиромашније (који због лоше приступачности специјалистичким услугама одустају од прегледа који изискује путовање).

[16] На пример: Општина која има 20000 становника има право на једног интернисту у дому здравља. Према нормативима то значи да тај интерниста (када се одузму годишњи одмори) треба да ради 17,5 радних дана и оствари 437 прегледа месечно (5250 прегледа годишње према стандардима извршења). То значи да за насеље од 9000 становника треба обезбедити отприлике 8 посета месечно лекара интернисте (200 прегледа месечно).

Предвиђена решења ће се додатно разрадити у наредним поглављима, а динамика ће зависити од спремности да се интеграција брзо и једноставно обави. У Анексу 2 овог документа је дат преглед по регионима који показује које болничке установе[17] преузимају специјалисте из којих домова здравља у кратком и средњем року, тако да се планирање ресурса може одмах спроводити. У Табели 5.1 је дат преглед колико лекара које струке преузимају болничке установе и колико лекара из постојећег кадра треба обезбедити дугорочно. Црвеном бојом у загради истакли смо вишак специјалиста, односно случајеве када кадар из установа примарне здравствене заштите увећава број специјалиста преко потребе за одржавањем нормиране примарне здравствене заштите[18]. Овај преглед је важан за дугорочно планирање запошљавања и доделе специјализација. Сматрамо да осим спорадичних проблема где кадра стварно нема, постојећи кадар у болницама са придруженим колегама из ПЗЗ кроз уштеду код избегавања дуплирања прегледа може покрити потребе становништва без додатног запошљавања. Распоред предложен у Анексу 2 који се може одмах спроводити без чекања да дође до спајања здравствених установа на секундарном нивоу предвиђа да је у више од 95% случајева растојање између покривених домова здравља и болничке установе мање од 50 км, што значи да су испуњени и предуслови из закона о раду о распоређивању запослених. Дугорочни распоред приказан у Табели 5.1 такође има добар однос удаљености од седишта матичне установе до локација на локалу у којима се пружа здравствена заштита уз додатну повољност да ће у будућем стању матична установа бити и одговорна за све локације на којима се пружа здравствена заштита.

Табела 5-1. Преглед броја специјалиста који из ПЗЗ прелазе у болничку ЗЗ и броја специјалиста које болнице додатно треба да обезбеде ради пружања униформне ПЗЗ

				20.000	40.000	30.000	30.000	40.000	40.000	40.000		
Регион	Округ	Назив установе		Интерна медицина	Пнеумофтизиологија	Офталмологија	Оториноларингологија	Психијатрија	Рехаб и физикална	Дерматовенерологија	Укупно специјалисти	Број осигураника
Град Београд	Град Београд	КБЦ Бежанијска коса	Укупно преузетих лекара из ДЗ	18	0	7	9	7	46	1	88	
Град Београд	Град Београд	КБЦ Бежанијска коса	Додатно потребно за	(2)	8	4	2	1	(38)	7	(18)	324.620

[17] Болничке установе су дефинисане према предлогу дугорочног плана из овог документа.

[18] На примеру КБЦ Бежанијска коса се види предлог да 18 специјалиста интерне медицине пређе из установа примарне здравствене заштите. Како је за обезбеђивање нормиране примарне здравствене заштите потребно 16 лекара специјалиста, закључујемо да ће еквивалент од (2) лекара бити допуна постојећем болничком кадру

			потпуно покриће[19]									
Град Београд	Град Београд	КБЦ Земун	Укупно преузетих лекара из ДЗ	27	0	14	13	10	79	0	143	
Град Београд	Град Београд	КБЦ Земун	Додатно потребно за потпуно покриће	(8)	10	(1)	(0)	(1)	(70)	10	(61)	383.271
Град Београд	Град Београд	КБЦ Драгиша Мишовић	Укупно преузетих лекара из ДЗ	37	2	23	20	14	97	2	195	
Град Београд	Град Београд	КБЦ Драгиша Мишовић	Додатно потребно за потпуно покриће	(14)	9	(8)	(5)	(3)	(86)	9	(96)	459.760
Град Београд	Град Београд	КБЦ Звездара	Укупно преузетих лекара из ДЗ	32	25	18	21	11	79	22	208	
Град Београд	Град Београд	КБЦ Звездара	Додатно потребно за потпуно покриће	(8)	(13)	(2)	(5)	1	(67)	(10)	(102)	490.302
АП Војводина	Северно-бачки	Северно-бачки здравствен и центар	Укупно преузетих лекара из ДЗ	7	3	2	1	1	1	0	15	
АП Војводина	Северно-бачки	Северно-бачки здравствен и центар	Додатно потребно за потпуно покриће	2	1	4	5	3	3	4	22	170.044

[19] Додатни број лекара потребан за потпуну покривеност становништва лекарима по садашњем нормативу (црвено у загради се односи на ситуацију где постоји вишак лекара)

АП Војводина	Средње-банатски	Средњо-банатски здравствен и центар	Укупно преузетих лекара из ДЗ	2	0	2	0	1	0	0	5	
АП Војводина	Средње-банатски	Средњо-банатски здравствен и центар	Додатно потребно за потпуно покриће	6	4	4	6	3	4	4	31	168.673
АП Војводина	Северно-банатски	Северно-банатски здравствен и центар	Укупно преузетих лекара из ДЗ	3	2	2	1	2	0	0	10	
АП Војводина	Северно-банатски	Северно-банатски здравствен и центар	Додатно потребно за потпуно покриће	3	1	2	3	1	3	3	17	125.756
АП Војводина	Јужноба-натски	Здравствен и центар Панчево	Укупно преузетих лекара из ДЗ	3	0	1	1	2	2	1	10	
АП Војводина	Јужно-банатски	Здравствен и центар Панчево	Додатно потребно за потпуно покриће	6	5	5	5	3	3	4	29	180.779
АП Војводина	Јужно-банатски	Здравствен и центар Вршац	Укупно преузетих лекара из ДЗ	2	1	0	0	0	1	0	4	
АП Војводина	Јужно-банатски	Здравствен и центар Вршац	Додатно потребно за потпуно покриће	3	1	3	3	2	1	2	16	92.399
АП Војводина	Јужно-бачки	Здравствен и центар Врбас	Укупно преузетих лекара из ДЗ	3	2	1	1	2	1	0	10	
АП Војводина	Јужно-бачки	Здравствен и центар Врбас	Додатно потребно за	2	1	2	2	1	2	3	12	103.417

			потпуно покриће									
АП Војводина	Јужно-бачки	УКЦ Војводине	Укупно преузетих лекара из ДЗ	26	5	18	12	13	15	11	100	
АП Војводина	Јужно-бачки	УКЦ Војводине	Додатно потребно за потпуно покриће	(1)	8	(1)	5	(0)	(2)	2	10	507.471
АП Војводина	Сремски	Сремски здравствен и центар	Укупно преузетих лекара из ДЗ	11	4	5	8	5	9	3	45	
АП Војводина	Сремски	Сремски здравствен и центар	Додатно потребно за потпуно покриће	3	3	4	1	2	(2)	4	16	283.385
АП Војводина	Западно-бачки	Западно-бачки здравствен и центар	Укупно преузетих лекара из ДЗ	7	1	3	3	3	3	1	21	
АП Војводина	Западно-бачки	Западно-бачки здравствен и центар	Додатно потребно за потпуно покриће	2	3	3	3	1	1	3	16	171.451
Западна Србија	Колубарски	Колубарски здравствен и центар	Укупно преузетих лекара из ДЗ	1	0	1	0	1	7	0	10	
Западна Србија	Колубарски	Колубарски здравствен и центар	Додатно потребно за потпуно покриће	7	4	4	5	3	(3)	4	22	150.715
Западна Србија	Мачвански	Здравствен и центар Шабац	Укупно преузетих лекара из ДЗ	1	1	0	0	1	0	0	3	

Западна Србија	Мачвански	Здравствен и центар Шабац	Додатно потребно за потпуно покриће	8	3	6	6	3	4	4	35	174.012
Западна Србија	Мачвански	Здравствен и центар Лозница	Укупно преузетих лекара из ДЗ	4	0	0	0	0	0	0	4	
Западна Србија	Мачвански	Здравствен и центар Лозница	Додатно потребно за потпуно покриће	(1)	1	2	2	1	1	1	7	52.877
Западна Србија	Злати-борски	Здравствен и центар Пријепоље	Укупно преузетих лекара из ДЗ	2	2	1	1	1	6	1	14	
Западна Србија	Злати-борски	Здравствен и центар Пријепоље	Додатно потребно за потпуно покриће	2	(0)	1	1	1	(4)	1	2	74.811
Западна Србија	Злати-борски	Здравствен и центар Прибој	Укупно преузетих лекара из ДЗ	0	0	0	0	0	0	0	0	
Западна Србија	Злати-борски	Здравствен и центар Прибој	Додатно потребно за потпуно покриће	1	1	1	1	1	1	1	5	26.992
Западна Србија	Злати-борски	Здравствен и центар Ужице	Укупно преузетих лекара из ДЗ	4	1	2	1	3	13	0	24	
Западна Србија	Злати-борски	Здравствен и центар Ужице	Додатно потребно за потпуно покриће	4	3	4	5	1	(9)	4	12	168.534
Шумадија и Централна Србија	Моравички округ	Моравички Здравствен и центар	Укупно преузетих лекара из ДЗ	3	1	0	2	2	2	1	11	

Шумадија и Централна Србија	Моравички округ	Моравички Здравствен и центар	Додатно потребно за потпуно покриће	7	4	6	4	3	3	4	31	194.995
Шумадија и Централна Србија	Поморавски округ	Поморавск и Здравствен и центар	Укупно преузетих лекара из ДЗ	6	1	2	2	2	10	0	23	
Шумадија и Централна Србија	Поморавски округ	Поморавск и Здравствен и центар	Додатно потребно за потпуно покриће	4	4	4	4	3	(5)	5	18	191.316
Шумадија и Централна Србија	Расински округ	Расински здравствен и центар	Укупно преузетих лекара из ДЗ	6	2	2	1	2	14	1	28	
Шумадија и Централна Србија	Расински округ	Расински здравствен и центар	Додатно потребно за потпуно покриће	4	3	5	6	3	(9)	4	17	207.451
Шумадија и Централна Србија	Рашки округ	Здравствен и центар Краљево	Укупно преузетих лекара из ДЗ	5	1	2	1	2	10	0	21	
Шумадија и Централна Србија	Рашки округ	Здравствен и центар Краљево	Додатно потребно за потпуно покриће	3	3	3	4	2		4	14	164.526
Шумадија и Централна Србија	Рашки округ	Здравствен и центар Нови Пазар	Укупно преузетих лекара из ДЗ	3	0	1	1	1	5	1	12	
Шумадија и Централна Србија	Рашки округ	Здравствен и центар Нови Пазар	Додатно потребно за потпуно покриће	4	3	3	3	2	(2)	2	16	130.089
Шумадија и Централна Србија	Шумадијски округ	УКЦ Крагујевац	Укупно преузетих лекара из ДЗ	23	10	10	11	5	3	8	70	

Шумадија и Централна Србија	Шумадијски округ	УКЦ Крагујевац	Додатно потребно за потпуно покриће	(12)	(5)	(3)	(4)	0	2	(3)	(23)	216.107
Шумадија и Централна Србија	Шумадијски округ	Здравствен и центар Аранђелов ац	Укупно преузетих лекара из ДЗ	8	3	3	6	6	14	0	40	
Шумадија и Централна Србија	Шумадијски округ	Здравствен и центар Аранђелов ац	Додатно потребно за потпуно покриће	2	2	3	0	(1)	(9)	5	1	191.801
Источна Србија	Борски	Борски Здравствен и центар	Укупно преузетих лекара из ДЗ	0	0	0	0	0	7	1	8	
Источна Србија	Борски	Борски Здравствен и центар	Додатно потребно за потпуно покриће	6	3	4	4	3	(4)	2	16	110.480
Источна Србија	Брани-чевски	Браничевск и здравствен и центар	Укупно преузетих лекара из ДЗ	3	3	2	1	0	5	0	14	

Источна Србија	Брани-чевски	Браничевски здравствени центар	Додатно потребно за потпуно покриће	5	1	3	4	4	(1)	4	19	155.577
Источна Србија	Подунавски	Подунавски здравствени центар	Укупно преузетих лекара из ДЗ	4	4	1	1	1	5	1	17	
Источна Србија	Подунавски	Подунавски здравствени центар	Додатно потребно за потпуно покриће	5	0	5	5	3	(1)	3	21	179.755
Источна Србија	Зајечарски	Зајечарски здравствени центар	Укупно преузетих лекара из ДЗ	1	0	0	0	1	3	0	5	
Источна Србија	Зајечарски	Зајечарски здравствени центар	Додатно потребно за потпуно покриће	4	2	3	3	1	(1)	2	14	91.621
Јужна Србија	Јабланички округ	Јабланички здравствени центар	Укупно преузетих лекара из ДЗ	8	0	0	0	0	4	1	13	
Јужна Србија	Јабланички округ	Јабланички здравствени центар	Додатно потребно за потпуно покриће	2	5	6	6	5	1	4	29	194.789
Јужна Србија	Нишавски округ	УКЦ Ниш	Укупно преузетих лекара из ДЗ	16	9	10	11	9	52	7	114	
Јужна Србија	Нишавски округ	УКЦ Ниш	Додатно потребно за потпуно покриће	(1)	(1)	0	(1)	(1)	(44)	1	(47)	311.318
Јужна Србија	Нишавски округ	Здравствени центар Алексинац	Укупно преузетих лекара из ДЗ	1	0	0	0	0	0	0	1	

Јужна Србија	Нишавски округ	Здравствен и центар Алексинац	Додатно потребно за потпуно покриће	1	1	2	2	1	1	1	9	49.351
Јужна Србија	Пчињски округ	Пчињски здравствен и центар	Укупно преузетих лекара из ДЗ	13	10	2	4	11	0	9	49	
Јужна Србија	Пчињски округ	Пчињски здравствен и центар	Додатно потребно за потпуно покриће	(3)	(5)	5	3	(6)	5	(4)	(6)	200.694
Јужна Србија	Пиротски округ	Пиротски здравствен и центар	Укупно преузетих лекара из ДЗ	2	2	0	0	0	10	0	14	
Јужна Србија	Пиротски округ	Пиротски здравствен и центар	Додатно потребно за потпуно покриће	2	0	3	3	2	(8)	2	3	80.972
Јужна Србија	Топлички округ	Топлички здравствен и центар	Укупно преузетих лекара из ДЗ	5	0	3	1	0	3	1	13	
Јужна Србија	Топлички округ	Топлички здравствен и центар	Додатно потребно за потпуно покриће	(1)	2	(0)	2	2	(1)	1	4	80.088

Извор: Планско извештајне табеле за 2020 годину

5.2.1.1 Дом здравља

- У организационом смислу делује као центар здравствене заштите заједнице.
- Дом здравља мора првенствено да подржи превенцију и лечење хроничних незаразних болести, здравље деце и жена, палијативну негу и патронажу.
- Ако је дом здравља према Плану мреже део здравственог центра, функционише као посебна целина, а РФЗО засебно уговара пружање услуга.
- Треба имати јаку информатичку подршку и повезаност са ИЗИС-ом, телерадиологијом, телемедицином и др.
- Дом здравља може имати огранке, здравствене станице и амбуланте које морају испуњавати услове из Правилника о ближим условима по питању простора и опреме. Уколико поједине амбуланте не могу испунити те услове у краткорочном року (3 године) потребно је организовати пружање здравствене заштите на другачији начин (нпр. мобилни тимови са јаком патронажном службом).
- Стационарни капацитети се укидају, а за постојеће стационарне капацитете врши се пренамена, у највећој мери, за потребе лечења у дневној болници.
- Домови здравља у Београду настављају да раде по општинама, али оријентисани регионално према 4 КБЦ-а.
- Такође се дугорочно планира хоризонтална институционална интеграција на подручју где домови здравља нису саставни део здравствених центара на начин да постоји један дом здравља у округу који ће објединити све домове здравља тог округа тј. представљати заједницу свих домова здравља округа према Плану мреже. То значи припајање (институционално хоризонтално спајање) свих домова здравља у округу највећем дому здравља у којем ће бити и седиште (нпр. у Јужнобачком округу је 10 домова здравља од којих су се 3 припојила ЗЦ Врбас, а преосталих 7 (ДЗ Нови Сад, ДЗ Бачки Петровац, ДЗ Темерин, ДЗ Тител, ДЗ Жабаљ, ДЗ Беочин, ДЗ Бачка Паланка) се спојило у јединствен ДЗ под називом Јужнобачки домови здравља.Поједини домови здравља у саставу тог округа се називају појединачним досадашњим именом (нпр. Јужнобачки домови здравља - дом здравља Бачка Топола). Припојени домови здравља нису посебна правна лица, али задржавају у свом имену назив „дом здравља“ што описује њихову делатност. С обзиром на то да РФЗО са здравственим центрима има одвојене уговоре за дом здравља односно општу болницу, сви лекари специјалисти (изузев специјалиста опште медицине, гинекологије и акушерства и педијатрије који су изабрани лекари) се сматрају делом тима опште болнице.
- Здравствени центри и даље испуњавају засебно прописане извештаје за ИЗЈЗ за ДЗ и ОБ одвојено.
- С обзиром да се географска подела специјалиста врши по данима у зависности од демографије, сви огранци домова здравља ће имати доступне специјалисте.
- Уз накнаду од уговора са РФЗО-ом домовима здравља припада и партиципација (директно плаћање од стране осигураника, у сврху обесхрабривања прекомерног коришћења услуга).
- Дугорочно РФЗО уговара и плаћа накнаде према исходима лечења, а домови здравља нуде програме и услуге у пакетима кроз моделе функционалне интеграције са другим здравственим установама (опште, специјалне и клиничке болнице и др.) за све фазе лечења осигураника: превенција, дијагностика, лечење, рехабилитација, праћење.
- Висок ниво сарадње између свих нивоа здравствене заштите, базиран на интуитивном потпуно интегрисаном информационом систему, који користи вештачку интелигенцију са уграђеним клиничким смерницама/путевима као асистенцију у клиничком предиктивном одлучивању, а заснован је на електронском потпису и укидању папирних протокола и картотека.

a) Поливалентна патронажа

Променом модалитета лечења (више лечења у дневним болницама, више поступака дневне хирургије), јачањем улоге изабраног лекара (опремање ординација, специјализација из опште медицине), променом концепта кућног лечења осигураника (кућно лечење спроводе изабрани лекари опште медицине у координацији са патронажом и тако осигуравају комплетну негу за своје пацијенте), измењеном демографском структуром становништва (све више старих особа), интензивирањем палијативне и геријатријске делатности, повећањем броја хроничних пацијената (све више хроничних незаразних болести и њихових компликација), све већег значаја ризичних фактора понашања за развој болести (потреба мењања животних навика) изискује јачање делатности поливалентне патронажне службе (ППС) у свим домовима здравља на целој територији Републике Србије.

Унапређење рада ППС може се постићи решавањем уочених организационих изазова, модернизацијом садржаја и начина рада ППС заснованим на новим научним сазнањима у релевантним областима и прилагођеним актуелним здравственим потребама становништва.

- ППС се организује као самостална служба у оквиру ДЗ, али је тесно повезана са осталим службама дома здравља са којима блиско сарађује (општа медицина, гинекологија, педијатрија);
- Дефинисани су и имплементирани савремени стандарди и нормативи рада, протоколи и процедуре за рад патронажних сестара са популационим групама становништва у породици и заједници;
- Осигурани су адекватни простори (телефонска линија, рачунар са интернет везом) и опрема (торба, униформе за теренски рад, аутомобили) за рад ППС како би служба могла адекватно да одговори на изазове у пракси и постигне квалитет услуга према потребама корисника;
- Кадровско комплетирање ППС тако да једна патронажна сестра покрива 3.000 до највише 5.000 становника. Мали домови здравља са мање осигураника организују патронажну делатност на начин да патронажна сестра одређен број дана у недељи обављају теренски (патронажни) посао и кућно лечење у оквиру својих компетенција (чиме растерећују лекара), а одређен број дана ради као медицинска сестра у дому здравља на јачању превентиве;
- Приоритет је запошљавање сестара са вишом стручном спремом;
- Обука постојећег млађег кадра, како би се побољшала старосна структура ППС и квалитет пружених услуга;
- Компетенције сестара запослених у ППС као и делокруг њиховог рада усклађују се са ЕУ законодавством уз унапређење основних и специјалистичких образовних програма (признавање звања „струковна медицинска сестра и специјалиста струковна медицинска сестра – област јавно здравље“);
- Програм континуиране едукације сестара запослених у ППС уважава потребе становништва на територији коју одређени дом здравља покрива, али и потребе патронажних сестара. Програми су у складу са демографским чиниоцима, односно бројем становника одређене животне доби на територији коју покрива ДЗ, такође у складу са подацима окружних завода за јавно здравље о структури оболевања становништва и актуелној епидемиолошкој ситуацији. Узимајући у обзир нова сазнања у погледу развоја детета и незаменљиву улогу патронажне сестре за саветовање родитеља у вези стимулације развоја, рано идентификовање развојних ризика и тешкоћа, за подршку и усмеравање на даље услуге, треба унапредити могућности за обучавање ППС на тему раног развоја детета;
- Патронажне сестре укључене у тимове за заштиту деце од злостављања и занемаривања у свим домовима здравља на целој територији Републике Србије;

- Стандардизовање патронажних тимова у складу са карактеристикама подручја на којем раде (на подручјима са мало становништва и великим удаљеностима као што су брдско-планинска подручја - једна медицинска сестра покрива највише 3.000 становника);
- Узимајући у обзир демографску структуру и све већи број старијих особа планира се већи број посета патронажне сестре старијим особама (25-30% од броја регистрованих осигураника РФЗО уместо досадашњих 20% с обзиром да се тако предвиђа раст удела старог становништва до 2030.) поготово у окрузима јужне и источне Србије због већег удела становништва старости преко 65 година;
- У свим домовима здравља прате се постојећи показатељи квалитета за ППС и проширују се са новим (нпр. *Check* листе за процену раног развоја деце или показатељи који се односе на здравствено васпитни рад);
- Уводи се начин планирања броја посета у односу на број и структуру осигураника коју покрива патронажна сестра (а не у односу на реализацију броја посета из претходне године) као и одређивање приоритета патронажне посете у односу на специфичну структуру осигураника тј. удео појединих популационих група (удео старијих особа, више/мање новорођенчади или деце, итд.) на територији дома здравља;
- Континуирано развијање сарадње ППС са локалном заједницом и окружним заводима за јавно здравље;
- Подстицање отварања саветовалишта за различите циљне групе (тамо где ове организационе јединице не функционишу) уз интензивнију едукацију становништва у оквиру дома здравља. Ова саветовалишта у оквиру дома здравља базирају се на мултисициплинарном приступу тј. у њему се ротирају лекари одређених делатности, медицинске сестре (међу којима и патронажне сестре) као и други здравствени сарадници и стручњаци (нпр. психолози, нутриционисти, кинезиолози, итд.). Саветовалишта се организационо налазе у оквиру делатности уз коју су основани и у њему раде лекари из појединих делатности који су запослени у дому здравља или у здравственом центру. У саветовалиште долазе специјалисти из других ЗУ на основу функционалне или институционанле повезаности дома здравља и ЗУ секундарног нивоа (нпр. педијатар из дома здравља води саветовалиште за гојазну децу, али једном месечно у то саветовалиште долази психолог и нутрициониста из оближње болнице са којом је дом здравља функционално или институционално повезан). Дом здравља самостално одлучује која саветовалишта ће отворити, а складу са људским, техничким, финансијским и просторним капацитетима. РФЗО може донети одлуку о финансијском подстицају организације саветовалишта. Предложена листа саветовалишта (али без ограничења само на понуђену листу) су:
    - у оквиру опште медицине:
        - саветовалиште за дијабетес,
        - саветовалиште за хипертензију и кардиоваскуларне болести,
        - саветовалиште за астму и ХОПБ,
        - саветовалиште за ментално здравље,
        - саветовалиште за одвикавање од пушења,
        - саветовалиште за зависнике од психоактивних супстанци,
        - саветовалиште за одвикавање од алкохола,
        - саветовалиште за чланове породице оболелих лица,
        - саветовалиште за правилну исхрану и физичку активност.
    - у оквиру педијатрије:
        - саветовалиште за гојазну децу,
        - саветовалиште за живот са хроничним и аутоимуним болестима,
        - саветовалиште за родитеље деце са посебним потребама,
        - развојно саветовалиште.
    - у оквиру гинекологије и/или здравствене заштите студената:

- саветовалиште за труднице,
- саветовалиште за чување репродуктивног здравља.

- Интензивира се спровођење превентивних и промотивних активности кроз здравствено васпитни рад у предшколској установи, школи, радној организацији, месној заједници, клубовима и јавним местима на подручју свих домова здравља.

b) Кућно лечење

- Кућно лечење спроводио би изабрани лекар за своје опредељене пацијенте који са или без медицинске сестре одлази у кућне посете према потреби, у не већем обиму од 20% свог радног времена, као и у осталим земљама у свету. Једино изабрани доктор познаје довољно свог пацијента да би могао проценити стварну потребу за кућном посетом, па се овим потезом оптимизује овај сегмент пружања здравствене заштите. Уз то треба направити јасне смернице и критеријуме за одлазак лекара у кућну посету.
- Лекари тренутно задужени само за кућно лечење пребацују се у службу хитне медицинске помоћи. Наиме, потребно је организовати службу ХМП у минимум 12 домова здравља (3 ДЗ покривају више од 25.000 и постоји законска обавеза за формирање службе, а у 9 ДЗ који покривају мање од 25.000 становника треба основати службу ХМП, јер се налазе на важним саобраћајницама тј. уз аутопутове и треба појачати делатност ХМП због саобраћајних несрећа). Ово је детаљно описано у поглављу 5.5.1. Формирање нових 12 служби ХМП изискује запошљавање најмање 70 лекара. Уз то недостатак лекара постоји и у домовима здравља који имају формиране службе ХМП (према постојећим нормативима тренутно их недостаје 78 на територији целе РС). Треба нагласити и потребу јачања тимова опште медицине у домовима здравља где изабрани лекари дежурају па након дежурства не могу да раде у својој амбуланти него то треба да одради лекар на замени или где дежура само 1 лекар који покрива и амбуланту ХМП и терен (што представља велики проблем при изласку лекара на терен, јер амбуланта остаје без лекара). Тај кадровски дефицит се може супституисати са ангажовањем лекара који тренутно раде само кућно лечење (њих је у РС тренутно 211).
- Уводе се опште смернице за кућне посете (на пример, палијативни пацијент, непокретни пацијент, постоперативни пацијент су у категорији пацијената који имају право на кућно лечење).
- Уз изабраног лекара кућно лечење спроводе медицинске сестре за кућну негу (тренутно је у домовима здравља запослено 1.119 медицинских сестара за кућну негу) и патронажне медицинске сестре, а на основу одлуке, одобрења и упута изабраног лекара. Уколико на истом подручју постоје приватне установе за кућну негу, тим установама се омогућава да склопе уговор са РФЗО-ом на основу конкурса који РФЗО расписује према потребама становништва.
- Уводи се физикална терапија и рехабилитација у кући коју спроводи физиотерапеут запослен у дому здравља, а остварује се према добијеном мишљењу и налазу специјалисте физијатра, реуматолога, ортопеда или неуролога, након чега изабрани лекар даје Предлог о пружању услуге.

c) Дијагностика

- Кроз мултифункционалну амбуланту на примарном нивоу здравствене заштите омогућава се шира дијагностика на начин да би специјалисти из болница различитих специјализација у редовном распореду посећивали домове здравља и пружали услуге, било на опреми дома здравља или на покретној опреми коју доноси сам специјалиста из болнице– нпр. РТГ, мамографија, ултразвук, офталмоскоп, дерматоскоп, лабораторија итд.

d) Дентална медицина

- Стоматолошка здравствена заштита односно дентална медицина је једна од основних делатности домова здравља и такође се организује кроз тимове које чине доктор денталне медицине са денталним асистентом односно стоматолошком сестром. Све старосне групе покривене су услугама денталне медицине, а посебан нагласак је стављен на дечју и превентивну стоматологију од ницања првих зуба до краја средње школе.
- Специјалисти из завода/института денталне медицине у договору са домовима здравља редовно долазе да обављају делатност у просторије домова здравља, а број дана је одређен демографијом. Дом здравља је дужан да осигура простор, опрему и инструменте, док специјалиста доноси са собом сав потребан потрошни материјал.
- На нивоу округа се при дому здравља организује основна лабораторија денталне технике и основна дентална рендген дијагностика (дентални дигитални рендген и ортопантомограф).
- Дом здравља осигурава одржавање и занављање опреме потребне за рад амбуланти денталне медицине.
- Доктор денталне медицине, дентални асистент односно стоматолошка сестра као и зубни и РТГ техничар су стално запослени у дому здравља, а специјалисти денталне медицине су запослени у заводима или клиникама за денталну медицину и долазе да раде у дом здравља по потреби.

е) Стационарно лечење

- У домовима здравља укида се стационарно лечење због малог волумена и сигурности пацијената (првенствено породилишта). Специјалисти гинекологије, педијатрије и опште медицине спроводе више превентивних програма углавном у области лечења хроничних незаразних болести (дијабетеса, хипертензије, ХОПБа, астме), карцинома, као и саветовалишта за репродуктивно здравље, престанак пушења, алкохолизма, зависности, гојазности, итд. Исто тако, специјалисти спроводе лечење у дневној болници уз увођење поступака једнодневне хирургије у коју сврху су пренамењени инфраструктурни (стационарни) капацитети. Они специјалисти који не могу бити искоришћени за адекватне програме у дому здравља прелазе у оближњу установу секундарне здравствене заштите (најближу болницу).
- У брдско планинским крајевима, стационарно лечење оставља се у домовима здравља у складу са посебним стандардима. Мерила за примену посебних стандарда за ова подручја утврђују се у зависности од:
    - Броја гравитирајућих осигураних особа одређеном дому здравља
    - Географско-транспортној повезаности / изолованости која у односу на учесталост транспортне повезаности и удаљености најближе болнице може бити:
        - а) лакша географска и транспортна изолованост
        - б) умерена географска и транспортна изолованост
        - ц) тежа географска и транспортна изолованост
        - д) најтежа географска и транспортна изолованост.
    - Демографска обележја с обзиром на просечну густину насељености гравитирајућег подручја.
    - Обележја везана за поједину здравствену делатност:
        - могућност спровођења кућних посета
        - могућност спровођења кућног лечења
        - могућност спровођења патронажних посета
    - Обележја везана за морбидитетне специфичности.
- Постојећи инфраструктурни капацитети пренамењују се за дневно лечење или за потребе геријатријског збрињавања.

5.2.1.2 Заводи

a) Заводи за здравствену заштиту студената

- Заводи се институционално спајају са домовима здравља и постају огранак дома здравља у којима се обавља здравствена заштита студената. У Нишу, Завод се припаја Дому здравља Ниш, у Новом Саду се припаја Дому здравља Нови Сад, а Завод за здравствену заштиту студената Београд спаја се са Домом здравља Врачар који му је најближи. На тај начин ће Дом здравља моћи пружати више услуга својим осигураницима, јер ће добити додатне ресурсе (опрему и кадрове), а због његове величине (мањи дом здравља) овај Завод ће у окиру тог дома здравља моћи задржати свој значај и улогу. Стационар се укида као и у свим домовима здравља, па секундарне установе преузимају стационарно лечење, а садашњи стационар користи се за дневно лечење. Капацитети и опрема првенствено се користе за лечење студената, али с обзиром да се студенти по закону могу лечити и код изабраног лекара, капацитети се по потреби и расположивости могу делити и на остале осигуранике. Дом здравља је задужен за организацију рада.

b) Завод за здравствену заштиту радника

- И ови заводи се институционално спајају са домовима здравља и постају огранак дома здравља у којима се обавља здравствена заштита радника. У Нишу, Завод се припаја Дому здравља Ниш, у Новом Саду се припаја Дому здравља Нови Сад, а у Крагујевцу се припаја Дому здравља Крагујевац. Завод за заштиту радника МУП-а у Београду остаје самосталан и функционише као и до сада као и Завод за заштиту радника Железнице Србије (он и није предмет оптимизације с обзиром да није у Плану мреже). Треба реорганизовати пружање услуга на начин да се обављају првенствено дијагностичке и превентивне услуге и раде као сервис за Пензиони фонд ради вештачења за инвалидску пензију. У регионима Западне и Источне Србије, који немају посебно организоване заводе за здравствену заштиту радника, делатност здравствене заштите радника обављају ординације медицине рада у домовима здравља као и у приватном сектору.
- Дом здравља у оквиру којег се налази завод, као огранак уговара услуге медицине рада са РФЗО-ом, а претежн остварује приход од пружања услуга те делатности на тржишту.

c) Завод за денталну медицину

- С обзиром да ови заводи не постоје на територији целе РС, а складу са концептом оптимизације предлаже се институционално спајање јединог таквог завода у Крагујевцу са Домом здравља Крагујевац. Тиме се и даље омогућава доступност специјалистике и супспецијалистике (болести зуба са ендодонцијом, дечја и превентивна стоматологија, орална хирургија, ортопедија вилица, пародонтологије и орална медицина те протетика са одговарајуће опремљеном лабораторијом денталне технике и напредна дентална рендген дијагностика: дентални дигитални рендген, ортопантомограф).
- Специјалисти завода у договору са домом здравља редовно обављају делатност у дислоцираним амбулантама.
- Када је завод наставна база стоматолошког факултета онда има статус клинике. Клинике за денталну медицину институционално се спајају са најближим УКЦ-ом тј. Клиника за денталну медицину у Новом Саду спаја се са УКЦ Нови Сад, а Клиника за денталну медицину у Нишу институционално се спаја са УКЦ Ниш. Клиника нема стационарних капацитета, осим дневне болнице за захвате у општој анестезији у сарадњи са анестезиолозима из најближе болнице. То спајање омогућава функционалнију организацију рада на клиникама максилофацијалне хирургије која се одвија у склопу болница 3. и 4. категорије.

d) Завод за геријатрију и палијативно збрињавање

- Постојећи Завод за геријатрију и палијативно збрињавање у Београду преузима улогу центра који организује и координира геријатријско и палијативно збрињавање у РС на

примарном нивоу здравствене заштите и осигурава спровођење Стратегије за палијативно збрињавање (у складу са извештајем ДЗ)

- Завод за геријатрију и палијативно збрињавање:
  - прати, истражује и предлаже мере за унапређење развоја палијативног збрињавања на примарном нивоу. Палијативно збрињавање није препуштено само здравственим службама већ постаје брига целе заједнице уз укључивање органа јединица локалне самоуправе, образовних и социјалних установа, као и ангажовање удружења, верских заједница и међународних организација.
  - предлаже оснивање мобилних тимова као и дневних центара за палијативно збрињавање
  - координира волонтерске тимове
  - координира имплементацију националних стандарда за палијативно збрињавање. На примарном нивоу здравствене заштите у тиму за палијативно збрињавање су доктор медицине или специјалиста опште медицине, медицинска сестра, патронажна сестра, физиотерапеут и социјални радник. У ширем тиму за палијативно збрињавање су психолог, психијатар, свештеник и волонтери.
  - Координира палијативно збрињавање са геријатријским центрима социјалних установа.

e) Завод за кожне и венеричне болести

- Институционално се спаја са здравственом установом на секундарном нивоу КБЦ Звездара. С обзиром да КБЦ Звездара има делатност дерматовенерологије организовану само као одељење (а не као клинику) у оквиру Клинике за интерне болести, овим би им се омогућио развој те делатности и потенцијално отварање Клинике за дерматовенерологију унутар КБЦ, а Завод би добио могућност квалитетнијег решавања мултидисциплинарне казуистике (хирургија, интерна, флебологија, итд.) као и стационарног лечења. Тиме би се остварио и бољи волумен пацијената специфичних проблема. Повезивање са установом секундарне/терцијарне здравствене заштите омогући ће квалитетно спровођење интегрисане здравствене заштите у делатности дерматовенерологије као и ефикасније коришћење кадровских ресурса.

f) Заводи за плућне болести и туберкулозу

- Институционално се спајају са здравственим установама на секундраном нивоу (са КБЦ Звездара у БГ и са УКЦ Ниш у Нишу). Завод у Београду постаје саставни део Клиничког одељења за пулмологију и алергологију са имунологијом на Клиници за интерне болести КБЦ Звездара, с обзиром да се налази у његовој непосредној близини (удаљени око 500 м). Завод у Нишу постаје саставни део Клинике за плућне болести УКЦ-а Ниш што олакшава и њихова непосредна близина (налазе се у истој улици један преко пута другог). Тиме се омогућује лекарима из Завода (ПЗЗ) стицање научно-наставних звања (с обзиром да ће бити део клинике), а уз ширу казуистику моћи ће се и боље стручно усавршавати. Спајањем би се остварио и бољи волумен пацијената специфичних проблема. Повезивање са установом секундарне / терцијарне здравствене заштите омогући ће се квалитетно спровођење интегрисане здравствене заштите у делатности пулмологије/ пнеумофтизиологије као и ефикасније коришћење кадровских ресурса.

5.2.2. Секундарна здравствена заштита

- Готово све болнице у Републици Србији карактерише велика инфраструктура по питању простора уз истовремено ниску стопу попуњености и обрта постеља. Уз неефикасно коришћење инфраструктуре присутно је и њено лоше одржавање. Из тог разлога ће се

дефинисати критеријуми за одабир објеката које је потребно приоритетно обновити, а које пренаменити или затворити.

  - критеријум за доступност здравствене заштите нпр. ако се дефинише да би сваки осигураник требало да може да стигне до лекара за мање од 60 минута друмским превозом, онда гравитациона подручја локација објеката ће дефинисати оправданост даље инвестиције и одржавања или евентуално пренамену/затварање објекта чиме би се избегло преклапање структура.
  - критеријум за активност здравствене заштите: нпр. акутне болничке установе које имају проценат попуњености постеља испод 80 и/или стопу обрта по постељи испод 30 ће сразмерно смањити капацитете;

- Све болнице треба да спроведу унутрашњу реорганизацију и усклађивање унутрашње организације у складу са важећим прописима, а у међувремену прописи треба да се ускладе са стратешким циљевима здравства.
- У Члану 127. Закона о здравственој заштити ("Сл. гласник РС", бр. 25/2019) додати одредбу да чланове Стручног савета здравствене установе чине и чланови других здравствених установа које су међусобно функционално повезане, а у сврху стручне консултације, боље координације вертикалне функционалне интеграције те као меру за смањивање дуплицирања услуга. То би значило да из сваке установе по један члан буде у Стручном савету друге установе са којом уско сарађује кроз функционалну интеграцију.
- Члан 120. Закона о здравственој заштити ("Сл. гласник РС", бр. 25/2019) треба прилагодити тј. променити тако да у Управном одбору Здравственог центра буде минимум један представник примарног и један представник секундарног нивоа здравствене заштите, а у сврху боље координације пословних процеса, уједначеног развоја свих делатности и организационих јединица као и боље вертикалне интеграције;
- У Стручном савету здравственог центара треба да буде барем један представник сваке здравстене установе која се налази у саставу здравственог центра;
- Болница одлучује о томе где упућује осигураника на даље лечење, уз изузетак за посебне случајеве, пратећи хијерархију где се најближе услуга пружа, одн. слањем у центар изврсности и то се у име осигураника директно и искључиво договара кроз ИЗИС (систем планираног отпуста односно трансфера);
- Потребно је интегрисање система Мој доктор са евиденцијом о листама чекања;
- Уколико долази до смањења броја постеља, очекује се повећање протока осигураника кроз дневну болницу и поликлинику;
- Финансирање је од РФЗО на основу програмских активности расписаног конкурса, а локална (општа) болница даје понуду укупних услуга које може пружати уз помоћ својих запослених, по струкама, одељењима и службама, по програмима.
- Стандарди и нормативи рада се одређују за сваку категорију болница како би се одредио укупан број кревета, просечна дужина боравка, стопа попуњености постеља и обрта постеља. Ови здравствени показатељи израчунавају се на основу историјских података и на основу упоредних резултата (енг. *benchmarking*). Болнице ће се обавезати на поштовање ових показатеља као дела уговора са РФЗО-ом, али и у односу на Министарство здравља и остале установе. Под тим се подразумева да руководиоци болница морају имати добро осмишљен систем планирања, регулисања, надзора и оцене процеса пружања здравствене заштите.
- За покретање поступка уговарања потребно је применити неколико приступа, укључујући акредитацију здравствених установа У уговору између установе и РФЗО-а помињу се број кревета по специјалности, референта болница, повезани домови здравља као и циљеви, а спровођење се прати према резултатима и прилагођава; Уговор има два дела: део који је заједнички свим установама из исте категорије и део који је специфичан за појединачну установу. У општем делу уговора са РФЗО-ом, разликује се фиксни део накнаде, варијабилни део плаћања као и бонуси за остваривање задатих циљева.

- Уз накнаду од уговора са РФЗО-ом болници припада и партиципација (директно плаћање од стране осигураника, у сврху обесхрабривања прекомерног коришћења услуга), са додатном могућношћу остваривања прихода на тржишту (здравствени туризам и клиничка истраживања);
- Значајан део бонуса за остваривање циљева и приходи од тржишта се исплаћују запосленима у болници;
- Директор болнице одређује лимите потрошње и задаје приходовне циљеве по одељењима/програмима, односно програмским активностима и пројектима као и циљеве успешности лечења, до нивоа индивидуалног лекара;
- У делу уговора који је специфичан за сваку установу, приказани су стандарди квалитета и доступности по показатељима категорије установе, циљеви на које се установа обавезала приликом потписивања уговора и активности које ће установа спровести ради постизања постављених циљева као што су на пример исходи лечења, листе чекања, задовољство осигураника и др.;
- Евентуално приоритетне инвестиције могу се финансирати из донација и буџета РС и ЕУ фондова;
- Што се тиче уговора између болница и РФЗО-а, посебно се уговарају специјалистичке консултативне услуге и програми („цена пута услуга“, ценовник одређује РФЗО и одобрава Министарство здравља), а посебно стационарно лечење (кроз дијагностички сродне групе (ДСГ)). Оба уговора се финансирају из глобалног буџета;
- Након дефиниција и процена постојећих капацитета, потребно је спровести стандардизовани план инвестиција, али само у основне делатности које болница покрива;
- Интервенисати приоритетно на објектима који су у могућности да се развију за задовољавање здравствених потреба за здравственом заштитом према Плану оптимизације;
- Хитно ускладити целокупни инвентар кључне медицинске опреме у складу са „златним правилом“ и са здравственим потребама, тако да буде доступна у довољној количини за становништво и да најмање 60% опреме није старије од 5 година;
- За улагање у болнице је потребно укључивање професионалних стручњака у модификацију постојећих националних стандарда и омогућавање примене ЕУ норматива;
- Усвајање детаљне листе стандарда на националном нивоу за нове болничке зграде и прописа за обнову и адаптацију у складу са технолошким захтевима;
- Дефинисати улоге за сваког од учесника у процесу службеном уредбом (представници Владе, здравствене установе, пројектанти, извођачи и финансијери);
- Због дугог периода имплементације планираних инвестиција у инфраструктуру потребно је увести процедуре за олакшавање тендерског поступка, за омогућавање контролисаног и редовног повлачења кредитних средстава и успостављање стабилног тока новца;
- Омогућавање транспарентних набавки;
- Успостављање процедура за управљање и праћење свих радова у току извођења;
- Увести праксу пројектовања инвестиција у складу са програмским буџетом;
- Укључити финансијске стручњаке да управљају расподелом средстава на планираним извршењима;
- Увести буџетирање према интервенцији и обрнуто планирање у складу са буџетским средствима.

Консултативне услуге специјалиста и ужих специјалиста

- Специјалистичке консултативне услуге су осигураницима доступне на свим нивоима здравствене заштите, па их је потребно сагледати као једну појмовну целину. С обзиром да према овом плану специјалисти појединих специјализација могу бити запослени само у

установама стационарне здравствене заштите, РФЗО треба да одговарајуће специјалистичко консултативне услуге уговара са болницама засебно од стационарног лечења, као део програмских активности за амбуланту.

- Планирање специјалистичких кадрова на локалном, регионалном и републичком нивоу треба да буде везано за број становника и епидемиолошку ситуацију, укључујући и стационарну здравствену заштиту у којој се број специјалиста до сада везивао за број постеља.
- Специјалисти запослени у домовима здравља мењају место запослења у најближу општу болницу што важи за све домове здравља, укључујући и Београд где специјалисти прелазе у Клиничко болничке центре сходно гравитационом подручју који се даље предлаже у Плану оптимизације. Ово се не односи на специјалисте опште медицине, гинекологије, педијатрије и стоматологије који остају запослени у дому здравља као прва линија пружања куративних и превентивних услуга здравствене заштите.
- Субспецијалисти из локалних (општих) болница прелазе у окружне и регионалне болнице. Основни принцип ове трансформације је да се тип пружених услуга установи у складу са нивоом здравствене установе. Конкретан план овог трансфера се припрема после 3 године имплементације Стратегије. У прве 3 године имплементације Стратегије прелазак је добровољан. Трансфер специјалиста у друге установе догађа се у дугорочном периоду и кроз природни одлив специјалиста (одлазак у пензију), а одобравање нових специјализација се строго контролише (не одобравају се нове специјализације). Дугорочно (кроз 10-15 година) добија се трансфер специјалиста у „вишу категорију“ установа што добровољним преласком, што природним одливом, а рестриктивном и усмереном политиком одобравања специјализација спречава се стварањене адекватних специјалиста у одређеној категорији здравствене установе. То је постепен процес трансфера уз контролисан план управљања људским ресурсима.
- Доступност специјалистичкој здравственој заштити је дефинисан индексом 1,0 који представља могућност да се обави просечно један специјалистички преглед по становнику општине у просторијама дома здравља у једној календарској години (нпр. уколико је индекс 1,2 то значи да ће 5 грађана имати могућност да оствари просечно 6 прегледа у једној календарској години[20]).
- На директору болнице односно начелницима одељења болнице је да направе распоред теренског рада, а према кључу потребног броја дана у појединим домовима здравља за поједине специјалности. Без обзира што се предвиђа да је плаћање специјалистичко консултативних услуга у систему плаћања раздвојено од услуга стационарног лечења, сви специјалисти морају учествовати у пружању обе врсте услуга. На тај начин се обезбеђује

[20] Методологија прорачуна је базирана на следећим поставкама: Лекар специјалиста у једном месецу просечно ради нешто мање од 17 дана (од стандардних 21 до 22 радна дана месечно, 1 или 2 радна дана месечно су процењени као боловања или дани за едукацију, а осталих 2-3 дана су право на годишњи одмор, законска одсуства и државне празнике). Годишње то је приближно 204 радна дана (мада норматив прописује 210). Пошто су одабране специјализације са различитим годишњим нормативом за број прегледа, узет је просек од 25 прегледа на дан (сматрамо да је просечни нормирани број прегледа од 5250 само смерница и да је учинак потребно мерити кроз квалитет рада и исходе). Како је у предлогу јасно назначен број дана који лекари специјалисти проводе на територији општине, онда се коначни индекс добија као број дана у месецу где је обезбеђено присуство лекара специјалиста пута 25 и пута 12 месеци. Добијени број се дели са бројем осигураника на општини. Код општина где се специјалистички прегледи обављају у општој болници на територији општине за садашње стање и норматив је додељен индекс 1, а за будуће стање је коришћен пропорционални систем потреба на основу броја становника као за све општине. Основни прорачун је урађен на бази Планско извештајних табела из којих је коршћена демографија, одобрени норматив и стварно стање броја лекара. Поред тога коришћени су основни нормативи из „Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе“ који се у радном excel-у могу кориговати ради тестирања више опција.

уједначеност квалитета и континуитет у едукацији здравствених радника, а равномерније распоређује терет дежурстава и теренског рада.

- Ова мера вертикалне интеграције између домова здравља као и болница виших категорија има јаку информатичку подршку, користи телерадиологију и телемедицину. Уз то се убрзава развој е-картона у ИЗИС-у за потпуну интеграцију здравствене заштите.
- Биће врло важно да просторије намењене за рад специјалиста у домовима здравља као и ужих специјалиста у локалним болницама имају потребне услове у погледу опреме и простора, како би се избегла непотребна путовања осигураника до болница, а специјалисти одређену опрему могу и донети са собом.
- РФЗО посебно финансира програм теренског рада специјалиста и ужих специјалиста (накнада путних трошкова и дневница). Специјалисти који теренски покривају домове здравља односно ужи специјалисти који теренски покривају локалне (опште) болнице имају равноправан третман као сви специјалисти и ужи специјалисти и укључени су у програм дежурства и приправности.
- Програм дежурства и приправности се ревидира на свим нивоима здравствене заштите како би задовољио потребе становништва према јавно-здравственим показатељима.

Методологија прорачуна стандарда за индикаторе у секундарној и терцијарној здравственој заштити

БРОЈ БОЛНИЧКИХ ПОСТЕЉА НА 1.000 СТАНОВНИКА

Србија има тренутно 38.717 болничких постеља, односно 5,5 постеља на 1.000 становника, што је мање од просека упоредних земаља (Аустрија има 7,4 кревета на 1.000 становника, Хрватска 5,5; Словенија 4,5; Бугарска 7,3, а С. Македонија 4,4)[21], а врло је близу броја постеља на 1.000 становника као што је просек ЕУ28 (5,1). Зато се предлаже да број постеља на 1.000 становника остане као што је дефинисано у критеријумима постојеће Уредбе о Плану мреже здравствених установа[22], што се и показало бољим за време COVID-19 пандемије. Предлаже се посебно дефинисање броја кревета односно повећање броја кревета за палијативно збрињавање (0,08 на 1.000 становника) у складу са ЕУ препорукама[23] и то пренаменом постојећих капацитета тј. смањивањем броја кревета за акутно лечење.

ПРОСЕЧАН БРОЈ ДАНА ЛЕЖАЊА (АКУТНО ЛЕЧЕЊЕ)[24]

У 2017. години акутне болнице у Србији имале су просечан број дана лежања 6,6 што је близу просека земаља Европске уније који износи 6,3 дана. У исто време, дужина лежања у Аустрији износи 8,3 дана, у Хрватској 6,9 дана, у Бугарској 5,3 дана, у Македонији 5,7 дана и у Словенији 7,1 дан, што у просеку износи 6,66 дана. Из овога је видљиво да је Србија боља од просека упоредних земаља (с обзиром да је тренд смањивање дана лежања из разлога подизања ефикасности, али и смањивања броја болничких инфекција), а и ближа просеку ЕУ него 3 од 5 упоредних земаља. Следећи тренд Европског просека просечног дана лежања који је континуирано у паду, приликом планирања, краткорочно до средњорочно смо поставили циљ од 6,5 дана за 3. и 4. категорију

[21] Health at a Glance: Europe 2018 STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE
[22] Уредба о Плану мреже здравствених установа („Сл.гласник РС,бр. 5 од.22.јануара 2020.)
[23] White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, ecommendation from the European Association for Palliative Care, European Journal of palliative care,2009; 16(6)
[24] Подаци узети с web-странице Еуростата и из публикација European Observatory Health Systems in Transition докумената за Србију, Хрватску, Северну Макеоднију, Словенију, Бугарску и Аустрију

болница, а 5,5 дана за 1. и 2. категорију болница. Дугорочно смо поставили циљ од 6 дана лежања за 3. и 4. категорију болница, а 5 дана за 1. и 2. категорију болница.

Табела 5-2. Планиран просечан број дана лежања у ЗУ Републике Србије 2020-2035.

	ВРСТА ЗУ ПРЕМА ТИПУ ЛЕЧЕЊА	ПРОСЕЧАН БРОЈ ДАНА ЛЕЖАЊА (дани)	
		КРАТКОРОЧНО (1-3г.) – СРЕДЊОРОЧНО (4-7г.)	ДУГОРОЧНО (8-15г.)
1.	**АКУТНО ЛЕЧЕЊЕ**		
	Болнице 1. и 2. категорије	5,5	5
	Болнице 3. и 4. категорије	6,5	6
2.	**ПРОДУЖЕНО ЛЕЧЕЊЕ**		
	ЗУ за рехабилитацију	21-30	
	ЗУ за лечење туберкулозе, плућних и других хроничних болести	20-60	
3.	**ДУГОТРАЈНО ЛЕЧЕЊЕ**		
	психијатријске ЗУ	30-365	

Извор: Аутори

ПРОСЕЧАН БРОЈ ДАНА ЛЕЖАЊА (ПРОДУЖЕНО ЛЕЧЕЊЕ)

Стандард за индикатор „просечна дужина лечења“ заснива се на тренутним вредностима за ову врсту лечења тј. за здравствене установе које спроводе рехабилитацију код којих просечна дужина лечења износи 21-30 дана. Предлог је да се тај индикатор задржи на постојећем нивоу. У категорији установа за лечење туберкулозе као и плућних и других хроничних болести тренутно је врло широк распон дужине лечења (20-60 дана) ради врло различите казуистике која се у овим установама обрађује. Предлаже се задржавање индикатора за дужину лежања на постојећем нивоу (20-60 дана).

ПРОСЕЧАН БРОЈ ДАНА ЛЕЖАЊА (ДУГОТРАЈНО/ХРОНИЧНО ЛЕЧЕЊЕ)

За ову категорију психијатријских здравствених установа стандард за индикатор „просечна дужина лежања“ заснива се на постојећим вредностима (30-310 дана). С обзиром да се у овим установама збрињавају и пацијенти који захтевају затворени тип трајне хоспитализације предлог је да овај индикатор има вредност 30-365 дана. Распон је велики с обзиром да се овде збрињавају како акутна тако и хронична психијатријска стања. У ову категорију спадају и установе за геријатријско и палијативно збрињавање. Дужина лежања за ову врсту пацијената је доста непредвидива, па се овде не предлаже стрикно време лежања, али је претпоставка да оно траје дуже од 31 дан (према дефиницији дуготрајне хоспитализације).

ПРОСЕЧАН ОБРТ ПАЦИЈЕНАТА (АКУТНО ЛЕЧЕЊЕ)[25]

За рачунање обрта, узели смо пример 15 болница, а чији просек износи 29,3, па смо тај податак сабрали са просеком обрта пацијената у *OECD*државама који износи 41, и поделили га са 2 да бисмо добили просек (35,1). С обзиром да у *OECD* државе улази и велики број земаља у развоју које имају и лошије здравствене системе од Србије, сматрамо да би краткорочно и средњорочно требало достићи годишњи обрт пацијената по кревету 35, а да би се дугорочно требало остварити *OECD* просек и да би обрт пацијената по постељи требало да буде 41.

[25] Подаци о обрту у OECD земљама преузети из чланка The State of the Acute Care Hospitalization System in Israel; Author: Taub Center Staff; Bulletin Articles; August 21, 2019

ПРОСЕЧАН ОБРТ ПАЦИЈЕНАТА (ПРОДУЖЕНО ЛЕЧЕЊЕ)[26]

Овај индикатор смо израчунали на основу најдуже хоспитализације односно најдуже предложене дужине лежања за установе из ове категорије и планиране попуњености постеља, с обзиром да се ради о специфичном типу кревета. Тако обрт пацијената у установама за рехабилитацију износи 10, а у установама за туберкулозу, плућне и друге хроничне болести износи 8.

ПРОСЕЧАН ОБРТ ПАЦИЈЕНАТА (ДУГОТРАЈНО/ХРОНИЧНО ЛЕЧЕЊЕ)[27]

За ову категорију установа коју карактерише како дуготрајна тако и непредвидива хоспитализација (првенствено за палијативне пацијенте) тешко је планирати обрт пацијената, па предлажемо да он за ову категорију буде на нивоу једног обрта.

ПРОСЕЧНА ЗАУЗЕТОСТ КРЕВЕТА (АКУТНО ЛЕЧЕЊЕ)[28]

Као и код прорачуна просечног дана лежања, и овде смо поредили податке за Србију са просеком ЕУ земаља и просеком упоредних земаља, па тако Србија има у 2018. години просечну заузетост кревета 63,8%, док је ЕУ просек 77% , а упоредне земље редом: Аустрија 77%, Бугарска 67%, Хрватска 70,4%, Македонија 56,6% и Словенија 75% односно њихов просек је 68,52%. Краткорочно и средњорочно мишљења смо да Србија треба да достигне попуњеност капацитета од 70% што је просек између Србије, ЕУ и просека упоредних земаља. Дугорочни циљ је да Србија треба да постигне искоришћеност капацитета најмање 77% (пожељно 80%), дакле да достигне за 15 година тренутни ЕУ просек.

Табела 5-3. Планирана просечна заузетост кревета у ЗУ Републике Србије 2020-2035.

	ВРСТА ЗУ ПРЕМА ТИПУ ЛЕЧЕЊА	**ПРОСЕЧНА ЗАУЗЕТОСТ КРЕВЕТА**	
		КРАТКОРОЧНО (1-3г.) – СРЕДЊОРОЧНО (4-7г.)	**ДУГОРОЧНО (8-15г.)**
1.	**АКУТНО ЛЕЧЕЊЕ**	**70%**	**77% -80%**
2.	**ПРОДУЖЕНО ЛЕЧЕЊЕ**	**85%**	
3.	**ДУГОТРАЈНО ЛЕЧЕЊЕ**	**80%**	

Извор:Аутори

ПРОСЕЧНА ЗАУЗЕТОСТ КРЕВЕТА (ПРОДУЖЕНО ЛЕЧЕЊЕ)

Стандард по индикатору „просечна заузетост постеља“ заснива се на тренутним вредностима за ову врсту лечења тј. за здравствене установе које спроводе рехабилитацију просечна заузетост постеља је 84%. Предлог је да се тај индикатор задржи отприлике на постојећем нивоу тј. за ту врсту лечења предлаже се да искоришћеност капацитета буде на 85%, јер се овде углавном ради о елективном лечњу. У категорији установа за лечење туберкулозе као и плућних и других хроничних болести тренутно искоришћеност капацитета је 73%. Попуњеност постеља предлаже се на нивоу од 70-77% као и код установа за акутно лечење.

ПРОСЕЧНА ЗАУЗЕТОСТ КРЕВЕТА (ДУГОТРАЈНО/ХРОНИЧНО ЛЕЧЕЊЕ)

[26] Предлог рађен на темељу знања и искустава аутора текста

[27] Предлог рађен на темељу знања и искустава аутора текста

[28] Подаци узети с web-странице Еуростата и из публикација European Observatory Health Systems in Transition докумената за Србију, Хрватску, Северну Макеоднију, Словенију, Бугарску и Аустрију

Заузетост кревета у психијатријским установама тренутно је на нивоу 61,8%. Како део постојећих капацитета установа из ове категорије треба да се пренамени за геријатријско и палијативно збрињавање, предлаже се да искоришћеност капацитета буде 80% с обзиром да се овде већином ради о дуготрајној и хроничној хоспитализацији са значајно мање акутне (непредвидиве) казуистике.

ПРОСЕЧАН ДСГ КОЕФИЦИЈЕНТ (СЛОЖЕНОСТ БОЛНИЧКИХ УСЛУГА)

За обрачун овог стандарда анализирали смо податке о тренутно просечним ДСГ коефицијентима за поједине категорије здравствених установа. Како је у Табели 5-4 приказано, предложени распон за установе прве, друге и треће категорије представља распон просечних ДСГ коефицијента (просек доње вредности ДСГ коефицијента – просек горње вредности ДСГ коефицијента), заокружен на две децимале на 0 или 5 ради лакшег праћења (у случају доње границе на нижу, а у случају горње на вишу вредност). За четврту категорију предложен је распон између просека доње вредности ДСГ коефицијента за установе у овој категорији (заокружен на две децимале на вишу вредност), и просека горње вредности ДСГ коефицијента за трећу категорију, јер се он приликом анализе показао већи него за четврту категорију. Наиме, установе четврте категорије требало би да обављају искључиво терцијарну делатност (не и секундарну као већином до сада), па је предложена горња граница увећана 2,2 пута због структуре сложености услуга на терцијару.

Табела 5-4. ДСГ коефицијенти према категоријама ЗУ (VII-XII 2019) и предлог ДСГ за план оптимизације

		2019.(VII-XII месец)		**КРАТКОРОЧНО (1-3г.) – СРЕДЊОРОЧНО (4-7г.)**
	ВРСТА ЗУ ПРЕМА ТИПУ ЛЕЧЕЊА и КАТЕГОРИЈИ	**распон просечног ДСГ у појединој категорији ЗУ**	**просечан ДСГ коефицијент категорије ЗУ**	
1.	**АКУТНО ЛЕЧЕЊЕ**			
	Болнице 1. категорије	1,01-1,61	1,33	1,00-1,65
	Болнице 2. категорије	1,16-1,79	1,49	1,15-1,80
	Болнице 3. категорије	1,20-4,50	2,17	1,20-4,50
	Болнице 4. и 4.а категорије	1,99-2,12	2,06	2,00-4,50

Извор: Аутори, Министарство здравља РС

5.2.2.1 Локалне (опште) болнице (1. категорија)

- *Стандарди по индикаторима:*
  - *краткотрајна хоспитализација акутно оболелих и повређених на секундарном нивоу: <3,5 болничких постеља на 1.000 становника;*
  - *просечна дужина лечења у болницама 1. категорије (дани): краткорочно до средњорочно <5,5 дана, а дугорочно <5,0 дана;*
  - *просечна заузетост постеља (%): краткорочно до средњорочно 70%, а дугорочно 77%;*
  - *просечан обрт постеља у акутним болницама (број): краткорочно до средњорочно 35, а дугорочно 41;*
  - *Просечан ДСГ коефицијент: 1,0-1,65*
- Болница у потпуности функционална у 4 основне гране медицине - **интерна медицина, гинекологија и акушерство, педијатрија и хирургија (која обавља и једноставну/некомпликовану трауматологију)** и са службама за анестезиологију са реанимацијом, основну радиолошку дијагностику, основну клиничко-биохемијску и

хематолошку дијагностику, патологију и патохистологију, као и пријем, тријажу и збрињавање ургентних стања, чиме обавља 95% секундарне здравствене заштите у тим делатностима;

- Остале делатности покрива у почетку у складу са затеченим стањем, али се спроводи план редукције капацитета у погледу специјалиста - првенстено одласком у пензију и незапошљавањем нових, уз пренамену постеља или укидање тих постеља за преосталих 5 грана;
- Хоризонталном функционалном интеграцијом ће имати подршку окружних болница и специјалних болница за одређене делатности, нарочито неонатологије, психијатрије, физикалне медицине и рехабилитације, као и за плућне болести;
- Казуистику коју не може да реши упућује окружној болници, а изузетно терцијарној болници у региону ако је тако претходно договорено;
- Инвестиције се усмеравају само у основне области које болница покрива;
- Локална (општа) болница може бити самостална или део здравственог центра, што одређује План мреже;
- Локална (општа) болница мора да првенствено подржи домове здравља који јој гравитирају кроз пружања специјалистичко консултативних здравствених услуга кроз модел вертикалне интегрисане здравствене заштите, те за стационарно лечење у 4 основне делатности.

5.2.2.2 Окружне (опште) болнице (2. категорија)

- *Стандарди по индикаторима:*
  - *Краткотрајна хоспитализација акутно оболелих и повређених на секундарном нивоу: <3,5 болничких постеља на 1.000 становника;*
  - *Просечна дужина лечења у болницама 2. категорије (дани): краткорочно до средњорочно <5,5 дана, а дугорочно <5,0 дана;*
  - *Просечна заузетост постеља (%): краткорочно до средњорочно 70%, а дугорочно 77%;*
  - *Просечан обрт постеља у акутним болницама (број): краткорочно до средњорочно 35, а дугорочно 41;*
  - *Просечан ДСГ коефицијент: 1,15-1,80*
- Тежити концепту једне болнице од 350 постеља на гравитационо подручје од 100.000 становника, што дугорочно значи да болнице не прате границе округа, а нарочито не данашње границе филијала РФЗО-а.
- Болница је у потпуности функционална у делатностима **интерне медицине, гинекологије и акушерства, педијатрије, хирургије (која обавља и једноставну/некомплицирану трауматологију), онкологије (хемиотерапија), неурологије, психијатрије, инфектологије, дерматовенерологије, урологије, оториноларингологије, офталмологије, физикалне медицине и рехабилитације, анестезиологије са реанимацијом, дијагностичке и интервентне радиологије, клиничко-биохемијске и хематолошке дијагностике, патологије и патохистологије, трансфузиологије, те има пријем, тријажу и збрињавање ургентних стања** док остале случајеве шаље у најближу болницу 3. категорије уз издавање упута кроз ИЗИС и са претходним договором;
- Хоризонталном функционалном интеграцијом ће имати подршку терцијарних и специјалних болница за одређене делатности, нарочито из неонатологије, психијатрије, физикалне медицине и рехабилитације, као и за плућне болести;
- Болница мора да има план смањења организационих и инфраструктурних капацитета;
- Окружна (општа) болница може бити самостална или део здравственог центра, највише једна таква установа по округу, што одређује План мреже. Уколико демографска и привредна кретања учине да одређени градови који нису седишта округа, прерасту

одређена седишта округа како у економској активности тако и демографској ситуацији (као што су то нпр. Вршац, Лозница и Нови Пазар) и ти градови на основунаведеног добију статус града као јединице локалне самоуправе (што иначе имају само седишта округа) тада и они могу имати окружне (опште) болнице;

- Окружна (општа) болница мора да првенствено подржи домове здравља и локалне (опште) болнице које гравитирају кроз пружање специјалистичко и уже специјалистичко консултативних здравствених услуга кроз модел интегрисане здравствене заштите, као и за стационарно лечење;
- Окружна (општа) болница обезбеђује да се велики обим услуга (80%) пружа на 60 до 90 минута од места становања[29].

5.2.3. Терцијарна здравствена заштита

5.2.3.1 Регионалне болнице (Институти, Клинике, клинички центри и клиничко болнички центри) (3. категорија)

- *Стандарди по индикаторима:*
  - *Краткотрајна хоспитализација акутно оболелих и повређених на секундарном и терцијарном нивоу: <3,5 (секундар) и <0,85 (терцијар) болничких постеља на 1.000 становника;*
  - *просечна дужина лечења у болницама 3. категорије (дани): краткорочно до средњорочно <6,5 дана, а дугорочно <6,0 дана;*
  - *просечна заузетост постеља (%): краткорочно до средњорочно 70%, а дугорочно 77%;*
  - *просечан обрт постеља у акутним болницама (број): краткорочно до средњорочно 35, а дугорочно 41;*
  - *Просечан ДСГ коефицијент: 1,2-4,5*
- Ради бољег праћења статистике и дефинисања гравитационог становништва, постеље терцијара се воде посебно од секундара;
- У болницама се **обављају све делатности 2. категорије болница и најмање 70% делатности 3. категорије (васкуларна, абдоминална, кардиоторакална, пластична и реконструктивна хирургија; дечја хирургија, неурохирургија, ортопедија са трауматологијом; урологија, оториноларингологија, офталмологија, анестезиологија са интензивном медицином, ендокринологија, кардиологија, гастроентерологија, хематологија, алергологија-само поликлиничко лечење, нефрологија, пулмологија, инфектологија, дерматовенерологија, физикална медицина и рехабилитација, реуматологија, онкологија и хемиотерапија, неурологија, психијатрија са дечјом психијатријом, те службе за дијагностичку и интервентну радиологију, клиничко-биохемијску и хематолошку дијагностику;цитологију, патологију и судску медицину, трансфузиологију, те пријем, тријажу и збрињавање ургентних стања)**, а остале случајеве шаље у најближу болницу 3. категорије уз издавање упута кроз ИЗИС и са претходним договором;.
- Овај тип болнице може да пружа услуге и ван гравитационог подручја (из других региона);

[29] Максимално време приступа здравственим услугама радна је хипотеза која се обично користи за планирање здравствених услуга. Уобичајено време од 60-90 минута сматра се максималним временом тражења болнице. Тај критеријум оправдава праведну расподелу болница на одређеној територији, чиме се избегава множење установа, а време приступа здравственој заштити није неадекватно за становништво тог подручја. Обично се сматра да је у нормалним околностима здравствене заштите (нема опасности по живот, тј. 80% случајева), ово време максимално.

- Случајеви који превазилазе могућности болнице 3. категорије се упућују у централну републичку /покрајинску болницу 4. категорије уз издавање упута кроз ИЗИС и са претходним договором уз издвајање специфичности и то на следећи начин:
    - редовне ситуације могу да се регулишу само протоколима (није потребан договор):
        - за становнике подручја АП Војводина установа и 3. и 4. категорије је УКЦ Војводине
        - за становнике остатка територије Србије установа 4. категорије је УКЦ Србије.
    - протокол и договор прописани су у следећим случајевима:
        - када се пацијент шаље из УКЦ Крагујевац или УКЦ Ниш у УКЦ Војводине
        - када се пацијент шаље из УКЦ Војводине у УКЦ Србије
        - у ситуацијама обрнуто од горе наведених под тачком један и два (посебне ситуације због ванредног недостатка слободних капацитета)
        - ванредне здравствене ситуације у земљи или појединoм региону
        - у случају постојања медицинских процедура које се раде само у УКЦ Србије или УКЦ Војводине;
- У изузетним случајевима као што је тренутни недостатак капацитета или других ресурса (одређена опрема и/или одређени специјалисти/супспецијалисти) као и због мање удаљености код неких ургентних ситуација, пацијенти из ЗУ ове категорије са подручја било којег региона могу се упутити у УКЦ Србије.
- Ова група болница је од високог приоритета због здравствених потреба становништва и тренутно лоших инфраструктурних услова објеката;
- Болничке постеље у овим установама су веома специјализоване и морају задовољити потребе становништва у специјализованим креветима (жртве опекотина, трансплантације органа и сл.).
- Број постеља у овим установама мора бити ограничен: превеликим бројем се ризикује да дође до прекомерне употребе тих кревета за секундарну негу и истовремено до дође до недовољног коришћења капацитета на терцијарном нивоу.

5.2.3.2 Остале здравствене установе терцијарне здравствене заштите (3.категорија)

У Београду, Нишу и АП Војводини постоји 20 самосталних здравствених установа (Клинике, Институти) које пружају терцијарну здравствену заштиту:

Табела 5-5. Остале здравствене установе терцијарне здравствене заштите

Гинеколошко-акушерска клиника "Народни фронт"
Клиника за психијатријске болести „Др.Лаза Лазаревић“ (акутно и хронично лечење)
Клиника за неурологију и психијатрију за децу и омладину (Београд)
Клиника за рехабилитацију „Др.Мирослав Зотовић“ (акутно лечење)
Институт за кардиоваскуларне болести "Дедиње"
Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије "др Вукан Чупић"
Институт за ментално здравље (Београд)
Универзитетска дечја клиника
Институт за неонатологију

Институт за реуматологију
Институт за онкологију и радиологију Србије
Институт за рехабилитацију (углавном продужено лечење)
Институт за ортопедско-хируршке болести "Бањица"
Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине Нови Сад
Институт за онкологију Војводине Сремска Каменица
Институт за плућне болести Војводине Сремска Каменица
Институт за кардиоваскуларне болести Војводине Сремска Каменица
Клиника за денталну медицину Војводине, Нови Сад
Клиника за денталну медицину Ниш
Институт за лечење и рехабилитацију „Нишка Бања“, Ниш

Извор: Аутори

- Те установе треба интегрисати на различите начине у здравствени систем (институционално повезати са другим терцијарним установама или функционално повезати са установама које пружају синергистичке делатности) и то:
    - У Београдском региону:
        - Клиника за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ и Институт за рехабилитацију институционално се спајају у један регионални рехабилитациони центар
        - Клиника за неурологију и психијатрију за децу и омладину институционално се спаја са Универзитетском дечјом клиником
        - Институт за неонатологију се хоризонтално функционално спаја са Универзитетском дечјом клиником и постаје перинатални центар
        - Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије "др Вукан Чупић" и Гинеколошко-акушерска клиника "Народни фронт" хоризонтално се функционално спајају као перинатални центар. Исто тако Институт се (функционално) повезује са Универзитетском дечјом клиником за делатност неонаталне кадриохирургије (ради остваривања потребног волумена пацијената за ту специфичну делатност)
        - Институт за ментално здравље институционално се спаја са Специјалном болницом за болести зависности
        - Институт за ортопедско-хируршке болести "Бањица" институционално се спаја са Специјалном болницом за рехабилитацију и ортопедску протетику
        - Институт за реуматологију припаја се УКЦ Србије
    - У региону АП Војводине
        - Институт за плућне болести Војводине спаја се са Специјалним болницама за лечење плућних болести у Зрењанину и Белој Цркви

        - Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине функционално се спаја са УКЦ Војводине за делатност неонатологије као перинатални центар за регион АП ВојводинеУ региону
    - У региону Јужне Србије
        - Институт за лечење и рехабилитацију „Нишка Бања“, Ниш спаја се са осталим специјалним болницама за рехабилитацију у том региону (Бујановац, Медвеђа)

- Проценом навика упућивања осигураника, броја лечених осигураника и њиховог значаја, а поготово због епидемиолошких показатеља односно болести које су водећи узрочници обољевања и смртности, неколико кључних терцијарних установа неће се институционално спајати са нити једном ЗУ него ће наставити и даље да раде самостално. Само неке од њих (означене црвено) ће се функционално повезати са другим ЗУ:
    - У Београдском региону:
        - Универзитетска дечја клиника
        - Гинеколошко-акушерска клиника "Народни фронт"
        - Клиника за психијатријске болести „Др.Лаза Лазаревић“
        - Институт за кардиоваскуларне болести "Дедиње"
        - Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије "др Вукан Чупић"
        - Институт за неонатологију
        - Институт за онкологију и радиологију Србије
    - У региону АП Војводине
        - Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине
        - Институт за онкологију Војводине
        - Институт за кардиоваскуларне болести Војводине
        - Институт за плућне болести Војводине

5.2.3.3 Централна републичка болница (4. категорија)

Централна покрајинска и централна војномедицинска болница (4.а категорија)

Стандарди по индикаторима:

- *Краткотрајна хоспитализација акутно оболелих и повређених на терцијарном нивоу: <0,85 болничких постеља на 1.000 становника;*
- *Просечна дужина лечења у болницама 4. категорије (дани): краткорочно до средњорочно <6,5 дана, а дугорочно <6,0 дана;*
- *Просечна заузетост постеља (%): краткорочно до средњорочно 70%, а дугорочно 77%;*
- *Просечан обрт постеља у акутним болницама (број): краткорочно до средњорочно 35, а дугорочно 41;*
- *Просечан ДСГ коефицијент: 2,0-4,5;*

- Овај ниво лечења обухвата онај мањи број осигураника са тешким болестима које се ретко појављују и тиме траже уску мултидисциплинарну сарадњу између бројних искусних и посебно високообразованих стручњака, као и посебну дијагностичку и терапијску опрему која је скупа и захтевна за употребу.
- За регион АП Војводине УКЦ Војводине је здравствена установа највише (4.а) категорије и све категорије ЗУ из тог региона своје пацијенте упућују у ту установу. У изузетним случајевима као што је тренутни недостатак капацитета или других ресурса (одређена опрема и/или одређени специјалисти/супспецијалисти) као и због мање удаљености код

неких ургентних ситуација (нпр. транспорт прематуруса) пацијенти са подручја региона АП Војводине могу се упутити и у УКЦ Србије.

- За све остале регионе УКЦ Србије је установа највише (4.) категорије
- ЗУ ове категорије решавају преко 95% случајева који су им упућени из болница 3. категорије као и из болница 2. категорије региона Западне и Источне Србије. Наиме, из региона који имају само болнице 1. и 2. категорије (Западна и Источна Србија) упућују се пацијенти у најближу болницу 3. или 4. категорије зависно од гравитације осигураника и географске удаљености (нпр. неким деловима региона Источне Србије ближе је Београд него Ниш док је неким деловима региона Западне Србије ближе Београд или Нови Сад него Крагујевац). Ниже у табелама означене су ЗУ региона Западне и Источне Србије са најближим установама 3. и 4. категорије (сива боја означава најближу ЗУ 3. или 4. категорије, а црвено су означена алтернативна места која су приближно на сличној удаљености или времену потребном за путовање).

Табела 5-6. Удаљеност ЗУ региона Западне Србије до ЗУ 3. и 4. категорије

		УДАЉЕНОСТ ДО:					
РЕГИОН ЗАПАДНЕ СРБИЈЕ		Београд		Крагујевац		Нови Сад	
	Категорија ЗУ	км	вожња у оптималним условима	Км	вожња у оптималним условима	км	вожња у оптималним условима
ЗЦ Прибој (Општа болница Прибој)	1	288 (262)	4ч 23мин (4ч 31мин)	194	3ч 41 мин	351	4ч 54мин
ЗЦ Пријепоље	1						
Општа болница Пријепоље		295 (268)	4ч 23мин (4ч 30мин)	200	3ч 40мин	357	4ч 55мин
оделење Нова Варош		271 (245)	3ч 58мин (4ч 8мин)	177	3ч 17мин	334	4ч 31мин
одељење Сјеница		267	3ч 52мин	167	3ч 17мин	324	4ч 25мин
ЗЦ Ужице	2						
Општа болница Ужице		205 (179)	2ч 45мин (2ч 53мин)	111	2ч 5мин	269	3ч 19мин
одељење Пожега		183	2ч 24мин	89	1ч 42мин	246	2ч 52мин
ЗЦ Шабац (Општа болница Шабац)	2	87	1ч 14мин	183	2ч 34мин	72	1ч 23мин
ЗЦ Лозница (Општа болница Лозница)	1	145	2ч 15мин	199	3ч 19мин	130	2ч 25мин
ЗЦ Ваљево (Општа болница Ваљево)	2	101	1ч 18мин	141 (124)	1ч 58мин (1ч 57мин)	164 (135)	1ч 54мин (2ч 21 мин)

Извор: https://www.google.com/maps

- Иако је удаљеност Ужица од Београда 100 км већа од удаљености до Крагујевца, временски готово нема разлике у дужини путовања, па пацијенти из ове ЗУ традиционално одлазе на даље лечење у Београд. Слична ситуација је и са пацијентима из Шапца којима је Нови Сад најближи по удаљености, али временски готово нема разлике у дужини путовања, па и ти пацијенти традиционално одлазе на захтевније лечење у Београд.
- 2020. године је формиран ЗЦ Пријепоље у чијем саставу се налази и Одељење у Новој Вароши и Одељење у Сјеници који су били у саставу ЗЦ Ужице. Накнадно су та одељења опет припојена ЗЦ Ужице. Предлаже се да Одељења у Новој Вароши и Сјеници остану у саставу новооснованог ЗЦ Пријепоље јер се иста налазе двоструко ближе Пријепољу него

Ужицу (удаљеност Сјеница-Ужице = 99 км, а Сјеница – Пријепоље = 62 км док је удаљеност Нова Варош – Пријепоље = 30 км, а Нова Варош – Ужице = 66 км).

Табела 5-7. Удаљеност ЗУ региона Источне Србије до ЗУ 3. и 4. категорије

		УДАЉЕНОСТ ДО:					
РЕГИОН ИСТОЧНЕ СРБИЈЕ		Београд		Крагујевац		Ниш	
	Категорија ЗУ	км	вожња у оптималним условима	км	вожња у оптималним условима	км	вожња у оптималним условима
Здравствени центар Смедеревска Паланка (Општа болница "Стефан Високи" Смедеревска Паланка)	1	84	1ч 14мин	61 (50)	56мин (1ч)	159	1ч 43мин
Здравствени центар Смедерево (Општа болница Смедерево)	2	63	55мин	90	1ч 14мин	187	2ч 1мин
Здравствени центар Бор (Општа болница Бор)	2	244	2ч 41мин	158	2ч 3мин	165 (133)	2ч 3мин (2ч 13мин)
Здравствени центар Мајданпек (Општа болница Мајданпек)	1	182	2ч 35мин	152	2ч 49мин	184	3ч 7мин
Здравствени центар Кладово (Општа болница Кладово)	1	246	3ч 28мин	262	3ч 30мин	209	3ч 9мин
Здравствени центар Неготин (Општа болница Неготин)	1	297 (238)	3ч 24мин (3ч 28мин)	211	2ч 47мин	158	2ч 34мин
Здравствени центар Петровац (Општа болница Петровац)	1	115	1ч 30мин	70	1ч 16мин	167 (154)	2ч 5мин (2ч 21мин)
Здравствени центар Пожаревац (Општа болница Пожаревац)	2	80	1ч 1мин	96	1ч 13мин	194	2ч 3мин
Здравствени центар Књажевац (Општа болница Књажевац)	2	251	3ч 9мин	165	2ч 32мин	65	1ч 8мин
Здравствени центар Зајечар (Општа болница Зајечар)	1	244	2ч 41мин	158	2ч 3мин	105	1ч 52мин

Извор: https://www.google.com/maps

- Због специфичне географије, за ЗУ региона Источне Србије најближе ЗУ 3. и 4. категорије налазе се у 3 града: Београду (за пацијенте из ЗЦ Смедерево и ЗЦ Пожаревац), Крагујевцу (за пацијенте из ЗЦ Мајданпек, ЗЦ Петровац на Млави и ЗЦ Смедеревска Паланка) и Нишу (за пацијенте из ЗЦ Бор, ЗЦ Кладово, ЗЦ Неготин, ЗЦ Књажевац и ЗЦ Зајечар). Алетрнативно, због приближно сличног времена путовања пацијенти из ЗЦ Бор и ЗЦ Пожаревац могу ићи на лечење и у УКЦ Крагујевац док пацијенти ЗЦ Мајданпек и ЗЦ Петровац на Млави могу ићи на лечење у Београд.
- Случајевикоје болница 4. категорије не може да реши упућују се на лечење у иностранство под непосредном контролом Министарства здравља и РФЗО-а, а по могућности организује се гостовање иностраних стручњака.
- Додатно проширење у терцијарним делатностима зависи од одлуке комисије за процену здравствених технологија[30].

[30]engl. Health Technology Assessment, HTA

- Уколико из професионалних и едукативних разлога ужи специјалиста жели да обавља случајеве које не спадају у болницу 4. категорије, онда их договорно обавља у некој од болница нижег нивоа.
- У Члан 127. Закона о здравственој заштити ("Сл. гласник РС", бр. 25/2019) треба додати одредбу да се у Стручни савет болнице 4. категорије именује члан без права гласа из Здравственог савета Србије под условом да није запослен у болници.
- С обзиром на већ наменска финансијска средства за интервенције и изградњу нових Клиничких центара Србије, али и дуг период реализације инвестиција, потребно је увођење строгих процедура за контролу и управљање средствима и њиховим извршењем.

5.3. Продужено лечење

Ова категорија подразумева здравствене установе у којима се обавља рехабилитација као и здравствене установе за лечење туберкулозе, као и плућних и других хроничних болести. Остале здравствене установе у којима се спроводи одређена врста продуженог лечења обрађене су у поглављу 5.8.3.

5.3.1. Специјалне болнице за рехабилитацију

- *Стандарди по индикаторима:*
  - *Рехабилитацију у специјализованим болничким установама: <0,50 болничких постеља на 1.000 становника;*
  - *просечна дужина лечења (дани): 21-30 дана;*
  - *просечна заузетост постеља (%): 85;*
  - *просечан обртај постеља (број): >10;*
- Специфични социјално-тржишни положај специјалних болница за рехабилитацију (тренутно их је 19) изискује ново балансирање између све веће потребе за рехабилитацијом и тенденцијом тржишног пословања ради остваривања профита;
- Капацитети који нису уговорени са РФЗО-м користе се за комерцијалну делатност на слободном тржишту;
- Средњорочно треба спровести институционално функционално спајање јавног сегмента пословања на нивоу региона;
- Дугорочно треба размотрити приватизацију тржишног сегмента пословања или јавно-приватно партнерство са стратешким улагачем;
- Инвестира се у опрему и инфраструктуру из сопственог прихода, а евентуално, приоритетне инвестиције могу се финансирати из донација, буџета РС и ЕУ фондова;
- Инвестиције у инфраструктуру и опрему: процена постојећих капацитета и улагање расположивих средстава за објекте који могу да задовоље специфичне здравствене потребе уз најниже трошкове обнове;
- Планирати интервенције за задовољење тржишта које су потребне због услуга оријентисаних на профит.

5.3.2. Специјалне болнице за лечење туберкулозе, плућних болести или других хроничних обољења

- *Стандарди по индикаторима:*
  - *Продужено лечење и дуготрајну хоспитализацију оболелих од ТБЦ, плућних болести и др.: <0,20 болничких постеља на 1.000 становника;*
  - *просечна дужина лечења (дани): 20-60 дана;*

- *просечна заузетост постеља (%): 70-77%;*
- *просечан обртај постеља (број): >8,0;*

- Специјална болница обавља услуге секундарне и терцијарне здравствене заштите на нивоу целе Републике, али се гравитационо подручје рачуна на нивоу региона;
- Зависно од потреба и здравствене политике, болница може бити центар изврсности на територији Србије (тренутно су 4 специјалне болнице за лечење туберкулозе и неспецифичних плућних болести, 4 специјалне болнице за лечење шећерне болести и других метаболичких поремећаја и 3 специјалне болнице за лечење неуролошких и неуромишићних болести);
- Уколико болница није једина исте категорије у својој области онда се мора додатно дефинисати територија за коју примарно пружа услуге;
- Болница у потпуности функционална у одређеној грани медицине и обавља секундарну и терцијарну здравствену заштиту у тој области.
- Уколико осигураник има коморбидитете које превазилазе компетенције специјалне болнице, договорно се упућује другој установи 3. или 4. категорије; обрнуто, сви пацијенти који болују од туберкулозе, плућних болести или других хроничних плућних обољења упућују се у специјалну болницу;
- Средњорочно треба спровести институционално функционално спајање установа на нивоу региона.

5.4. Дуготрајно (хронично) лечење

5.4.1. Специјалне болнице за психијатрију

- *Стандарди по индикаторима:*
  - *Продужено лечење и дуготрајна хоспитализација психијатријских болесника: <0,45 болничких постеља на 1.000 становника;*
  - *просечна дужина лечења (дани): 31-365 дана;*
  - *просечна заузетост постеља (%): 80;*
  - *просечан обртај постеља (број): >1;*
- Усвајање плана дистрибуције услуга дуготрајног психијатријског лечења (тренутно 4 специјалне болнице обављају ову делатност);
- Разликовање психијатријског лечења осигураника од дуготрајног смештаја немоћних особа;
- Средњорочно је потребно спровести институционално и функционално спајање на нивоу региона уз планирање инвестирања у инфраструктуру која би задовољила регионалне потребе лечења;
- Планирати да део капацитета (можда већински у једној установи нпр. СБ Ковин) буде намењено смештају немоћних особа (геријатријско одељење).

5.4.2. Специјалне болнице за продужено/дуготрајно лечење и палијативно збрињавање

- *Стандарди по индикаторима:*
  - *Продужено лечење: <0,46 болничких постеља на 1.000 становника;*
  - *палијативно збрињавање : 0,08 постеља на 1.000 становника*[31]

[31] White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, Recommendation from the European Association for Palliative Care, European Journal of palliative care,2009; 16(6)

- *просечна дужина лечења (дани): 31- ∞ дана;*
- *просечна заузетост постеља (%): 80;*
- *просечан обрт постеља (број): >1;*

- барем једна оваква установа за продужено лечење по региону, у Београду најмање две;
- искористити постојеће стационарне капацитете - део капацитета у 11 специјалних болница за лечење туберкулозе, плућних болести или других хроничних оболења (или можда већински у једној установи) планирати да буде пренамењено за смештај немоћних особа као геријатријска одељења;
- успоставља се вертикална и хоризонтална функционална интеграција са свим нивоима здравствене заштите;
- палијативна нега мора постојати на свим нивоима здравствене заштите;
- број потенцијалних пацијената за палијативно збрињавање:

Табела 5-8. Број потенцијалних пацијената за палијативно збрињавање

		БР. УМРЛИХ (2018.)	бр.пацијената којима је потребна нека врста палијативне неге (50-89% онколошких и 20% неонколошких пацијената)		бр.пацијената којима је потребна специјалистичко-палијативна нега (20% онколошких и 5% неонколошких пацијената)
	групе болести				
1.	**онколошке болести**	22.084	11.042	19.655	4.417
2.	**неонколошке болести**	79.571	15.914	15.914	3.979
	УКУПНО	101.655	**26.956**	**35.569**	**8.395**

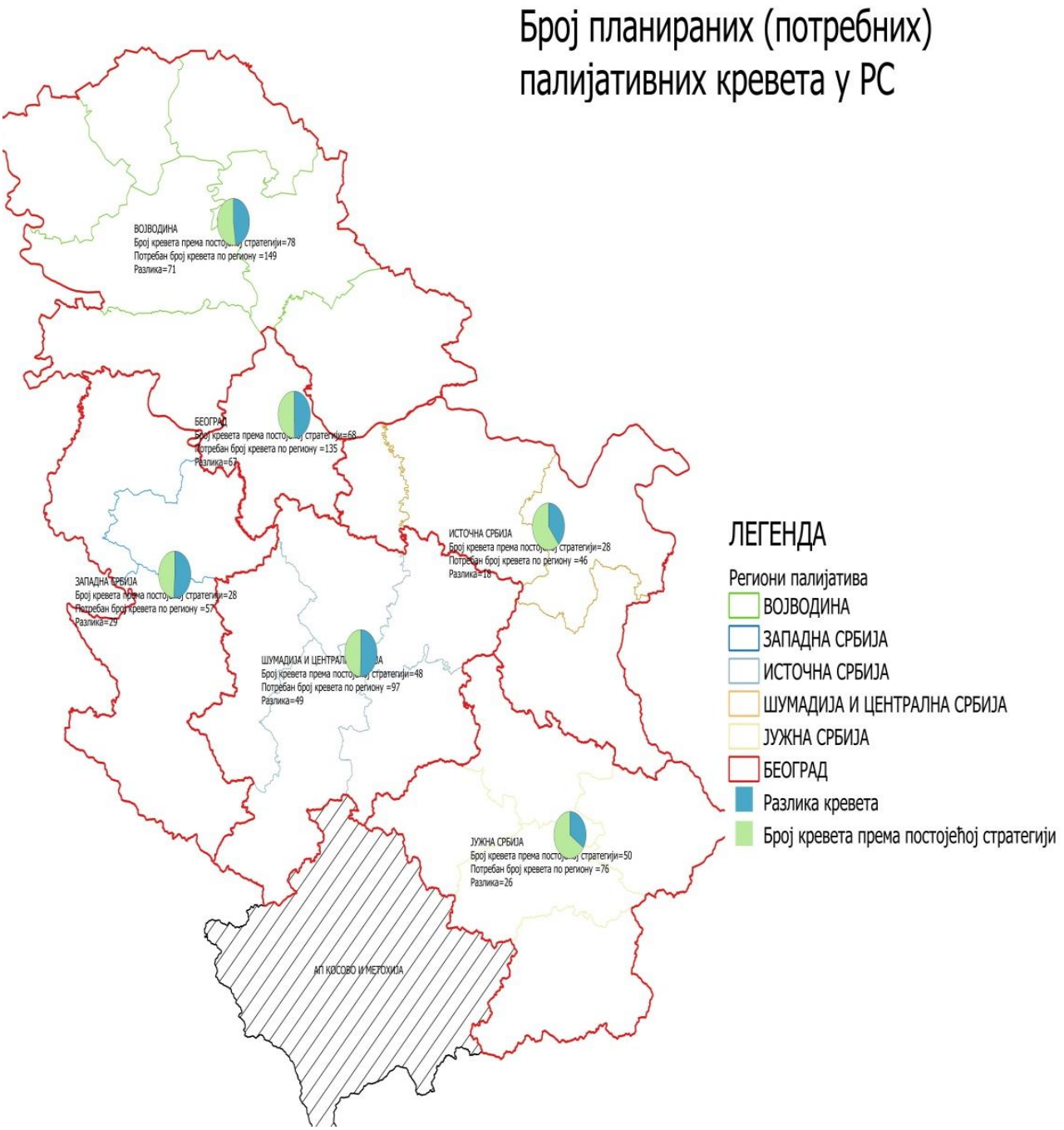
Извор: Аутори на основу White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, Recommendation from the European Association for Palliative Care, European Journal of palliative care,2009; 16(6)

- На примарном нивоу здравствене заштите предвиђа се:
  - Организационо и кадровско јачање службе кућног лечења и неге;
  - Обавеза оснивања служби за кућно лечење и негу у свим домовима здравља, у јединицама локалне самоуправе које имају преко 25.000 становника (62 дома здравља, Табела ХМП, Анекс 6)
  - Повећање броја кадра са постојећег норматива од једног лекара и четири медицинске сестре на 25.000 становника на једног лекара и пет медицинских сестара на 25.000 становника;
  - У палијативном збрињавању у јединицама локалне самоуправе са мање од 25.000 становника, учествују изабрани лекар и медицинска сестра - техничар у тиму.
  - Сви домови здравља у граду Београду морају да оснују службу кућног лечења и неге. Норматив за градске општине треба да остане један лекар и четири медицинске сестре, а за домове здравља на ширем градском подручју један лекар и пет медицинских сестара на 25.000 становника;
  - Оснивање центра за координацију служби за кућно лечење и негу у Републици Србији на примарном нивоу здравствене заштите у Заводу за геронтологију, Београд;
  - Могућност оснивања мобилних палијативних тимова: један на 100.000 становника;
  - Могућност оснивања волонтерских палијативних тимова: један на 40.000 становника;
  - Могућност организовања дневног центра за палијативну негу: један који покрива 150.000 становника.

- На секундарном нивоу здравствене заштите одељења за палијативно збрињавање организују се у близини породице тако да терминални пацијенти могу видети своје најмилије (удаљеност од куће око 1ч). Због тога се планира оснивање малих јединица палијативне неге у свим окрузима у постојећим здравственим установама. С обзиром на просечну искоришћеност капацитета за акутно лечење (око 70%), у тим установама се може организовати посебно одељење за збрињавање терминалних пацијената (најмање 8-12 постеља).
- Капацитети за палијативно збрињавање усклађују се са ЕУ смерницама[32] - 80 постеља на 1.000.000 становника, што би за Републику Србију значило укупно 560 кревета. Распоред 300 кревета према предлогу Стратегије, а осталих 260 постеља треба распоредити у здравствене установе (предлог у Табели Аналитика ДЗ, Анекс 6) узимајући у обзир следеће критеријуме:
    - демографска ситуација (број становника у округу/региону, индекс друштвене подршке старима-однос старијих од 65 година према радно активном становништву од 19 до 64 године),
    - болести и стања која доводе до потребе за палијативним збрињавањем;
    - постојећи капацитети (просторни, постељни и кадровски) и заузетости постеља на секундарном и терцијарном нивоу.
- На терцијарном нивоу здравствене заштите именује се консултативни тим који успоставља сарадњу са тимовима на примарном и секундарном нивоу и пружа стручну помоћ у решавању проблематике пацијената који су на палијативном збрињавању. У консултативном тиму су доктор медицине, специјалиста одређене гране медицине и медицинска сестра са високим или вишим образовањем.
- Оснивање Националног центра за развој палијативног збрињавања као организационе јединице Института за онкологију и радиологију Србије. Задатак овог Националног центра за развој палијативног збрињавања је:
    - Успостављање сарадње са Светском здравственом организацијом, међународним организацијама и удружењима као и медицинским факултетима ради унапређења палијативне медицине. У оквиру активности и ангажовања целокупне заједнице у области палијативног збрињавања неопходно је успостављање међуресорне сарадње, укључивање органа јединица локалне самоуправе, образовних и социјалних установа, као и ангажовање удружења, верских заједница и међународних организација.
    - Координација имплементације националних стандарда за палијативно збрињавање првенствено кроз координацију са Заводом за геријатрију и палијативно збрињавање који је задужен за координацију палијативе у примарној ЗЗ.
    - Координација успостављања организационо и финансијски одрживог модела палијативног збрињавања на свим нивоим здравствене заштите
    - Образовање јединственог информационог система
    - Спровођење истраживања на пољу палијативног збрињавања, засновано на клиничким доказима и усмерено ка пацијенту.
    - Праћење и процену у односу на стандардизоване процедуре за палијативно збрињавање.
    - Предлог листе есенцијалних лекова и медицинских помагала за палијативно збрињавање.
    - Увођење палијативног збрињавања у програм наставе медицинских школа, и у студијске програме одговарајућих високошколских установа.
    - Стандардизацију и акредитацију програма за едукацију свих учесника у палијативном збрињавању.

[32] White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, Recommendation from the European Association for Palliative Care, European Journal of palliative care,2009; 16(6)

- Едукација здравствених радника и здравствених сарадника, као и свих осталих учесника у палијативном збрињавању (друштва, породице оболелих, волонтера) од суштинског је значаја за развој палијативног збрињавања. Едукативни програм се доноси за сва три нивоа здравствене заштите, а едукацијом је потребно обухватити и оболелог, његову породицу и окружење. Приоритет у едукацији треба дати служби кућног лечења и неге;
- За успешно остваривање палијативног збрињавања неопходно је спровести едукацију друштва на свим нивоима, од законодавца (за допуне законске регулативе) до ширења основних принципа палијативног збрињавања у јавности.



Мара 5-1. Постељни капацитети за палијативно збрињавање по регионима
Извор: Аутори

Tabela 5-9. Број потребних кревета та палијативно збрињавање по здравственим установама по регионима РС

Регион	Здравстена установа	Број потребних постеља
Београдски регион	Институт за онкологију и радиологију Србије	40
	Универзитетска дечја клиника (Клиника за неурологију и психијатрију деце и омладине)	20
	КБЦ „Звездара“	15
	КБЦ „Земун“	20
	КБЦ „Бежанијска Коса“	10
	КБЦ „Др Драгиша Мишовић“	30
Укупно за Београдски регион		**135**
Регион АП Војводине	Институт за онкологију Војводине	29
	ОБ Сомобор	15
	ОБ Кикинда	15
	ОБ Зрењанин	15
	ОБ Врбас	10
	ОБ Суботица	15
	СБ Ковин	30
	СБ Врдник	20
Укупно за регион АП Војводине		**149**
Регон Западне Србије	ОБ Шабац	15
	ОБ Ваљево	15
	ОБ Ужице	27
Укупно за Регион Западне Србије		**57**
Регион Шумадије и Централне Србије	ОБ Аранђеловац	25
	ОБ Чачак	12
	ОБ Ћуприја	15
	ОБ Крушевац	15
	ОБ Нови Пазар	20
	СБ за интерне болести Врњачка Бања	10
Укупно за Регион Шумадије и Централне Србије		**97**
Регион Источне Србије	ОБ Петровац на Млави	10
	ОБ Смедеревска Паланка	10
	ОБ Неготин	10
	ОБ Зајечар	16
Укупно за Регион Источне Србије		**46**
Регион Јужне Србије	УКЦ Ниш	20
	ОБ Пирот	15
	ОБ Врање	13
	ОБ Лесковац	13
	ОБ Прокупље	15
Укупно за Регион Јужна Србије		**76**
УКУПНО за РС		**560**

Извор: Аутори

Установе социјалне заштите

- РФЗО данас има закључене уговоре са 56 установа социјалне заштите – геронтолошким центрима и домовима за старе, разним домовима и центрима за децу, центрима за социјални рад и домовима за особе са различитим степеном инвалидитета;
- Краткорочно се предлаже да се и даље уговарају, уз обавезу повезивања на ИЗИС, а ИЗЈЗС укључује резултате њиховог рада у извештајима;
- Средњорочно до дугорочно је потребно размотрити смањење обухвата тих уговора како би се искористили капацитети здравственог система, нарочито специјалне болнице за продужено лечење и палијативно збрињавање, али и дезинституционалним моделима са геронтолошким домаћицама и неговатељицама у домовима осигураника.

Мара 5-2. Здравствене установе чији капацитети ће бити намењени геријатријском збрињавању
Извор: Аутори

5.5. Хитна помоћ

Пружање хитне медицинске помоћи (ХМП) акутно оболелим и повређеним особама приоритетна је обавеза здравствених радника и здравствених установа на свим нивоима здравствене заштите, а она се обавља као пре-хоспитална хитна медицинска помоћ и хитна помоћ у оквиру болничке делатности.

5.5.1. Прехоспитална хитна медицинска помоћ

- Делатност прехоспиталне хитне медицинске помоћи у Републици Србији обављају (извештај ДЗ):
  - Заводи за ургентну медицину
  - Домови здравља са службом хитне медицинске помоћи
  - Домови здравља без организационо дефинисане службе хитне медицинске помоћи.

- Сваки од 6 региона има по један Завод за ургентну медицину са организованим CALL-DISPATCH диспечерским центром (Нови Сад, Београд, Крагујевац, Ниш, Ужице, Зајечар) и са диспечерским испоставама у дому здравља који се налази у највећем граду округа.
- Због географске (изразито брдско-планинско подручје), демографске (једно од ретких подручја РС са позитивном наталитетном сликом и високим уделом млађе популације становништва предлаже се оснивање још једног (седмог) завода за хитну медицинску помоћ са седиштем у Новом Пазару који је удаљен од Крагујевца 150 км (2,5ч вожње). Тај завод би покривао хитне интервенције и на подручју општине Сјеница (јужном подручју Златиборског управног округа тј. региона Западне Србије). Наиме, Сјеница је удаљена од Новог Пазара 59 км (1,1ч вожње), а од Ужица (који је седиште региона Западне Србије) више од 100 км (скоро 2ч вожње због конфигурације терена). Исто тако завод би покривао и подручје општине Рашка (Рашка је удаљена 21 км од Новог Пазара, 82 км од Краљева, 130 км од Крагујевца). Дакле, Завод у Новом Пазару покривао би око 150.000 становника (Рашка, Нови Пазар, Тутин, Сјеница) чиме би се осигурала квалитетна ХМП за читаво подручје. Овај завод има велики значај за збрињавање хитних случајева у случају оснивања хеликоптерског тима у Нишу са мањим досегом хеликоптера (125 км) када остају непокривени југо-западни делови како Златиборског управног округа тако и јужни делови Рашког управног округа.
- Градски Завод за ургентну медицину у Београду је регионални завод за цео Београдски регион. Организација хитних амбуланти завода на територији града Београда остаје непромењена док се не спроведе целокупна реформа ХМП.
- Сваки диспечерски центар уз посебну едукацију за искусне диспечере има и информациони систем повезан са ИЗИС-ом и са GPSпраћењем возила визуализованим на GIS платформи, а возила ХМП имају и телемедицинску везу са центром за ургентну медицину у болницама.
- Значај регионалне хитне помоћи је у томе да се оваквом организацијом делатности подиже квалитет и доступност здравствене услуге на далеко виши ниво, при чему се обезбеђује једнак ниво указане хитне медицинске помоћи у целој земљи.
- Сви домови здравља који покривају више од 25.000 становника (њих 64 покрива 51,4% становништва Републике Србије) морају имати организовану службу хитне медицинске помоћи (ради 24/7).
- Домови здравља који покривају мање од 25.000 становника, а налазе се уз важне путне правце-аутопутеве (њих 9), такође морају имати организовану службу хитне медицинске помоћи 24/7. Иако покривају само 1,8% становништва Србије, али због важности збрињавања несрећа на путним правцима, треба организовати службу хитне медицинске помоћи у следећим домовима здравља: ДЗ Баточина, ДЗ Бела Паланка, ДЗ Димитровград, ДЗ Лајковац, ДЗ Ражањ, ДЗ Владичин Хан, ДЗ Мали Иђош, ДЗ Пећинци, ДЗ Љиг. Агенција за

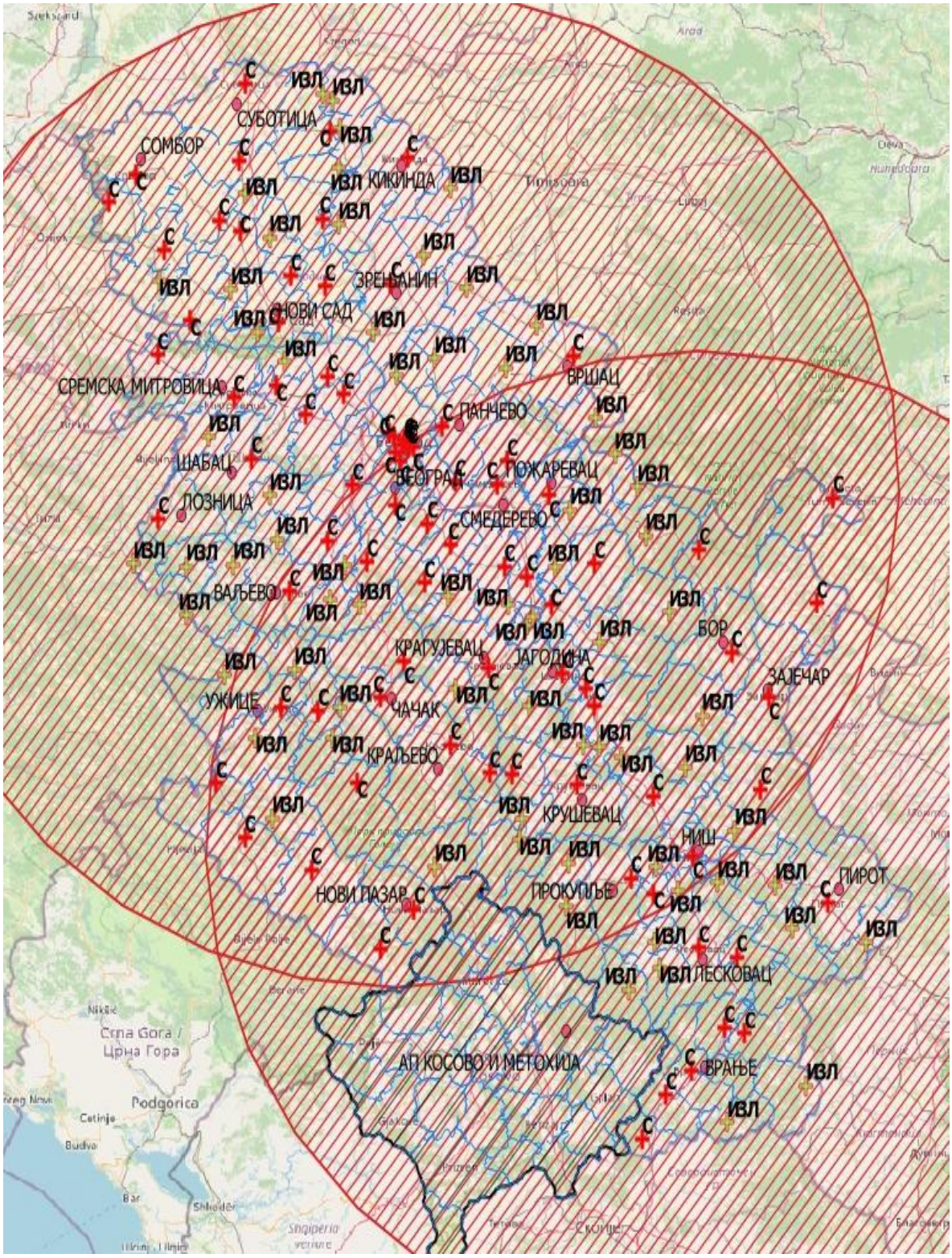
безбедност саобраћаја предлагала је оснивање службе ХМП и у ДЗ Ћићевац, ДЗ Лапово и ДЗ Дољевац. С обзиром да се наведени ДЗ налазе на прихватљивој удаљености од здравствених установа које имају организовану ХМП, у тим домовима здравља за сада не би требало оснивати службу ХМП. Наиме, удаљеност ДЗ Дољевац до Завода ургентне медицине у Нишу је 16 км. Удаљеност ДЗ Ћићевац до ДЗ Ражањ (где постоји служба ХМП) је 19 км, до ХМП у ДЗ Крушевац је 20 км, а до ХМП у ДЗ Параћину удаљеност је 20 км. Удаљеност ДЗ Лапово до ДЗ Баточина (која има службу ХМП) је 6 км. Исто тако на њиховом подручју у последње 3 године догађа се просечно мање од 2 саобраћајне несреће месечно (извештај ДЗ, мапа 6.). Зато се предлаже се да се организација службе ХМП на њиховом подручју реши у оквиру целовите реформе ХМП.

Мара 5-3. Предлог организације хитне медицинске помоћи у Републици Србији
Извор: Аутори

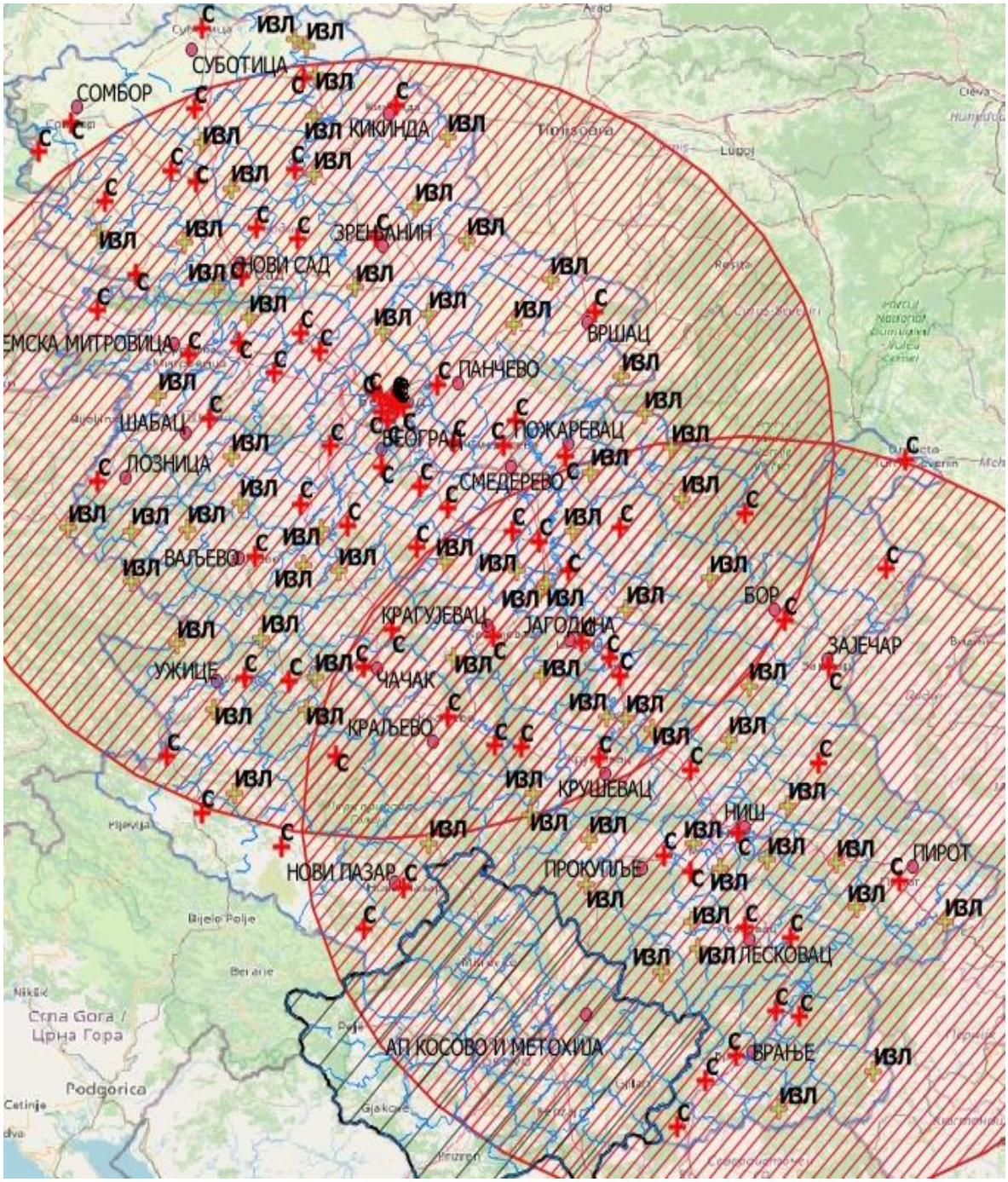
- Домови здравља без организационо дефинисане службе хитне медицинске помоћи организују дежурства изабраних лекара на начин да амбуланта ХМП у ДЗ никад не остане без лекара (дежурају два тима или на терен излази обучен тим без лекара).

- Лекаре из ДЗ који се баве кућним лечењем треба пребацити у ХМП и послати на специјализацију из ургентне медицине. Лекари опште медицине покривају дежурства у ДЗ који нема организовану службу ХМП. У ДЗ који има организовану службу ХМП дежурају лекари који раде само у ХМП, а не раде у амбулантама опште медицине. Зато је потребно кадровски појачати службу ХМП у тим домовима здравља пре свега са пребацивањем лекара који раде кућно лечење у службу ХМП, док кућно лечење преузимају изабрани лекари опште медицине и патронажна служба.
- Средњорочно до дугорочно треба специјалисте ургентне медицине пребацити у центре за ургентну медицину болница или у амбуланте службе ХМП у ДЗ-у, а у колима ХМП имати медицинске сестре/техничаре са ALS, и возаче са BLSсертификатима[33].
- На подручју целе територије Републике Србије имплементира се европски СОС број 112, уводе се униформне, обавезујуће процедуре реаговања свих ХМП како за поступање у ванредним ситуацијама тако и за збрињавање свих хитних стања.
- Развијају се национални протоколи за стандардизацију ургентне тријаже и лечења, стандардизује се опремљеност амбуланти ХМП.
- Формирају се два хеликоптерска тима: у Београду и у Нишу (приказано на мапама 5-4 до 5-6 у наставку), не толико због броја саобраћајних несрећа (којих је највише у Београдском и региону Шумадије и Централне Србије као и у Западној Србији, што је приказано у извештају ДЗ), него због квалитетнијег збрињавања хитних стања пацијената из брдско-планинских предела.

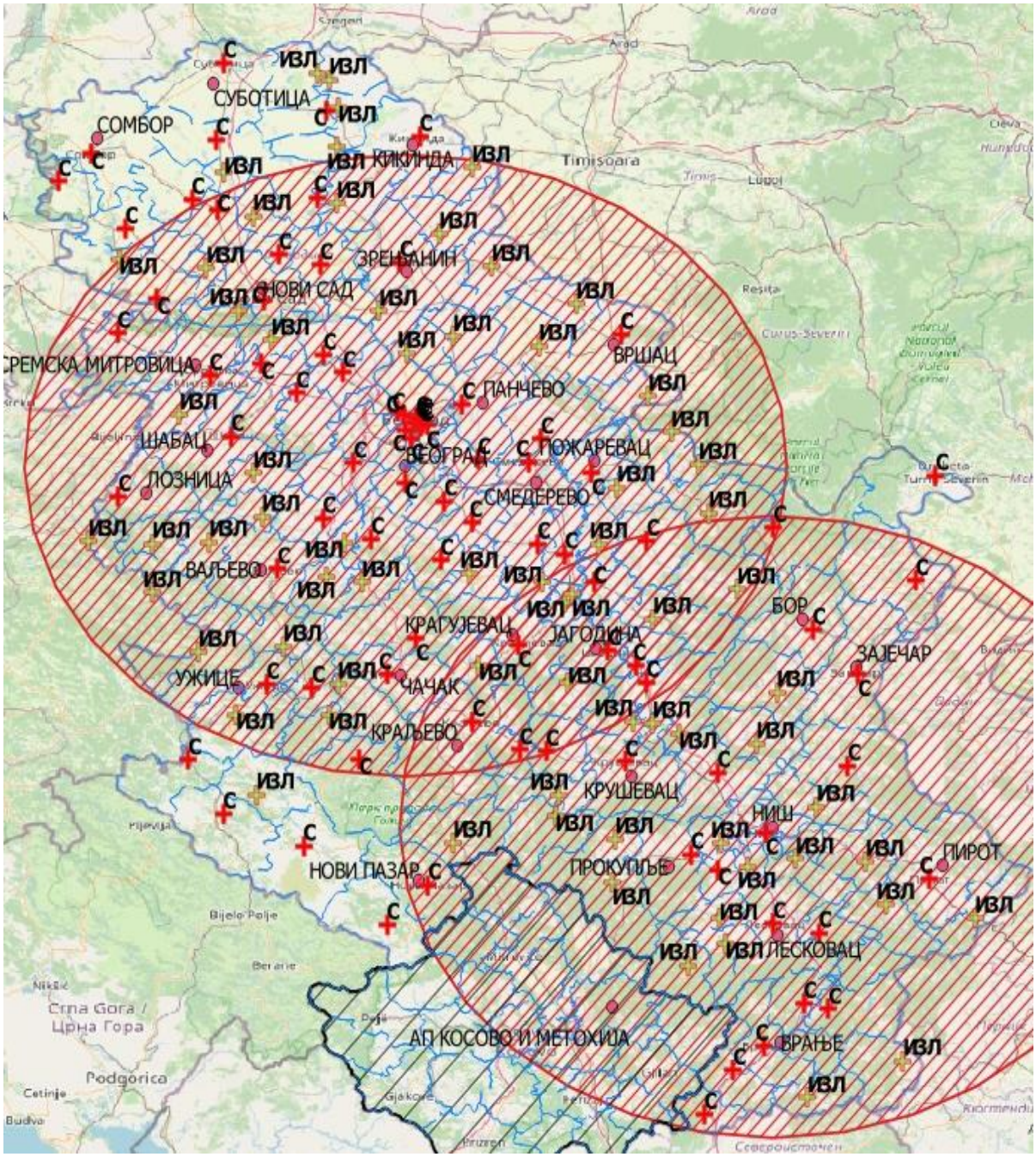
[33]Ресусцитациони савет Србије - званични партнер европског ресусцитационог савеза за Србију http://www.resuscitatio.org.rs/



Мара 5-4. Покривеност територије РС из хеликоптерских база Београд и Ниш (опсег 200 км)
Извор:Аутори



Мара 5-5. Покривеност територије РС из хеликоптерских база Београд и Ниш (опсег 150 км)
Извор:Аутори



Мара 5-6. Покривеност територије РС из хеликоптерских база Београд и Ниш (опсег 125км)
Извор:Аутори

- У зависности од врсте хеликоптера и брзинама које постижу, јасно је да се из ове две базе може покрити цела територија Републике Србије у „златном сату“ (уколико хеликоптери имају брзину око 400 км/ч) или готово цела (остаје непокривено неколико домова здравља уколико хеликоптери постижу брзину 250-300 км/ч).
- Са Министарством грађевинарства, саобраћаја и инфраструктуре треба спровести прилагођавање аутопутева за лакшу доступност тимова хитне помоћи у случају саобраћајних несреће (могућност бржег преласка у супротни смер аутопута).

- Функционисање хитне помоћи важно је за јавну перцепцију безбедности здравственог система, тако да је нужно увести континуирану едукацију особља (лекари, техничари, возачи).
- Инфраструктура која пружа хитне услуге у лошим је условима и захтева хитна улагања. Зато је потребно дефинисање инфраструктурних приоритета на регионалном нивоу у складу са планом оптимизације и расположивим средствима.
- Треба започети са спровођењем пројектног планирања у већем обиму за регионалне центре хитне помоћи.

5.5.2. Хитна медицинска помоћ у оквиру болничке делатности

Пријемно-ургентна одељења налазе се у болницама свих категорија и у њима раде лекари специјалисти ургентне медицине. Та одељења су међусобно умрежена преко ИЗИС-а како са теренским тимовима ХМП тако и са пријемно-ургентним одељењима других болница. Тиме се обезбеђују правовремене и неопходне информације ради бољег праћења и збрињавања пацијената.

Имајући у виду да је УКЦ Србије највећа установа и уједно здравствена установа највишег ранга у РС потребно је растеретити њихов ургентни центар и обезбедити да ова ЗУ ради искључиво врхунску медицину терцијарног нивоа. У УКЦ Србије се прослеђују пацијенти осталих универзитетских центара као и пацијенти из осталих ЗУ 3. и 4.а категорије, како директно на циљану клинику тако и преко ургентног центра. Истовремено тај ургентни центар збрињава и сва ургентна стања својих пацијената који су већ на некој од клиника УКЦ Србије. Стога је потребно Ургентни центар УКЦ Србије растеретити у погледу пацијената са територије града Београда и то на следећи начин:

- Краткорочно функционално повезати Ургентни центар УКЦ Србије са службама за пријем и збрињавање хитних стања четири КБЦ-а у Београду. Обезбедити ургентни пријем у сва четири КБЦ-а који раде 24/7 тј. нон-стоп свим данима. Гравитација пацијената којима је потребно ургентно збрињавање из Београдског региона ка КБЦ-овима одређена је на исти начин као гравитација пацијената из ДЗ ка КБЦ (иста гравитациона поља) при чему су дефинисани протоколи која су то стања која се (са територије Београдског региона) обавезно збрињавају у Ургентом центру УКЦ Србије с обзиром да немају сви КБЦ сву потребну опрему и експертизу.
- Дугорочно се на територији Београда формира 5 болничких ургентних центара (4 КБЦ и УКЦ Србије) који су у потпуности опремљени да могу равноправно збрињавати сва ургентна стања.

У циљу спровођења наведених стратешких смерница потребно је, потпуно модернизовати хитну медицинску помоћ што захтева спровођење целовите реформе (организација, начин финансирања, образовање, едукација, протоколи, инвестиције, итд.) у оквиру посебног пројекта.

5.6. Апотеке

За јачање сектора државног апотекарства, његову хармонизацију и обезбеђивање приступачности апотекарских услуга треба спровести:

1. Република, а на територији аутономне покрајине - АП , треба да преузме оснивачка права и обавезе у свим јавним апотекарским установама, а у циљу ефикаснијег управљања, финансијске консолидације и квалитетнијег пружања јавних апотекарских услуга становништву Србије.
2. У сваком од шест здравствених региона извршити консолидацију и формирати једну јавну апотекарску установу са огранцима апотека у складу са дефинисаним географским и демографским критеријумима и водећи се принципима доброг управљања и одрживости пословања. Огранци апотека укључиваће постојеће апотекарске установе из мреже, при чему се оставља могућност отварања нових огранака уколико се за то укаже јавноздравствена потреба.
3. У домовима здравља, у којима се обавља апотекарска делатност отвореног типа, а која је намењена снадбевању становништва лековима и медицинским средствима, апотеке издвојити из састава дома здравља и прикључити их надлежној регионалној јавној апотекарској установи (припадајућем огранку или диреткно), заједно са просторијама које су намењене за и неопходне за обављање малопродајне апотекарске делатности и припадајућем броју људских ресурса. У домовима здравља апотекарска делатност треба да настави да се одвија у функцији обезбеђења лекова и медицинских средстава за потребе делатности дома здравља (по моделу за болничку апотеку).
4. Апотеке које не обављају делатност због финансијских проблема и блокаде рачуна, односно које су дале своје пословне просторе у најам или ступиле у јавно приватно партнерство не треба да буду више у Плану мреже и треба их брисати из Уредбе о Плану мреже која важи за јавне здравствене установе. Овим се констатује тренутна ситуација и не ускраћује право будућим регионалним апотекарским установама да поново отворе апотеке у овим местима, уколико се процени да јавноздравствна потреба постоји.
5. Дефинисати географске и демографске критеријуме за отварање нових апотека, који се једнако примењују и за приватне и за јавне апотеке. Ова мера, на средњи рок, треба да доведе до ограничења броја апотека, њиховог рентабилнијег пословања и пружања квалитетније фармацеутске услуге.
6. Прописати минимални број и географске позиције доступности галенских лабораторија.
7. Након преузимања оснивачких права од стране Републике, потребно је извршити финансијску ревизију извештаја апотекарских установа уз тачно дефинисање износа неизмирених обавеза, након чега треба испланирати реструктурирање дугова и формулисање одрживог плана отплате доспелих обавеза. Министарство финансија и Министарство здравља треба да дефинишу методологију праћења и механизам мониторинга који би спречио нагомилавање обавеза државних апотека.
8. Оснаживање јавног апотекарског сектора кроз едукацију и увођење система квалитета кроз процес акредитације здравствених установа.
9. Изједначавање услова рада за приватне и државне апотеке, укључујући начин фактурисања према РФЗО, јачање менаџмента апотека.
10. Уређење система централизованих јавних набавки и последичних процедура на начин да се набавка лекова које финансира РФЗО обавља под истим условима у приватним и јавним апотекама.
11. У апотекама у руралним слабо насељеним подручјима, садашње јединице за издавање готових лекова у ван градским подручјима, где не постоји адекватна покривеност кадром, оснажити већом маржом и/или уговарањем здравствених радника у овим апотекама, како би њихово пословање било квалитетно и без губитака.

12. Јачање инспекцијске службе ради обезбеђење пуног поштовања донетих закона и подзаконских аката у свим областима пружања фармацеутских услуга, а посебно у делу присуства и одговорности магистара фармације код издавања лекова.
13. Проширити дијапазон услуга које могу пружати фармацеути на тржишту уз директно плаћање тих услуга апотекама од стране РФЗО-а. Размотрити повећање марже на лекове који се издају на рецепт.
14. Размотрити давање регионалних апотекарских установе у јавно-приватно партнерство, односно у концесију уз обавезу задржавања пуног пакета апотекарских услуга укључујући и нерентабилне, а демографски потребне услуге и у складу са дефинисаним географским и демографским критеријумима.

5.7. Заводи

5.7.1. Заводи за јавно здравље

- Специфични социјално-тржишни положај завода за јавно здравље изискује ново балансирање између све веће потребе за јавно здравственим интервенцијама и тенденцијом тржишног пословања ради остваривања профита.
- Средњорочно се планира хоризонтална институционална интеграција на начин да буде један завод по региону, према Плану мреже.
- Бивши окружни заводи постају огранци регионалног завода;
- Регионални заводи су законски и према статуту подређени линији одговорности Института за јавно здравље Србије "Др. Милан Јовановић Батут".
- Модел финансирања мора одговарати важности јавног здравља у друштву (нпр. подршка развоју здравствених политика, социјална медицина, подршка спровођењу политика, епидемиологија) из буџета на основу јасно описаног програма и резултата рада са гарантованим буџетом за вршење јавноздравствених функција у оквиру остваривања општег интереса и друштвене бриге за здравље.
- Микробиологија и услуге припреме и праћења програма – плаћање по услузи од РФЗО-а. Хигијена, учешће на међународним пројектима и сл. по тржишним принципима, али не смеју угрожавати основне функције.

Мара 5-7. Мрежа Завода за јавно здравље у Републици Србији према Плану оптимизације
Извор: Аутори

5.7.2. Заводи за трансфузију крви

- Уз постојећи Институт за трансфузију крви Србије у Београду и заводе у Новом Саду и Нишу, краткорочно треба формирати завод у Крагујевцу са посебном организационом јединицом у Ужицу. Ради квалитетнијег снабдевања ЗУ крвљу и крвним дериватима, Завод за трансфузију у Нишу треба да оснује организациону јединицу у Зајечару (за потребе ЗУ из региона Источне Србије). Исто тако, Институт за трансфузију крви Србије у Београду треба да оснује организациону јединицу у Земуну, аИнститут за трансфузију крви Војводине у Новом Саду треба да оснује организациону јединицу у Суботици.
- Сви заводи морају бити под надзором Института за трансфузију крви Србије;
- Хоризонтална функционална интеграција са службама за трансфузију крви у болницама;
- Крв и крвне деривате болнице купују од Завода/Института за трансфузију крви по ценама које укључују и амортизацију;

- С обзиром да заводи за трансфузију крви имају значајну улогу у друштву, инвестиције у ове заводе треба да буду приоритет.

Мара 5-8. Мрежа трансфузијских центара у Републици Србији према Плану оптимизације
Извор: Аутори

5.7.3. Остали заводи

5.7.3.1 Завод за медицину рада

- Једини завод за медицину рада у РС основан је као Институт за медицину рада и као национална установа задужена за праћење, планирање и развој делатности медицине рада остаје организован као до сада.

5.7.3.2 Завод за судску медицину

- Једини завод за судску медицину као самостална ЗУ постоји у Нишу. Предлаже се да сви заводи за судску медицину (у Новом Саду, Крагујевцу и Нишу) постану саставни део

Медицинских факултета (као што је у Београду), што би допринело њиховој већој независности од клиничких установа, а тиме и објективности у раду, а што је пракса и упоредних земаља у окружењу (Словеније, Хрватске и Северне Македоније).

5.7.3.3 Завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију

- Ова ЗУ једина се у Србији бави лечењем ове специфичне патологије и зато остаје организована као и до сада.

5.7.3.4 Завод за антирабичну заштиту

- Овај завод обавља здравствену делатност из области превенције и лабораторијске дијагностике беснила и других заразних болести, односно прати и проучава раширеност беснила и предлаже мере за његово сузбијање. С обзиром на ниску стопа инциденције беснила, подручја деловања (очување јавног здравља), као и потребе за бољом искоришћеношћу ресурса овог Завода, предлаже се да овај Завод и даље остане референтни центар за беснило и координира рад 27 антирабичних амбуланти на нивоу Србије, али као саставни део Института за јавно здравље Војводине. Кроз Институт, као установу терцијарног нивоа ЗЗ, овај завод може боље искористити потенцијале свог виваријума (узгој лабораторијских животиња) у сврху научно-истраживачких активности као и омогућити и остварење прихода на комерцијалном тржишту (нпр. за потребе фармацеутске индустрије и клиничка истраживања). Дакле, овај завод институционално се спаја са Институтом за јавно здравље Војводине.

5.7.3.5 Завод за биоциде и медицинску екологију

- У РС постоји само једна оваква ЗУ која обавља здравствене делатности у подручјупревентивне здравствене заштите становништва против заразних болести. С обзиром да послове превенције и контроле заразних и незаразних болести као и послове превенције и корекције фактора у животној средини који могу да утичу на здравствено стање људи спроводе центри у оквиру Батута (Центар за превенцију и контролу болести и Центар за хигијену и хуману екологију) предлаже се институционално спајање ове ЗУ са Институтом за јавно здравље Србије „Др. Милан Јовановић Батут".

5.7.3.6 Институт за вирусологију , вакцине и серуме „Торлак"

- Због специфичности своје примарне делатности (производња вакцина и серума која подлеже *GMP* нормама које нису специфичне за здравство него за фармацеутску производњу) овај институт остаје организован као и до сад.

5.8. Остало

5.8.1. Дијализни центри

Стратегија развоја делатности дијализе заснива се на препорукама и смерницама дефинисаним Уредбом о Националном програму превенције, лечења, унапређења и контроле бубрежне инсуфицијенције и развоја дијализе у Републици Србији до 2020. године[34], с обзиром да многе предложене активности нису до краја спроведене и треба их имплементирати у следећем периоду.

- Сви дијализни центри (тренутно њих 67) треба да раде највише у две смене, а стандард у лечењу дијализираних пацијената подразумева три до четири дијализе недељно у трајању од 4,5 до 5 х. То значи проширивање капацитета дијализних центара који раде у три смене где год је то просторно могуће извести, а где није, потребно је додатне капацитете уговарати са приватним здравственим установама;

[34] Службени гласник РС, бр.11 од 22.фебруара 2011.

Мара 5-9. Мрежа центара за дијализу у Републици Србији
Извор: Аутори (извештај Д2, Д3)

- Кадровско комплетирање свих дијализних центара који немају покривено пружање дијализе у свим сменама са лекаром (специјалиста интерне медицине или субспецијалиста нефрологије, изузетно у домовима здравља специјалиста опште медицине);
- Збрињавање акутних и хроничних стања треба да се врши по принципу референтне припадности здравственим установама терцијарног нивоа: Универзитетски клинички центар Србије, Универзитетски клинички центар Ниш, Универзитетски клинички центар Крагујевац, Универзитетски клинички центар Војводине или у средиштима региона (Ужице, Зајечар);
- Поред планирања кадра у области васкуларне хирургије, потребно је укључити опште хирурге, нефрологе и анестезиологе у едукацију у вези са израдом васкуларног приступа у

здравственим установама на терцијарном нивоу као и у здравственим установама на секундарном нивоу чиме би се смањио број упућивања пацијената у свега неколико дијализних центара (превасходно у Нишу и Београду - КБЦ Звездара, КБЦ Земун, ВМА и КЦС) и у исто време избегла вештачка оптерећеност тих центара дијализираним пацијентима[35] (поготово што код старијих пацијената са лошим крвним судовима потреба за успостављањем новог артериовенског (АВ) приступа може да постоји и неколико пута годишње). На тај начин би се повећао број болесника са благовремено урађеним сталним васкуларним приступом за дијализу, смањио би се број уграђивања централног венског катетера (ЦВК), а тиме и број и дужина хоспитализација, као и број компликација укључујући и интрахоспиталне инфекције;

- Повећање броја пацијената на перитонеумској дијализи (само 10% свих дијализираних пацијената је на овом облику дијализе), јер постоји могућност индивидуализације прилагођавања потребама и навикама оболелог[36]. Потребно је да медицински радници усаврше своја знања за адекватну селекцију болесника за примену ове врсте дијализе;
- Едукацијом кадра и пацијената подржати развој и заступљеност кућне хемодијализе, а нарочито у случајевима који захтевају вишесатни транспорт пацијената до и од дијализног центра, чиме би се подигао квалитет живота пацијената на дијализи, а у укупној суми чак и смањили трошкови дијализе узимајући у обзир да број компликација и скраћење живота расту са бројем пређених километара[37]. Такође, овим би се, радно активним пацијентима омогућило дијализирање у кућним условима, током ноћи, а несметано функционисање током дана. На овај начин смањио би се број одлазака у превремену пензију, што би такође имало позитивне финансијске ефекте;
- Јачање сарадње са службом хитне медицинске помоћи ради боље организације транспорта пацијената;
- Обезбеђење опреме и примена одговарајућих процедура усклађених са стандардима Европске уније. У складу са капацитетима дијализних центара и степеном искоришћености неопходне опреме, неопходно је планирање системског занављања апарата за дијализу уз поштовање броја дозвољених измена по апарату. Исто тако треба обезбедити опрему за реверзну осмозу као и проверу квалитета воде;
- Прилагођавање просторних капацитета дијализних центара према стандардима Европске уније;
- С обзиром да пацијенти на дијализи већим делом умиру од последица кардиоваскуларних болести (инфаркта миокарда до кога долази услед електролитног дисбаланса током саме дијализе или на путу кући) побољшање квалитета живота пацијената на дијализи представља кардиоваскуларна рехабилитација која ће се спроводити пренаменом постојећих капацитета у Институту за лечење и рехабилитацију „Нишка бања", Ниш (20 постеља) и у Специјалној болници за болести метаболизма и болести штитасте жлезде

[35] Атанасијевић Д., Шуловић М. Евалуација спровођења хроничног програма дијализе у Републици Србији код пацијената са завршном фазом бубрежне болести, о трошку средстава обавезног здравственог осигурања. ТИМОЧКИ медицински гласник Вол. 44 (2019. година SUPPLEMENT 2

[36] Стојимировић Б. Перитонеумска дијализа данас – могућности индивидуализације. Медицинска истраживања, - 44. Симпозијум стремљења и новине у медицини 7 - 11. децембар 2015. године

[37] Aminu K. Bello, Brenda Hemmelgarn, Meng Lin, BradenManns, Scott Klarenbach, Stephanie Thompson, Matthew James, Marcello Tonelli, for the Alberta KidneyDisease Network, Impact of remote location on quality care delivery and relation ships to adverse health outcomes in patient s withdiabetesandchronickidneydisease, *NephrologyDialysisTransplantation*, Volume 27, број 10. октобар 2012, стране 3849–3855, https://doi.org/10.1093/ndt/gfs267

„Златибор", Чајетина (10 постеља), који ће бити уговорени са Републичким фондом за здравствено осигурање;

- Планирање развоја јавно – приватног партнерства у области дијализе формирањем јединица за дијализу ван Плана мреже, у местима која према критеријумима имају већи број пацијената према моделу који је примењен у Новом Саду и Београду или по моделу успостављања јавно – приватног партнерства за кућне хемодијализе за пацијенте из удаљених области;
- Формирање јединствене базе података – националног регистра, за пацијенте који су у предијализној фази, пацијенте на дијализи и пацијенте након трансплантације, у Институту за јавно здравље Србије, како би се адекватно и правовремено планирала здравствена заштита за ову групу пацијената
- Израда стручно методолошког упутства о постављању дијагнозе, терапијском третману конзервативним приступом, примени дијализе и рехабилитацији особа са хроничном бубрежном инсуфицијенцијом и израда приручника за лекаре примарног нивоа здравствене заштите о раном откривању, лечењу, рехабилитацији и вођењу медицинске документације за пацијенте са ХБИ (контрола резидуалне бубрежне функције једном годишње за пацијенте који су под ризиком; едукација здравствених радника службе за лабораторијску дијагностику домова здравља о превентивном увођењу методе одређивања 24-сатног излучивања албумина у мокраћи односом протеин - креатинин у појединачном узорку; континуирана едукација изабраног лекара о мерама раног откривања бубрежне инсуфицијенције);
- Израда приручника за оболеле од ХБИ (свих пет стадијума, а не само за пацијенте на дијализи);
- Укључивање средстава јавног информисања ради подизања свести у општој популацији о ризику од лоших стилова живота и хроничних незаразних болести као и о циљевима и значају трансплатације како би се повећао број потенцијалних донора.

5.8.2. Неонатологија

- Регионална организација перинаталне здравствене заштите има три нивоа сложености:
    - на првом нивоу обезбеђује се нега здраве новорођене деце,
    - на другом нивоу је могуће и лечење одређених патолошких стања,
    - док трећи ниво подразумева интензивну терапију са мултидисциплинарним приступом.
- С обзиром на структуру мреже породилишта у односу на обим акушерског збрињавања (породилишта са малим бројем порођаја у рубним и руралним срединама), броја порођаја (као водећи критеријум за стандардизацију појединих нивоа неонаталне здравствене заштите), а уважавајући и одређене локалне и регионалне популационе, географске и саобраћајне карактеристике предлаже се, да се уместо на досадашња три нивоа неонаталне здравствене заштите (који прате и стратификацију целог здравственог система: примарни, секундарни и терцијарни ниво) неонатална задравствена заштита пружа само на два нивоа (секундарном и терцијарном). Примарни ниво би подразумевао основно збрињавање у ванболничким породилиштима (њих 6 од чега је 5 у функцији). Међутим, с обзиром на мали број порођаја у тим ванболничким породилиштима (просечно 80 порођаја по сваком породилишту или око 9 порођаја недељно укупно у свим породилиштима) и прихватљиве удаљености тих породилишта од најближе или гравитирајуће болнице (око 30 км) предлаже се да се порођаји обављају само у болничким породилиштима. Како се ради о укупно мало порођаја, породилишта у најближим или

гравитирајућим болницама имају довољно капацитета да се ови порођаји обаве у њиховим породилиштима што доприноси вишем нивоу сигурности како за мајку тако и за дете (просечна заузетост постеља на Одељењу за гинекологију и акушерство ОБ Суботица је 36%, у ОБ Нови Пазар 33%, у ОБ Лозница 60%, ОБ Врање 44% док у Београдским ЗУ заузетост постеља на акушерским одељењима износи 46%-95%)[38].

Секундарни ниво обезбеђује специјализовано збрињавање у породилиштима регионалних здравствених установа, док се у перинаталним центрима кроз функционално повезивање гинеколошко-акушерских и педијатријски клиника, реализује терцијарни ниво са мултидисциплинарним збрињавањем и неонаталном интензивном терапијом.

Табела 5-10. Приказ нивоа збрињавања у систему неонаталне здравствене заштите

Ниво		Обим збрињавања
Примарни (1)		Основно (ванболничко породилиште)(6) – порођаји се више не обављају на овом нивоу
Секундарни (2)	2А (2/1^0)	Специјализовано
	2Б (2/2^0)	
	2В ((2/3^0) 2В+(2/4^0)	
Терцијарни (3)	3А (3/1^0)	Мултидисциплинарно Неонатална интензивна терапија
	3Б (3/2^0)	
	3В (3/3^0)	

Извор: UNICEF канцеларија за Србију: Завршна студија Актуелно стање и могућности унапређења здравствене заштите новорођене деце у Србији (2014.)

- Као један од водећих принципа регионализације препозната је неопходност да се у случају високо ризичних трудноћа, правовременим антенаталним транспортом (транспорт *„in utero")* омогући рађање детета у породилишту са свим могућностима неонаталне интензивне терапије. То се посебно односи на децу рођену пре термина са веома малом телесном масом (ТМ< 1.500 гм). Значајнија редукција перинаталног и неонаталног морталитета на регионалном и националном нивоу може се постићи уколико транспорт „*in* utero" омогући да се најмање 80% (пожељно више од 90%) ризичне новорођене деце, пре свега оне рођене пре термина са веома малом телесном тежином, роди у породилишту са свим могућностима неонаталне интензивне терапије и неге.
- У случају друмског транспорта као најчешћег облика транспорта „ка себи", оптимална раздаљина и трајање превоза болесног новорођенчета износе 100 км или 1 сат вожње, док се као горње прихватљиве границе сматрају раздаљина од 160 км или 2 сата вожње[39].
- Транспорт „ка себи" може организовати установа која збрињава болесну новорођену децу на највишем, терцијарном нивоу. У том случају се као горња граница „одрживости система" сматра обављање до 200 транспорта годишње[40]. За већи обим (200-400 транспорта годишње) предлаже се тзв. централизовани транспорт који до пријемне установе обавља надлежна служба хитне медицинске помоћи. Формирање терцијарних, мултидисциплинарних перинаталних центара у Београду, Новом Саду, Крагујевцу и Нишу.

[38] Планско-извештајне табеле за 2019.годину, Батут
[39] UNICEF канцеларија за Србију: Завршна студија Актуелно стање и могућности унапређења здравствене заштите новорођене деце у Србији (2014.)
[40] ibid

- Организација рада лекара неонатолошких служби / одељења у свим болничким установама подразумева стално дежурство и приправност.
- Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине континуирано „24/7“ обавља транспорт „ка себи“ за целу територију АП Војводине. Већина, односно шест војвођанских породилишта налази се на удаљености која допушта ефикасно функционисања наведеног система. Изузеци су породилиште у Панчеву и Вршцу којима су ближи терцијарни центри у Београду (удаљеност Панчева од Београда 22 км, а од Новог Сада 107 км; удаљеност Вршца од Београда 86 км, од Новог Сада 141 км).
- Заступљеност и организованост постнаталног транспорта „ка себи“ треба да буде сведена на најмању могућу меру.
- С обзиром да је 40% породилишта са мање од 500 порођаја годишње (извештај Д2) тј. услед малог „волумена искуства“, недовољног и нерационалног коришћења опреме, као и ограничених могућности збрињавања болесне новорођене деце потребно је оптимизовати мрежу породилишта пре свега на примарном нивоу тј. укидањем породилишта у домовима здравља.
- Ризичне трудноће из породилишта са мање од 500 порођаја годишње правовремено се транспортују *„in utero“* (пре порођаја) у породилишта која могу пружити потребну интензивну неонаталну негу.

Мара 5-10. Породилишта која имају мање од 500 порођаја годишње
Извор: Аутори, Планско-извештајне табеле за 2019. годину, Батут

- Потребно је постићи да удео порођаја завршених царским резом у просеку није већи од 25% (средњорочно) односно 20% (дугорочно) (WHO)[41].
- Уведени су стандарди за породилишта: секундарни ниво здравствене заштите (2А-породилишта са мање од 350 порођаја, 2Б-порордилишта са 350-1.000 порођаја, 2В – порордилишта са 1.000-1.750 порођаја, 2В+породилишта са више од 1.750 порођаја), терцијарни ниво здравствене заштите (3А -за високо ризичне трудноће у перинаталним центрима, 3Б -одељења неонаталне интензивне терапије и неге у институтима и клиникама универзитетских центара, 3В - перинатални центри у Београду, Новом Саду,

[41] WHO Statement on Caesaerean Sectio Rates

Крагујевцу и Нишу који се формирају од породилишта за високоризичне трудноће-стандард 3А и одељења неонаталне интензивне терапије-стандард 3Б)[42].

- Повећање пренаталног транспорта (транспорт „”), уз истовремено значајно повећање могућности за потпуну неонаталну интензивну терапију у породилиштима терцијарних гинеколошко-акушерских установа (стандарди нивоа 3А , као и реализацију стандарда нивоа 2В+ у породилиштима која испуњавају потребне критеријуме).
- Стандарди за ниво 2В+ обезбеђени су у породилштима у Нишу, Ужицу, Новом Пазару, Врању, Суботици и Панчеву (због удаљености од перинаталних центара и/или великог броја порођаја)
- Повезивање – „умрежавање“ свих породилишта, института и клиника у јединствени информациони систем са могућностима да се у реалном времену сваком болесном новорођенчету које „уђе“ у здравствени систем омогући правовремена и одговарајућа дијагностика и терапија, укључујући и могућности видео конференција и консултација;

[42] UNICEF канцеларија за Србију: Завршна студија Актуелно стање и могућности унапређења здравствене заштите новорођене деце у Србији (2014.)

Мара 5-11. Секундарни ниво неонатолошке здравствене заштите
Извор: Аутори

- Синхронизација интерхоспиталног транспорта која би растеретила постојећи транспорт „ка себи“ Института за неонатологију (у ту сврху долази у обзир паралелно организовање познатог модела централизованог интерхоспиталног транспорта који у великим градовима обавља служба хитне медицинске помоћи).
- Такође у складу са савременом организационом концепцијом, у Београду се формирају два, а у Новом Саду, Крагујевцу и Нишу још три од укупно пет перинаталних центара колико је неопходно за целу Србију и то:
    - У Београдском региону перинатални центри су:
        - Институт за неонатологију (збрињава 55% болесне новорођенчади са територија целе Србије и 60% интерхоспиталног транспорта болесне деце из

београдских породилишта[43], збрињава највећи број ризичних трудноћа- више од половине њихових трудница, функционално је повезан са Универзитетском дечјом клиником која има делатност неонаталне кардиохирургије)

- Гинеколошко-акушерска клиника „Народни фронт“ (имају највећи број порођаја у РС, збрињава скоро 90% својих прематуруса са ТМ испод 1.500 гм[44] и функционално се повезују са Институтом за здравствену заштиту мајке и детета „Др. Вукан Чупић“)

- У региону АП Војводине перинатални центар је Институт за здравствену заштиту деце и омладине који је функционално спојен са УКЦ Војводине и једини има организоваан континуирани транспорт „ка себи“ 24/7
- У региону Шумадије и Централне Србије перинатални центар је у УКЦ Крагујевац
- У региону Јужне Србије перинатални центар је у УКЦ Ниш

- Региони Западне и Источне Србије који немају перинаталне центре на свом подручју, транспортују пацијенте према протоколима за збрињавање пацијената у случају потребе за терцијарном здравственом заштитом тј. иду ка најближем перинаталном центру и то:
  - ЗЦ Шабац и ЗЦ Лозница у Београд (Институт за здравствену заштиту мајке и детета „Др. Вукан Чупић“)
  - ЗЦ Ваљево и ЗЦ Ужице у Београд (Институт за неонатологију)
  - ЗЦ Прибој и ЗЦ Пријепоље у УКЦ Крагујевац
  - ЗЦ Смедерево и ЗЦ Пожаревац у Београд (Институт за неонатологију)
  - ЗЦ Смедеревска Паланка, ЗЦ Мајданпек и ЗЦ Петровац на Млави у УКЦ Крагујевац
  - ЗЦ Бор, ЗЦ Кладово, ЗЦ Неготин, ЗЦ Књажевац и ЗЦ Зајечар у УКЦ Ниш
- Перинатални центри имају за циљ организационо и фунционално повезивање терцијарних гинеколошко-акушерских установа са институтима и клиникама које поред неонаталне интензивне терапије обезбеђују мултидисциплинарни дијагностичко терапијски приступ свих области педијатријске делатности. Услови за одговарајућу реанимацију новорођенчета (опрема, обучена особа) и примену стандарда здравствене заштите прилагођених потребама мајке и детета (принципи *„Babyfriendy “*; *„Babyfriendly+“; „Motherfriendly*“) морају да буду обезбеђени на свим нивоима збрињавања.

[43] ibid
[44] ibid

Мара 5-12. Мрежа перинаталних центара према Плану оптимизације
Извор: Аутори

- У свим породилиштима примењују се међународни и национални стандарди здравствене заштите прилагођени потребама мајке и детета, а труднице, породиље и новорођена деца збрињавају се по принципима Стандарда регионалне организације збрињавања новорођене деце[45] уз примену оптималних процедура, протокола и водича добре праксе.
- У свим здравственим установама у којима се обављају порођаји и лече новорођена деца примењују се Стандарди здравствене заштите прилагођене потребама мајке и детета „BabyFriendly+", тј. акредитациони стандарди за породилишта и неонаталну здравствену

[45] ibid

заштиту са циљем да и превремено рођена деца и новорођенчад са ризиком имају изједначене стандарде са децом која су на време рођена и без ризика;

- У свим породилиштима и здравственим установама где се лече новорођена деца примењују се мере примарне превенције развојних поремећаја кроз релевантне поступке, скрининге, процене и правовремене интервенције:
    - озбеђивање сваком новорођенчету раног контакта са мајком, подстицање првог подоја у првом сату и даље могућности подоја на захтев новорођенчета, остваривање заједничког смештаја новорођенчета и мајке,
    - примена националних програма неонаталног скрининга конгениталне хипотиреозе и фенилкетонурије уз обезбеђивање адекватне терапије деци којој је она потребна,
    - спровођење програма неонаталног скрининга за рано откривање поремећаја слуха методом отоакустичких емисија уз набавку опреме и едукацију те обезбеђивање адекватне терапије (кохлеарних импланта, стимулације итд.) код деце којима су они потребни.
- Уз континуирани тренд пада наталитета и фертилитета, потребно је имати неонатологију и породилишта вертикално и хоризонтално високо интегрисана.
- Препорука је да се установе за неонатологију интегришу са породилиштем, како би се рационализовао кадар, инфраструктура и немедицинске службе.
- Делатност неонатологије мора бити доступна породилиштима на свим нивоима и превентивно деловати кроз надзор и едукација у центрима са вишим стопама антенаталне и перинаталне смртности.
- Треба узети у разматрање проширења капацитета породилишта у Београду.

5.8.3. Остале специјалне болнице

Специјалне болнице које обављају специфичне делатности (СБ за болести зависности, СБ за рехабилитацију и ортопедску протетику, Институт СБ за церебралну парализу и развојну неурологију, СБ за цереброваскуларне болести „Св. Сава“) или које не спадају ни у једну до сада обрађену категорију (СБ за реуматске болести Нови Сад, СБ за интерне болести Лазаревац, СБ за интерне болести Младеновац) такође су обухваћене планом оптимизације и то на следећи начин:

- СБ за болести зависности се спаја са Институтом за ментално здравље и постаје републички центар изврсности за лечење и борбу против разних зависности
- СБ за рехабилитацију и ортопедску протетику – припаја се Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“. Тиме настаје национални центар за ортопедију и елективну хирургију у оквиру којег се решава комплетна ортопедска казуистика: постоперативна рехабилитација као и све фазе ортопедске протетике код пацијената са ампутираним екстремитетима.
- СБ за церебралну парализу и развојну неурологију – спаја се са Универзитетском дечјом клиником са којом се спојила и Клиника за неурологију и психијатрију за децу и омладину чиме се добио један терцијарни клинички центар за лечење деце и омладине на нивоу Републике Србије
- СБ за цереброваскуларне болести „Св.Сава“ спаја се са УКЦ Србије – због епидемиолошких показатеља (извештај Д2) који указују да су кардиоваскуларне болести и њихове компликације најважнији узрок смртности у Републици Србији. Ова установа постаје републички центар изврсности за превенцију и лечење цереброваскуларних болести
- СБ за реуматске болести Нови Сад припаја се УКЦ Војводине и постаје центар изврсности за лечење реуматских болести за регион АП Војводина и кроз функционалну интеграцију координише ову делатност са осталим здравственим установама које се баве

реуматологијом. То су углавном специјалне болнице које се баве рехабилитацијом (СБ Меленци, СБ Апатин, СБ Стари Сланкамен, СБ Бања Кањижа)

- СБ за интерне болести Лазаревац функционално се спаја са КБЦ „Др Драгиша Мишовић“,а СБ за интерне болести Младеновац функционално се спаја са КБЦ „Звездара“. Функционалним повезивањем би се омогућила боља кадровска искоришћеност као и организација рада како у специјалистичким амбулантама тако и у покривању дежурства, а пацијентима домова здравља у Лазаревцу и Младеновцу, који иначе гравитирају ка КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ односно КБЦ „Звездара“ олакшао би се приступ секундарној и терцијарној здравственој заштити.

5.8.4. Војномедицинске установе

- Управа за војно здравство, као ужа организациона и функционална унутрашња јединица Министарства одбране Републике Србије, краткорочно и средњорочно и даље ће обављати послове руковођења војним здравственим установама и јединицама за здравствену заштиту Министарства одбране и Војске Србије.
- Здравствена заштита војних осигураника остварује се у 5 војномедицинских центара, 5 амбуланти и 3 болнице.
- Амбулантна и поликлиничка делатност војно-медицинских установа организована је у склопу Центра војномедицинских установа Београд (ЦВМУ) на 9 локација. ЦВМУ Београд је војна здравствена установа намењена за примарну и секундарну (специјалистичку) здравствену заштиту за све категорије војних осигураника како из Београда тако и са територије целе Републике Србије. Санитетски обезбеђује јединице и установе у гарнизону Београд, као и велики број гарнизона у Републици Србији. Центар у целини, поред здравственог збрињавања и осигурања, пружа и превентивну медицинску заштиту за две трећине територије Републике Србије. Такође, обавља све врсте прегледа и специјалистичке оцене способности војних лица, војних обвезника, регрута и кандидата за пријем у војну службу. ЦВМУ Београд чине:
    - Управа
    - Војномедицински центар Карабурма
    - Војномедицински центар Нови Београд са амбулантом “Бежанија”
    - Војномедицински центар Славија са амбулантама: "Церак", “Бањица”, “Војна академија” и “Војна гиманзија”
    - Војномедицински центар хитне помоћи
    - Центар за превентивну здравстевну заштиту
    - Логистички вод
- Стационарно лечење војних осигураника је организовано у склопу мреже јавних здравствених установа:
    - Војна болница Нови Сад (60 постеља),
    - Војна болница Ниш (100 постеља) и
    - Војномедицинска академија (500 постеља уговорених са РФЗО од укупно 1.200)[46].
- Према доступним подацима, Војномедицински центар Нови Сад има просечну заузетост постеља 17,68%, Војна болница Ниш 22,55%, Војномедицинска академија 94,85%, тако да је

[46] Само се Војномедицинска академија наводи у предрачуну за накнаде од РФЗО-а за 2020. годину

потребно извршити усклађивање броја уговорених постеља и ускладити их са регионалним капацитетима у јавној мрежи.

- С обзиром да те установе нису у ингеренцији Министарства здравља, као и да се примарно финансирају из Фонда за социјално осигурање војних осигураника (даље: ФСОВО), потребно је посебно регулисати контролу извршених здравствених услуга плаћених од стране РФЗО за лечење цивила, нарочито обрачун стационарног лечења.
- Дугорочно се може размотрити стављање те установе под ингеренцију Министарства здравља како би се избегла двострука линија надређености, јер се примарно ради о здрављу осигураника, а тек секундарно о пословима одбране и безбедности.

5.8.5. Лабораторијска и радиолошка дијагностика

- Према ставу 2 члана 31. Закона о здравственој заштити ("Сл. гласник РС", бр. 25/2019): „две или више здравствених установа могу организовати заједничке медицинске службе за лабораторијску, рентген и другу дијагностику, као и заједничке немедицинске службе за правне, економско-финансијске, техничке и друге послове“. Такође, у Уредби о Плану мреже здравствених установа („Сл.гласник РС, ”, бр.5 од 22. јануара 2020.) у чл. 18 уведена је одредба да се „У здравственом центру, као јединствене функционалне и радне целине организују лабораторијска, радиолошка и друга дијагностика,…“
- Здравствене установе треба да имају могућност да добију брзе и тачне лабораторијске налазе на аналитичким апаратима који су правилно баждарени и редовно сервисирани.
- Софистицирана дијагностика треба да буде консолидована на нивоу региона у највећој болници 3. или 4. категорије/здравственом центру у сарадњи са регионалним заводом за јавно здравље у циљу постизања високог волумена у технолошки савременој лабораторији, и то нарочито генетска испитивања, онколошки маркери, микробиологија (ПЦР, ХПВ и сл.), молекуларна медицина као и високодиферентна патохистологија (и цитологија (ЛБЦ и сл.), а нека посебна испитивања централизована на нивоу Републике/АП.
- За потребе пандемијских околности потребно је организовати лабораторије које захтевају специфично поступање при спровођењу тестирања/дијагностичких поступака због опасности од заразе. Уз тренутно 2 COVID лабораторије, планирано је отварање још две лабораторије у којима ће се спроводити оваква тестирања. Уз садашње капацитете COVID лабораторија у Универзитетском клиничком центру Србије у Београду и УКЦ Ниш организују се још две лабораторије: у УКЦ Војводине и УКЦ Крагујевац чиме би се дневно омогућило спровођење 9.000 тестова. Додатно би се успоставиле две „walk-in““ лабораторије: 1 на аеродрому „Никола Тесла“ у Београду и 1 на аеродрому „Констатнтин Велики“ у Нишу чиме би се осигурала већа контрола потенцијалног „улаза“ инфективних особа у Републику Србију и тиме се појачала контрола експанзије заразне болести.
- Биће организован и редовни и брзи транспорт свих узорака, а налази су видљиви и електронски кроз ИЗИС односно улазе директно у електронски картон осигураника и видљив је овлашћенима на свим нивоима здравствене заштите.

5.9. Приватне здравствене установе

- Око 20% здравствене потрошње *per capita*осигураници сами плаћају из сопствених џепова и то претежно приватном сектору који у Републици Србији расте и заузима значајан део људских ресурса (уз значајан ангажман специјалиста из јавног сектора кроз допунски рад у приватним установама) и располажу опремом и инфраструктуром;

- Краткорочно све приватне здравствене институције морају да заврше процес регистрације при АПР-у који ће бити консолидован са подацима установа у јавној својини;
- Данас РФЗО уговара на годишњем нивоу одређени број медицинских поступака са приватним сектором нпр. лечење неплодности, операције катаракте, услуге хемодијализе, геронтолошке услуге, хипербаричне медицинске услуге, ултразвучне прегледе и др. као и издавање лекова у приватним апотекама. Постоје капацитети по питању кадрова, опреме и простора да се те исте услуге пружају у установама у јавној својини, али због неефикасног управљања долази до генерисања листа чекања.
- У зависности од званичног става Министарства здравља, приватни сектор може се у већој или мањој мери интегрисати у здравствени систем финансиран од стране РФЗО-а, уз одговарајуће смањење капацитета у установама у јавној својини; краткорочно се предлаже да се 20% капацитета радиолошке дијагностике уговори са приватним сектором као што је предложено у документу: „Нацрт плана улагања у медицинску опрему (Компјутеризована томографија, Магнетна резонанца, Ултразвук)“
- Србија има врхунске стручњаке у области здравства и велики потенцијал за привлачење туриста посебно у области стоматологије и естетске хирургије у установама у приватној својини, али и за високо софистициране медицинске захвате у болницама у јавној својини.
- Влада Републике Србије треба да пружи механизме помоћи здравственом туризму како би се искористили сви потенцијали, а земља постала препозната дестинација на европској мапи здравственог туризма.

6. Инфраструктура и инвестиције у складу са Нацртом Стратегије

Стратегија планираних интервенција и инвестирања у инфраструктуру здравствених установа предлаже се на основу Нацрта стратегије оптимизације мреже установа здравствене заштите Републике Србије и њен је саставни део, као и стандарда ЕУ за пројектовање здравствених установа.

6.1. Акутна здравствена заштита

6.1.1. Примарна здравствена заштита

Циљ Оптимизације плана мреже је повећање квалитета доступности здравствених услуга уз тенденцију за коришћење постојеће инфраструктуре без великих инвестиција у објекте примарне неге. Анализом постојеће инфраструктуре утврђено је да је већина објеката довољних просторних капацитета које је потребно реорганизовати пренаменом, адаптацијом и унапређењем система инсталација. За спровођење ових интервенција потребно је имплементирати важеће стандарде и препоруке Европске Уније у систем стандарда Републике Србије.

У процес усвајања стандарда неопходно је укључити надлежне националне институције као што су Институт за стандардизацију, Инжењерска комора, Универзитети итд. Правилником о ближим условима не треба дефинисати стандарде за просторну организацију и капацитете објеката и простора за пружање здравствене неге.

Нацрт стратегије оптимизације мреже установа здравствене заштите Републике Србије са Смерницама за израду плана развоја здравствене заштите до 2035. године, као основну организациону јединицу акутне здравствене заштите препознаје Тимове примарне заштите, који укључују лекаре опште праксе и специјалисте опште медицине, педијатре, гинекологе и стоматологе ради лакше организације посла и дефинисања норматива.

Простор потребан за обављање основних делатности Тима, подразумева 4 ординације за по једног лекара основних делатности примарног нивоа заштите уз просторе за пацијенте и особље, као и просторе за одржавање. Санитарни простори и простори за особље и одржавање се могу делити у случају додавања мултифункционалних амбуланти.

Табела 6-1. Просторије за потребе Тима примарне здравствене заштите

Минималне просторне потребе Тима примарне здравствене заштите	
Назив просторије	Површина(м^2)
Ординација доктора опште праксе	18
Ординација стоматолога	18
Ординација педијатра	18
Ординација гинеколога	18
Припрема пацијента	13
Пријем и картотека	13
Чекаоница	18
Тоалети за запослене	18
Тоалети за пацијенте	18
Превијалиште/Интервенције	24
Соба за медицинске сестре	13
Остава чистог материјала	6
Остава за прљави материјал	9

Остава средстава за чишћење	6
Укупно	210

Извор: Аутор, Стандарди Италије, Декрет ДПР 14.01.1997., Edilizia per la sanità, Ospedali – Presidi medici e ambulatoriali, Struture in regime residenziale, Ferdinando Terranova

6.1.1.1 Дом здравља

Дом здравља представља основну карику здравственог система и као такав има стратешку важност, јер је место првог контакта грађана са здравственим системом. Потребно је да просторним капацитетима одговори основним захтевима дијагностике и превентиве мултифункционалним просторима у којима је омогућено пружање услуга и приватног сектора. Поред превентивних и куративних услуга у Домовима здравља пружају се саветодавне услуге и едукативни програм како пацијентима тако и медицинском особљу.

Табела 6-2. Основне просторије Дома здравља

Бр.	Просторија
1	Чекаоница са тоалетима
2	Администрација/Архива
3	Пулт за кафу/воду
4	15 ординација (са гардеробом и тоалетом где је неопходно)
5	Социјална служба
6	Радна станица за медицинске сестре
7	Докторска соба
8	2 просторије за превијање и мање интервенције
9	2 просторије за узимање лабораторијских узорака/вакцинација
10	Писање извештаја
11	Остава чистог материјала
12	Остава прљаво
13	Остава опрема
14	Соба за одмор особља
15	Тоалети за особље
16	Сала за састанке
УКУПНО корисна површина 2000м^2	

Извор: Аутор, Италијански декрет ДПР 14.01.1997.

а) Патронажна служба

б) Лечење у кући

Патронажна служба и лечење у кући организују се у оквиру услуга дома здравља и тима примарне заштите без захтева за додатним просторним капацитетима. Инвестиције је потребно преусмерити на обнављање возила за обављање ових делатности.

в) Дијагностика

Планом оптимизације Домови здравља третирани су као нуклеус здравственог система државе, где се становницима пружа основна здравствена нега на општем нивоу ради превентиве и очувања индивидуалног и колективног здравља. Поред превенције и лечења хроничних незаразних болести, очувања здравља жена и деце, палијативне неге и патронаже у Домовима здравља врше се специјалистички прегледи у складу са стратешким смерницама оптимизације Плана мреже. Како би се омогућила доступност специјалистичких консултантских услуга у Домовима здравља,

неопходно је да простори буду капацитетом и опремом усклађени за ову врсту услуга и у складу са стандардима.

Специјалистичко - консултативне амбуланте у Домовима здравља:

Домови здравља су језгро примарне неге у Србији. Организација великог броја људи који посећују амбулантна одељења, сложен је организациони и логистички изазов. У циљу стварања приступачног окружења оријентисаног на пацијента, адекватног за пружање услуга неге и лечења неопходно је поштовање препорука и стандарда за планирање, дизајн и реализацију просторија погодних за различите клиничке намене. У сврху дефинисања просторних капацитета амбуланте за вишеструку намену користиће се HBN (Health Building Notes) препоруке и IHFG (International Health Facility Guidelines) смернице и Италијанским стандардима за пројектовање медицинских простора.

Принципи пројектовања и захтеви опремања за општу амбуланту односе се подједнако на бројне специјалистичке консултантске просторе. Стандардна просторија за консултације / прегледе може се користити за специјалистичке дисциплине:

1. Без посебних измена, уз коришћење доступних просторних капацитета;

2. Доношење посебне опреме у собу за специјалистичке прегледе. Потребно је предвидети складиште опреме у близини;

3. Планирањем фиксне опреме која пружа окружење за неколико сличних специјалистичких примена.

Стандардна соба за консултације / прегледе која се може користити за више врста специјалистичких дисциплина омогућава пружање свеобухватне и комплетне неге на примарном нивоу. Ови простори морају бити опремљени утичницама за електричну енергију за додатно напајање специјалистичке опреме, мрежним утичницама за компјутерску подршку и имплементацију интегрисаног ИТ система, прикључак на водовод и канализацију за једно место за прање руку.

У Домовима здравља приоритет је пружање примарних здравствених услуга, али и у складу са стварним потребама осигураника омогућено је периодично пружање специјалистичких услуга. Анализирани су инфраструктурни капацитети домова здравља и за сваки од њих предложиће се број заједничких мултифункционалних амбуланти. Увођењем мултифункционалних амбуланти домови здравља могу понудити посебне вечерње или викенд специјалистичке услуге, изван јавног здравственог система, а које могу пружити додатни независни извор финансирања институције. У институцијама са просторним капацитетима већим од потребних, овакве амбуланте се могу издавати приватном сектору у здравству.

Стандардна просторија треба да буде довољно велика да се омогући кретање најмање два клиничара око кревета / колица за преглед са приступом пацијенту са обе стране. Треба имати довољно простора за пратњу са децом, и маневар инвалидских колица за особе са посебним потребама. Амбуланте се могу користити у наставне сврхе, тако да морају бити довољно велике да могу примити 1-2 студента, доктора на пракси и сл.

Према стандарду површина амбуланте за консултације и прегледе:

Стандардна амбуланта	18

Амбуланта са одвојеним простором за гардеробу или тоалет за пацијента	24

Намена амбуланте су консултације, прегледи, дијагностика и одређивање терапије. Немедицинска опрема амбуланте је сто са рачунаром, столица доктора и кауч за преглед са параваном. Простор одвојен параваном мора бити довољан да се пацијент у приватности може скинути/обући, уз асистенцију уколико је потребно. Кревет за прегледе је потребно да буде доступан са обе стране. Потребно је обезбедити место за прање руку и место за чување санитетског материјала. Стандардно опремљену амбуланту може користити, социјални радник, психијатар, психолог или уз увођење покретне опреме специјалисти офтамологије, неурологије, кардиологије, интернисти или дерматовенеролози.

Простори за радиолошку дијагностику:

Радиолошка дијагностика на примарном нивоу подразумева ултразвучне прегледе, рендген снимања, мамографију. Ови простори морају бити планирани према стандардима за пружање ове врсте специјалистичких услуга.

Ултразвучни кабинет може користити више специјалиста. Кабинет је величине стандардне амбуланте са креветом за преглед – 18 м^2. Соба за мамографију је потребно да има мањи простор за пресвлачење од 4м^2 уз собу за преглед. Рендген соба је простор од 45 м^2, са простором за припрему пацијента, контролну собу за техничара и техничку собу у коју се смешта опрема која омогућава и подржава рад апарата. Рендген зона се мора заштитити од утицаја Рх зрачења.

У институцијама примарне неге рендген дијагностику обавља техничар без сталног присуства радиолога. Простор мора бити опремљен системом за телерадиологију, слање и читање извештаја од стране радиолога специјалисте на даљину.

Просторни капацитети за гинеколошку амбуланту нису захтевнији од капацитета за стандардну амбуланту, осим захтева за простором за медицинску сестру, пријем пацијента и припрему.

Лабораторијска дијагностика у Домовима здравља подразумева основне услуге анализе крви и урина уз организацију простора пријема, узимања узорака и простора за анализу. Простор је неопходно организовати на приземљу објекта уз зону уласка у објекат. Простор мора бити опремљен системом свих инсталација како би се остварили сви неопходни услови за рад, као и протоколима за понашање запослених и пацијената уз посебне мере за третман отпада.

Све комплексније анализе укључујући микробиологију врше се у већим лабораторијама на градском, регионалном нивоу уз унапређење система транспорта узорака и резултата. Инвестицијама у развој лабораторијске дијагностике за време пандемије COVID-19, Србија је унапредила инфраструктуру за ове потребе (Нова лабораторија у Београду УКЦС, лабораторија у Нишу у изградњи). Укључивањем лабораторија из приватног сектора у здравствени систем услуга лабораторијске дијагностике се може унапредити без инвестиција у нову инфраструктуру.

Здравствене станице као огранци Домова здравља се задржавају уколико инфраструктурна опремљеност објеката испуњава услове за пружање здравствене неге. Могуће је планирати мање инвестиције у постојеће капацитете уколико је анализом демографије, епидемиолошке слике и потреба становништва приказано да је постојање здравствене станице неопходно. У неким случајевима развој система транспорта пацијената до најближе установе Дома здравља је ефикасније и рентабилније решење.

Здравствене станице које се могу задржати, морају пре свега бити стабилни објекти са неоштећеним спољашњим омотачем и условима за спровођење свих неопходних инсталацијама у објекту.

Одржавање објеката примарне заштите и инвестиције у објекте се планирају и њима се управља централизовано на нивоу региона у складу са величином и потребама установе.

Услуге физикалне медицине се пружају у Домовима здравља по потреби и за дијагностику се могу користити мултифункционалне амбуланте. Терапија се пружа у за то опремљеним салама. Анализа постојећег стања приказује да је физикална терапија у домовима здравља заступљена у виду електротерапије, ултразвучне терапије, магнетне терапије и вежби. Простори за пружање физикалне терапије већином нису одржавани и неопходне су интервенције за њихово привођење намени. Ове интервенције не захтевају велика улагања ии могуће је реализовати их у краткорочном периоду од 3 године без проширивања капацитета али уз примену стандарда за ову врсту просторија.

д) Дентална медицина

Стоматолошке здравствене услуге према важећим прописима морају бити доступне лицима до 18 година и грађанима старијим од 65, као и осетљивим групама становништва, и пружају се на акутном нивоу здравствене заштите од стране тимова примарне здравствене заштите. У зависности од броја становника гравитационог подручја једног тима и/или Дома здравља одредиће број стоматолошких ординација. Ординација мора бити минимум површине 18 м^2, са подним разводом електро инсталација, канализације и водовода, прикључке на електро мрежу и одвојено место за прање руку и инструмената, обезбеђено јако адекватно осветљење, препоручено ЛЕД бело светло, и материјализацију за болничке објекте лаку за одржавање.

Анализом постојећег стања стоматолошких ординација у институцијама примарне неге закључено је да су неопходне инвестиције у адаптацију ових простора и занављање опреме. Инвестирањем у кадрове и омогућавање проширења делатности специјалиста у приватној пракси уз учешће у инвестирању, обнову и опремање остварује се профит и за институцију и за појединца[47].

е) Стационарно лечење

Стационарно лечење на примарном нивоу здравствене заштите није оправдано са становишта просторних капацитета и ангажовања кадрова. Нацртом Стратегије оптимизације здравственог система Републике Србије одустаје се од овог модела. Постојећи капацитети на примарном нивоу су у лошем стању и захтевају веће инвестиције, због чега се овај модел у крајевима где је практикован замењује патронажном службом, улагањем у медицинска возила и кадар медицинских сестара са специјализацијом за пружање медицинских услуга на примарном нивоу осигураницима који ту врсту помоћи захтевају.

Постојећи просторни капацитети од случаја до случаја могу бити пренамењени у амбуланте за консултације и преглед, специјалистичке ординације или просторе за терапију. Могућност коришћења за дневну болницу.

[47] Позитиван пример из праксе: Дом здравља Савски венац у Београду

Табела 6-3. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Домова здравља

Краткорочне мере период 1-3 година	**Средњорочне мере Период 3-7 година**	**Дугорочне мере Период 7-15 година**
• Дефиниција услуга за пружање на нивоу примарне здравствене заштите и процена расположивих капацитета • Омогућити функционалност постојећих капацитета • Обезбедити редовно одржавање установа увођењем активности управљања установама у здравству.	• Процена могућих побољшања и повећања капацитета у постојећим објектима у складу са планом оптимизације • Омогућити обједињавање више функционалних целина захваљујући променама потреба становништва у времену планирањем инвестиција за функционални развој	• Инвестиционо планирање које ће обезбедити просторни развој и обнављање - редовно у складу са развојем институције • Редовно одржавање зграда уз централизацију управљања објектима и *outsourcing* немедицинских услуга

Извор: Аутор

6.1.1.2 Заводи

a) Заводи за здравствену заштиту студената
b) Завод за здравствену заштиту радника
c) Завод за денталну медицину
d) Завод за геријатрију и палијативно збрињавање
e) Завод за кожне и венеричне болести
f) Завод за плућне болести и туберкулозу

У краткорочном временском периоду интервенције у инфраструктуру се планирају само у обиму обезбеђивања енергетске ефикасности, и побољшања услова рада улагањем у адаптацију унутрашњих простора, санитарних чворова и санирањем инсталационих система где је неопходно.

Табела 6-4. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Завода

Краткорочне мере период 1-3 година	**Средњорочне мере Период 3-7 година**	**Дугорочне мере Период 7-15 година**
• Дефиниција и процена постојећих капацитета • Примена стандарда у планирању и извршењу • Интервенисати на објектима који најлакше могу да се прилагоде потребама здравствене заштите дефинисанимпланом оптимизације • Улагање у објекте у складу са расположивим средствима • Увођење менаџмента/управљања установама у здравству.	• Одређивање мреже објеката за инвестирање у периоду од 5 до 10 година • Имплементирати стратегију и јасна правила у процесу планирања • Развој управљања објектима у здравству ради осигурања одржавања простора	• Планирање већих инвестиција како би се испунили циљеви стратегије и осигурало довољно објеката у складу са планирањем мреже - постизање приступачности здравствене заштите • Редовно одржавање зграда уз централизацију управљања објектима и *outsourcing* немедицинских услуга.

Извор: Аутор

6.1.2. Секундарна здравствена заштита

Табела 6-5. Типологија болница

Популација	Ниво пружања услуга	Типологија болнице	Специјалистичке услуге
25.000 – 50.000 становника	Секундарна здравствена заштита	Локална (општа) болница 1. категорије	- Интерна медицина - Општа хирургија - Гинекологија и акушерство - Педијатрија - Ортопедија и траума - Поликлиника - Специјалистичке дисциплине одређеним данима
50.000-300.000 становника	Секундарна здравствена заштита	Окружна (општа) болница 2. категорије	- Интерна медицина - Општа хирургија - Гинекологија и акушерство - Педијатрија - Стоматологија и орална медицина - Геријатрија/Палијативна нега - Ортопедија и траума - Поликлиника - Офтамологија - Оториноларингологија - Радиологија и Физикална терапија - Дијетологија - Здравствена и Социјална помоћ
300.000 -400.000 становника	Секундарна здравствена заштита	Окружна (општа) болница 2. категорије	- Офтамологија - Оториноларингологија - Урологија - Неурологија - Дерматовенерологија - Стоматологија и орална медицина - Инфективне болести - Психијатрија - Геријатрија/Палијативна нега - Продужено лечење - Радиологија и Физикална терапија - Патолошка и патоанатомска хистологија - Микробиолошка хемијска клиничка испитивања - Анестезија и Траума - Интерна Фармакологија

			▪ Дечија неуропсихијатрија ▪ Дијетологија ▪ Здравствена и Социјална помоћ ▪ Форензика ▪ Едукација медицинског особља
>1.000.000 становника	Терцијарна здравствена заштита	Регионалне болнице (Институти, Клинике, клинички центри и клиничко болнички центри) (3. категорија)	- Кардиологија - Хематологија - Кардио-хирургија - Неуро-хирургија - Пластична хирургија - Грудна хирургија - Остале специјалистичке гране

Извор: Аутор, Италијански стандард за пројектовање објеката у здравству, Декрет ДПР 14.01.1997.

6.1.3. Локална општа болница 1. категорије

- *Краткотрајна хоспитализација акутно оболелих и повређених на секундарном нивоу: <3,5 болничких постеља на 1.000 становника;*
- Болница у потпуности функционална у 4 основне гране медицине - **интерна медицина, гинекологија и акушерство, педијатрија и хирургија** и са службама за анестезиологију са реанимацијом, основну радиолошку дијагностику, основна ортопедија и траума, основну клиничко-биохемијску и хематолошку дијагностику, патологију и патохистологију, као и пријем, тријажу и збрињавање ургентних стања, чиме обавља 95% секундарне здравствене заштите у тим делатностима;
- Анализа оптималних површина за локалну општу болницу 1. категорије дата је у Анексу 1 и за гравитационо подручје од ~ 70.000 становника – 240 болничких кревета, према стандарду од 70-100 м^2 по болничком кревету захтева површину од 16.800-24.000м$^{2.}$

Табела 6-6. Заступљеност функционалних целина у локалној општој болници 1. категорије

Оптимални проценат заступљености три основне функционалне целине у локалној (општој) болници 1. Категорије	
Одељења – стационарни сектор	30-35%
Дијагностика и терапија	50-55%
Сектор опште службе	15%
Укупно	**100%**

Извор: Аутор, Италијански стандард за пројектовање објеката у здравству, Декрет ДПР 14.01.1997.

Мере које је потребно спровести како би се унапредила инфраструктура намењена локалним (општим) болницама 1. категорије у циљу имплементације стратегије оптимизације здравственог система.

Табела 6-7. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Локалне опште болнице 1. категорије

Краткорочне мере период 1-3 година	**Средњорочне мере Период 3-7 година**	**Дугорочне мере Период 7-15 година**
• Дефиниција и процена постојећих капацитета • Примена стандарда у планирању и извршењу • Интервенисати на објектима који су у могућности да се	• Одређивање мреже објеката за инвестирање у периоду од 5 до 10 година • Имплементирати стратегију и јасна правила у процесу планирања	• Планирање већих инвестиција како би се испунили циљеви стратегије и осигурало довољно објеката у складу са планирањем мреже -

развију за задовољавање успостављених потреба за негом према плану оптимизације • Улагање у објекте у складу са расположивим средствима • Увођење менаџмента/управљања установама у здравству.	• Увести приватни сектор у немедицинске услуге, обнову и просторни развој ових зграда - кухиње, прање веша • Развој управљања објектима у здравству ради осигурања одржавања простора	постизање приступачности здравствене заштите

Извор: Аутор

6.1.4. Окружна/градска општа болница 2. категорије

- *Краткотрајна хоспитализација акутно оболелих и повређених на секундарном нивоу: <3,5 болничких постеља на 1.000 становника;*
- Болница је у потпуности функционална у делатностима **интерне медицине, гинекологије и акушерства, педијатрије,хирургије као и онкологије (хемиотерапија), неурологије, психијатрије, инфектологије, дерматовенерологије; урологије, оториноларингологије, офталмологије, физикалне медицине и рехабилитације** као и службе за анестезиологију са реанимацијом, дијагностичку и интервентну радиологију, клиничко-биохемијску и хематолошку дијагностику, патологију и патохистологију, трансфузиологију, као и пријем, тријажу и збрињавање ургентних стања, а остале случајеве шаље у најближу болницу 3. категорије
- Анализа оптималних површина за окружну општу болницу 2. категорије дата је у Анексу 1 и за гравитационо подручје од ~ 100.000 становника – 350 болничких кревета, према стандарду од 70-100 м^2 по болничком кревету захтева површину од 24.500-35.000м$^{2.}$

Табела 6-8. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Окружне опште болнице 2. категорије

Краткорочне мере период 1-3 година	**Средњорочне мере Период 3-7 година**	**Дугорочне мере Период 7-15 година**
• Укључивање професионалних стручњака у модификацију постојећих националних стандарда и омогућавање примене ЕУ норматива • Усвајање детаљне листе стандарда на националном нивоу за нове болничке зграде и прописа за обнову и адаптацију у складу са технолошким захтевима • Пажљиво и детаљно планирање интервенција у складу са расположивим финансијским средствима • Оформити регионално тело са правним, финансијским и техничким стручњацима за процену планираних инвестиција и одлучивање о приоритетима	• Поједноставити поступак добијања дозвола за изградњу нових болничких установа у складу са законским оквиром РС • Дефинисати поступке за реконструкцију, посебно за зграде под заштитом Завода за заштиту споменика културе. • Увести приватни сектор у немедицинске услуге, обнову и просторни развој ових зграда - кухиње, прање веша • Развој управљања објектима у здравству ради осигурања одржавања простора	• Нова изградња и велике интервенције на постојећим објектима које захтевају вишегодишњи поступак пројектовања и издавања дозвола, као и брижљиво планирање инвестиција због дугог периода имплементације и извођења • Редовно одржавање зграда уз централизацију управљања објектима и *outsourcing* немедицинских услуга.

• Процена установа чији је капацитет најближи жељеном броју кревета, са одговарајућом стопом попуњености капацитета хоспитализације, способних да задовоље потребе здравствене заштите и које захтевају најниже трошкове обнове. • Увођење менаџмента/управљања установама у здравству.		

Извор: Аутор

6.1.5. Терцијарна здравствена заштита

6.1.5.1 Регионалне болнице (Институти, Клинике, клинички центри и клиничко болнички центри) (3. категорија)

- Краткотрајна хоспитализација акутно оболелих и повређених на секундарном и терцијарном нивоу: <3,5 (секундар) и <0,85 (терцијар) болничких постеља на 1.000 становника;
- У болницама се обављају **све делатности 2. категорије болница и најмање 70% делатности 3. категорије**.
- Анализа оптималних површина за регионалну болницу 3. категорије дата је у у Анексу 1 и за гравитационо подручје од ~ 100.000 становника – 350 болничких кревета секундарне неге и 85 болничких кревета терцијарне неге, према стандарду од 70-100 м^2 по болничком кревету захтева површину од 30.450-43.500м$^{2.}$

Табела 6-9. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Регионалне болнице 3. категорије

Краткорочне мере период 1-3 година	**Средњорочне мере Период 3-7 година**	**Дугорочне мере Период 7-15 година**
• Дефинисање приоритета због лоших инфраструктурних услова објеката • Укључити све стране у процес дефинисања приоритета. Дефинисати улоге за сваког од учесника у процесу службеном уредбом (представници владе, здравствене установе, пројектанти, извођачи и финансијери) • Због дугог периода имплементације планираних инвестиција у инфраструктуру, потребно је увести процедуре за олакшавање тендерског поступка, за омогућавање контролисаног и редовног повлачења кредитних средстава и успостављање стабилног новчаног тока	• Планирање треба да обухвати додатне капацитете за омогућавање коришћења објеката у периодима са повећаним захтевима као што су пандемије • Омогућити укључивање широке мреже извођача у процес тендера • Обезбедити стабилно тржиште за Извођаче радова • Ограничити политички утицај на спровођење стратешких планова • Контролисати све процесе улагања - дизајн, набавку, тендере, управљање, надзор, извођење, финансирање • Улагати у тим за менаџмент/управљање одређеног објекта.	• Стална унапређења стандарда у складу са светском праксом у овој области и развој опреме и технологије • Омогућавање сталног развоја великих здравствених система, укључујући функционалан, просторни и технолошки развој • Редовно одржавање зграда са развојем снажног менаџмента/управљања објектима у овој врсти институција.

• Омогућавање транспарентних набавки и тендера • Успостављање процедура за управљање и праћење свих радова у току извођења • Увести праксу дизајнирања у складу са наменским буџетом • Укључити финансијске стручњаке да управљају расподелом средстава на планираним извршењима • Увести буџетирање према интервенцији и обрнуто планирање у складу са буџетским средствима • Увођење менаџмента/управљања установама у здравству		

Извор: Аутор

6.1.5.2 Централна републичка (национална) болница 4. категорије

- *Краткотрајна хоспитализација акутно оболелих и повређених на терцијарном нивоу: <0,85 болничких постеља на 1.000 становника;*
- Болница пружа специјалистичке услуге за мањи број осигураника са тешким болестима које се ретко појављују и тиме траже уску мултидисциплинарну сарадњу између бројних искусних и посебно високообразованих стручњака, као и посебну дијагностичку и терапијску опрему која је скупа и захтевна за употребу
- Анализа оптималних површина за Централну републичку болницу 4. категорије дата је у у Анексу 1 и за гравитационо подручје од 1.000.000 становника – 850 болничких кревета, према стандарду од 70-100 м^2 по болничком кревету захтева површину од 59.500-85.000 м$^{2.}$

Табела 6-10. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Централне републичке болнице 4. категорије

Краткорочне мере период 1-3 година	**Средњорочне мере Период 3-7 година**	**Дугорочне мере Период 7-15 година**
• С обзиром на већ наменска финансијска средства за интервенције и изградњу нових Клиничких центара Србије, али и дуг период реализације инвестиција, потребно је увођење строгих процедура за контролу и управљање средствима и извршење. • Увођење менаџмента/управљања установама у здравству.	• Омогућити укључивање широке мреже извођача у процес тендера • Обезбедити стабилно тржиште за извођаче радова • Ограничити политички утицај на спровођење стратешких планова • Контролисати све процесе улагања - дизајн, набавку, тендере, управљање, надзор, извршење, финансирање • Улагање у тим за менаџмент/управљање одређеног објекта.	• Стална унапређења стандарда у складу са светском праксом у овој области и развој опреме и технологије • Омогућавање сталног развоја великих здравствених система, укључујући функционалан, просторни и технолошки развој • Редовно одржавање зграда са развојем снажног менаџмента/управљања објектима у овој врсти институција.

Извор: Аутор

6.2. Продужено лечење

6.2.1. Специјалне болнице за рехабилитацију

Специјалне болнице за рехабилитацију пружају мултидисциплинарне услуге са циљем да унапреде функционални статус пацијента и обезбеде опоравак од последица акутне повреде или болести, побољшају стање пацијента са хендикепом.

Као и друге области здравствене неге, модели пружања услуге рехабилитације константно напредују. На ово утичу:

- Клинички развој: значајно више категорија пацијената се може опоравити применом услуге рехабилитације што је омогућио развој медицинске технологије и метода лечења
- Организациони развој здравствених институција: међусобна сарадња и просторна повезаност више медицинских дисциплина и особља омогућава здружени вид неге на више нивоа
- Технолошки развој: Напредном технологијом развијене су технике лечења које постају рутина у пружању рехабилитационе неге (кинематска анализа, електромиографија -емг, ергонометрија итд)

Болнице за рехабилитацију имају специфичну социјално-тржишну позицију због чега се инвестиције у ове објекте морају пажљиво планирати како би капацитети били доступни лежећим пацијентима, спољним пацијентима, али и тржишту. Поред лежајног капацитета центри за рехабилитацију пружају велики распон терапија и дијагностике за којима постоји тражња која омогућава тржишно пословање ових институција ради остваривања профита.

Стандарди за планирање специјалних болница за рехабилитацију:

<0,50 болничких постеља на 1.000 становника;

Поред стационарног капацитета специјална болница за рехабилитацију захтева посебне просторе за терапију и консултантске услуге приказане у табели за болницу до 100 болничких кревета и болницу до 300 болничких кревета.

Табела 6-11. Минималне просторне потребе за клинику за рехабилитацију

Капацитет кревета	**< 100 болничких кревета**		**100-300 болничких кревета**	
Просторија	**Количи-на**	**Површина (м²)**	**Количи-на**	**Површина (м²)**
Улазна зона/Пријем				
Пријемни пулт	1	12	1	15
Чекаоница	1	20	1	30
Место за остављање колица	1	4	1	4
Зона за непокретне пацијенте	2	10	4	10
Тоалет за особе са инвалидитетом	1	6	1	6
Тоалети	2	4	2	4
Површина пријемне зоне		70		99
Комуникација %		25		25
Укупно		**87**		**123**
Консултације и Прегледи				

Мултифункционална ординација(Физијатар, Неуролог, Ортопед)	2	18	4	18
Мултифункционална ординација(Нутрициониста, Клинички Психолог, Социјални радник)	2	18	4	18
Остава за опрему уз специјалистичке кабинете	2	9	4	9
Површина консултације и прегледи		90		180
Комуникација %		25		25
Укупно		**112**		**225**
Физикална терапија				
Прање руку	4	1	6	1
Простор за помагала	1	6	1	10
Остава чистог материјала	1	14	1	14
Остава за средства за чишћење	1	7	1	10
Сала за вежбе	1	60	1	80
Сала за вежбе – деца	1	40	1	60
Гипс сала/мобилизација	1	14	1	14
Остава за материјал	1	15	1	20
Остава за справе за вежбање	1	20	1	20
Тоалет за особе са инвалидитетом	1	6	2	6
Соба за третман	1	14	1	14
Масажа	1	14	2	14
Укупно радна терапија		214		288
Комуникација %		30		30
Укупно		**278**		**374**
Електро терапија				
Гардероба (мушка/женска) пацијенти	2	20	2	24
Гардероба (мушка/женска) особље	2	12	2	14
Сала за електротерапију	1	120	1	200
Остава за опрему	1	12	1	16
Радна станица особље	2	5.5	2	5.5
Ласер терапија	2	12	4	12
Сала за терапију парафином	1	40	1	60
Тоалет за пацијенте са асистенцијом	2	6	2	6
Припрема парафина	1	9	1	9
Ултразвучна терапија	1	14	2	14
Светлосна терапија – УВА, УВБ лампе	1	14	2	14
Укупно електро терапија		320		460
Комуникација %		30		30
Укупно		**416**		**598**
Заједнички клинички помоћни простори				
Остава за чист веш	2	2	2	2
Пункт за Прву помоћ/оживљавање	1	1.5	1	1.5
Остава чистог материјала	1	6	1	6
Соба за чистачице и материјал за чишћење	1	12	1	12
Соба за консултације	2	14	2	14
Остава прљаво	1	9	1	9
Остава за отпад	1	9	1	9
Мала сала за састанке	1	12	1	12

Гипс сала – имобилизација повреда	1	14	1	14
Укупно заједнички клинички помоћни простори		97		97
Комуникација %		25		25
Укупно		**121**		**121**
Простори за особље				
Сала за састанке и едукацију	1	20	1	25
Директор клинике	1	12	1	12
Кабинет начелника физикалне терапије	1	12	1	12
Радна станица физиотерапеута	2	5	4	5
Одмор особља	1	18	1	20
Тушеви	2	3	2	3
Тоалети	2	3	2	3
Укупно простори за особље		85		103
Комуникација %		25		25
Укупно		**106**		**129**
Укупно Рехабилитација		**1121**		**1571**

Извор: Аутор, International Health Facility Guidelines: Rehabilitation, 2014.

Приликом планирања нових објеката за рехабилитацију, поготово у болницама које услуге нуде на тржишту, потребно је предвидети и додатне врсте терапијских услуга, које захтевају просторне капацитете за терапију, магацин опреме и техничке просторије за инсталације. Ове просторије захтевају пажљиво планирање свих прикључака и капацитета инсталација, као и обраде зидова, подова и плафона.

У савременим болницама за рехабилитацију се временом одустаје од хидротерапије из хигијенских разлога и скупих трошкова одржавања, па се овај вид услуга пружа у специјализованим објектима у местима са природним изворима топле и лековите воде који поред здравствених услуга, пружају услуге бањског рехабилитационог туризма и орјентисани су на тржиште.

Табела 6-12. Минималне просторне потребе за Хидротерапију

Хидротерапија				
Гардероба (мушка/женска) пацијенти	2	20	2	24
Гардероба (мушка/женска) особље	2	12	2	14
Базен за хидротерапију	1	150	1	240
Остава за опрему базена	1	12	1	16
Радна станица особље	2	5.5	2	5.5
Тушеви за пацијенте	2	4	4	4
Туш за пацијенте са асистенцијом	2	4	2	4
Тоалет за пацијенте са асистенцијом	2	6	2	6
Припрема воде	1	15	1	20
Хидромасажа	1	20	2	20
Каде	1	20	2	20
Укупно хидротерапија		320		479
Комуникација %		30		30
Укупно		**416**		**623**

Извор: Аутор, International Health Facility Guidelines: Rehabilitation, 2014.

Стратешко планирање развоја инфраструктуре специјалних болница за рехабилитацију неопходно је спровести уз свеобухватну анализу постојећих капацитета и њихових могућности да задовоље потребе дефинисане Нацртом стратегије.

Табела 6-13. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Специјалних болница за рехабилитацију

Краткорочне мере период 1-3 година	Средњорочне мере Период 3-7 година	Дугорочне мере Период 7-15 година
• Процена постојећих капацитета и улагање расположивих средстава за објекте који могу да задовоље специфичне здравствене потребе уз најниже трошкове обнове. • Планирати интервенције за задовољење тржишта које су потребне због услуга оријентисаних на профит • Увођење менаџмента/управљања установама у здравству.	• Интервенције на постојећим објектима са захтевним функционалним променама које захтевају велика улагања, а у складу са остваривањем циљева стратегије оптимизације здравственог система РС • Увести приватни сектор у пружање немедицинских услуга, обнову и просторни развој ових зграда - кување, прање веша. • Развој управљања објектима у здравству ради осигурања одржавања простора	• Улагања у нове објекте • Редовно одржавање зграда уз централизацију управљања објектима и outsourcing немедицинских услуга.

Извор: Аутор

6.2.2. Специјалне болнице за туберкулозу, плућне болести или друга хронична обољења

Стандард за Продужено лечење и дуготрајну хоспитализацију оболелих од ТБЦ, плућних болести и др.: <0,20 болничких постеља на 1.000 становника;

Болница обавља секундарну и терцијарну здравствену заштиту у специјалистичкој области, планира се да капацитетом задовољи потребе региона 800.000-1.000.000 становника. У средњерочном периоду планирано институционално функционално спајање установа на нивоу региона.

Табела 6-14. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Специјалних болница за туберкулозу, плућне болести или друга хронична обољења

Краткорочне мере период 1-3 година	Средњорочне мере Период 3-7 година	Дугорочне мере Период 7-15 година
• Процена постојећих капацитета и улагање расположивих средстава за објекте који могу да задовоље специфичне здравствене потребе уз најниже трошкове обнове. • Увести праксу дизајнирања у складу са наменским буџетом • Укључити финансијске стручњаке да управљају расподелом средстава на планираним извршењима • Увести буџетирање према интервенцији и обрнуто	• Увођење плана улагања за велике интервенције на постојесћим објектима због просторних потреба и функционалне реорганизације • Увести приватни сектор у немедицинске услуге, обнову и просторни развој ових зграда - кување, прање веша • Развој управљања објектима у здравству ради осигурања одржавања подручја	• Омогућавање сталног развоја великих здравствених система, укључујући функционалан, просторни и технолошки развој • Редовно одржавање зграда уз централизацију управљања објектима и outsourcing немедицинских услуга.

планирање у складу са буџетским средствима • Увођење менаџмента/управљања установама у здравству.		

Извор: Аутор

6.3. Дуготрајно хронично лечење

6.3.1. Специјалне болнице за психијатрију

Стандард броја кревета према броју становника: Продужено лечење и дуготрајну хоспитализацију психијатријских болесника: <0,45 болничких постеља на 1.000 становника;

Нацртом стратегије оптимизације здравственог система предложено је институционално и функционално спајање на нивоу региона постојећих специјалних болница за психијатријско лечење уз планирање инвестирања у инфраструктуру која би задовољила регионалне потребе лечења. У краткорочном периоду проценом инфраструктуре, капацитета и могућности за интервенцију у постојећим установама према установљеним приоритетима за улагања из Извештаја Д2 и Д3. Обим интервенција и инвестиције за сваки од постојећих објеката биће дефинисане у оквиру Извештаја Д5. Средњорочно спајањем више специјалних болница, у координацији са доносиоцима одлука на државном нивоу инвестирати у развој регионалних центара за психијатријско лечење, интервенцијама и проширењем постојећих капацитета и/или евентуално изградњом нових објеката.

Табела 6-15. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Специјалних болница за психијатрију

Краткорочне мере период 1-3 година	**Средњорочне мере Период 3-7 година**	**Дугорочне мере Период 7-15 година**
• Процена постојећих капацитета и улагање расположивих средстава за објекте који могу да задовоље специфичне здравствене потребе уз најниже трошкове обнове. • Усвајање плана дистрибуције услуга психијатријског лечења • Увођење менаџмента/управљања установама у здравству.	• Дистрибуција потребних капацитета по регионима, пренаменом постојећих објеката у складу са Планом мреже • Интервенције на инфраструктури постојећих психијатријских здравствених установа у циљу пружања услуга друге намене. • Додељене капацитете прерасподелом услуга оспособити за пружање психијатријског лечења • Контролисати све процесе улагања - дизајн, набавку, тендере, управљање, надзор, извођење, финансирање	• Улагања у нове објекте • Редовно одржавање зграда уз централизацију управљања објектима и outsourcing немедицинских услуга. • Улагање у тим за менаџмент/управљање одређеног објекта.

Извор: Аутор

Намена дуготрајног психијатријског лечења је да се пацијенту са менталном болешћу обезбеди сигурна нега у што мање рестриктивном амбијенту. Потребе пацијената се разликују и зависе од више фактора: дијагноза, пол, године, дужина хоспитализације. Неке од услуга и простора се планирају за специфичне групе пацијената док се остале планирају за употребу ширег опсега пацијената.

Психијатријске установе за дуготрајно лечење у Србији су у незавидном положају с обзиром на инфраструктуру стару више од 50 – 70 година, чак и 1 век и дугогодишње занемаривање потреба ових пацијената, неулагањем у неопходну обнову простора.

Табела 6-16. Просторне карактеристике у односу на потребе корисника

Потребе корисника	**Опис просторних карактеристика**
Приватност и достојанство	Раздвојити улазе за пацијенте и особље из сигурносних разлога. Пацијенти се смештају у болесничке собе са највише 3 кревета и купатилом. Омогућена им је контрола светла, вентилације и климатизације. Могућност закључавања соба од стране корисника уз контролу од стране особља.
Сигурност и обезбеђење	Пацијенти ће користити просторе за терапију уз контролу особља. Пацијент се мора осећати сигурно у простору у коме се терапија примењује.
Простор	Планирање простора зависи од типологије услуга које се пружају. Различити амбијенти се предвиђају како би се омогућила радна терапија.
Смештај особа са инвалидитетом	Одређени број смештајних јединица и купатила планирати за особе са инвалидитетом. Омогућити приступ свим заједничким и терапијским просторима
Простори за социјализацију	Контакт са спољашњим светом је важан део терапије и опоравка. Предвидети просторе где се пацијенти могу сусрести са пријатељима и породицом.
Специфичности полног раздвајања	Одељења се морају раздвајати по полу пацијената. Опремање се врши у истом маниру како би простори били флексибилни.
Приступ спољашњим просторима	Улази/излази из одељења морају бити контролисани од стране особља. Контакт са спољашњим простором обезбедити у контролисаном окружењу.
Разноликост активности	Од велике важности је обезбедити простор за групну терапију, социјалне и рекреативне намене. Мултифункционални простори су флексибилни за одржавање радне терапије, психијатријске процене, групних терапија и сл.
Здрав начин живота	Увођење физичке активности у терапијске сврхе утиче на побољшање менталног здравља пацијента. Предвидети просторе за вежбање и рекреацију затвореног типа и на отвореном.
Простор за контемплацију	Добра пракса показала је да у психијатријским установама планирање собе за медитацију, релах и молитву може утицати позитивно на стање пацијента
Природно осветљење и вентилација	Позитивни аспекти добро планираног простора који утичу на позитиван исход менталног здравља пацијента
Чисти, добро одржавани објекти	Хигијена, чисти услови и редовно одржавање објеката су приоритет у свим болничким установама. Планирање на дугорочном нивоу треба да узме у обзир карактеристике материјала и обрада.
Пријатно окружење	Пацијенти показују боље резултате у пријатном непретећем амбијенту, са што мање болничких карактеристика.
Сузбијање буке	Паметно планирање болничког објекта уз позиционирање бучних простора на удаљености од болничких соба и коришћење материјала који сузбијају ширење буке.

Избегавање преокупираности простора	Преокупираност простора у којима бораве пацијенти може стварати анксиозност и тензију. Пажљивим планирањем заједничких простора за терапију и боравак пацијената ово се може избећи.
Оставе	Предвидети довољно простора за одлагање личних ствари пацијената

Извор: Аутор, Health Building note 03-01: Adult Acute mental health units, International Health Facility Guidelines:Mental Health unit-Adult

Табела 6-17. Просторне потребе специјалистичке клинике за психијатријско дуготрајно лечење

Улазна зона	
1	Главни улаз/Пријем
2	Чекаоница/caffe/тоалети
3	Соба за посете
4	Канцеларија/банка/сеф
5	Канцеларија адвоката/правника
6	Интервју соба
7	Соба за суђење/конференс сала
8	Простор за молитву/размишљање/медитацију
9	Архива
Зона за пацијенте	
10	Одељење – собе са 2 и 3 кревета и купатилом
11	Једнокреветна соба – Изолација
12	Соба за особе са инвалидитетом
13	Психијатријска интензивна нега
14	Апартман
15	Купатило за пацијенте са асистенцијом
16	Заједнички простори
Помоћне просторије	
17	Дистрибутивна кухиња одељења
18	Чајна кухиња за пацијенте
19	Соба са ормарићима за личне ствари пацијената
20	Остава чистог материјала
21	Остава прљавог материјала
22	Отпад
Терапијски простори	
23	Третман соба
24	Терапија
25	Сигурна соба за третман пацијента под полицијским надзором
Простори за особље	
26	Кабинети доктора
27	Главна сестра
28	Радна станица особље
29	Одмор особља
30	Гардероба особље
31	Тоалети особље
Укупна површина специјалистичке болнице за гравитационо подручје од **300.000** становника и **135** болничких кревета је **13.500м^2**	

Извор: Аутор, Health Building note 03-01: Adult Acute mental health units

Психијатријске болнице за децу планирати према стандардима за ову врсту простора, као јединице у оквиру дечијих болница, болница секундарне и терцијарне заштите или одвојених

специјалистичких болница. Пацијенти могу имати различите нивое проблема менталног здравља, поремећаје и захтевне облике понашања који се морају третирати на сигуран и ефикасан начин. Специјалне болнице или одељења за процену менталног стања деце између 10-12 година и адолесцената до 16-18 година планирају се са посебном пажњом. Просторне карактеристике ових одељења у великој мери могу утицати на побољшање менталног здравља, социјалног и психолошког аспекта болести. Потребно је омогућити дневни боравак породице и пријатеља као и њихов смештај уколико је неопходно у циљу постизања бољих резултата лечења.

Простори за боравак пацијената како на дечијим тако и на одељењима за одрасле морају бити планирани уз употребу материјала и намештаја који не омогућавају самоповређивање или повређивање других, са контролисаним отварањем прозора, без оштрих ивица, угодни за боравак пацијента.Потребно је створити пријатељско окружење, које смирује, погодно за едукацију, социјални програм и физичке активности.

6.3.2. Специјалне болнице за продужено лечење и палијативну негу

У Републици Србији увођење палијативне неге у систем здравствене заштите се спроводи опредељивањем одређеног броја кревета за збрињавање палијативних пацијената у здравственим установама примарног и секундарног нивоа неге и пружањем услуге кућног лечења на локалном нивоу у најудаљенијим местима са старијим становништвом.

Узимајући у обзир демографске податке и чињеницу о старењу становништва представљених у Извештајима Д2 и Д3 епидемиолошка слика Републике Србије и индикатори здравља, показују да је потреба за стратешким планирањем развоја капацитета за палијативно збрињавање приоритет здравствене политике. Стандарди за пружање услуга палијативног збрињавања су захтевни у смислу обезбеђивања просторних капацитета, нивоа здравствене неге и комплексности пружања услуга.

Да би се палијативна нега пружала у кућним условима, неопходна је едукација особља и формирање специјалних тимова за ове потребе. Приватни сектор и удружена финансирања од стране донатора из иностранства започели су праксу бесплатне помоћи пацијентима у терминалној фази у кућним условима. Неколико приватних хосписа је регистровано у Београду.

- За пружање палијативне неге на примарном нивоу неопходно је:
  - Оснивање центра за координацију служби за кућно лечење и негу у Републици Србији на примарном нивоу здравствене заштите у Заводу за геронтологију, Београд
  - Организационо и кадровско јачање службе кућног лечења и неге уз обавезу оснивања служби за кућно лечење и негу у свим домовима здравља, у јединицама локалне самоуправе које имају преко 25.000 становника (62 дома здравља, Табела ХМП , Анекс 6)
  - Могућност оснивања мобилних палијативних тимова: један на 100.000 становника
  - Могућност оснивања волонтерских палијативних тимова: један на 40.000 становника
  - Могућност организовања дневног центра за палијативну негу: један који покрива 150.000 становника
- На секундарном нивоу здравствене заштите одељења за палијативно збрињавање организују се у постојећим здравственим установама у близини породице тако да

терминални пацијенти могу видети своје најмилије (удаљеност од куће цца 1х). С обзиром на просечну искоришћеност капацитета за акутно лечење (око 70%), у тим установама се може организовати посебно одељење за збрињавање треминалних пацијената (најмање 8-12 постеља). Ова одељења морају бити планирана у складу са препорукама ЕУ за пројектовање простора за палијативну негу. Собе су једнокреветне уз довољно капацитета за терапију и смештај пратиоца, боравак породице минималне квадратуре

- Капацитети за палијативно збрињавање усклађују се са ЕУ смерницама[48] - 80 постеља на 1.000.000 становника што би за Републику Србију значило укупно 560 кревета. Распоред 300 кревета према предлогу Стратегије, а осталих 260 постеља треба распоредити у здравствене установе (предлог у Табели Аналитика ДЗ, Анекс 6)
- На терцијарном нивоу здравствене заштите именује се консултативни тим који успоставља сарадњу са тимовима на примарном и секундарном нивоу и пружа стручну помоћ у решавању проблематике пацијената који су на палијативном збрињавању. У консултативном тиму су доктор медицине, специјалиста одређене гране медицине и медицинска сестра са високим или вишим образовањем.

Пракса у земљама које већ деценијама развијају услуге палијативне медицине је планирање хосписа, установа које су посвећене и плански организоване искључиво за пружање палијативне неге.

У развијеним друштвима, палијативна нега подразумева бригу о пацијенту али и породици оптимизујући квалитет живота уз методе за предвиђање, превентиву негу и суочавање са патњом и болом због тешког исхода болести. Палијативна нега у континуитету праћења болести укључује обраћање на физичке, интелектуалне емотивне, социјалне и духовне потребе пацијента и његове породице, пружајући пацијенту аутономију да одлучује о исходу болести уз доступност информацијама.
Хосписи су специјализоване смештајне јединице за пружање палијативне неге за пацијенте у терминалној фази болести у којима се пружају емотивна, психолошка и медицинска помоћ како пацијенту, тако и члановима породице како би исход болести дочекали достојанствено у пријатељском, не строго болничком окружењу уз сву неопходну помоћ и негу.

Здравствени систем Србије не препознаје потребу за оваквим установама, а услови смештања пацијената у болницама за дуготрајно лечење се не разликују од пружања стандардне болничке неге, због чега је пацијентима у терминалном стадјуму и њиховим породицама, хоспитализација веома често последњи избор.

Стратегија развоја палијативне неге мора подразумевати комбинацију кућног лечења увођењем тимова за збрињавање терминалних пацијената, пружање болничког дуготрајног лечења у оквиру болничких капацитета уз реорганизацију просторних капацитета и опредељење посебних објеката за палијативну негу – хосписа. Неколико приватних хосписа је регистровано у Београду.

Смернице за просторно планирање хосписа из праксе и препорука ЕУ и САД:

- Приземни објекти, лако доступни возилу хитне помоћи
- Собе за боравак пацијента и породице 50-100м2
- Просторије за психолошко саветовање
- Просторије за медицинску помоћ

[48] White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, Recommendation from the European Association for Palliative Care, European Journal of palliative care,2009; 16(6)

- Тоалети за особе са инвалидитетом и тоалети за третман пацијента уз асистенцију
- Контакт са зеленилом
- Просторије религиозне намене.

6.4. Хитна помоћ

6.4.1. Прехоспитална хитна медицинска помоћ

Реформа Хитне медицинске помоћи захтева пре свега улагање у кадрове и инвестицију у унапређење интегрисаног диспечарског и информационог центра.

Домови здравља који имају службе за хитну медицинску помоћ просторно захтевају једну амбуланту за доктора ургентне медицине и собу за диспечара уз санитарни чвор и пријемну чекаоницу за пацијенте. У случају изабраног дежурног лекара у Дому здравља за потребе хитне медицинске помоћи користе се постојећи капацитети амбуланти.

Заводи за хитну медицинску помоћ распоређени су у по један у сваком региону, Нови Сад, Београд, Крагујевац, Ниш, Ужице и Зајечар.

Град Крагујевац је инвестирао у нови објекат Хитне помоћи који је почео је са радом 2014. године. У Новом Саду изградњу новог објекта Завода за хитну медицинску помоћ заједнички су финансирали град Нови Сад и АП Војводина. Завод је отворен 2018. године.

Завод за ХМП у Нишу је засебни објекат у оквиру Клиничког центра Ниш, изграђен 1975. године у неадекватном стању по питању инфраструктуре и инсталација. Мастер планом за реконструкцију Клиничког центра Ниш планирана је обнова објекта Хитне помоћи. Инвестиције и планирано време реконструкције нису познати. Процена неопходних инвестиција на 10 милиона РСД.

Санација Градског завода за хитну медицинску помоћ у Београду биће извршена у три фазе. Прва фаза подразумева изградњу новог блока А, у другој фази се планира обнављање и делом надоградња блока Б, док се у трећој фази реконструише блок Ц. Укупна површина нове Хитне помоћи Београда је 8000 м2, у којој ће се поред простора савременог диспечарског центра налазити едукативни центар са салом за предавања и кабинетима за обуку специјализаната, сталне тренинге екипа Хитне помоћи и обука грађана за пружање прве помоћи. У новом објекту хитне медицинске помоћи планирано је измештање центра за детоксикацију/трежњење из Хитне помоћи Војно медицинске академије. ВМА у том случају прима само пацијенте са озбиљним симптомима тровања. Локација Хитне помоћи омогућава брзи трансфер детоксикованих/отрежњених пацијената до Ургентног центра КЦС и Болнице за психијатријске болести „Др. Лаза Лазаревић“.

Почетак радова на санацији планиран је 2020. а процењена вредност је 16 милиона евра. Средства су обезбеђена из ИПА фондова и кредита Града Београда од Европске банке за обнову и развој.

Простори Завода за ХМП у Ужицу и Зајечару морају задовољити потребе хитне службе према стандардима и формирају се у оквиру Здравствених центара.

6.4.2. Хитна медицинска помоћ у оквиру болничке делатности

6.4.2.1 Пријемно ургентна одељења

Стандарди за планирање интервенција на инфраструктури пријемно ургентних одељења:

International Health Facility Guidelines, Part B: Health Facility Briefing&Design, 75 Emergency Unit, 2017.

Health Building Note 15-01: Accident and emergency departments, 2013.

Пријемно ургентна одељења хитне медицинске помоћи се стратешки развијају у болницама округа или региона 2. и 3. категорије секундарног нивоа или регионалним болницама 3. и 4. категорије терцијарног нивоа лечења, а позиционирају се у односу на број припадајућих осигураника и мрежу саобраћајних путева у земљи.

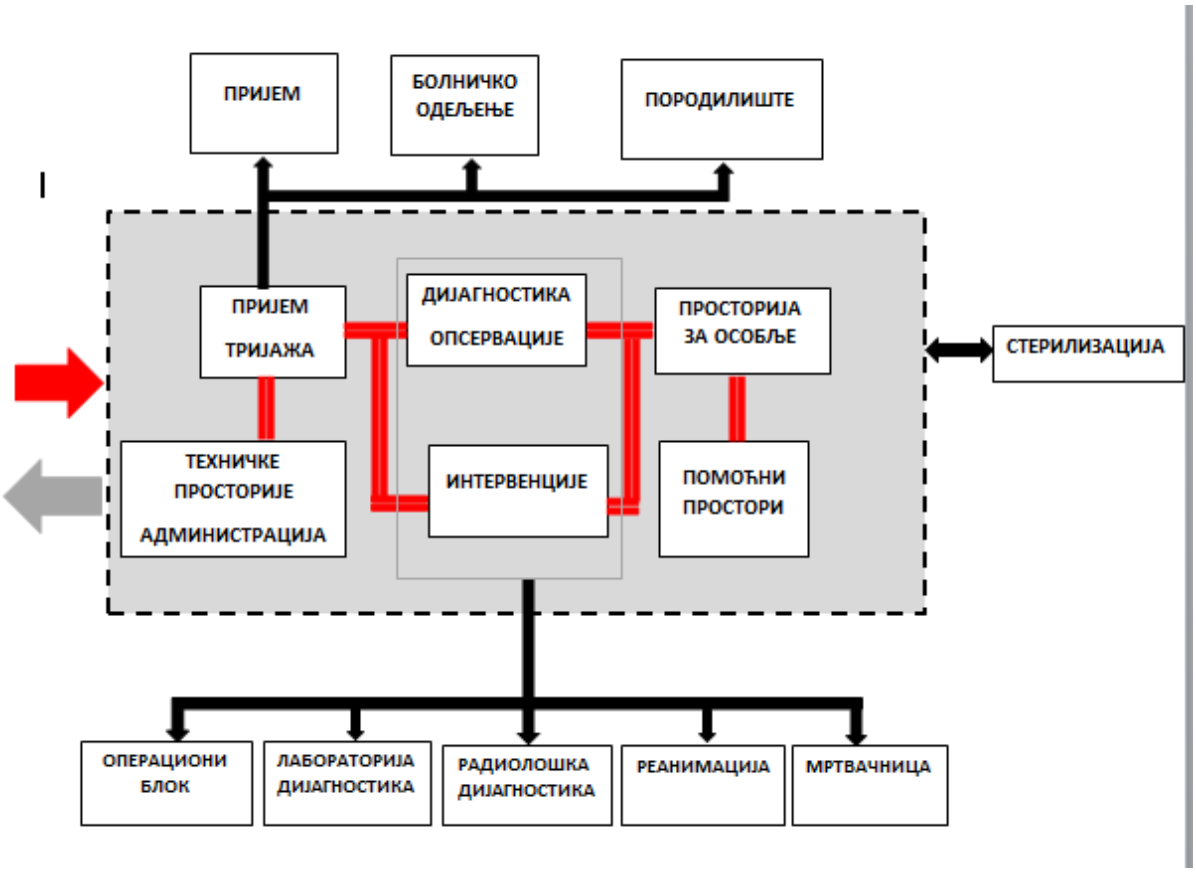
Просторне потребе пријемног ургентног одељења у болници 2. категорије.
Италијански стандард за планирање објеката у здравству прописује простор од 660 м^2 за медицинске функције и 25% од корисне површине за комуникацију, што укупно чини 825 м2 за пријемно ургентно одељење хитне медицинске помоћи у болници од 120 болесничких кревета.

Табела 6-18. Обавезне просторије према стандарду у пријемно ургентном одељењу

УРГЕНТНИ ПРИЈЕМ ~ 660м^2	
Пријемно одељење ~ 250м^2	
Бр.	Просторија
1.	Улаз за пацијенте
2.	Улаз за амбулантна возила - хладна соба
3.	Чекаоница за пратиоце са тоалетима и освежењем
4.	Пријемни пулт
5.	Полиција
Тријажа	
6.	Пријем и тријажа покретних пацијената
7.	Пријем пацијената довезених амбулантним возилом
8.	Одвојене чекаонице за пацијенте са различитим нивоима повреда
Прва помоћ – Прегледи ~ 260м^2	
9.	Тушеви за деконтаминацију
10.	Соба за детоксикацију
11.	Траума, оживљавање
12.	Боксеви за преглед и третман пацијената у озбиљном стању
13.	Боксеви за преглед и терапију пацијената који чекају резултате и опсервацију пре отпуштања - лакша стања
14.	Сала за гипс
15.	Терапија и посматрање
Простори за запослене ~ 80м^2	
16.	Главна сестра
17.	Дежурни доктор
18.	Особље – соба за рад
19.	Соба за особље – одмор
20.	Тоалети за запослене
Помоћни простори ~ 50м^2	
21.	Остава чистог материјала
22.	Остава прљаво
23.	Остава инструмената и медицинског материјала
24.	Остава за носила и колица
25.	Органски отпад

Извор: Standardi Italije, Dekret DPR 14.01.1977., Edilizia per la sanità, Ospedali – Presidi medici e ambulatoriali, Struture in regime residenziale, Ferdinando Terranova
International Health Facility Guidelines, Part B: Health Facility Briefing&Design, 75 Emergency Unit, 2017.

Пријемно ургентно одељење у болницама мора имати везу са осталим болничким одељењима како би се пацијенту пружила неопходна помоћ.



Графикон 6-1. Функционалне везе пријемно ургентног одељења у болници са другим функционалним целинама
Извор: Аутор

Табела 6-19. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Пријемно ургентног одељења и Хитне медицинске помоћи

Краткорочне мере период 1-3 година	**Средњорочне мере Период 3-7 година**	**Дугорочне мере Период 7-15 година**
• Хитна улагања у инфраструктуру хитне помоћи која је у лошим условима • Дефинисање приоритета на регионалном нивоу у складу са планом оптимизације и расположивим средствима. • Започети са спровођењем пројектног планирања у већем обиму за регионалне центре хитне помоћи. • Укључити све инволвиране стране у процес дефинисања приоритета. Дефинисање улоге за сваког од учесника у процесу службеном уредбом (представници владе,	• За веће инфраструктурне интервенције због дугог периода имплементације планираних инвестиција потребно је увести процедуре за олакшавање тендерског поступка, за омогућавање контролисаног и редовног повлачења кредитних средстава и успостављање стабилног новчаног тока • Омогућавање праведних набавки • Успостављање процедура за управљање и праћење свих радова на извођењу.	• Контрола и управљање процесом оптимизације пружајући професионалну процену и планове за развој инфраструктуре. • Стална унапређења стандарда у складу са светском праксом у овој области и развој опреме и технологије. • Омогућавање сталног развоја великих здравствених система, укључујући функционалан, просторни и технолошки развој.

здравствене установе, пројектанти, извођачи и финансијери) • Проценити објекте на локалном нивоу за службе хитне помоћи и планирати хитне интервенције како би се постигао приступ сваком грађанину и омогућила функционалност постојеће инфраструктуре. • Увођење менаџмента/управљања установама у здравству.	• Омогућити правни и финансијски оквир за просторни и функционални развој објеката. • Редовно одржавање инфраструктуре и система као и обнова транспортних возила у складу са новим планом приступачности.	

Извор: Аутор

6.5. Апотеке

У краткорочном периоду улагати у јавне апотеке само на нивоу оспособљавања простора за пружање основних услуга.

Табела 6-20. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Апотеке

Краткорочне мере период 1-3 година	**Средњорочне мере Период 3-7 година**	**Дугорочне мере Период 7-15 година**
• Дефиниција и процена постојећих капацитета • Апотеке (укључујући и апотеке отвореног типа у домовима здравља) кроз поступак консолидације и регионализације прелазе у регионалне апотекарске установе које се у складу са расположивим средствима развијају • Интервенције се планирају у складу са стандардима за ову врсту простора • Увођење менаџмента/управљања установама у здравству.	• Одређивање мреже објеката за инвестирање у периоду од 5 до 10 година • Развој управљања објектима у здравству ради осигурања одржавања простора	• Планирање великих инвестиција како би се испунили циљеви стратегије и осигурало довољно објеката у складу са планирањем мреже - постизање приступачности здравствене заштите • Редовно одржавање простора уз централизацију управљања објектима и outsourcing немедицинских услуга.

Извор: Аутор

6.6. Заводи

6.6.1. Заводи за јавно здравље

Планом оптимизације мреже у периоду од 3-7 година предвиђа се хоризонтална институционална интеграција Завода за јавно здравље формирањем једног Завода по региону. Заводи надлежни за округе/градове би функционисали као огранци регионалног Завода. По питању инфраструктуре, просторне реорганизације и унапређења објеката за сваки ће у следећој фази бити разрађен план инвестирања и потребних интервенција.

6.6.2. Заводи за трансфузију крви

Планом мреже предвиђено је проширење капацитета постојећих Завода за трансфузију крви у Србији, формирањем новог завода у Крагујевцу и организационих јединица у Суботици, Земуну, Ужицу и Зајечару, како би потребе за крвљу и крвним дериватима у свим регионима могле да буду задовољене. Стратешко планирање инвестиција у инфраструктуру здравствених објеката мора имати Заводе за трансфузију крви као приоритет.

Табела 6-21. Смернице за планирање простора у центрима за трансфузију

Пријем и чекаоница са санитарним чвором Пунктови за узимање крви минималних димензија по месту 9м2 Сортирање и дистрибуција крви и крвних деривата. Дистрибуција се врши пнеуматском поштом или од стране особља према протоколима за чување и транспорт крви
Лабораторије Аутоматизоване лабораторије за тестирање дониране крви и деривата Специјална лабораторијаска испитивања Лабораторије захтевају засебан систем вентилације и климатизације, обавезну дистрибуцију вакума и компримованог ваздуха, и електро енергетске прикључке на радним плочама Одвојене лабораторијске судопере за не-токсични отпад и опасне/ токсичне течности Место за прање и дезинфекцију руку Туш за испирање очију и туш за деконтаминацију са посебним системом одводње до канистера
Пријем , третман и лечење у складу са стандардима за болничка одељења
Помоћни простори Простор за средства за чишћење, перионица за прање лабораторијског стакла и опреме која служи за вишекратну употребу, стерилизација, магацини и оставе за реагенсе, запаљиве течности, инструменте и потрошни материјал
Банка крви мора бити сигурно, контролисано окружење са фрижидерима и замрзивачима контролисане температуре за чување крви и деривата, под сталним надзором особља и БМС система
Завод за трансфузију крви отпад третира у складу са важећим прописима и процедурама Простор за одлагање контаминираног отпада издвојен, укључујући одвајање радиоактивног и инфективног отпада

Простори за спољашње пацијенте, саветовања, консултације и терапију према стандарду *HBN 12_Out-patients department, IHFG_part B_Outpatients units*

Извор: International Health Facility Guidelines: Transfusion and Laboratory units

6.6.3. Остали заводи

6.6.3.1. Завод за медицину рада

Планом оптимизације мреже завод за медицину рада задржава своје надлежности и организациону структуру. Интервенције у унапређење инфраструктуре планирати у циљу постизања оптималних услова рада медицинских и саветодавних служби завода, праћења, планирања и развоја делатности медицине рада.

6.6.3.2. Завод за судску медицину

Планом мреже прелазе у надлежност медицинских факултета. Планирање инвестирања у инфраструктуру уз сарадњу Министарства просвете и Универзитета, како би се задовољиле стварне просторне потребе и технолошка опремљеност за едукацију.

6.6.3.3. Завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију

Ова ЗУ једина се у Србији бави лечењем ове специфичне патологије због чега захтева пажљиво планирање просторних капацитета, инвестиције у технолошки развој и занављање опреме, унапређење система инсталација и модернизацију у складу са Интернационалним стандардима за пројектовање[49] простора специјализованих за ову област дијагностике и лечења.

6.6.3.4. Завод за антирабичну заштиту

Институционално спајање са Институтом за јавно здравље Војводине у циљу боље искоришћености ресурса и потенцијала услуга које се пружају. Интервенције на инфраструктури морају подразумевати модернизацију система инсталација, технолошки развој и просторну реорганизацију како би се оформио савремени центар за научно-истраживачке делатности – виваријум, простори за клиничка истраживања.

Смернице за пројектовање сектора за клиничка испитивања:

- Предвидети простор за чување, одлагање, обележавање лекова у непосредној близини сала за консултације са пацијентима
- Сала за клиничка испитивања, апликацију мора имати радно место за фармацеута са рачунаром, кревет за припрему пацијента и лавабо, ормар за лекове за клиничко испитивање који се закључава, одвојено од ормара за остале лекове и фармацеутски материјал, ормар за извештаје и резултате који се закључава и лавабо за прање руку особља

У виваријуму поред простора за узгој и чување животиња са сепаратним системом вентилације и климатизације, планирати простор за праћење резултата истраживања, обдукционе сале, лабораторију, стерилизацију, посебне просторе за особље.

[49] HBN_08 Friendly health and social care environments_2015

6.6.3.5. Завод за биоциде и медицинску екологију

Планом преже предвиђа се спајање овог Завода са Институтом за јавно здравље Србије „Др. Милан Јовановић Батут”. Завод обавља здравствене делатности у подручју превентивне здравствене заштите становништва против заразних болести и захтева унапређење свих система инсталација и улагање у технолошко осавремењивање простора и опреме.

6.6.3.6. Институт за вирусологију, вакцине и серуме „Торлак“

Специфична намена Института и његов значај и оптерећеност у време пандемије COVID-19, показали су да је улагање у унапређење инфраструктуре Института потребно сматрати приоритетом у планирању инвестиција.

Делатност Института је превасходно фармацеутског типа, регулисана *GMP* нормама због чега је и за планирање просторне реорганизације, технолошки развој и модернизацију система неопходно користити нормативе за објекте у фармацији. Најчешће коришћени стандарди за планирање простора у фармацеутској индустрији су стандарди Русије и Француске.

Табела 6-22. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Заводи

Краткорочне мере **Период 1-3 година**	**Средњорочне мере** **Период 3-7 година**	**Дугорочне мере** **Период 7-15 година**
• Процена постојеће инфраструктуре са стратегијом побољшања и функционалне реорганизације у складу са планом оптимизације • Примена стандарда у планирању и извршењу • Интервенисати на објектима који су у могућности да се развију за задовољавање успостављених потреба према плану оптимизације • Улагање у објекте у складу са расположивим средствима • Увођење менаџмента/управљања установама у здравству.	• Стратешко финансирање интервенција у инфраструктуру на локалном нивоу проценом просторних потреба које задовољавају пружање јавних здравствених услуга и коришћење неупотребљених простора за остваривање профита изнајмљивањем • Развој управљања објектима у здравству ради осигурања одржавања подручја • Одређивање мреже објеката за инвестирање у периоду од 5 до 10 година како би се осигурало довољно објеката у складу са планом мреже - постизање приступачности здравствене заштите	• Инвестиционо планирање на дужи временски период према плану централизације јавних здравствених услуга • Контролисање и управљање развојем и функционалношћу објеката у циљу предвиђања будућих потреба и капацитета • Редовно одржавање зграда уз централизацију управљања објектима и outsourcing немедицинских услуга.

Извор: Аутор

6.7. Остало

6.7.1. Центри за дијализу

У Србији ради 67 дијализних центара и 4 приватна центра, од којих 27 пружа услуге у 3 смене. Највећи притисак је у АП Војводини, Београду и Нишу. Препорука Уредбе о Националном програму превенције, лечења, унапређења и контроле бубрежне инсуфицијенције и развоја дијализе у Републици Србији до 2020. године ("Службени гласник РС", бр. 11 /2011.) је да дијализни центри раде највише у две смене, уз трајање дијализе 4,5 до 5 сати и потребно време за припрему апарата између две смене. Ови показатељи указују да је неопходно повећање просторних капацитета дијализних центара.

Табела 6-23. Смернице за планирање простора у центрима за дијализу

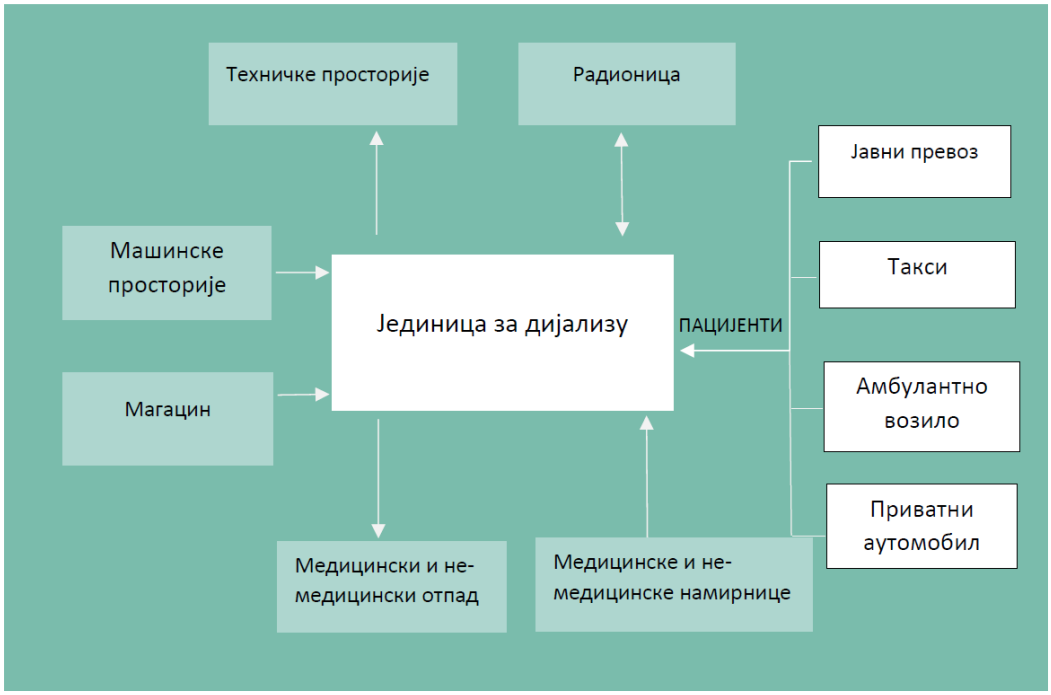
Минимална површина дијализног места је 12 м^2
За сваки дијализни центар неопходна је засебна сала за дијализу за пацијенте са непознатим статусом, као и засебна сала са ХбС Аг позитивне, ХцВ позитивне, и ХИВ позитивне пацијенте
Сваки центар за дијализу има простор за акутне дијализе и плазмафарезу чија површина не сме да буде мања од 12 м² по дијализном месту
Простор за припрему воде и реверзну осмозу треба да буде 20 м²; за припрему и стерилизацију 6 м²; простор за чисто и прљаво рубље и санитетски материјал 6 м²; простор за сервисирање и смештај резервних апарата и делова 12 до 16 м² са приручним магацином за потрошни материјал од 16 м² и главним магацинским простором од 40 до 60 м²
Системи за пречишћавање воде морају испуњавати стандарде европске фармакопеје у погледу чистоће. Регионални институти и заводи за јавно здравље вршиће редовну контролу квалитета воде за дијализу према унапред утврђеним критеријумима
Сваки центар за дијализу у обавези је да према препорукама отклања медицински отпад

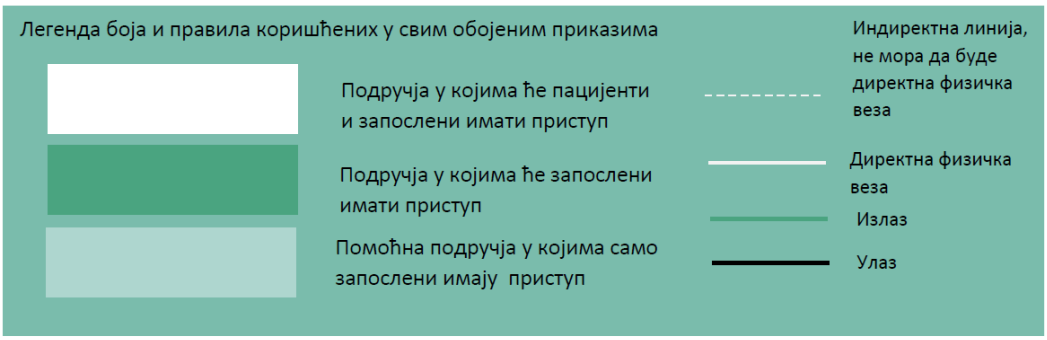
Извор: члан 11.2 Уредбе о Националном програму превенције, лечења, унапређења и контроле бубрежне инсуфицијенције и развоја дијализе у Републици Србији до 2020. године("Службени гласник РС", бр. 11 /2011)

Простор и окружење за примање терапије пацијената на хемодијализи утиче на њихово физичко и психичко стање, имајући у виду да три пута недељно по 5 сати проводе на терапији. Управо ово је разлог због чега се посебна пажња мора посветити планирању центара за дијализу како би се пацијенту омогућио једноставан приступ, са намењеним паркингом, и пријатељско окружење и амбијент. Адекватан транспортни систем и доступност центара за дијализу који нису удаљени више од 30 минута од места становања унапредиће квалитет живота пацијената. Препорука је да се центар за дијализу планира у приземљу здравствене установе.

Тренд повећања броја пацијената у последњих 10 година указује на потребу да се постојећи дијализни центри реновирају и просторни капацитети повећају како би се број дијализа могао постићи радом у две смене. Имплементација мера стратегије развијањем превентивне медицине препознавањем ране фазе бубрежне инсуфицијенције и улагањем у напредак трансплантације, потенцијални пораст пацијената би у наредних 15 година могао имати мању тенденцију раста.

У периоду од 7-10 година у случају недостатка капацитета могуће је уговорно договорити пружање додатних услуга са приватним дијализним центрима. У дугорочнијем периоду планирати изградњу нових дијализних центара у окрузима и регионима у којима капацитети не задовољавају потребе пацијената.





Графикон 6-2. Приступ центру за дијализу
Извор: Health Building Note 07-01: Satellite dialysis unit[50]

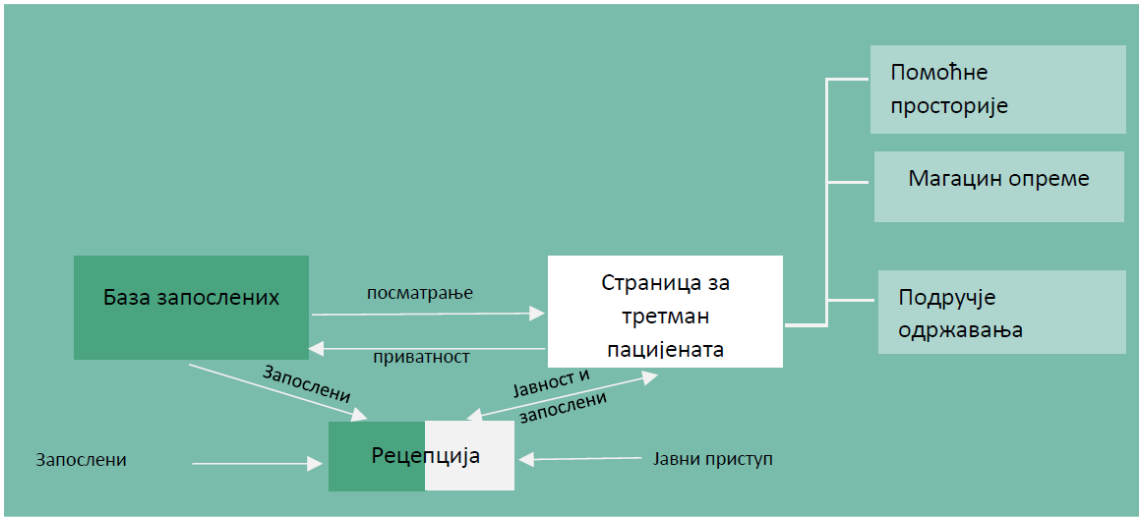
Центар за дијализу мора имати интегрисан информациони систем управљања како би се омогућило дозирање и непрекидан рад апарата, пратило стање пацијента, вршила анализа података и пратила терапија.

[50]Енглески национални стандард: Health Building Note 07-01: Satelite dialysis unit – Дијализни центар у оквиру болнице или као самостална јединица

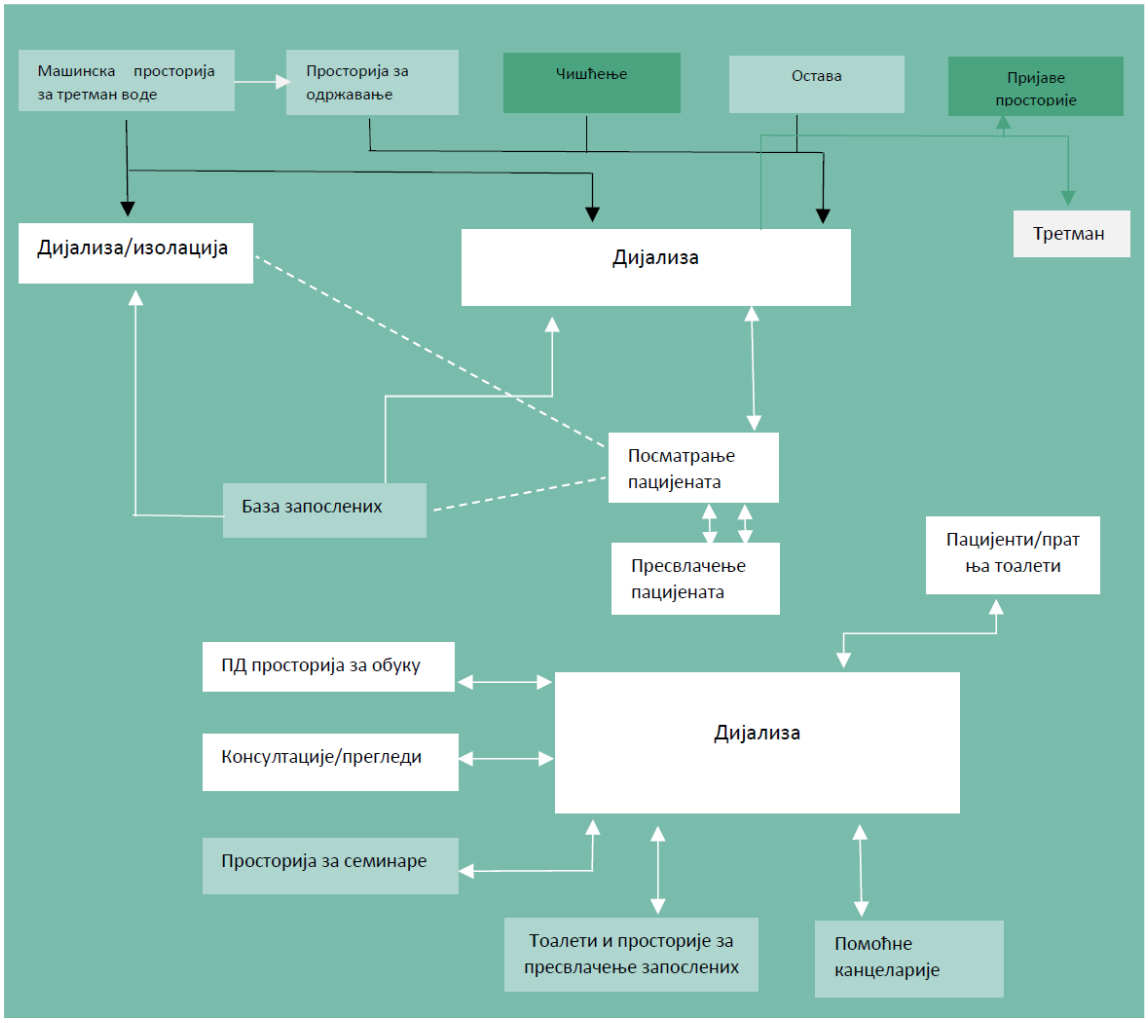
Табела 6-24. Обавезне просторије према стандарду у центру за дијализу

ЦЕНТАР ЗА ДИЈАЛИЗУ	
Пријемно одељење	
Бр.	Просторија
1.	Пријемни пулт
2.	Чекаоница са тоалетима и освежењем
3.	Свлачионица за пацијенте – лоцкер роом
4.	Остава за колица
Терапија	
6.	Припрема пацијента/медикација
7.	Терапија – дијализни центар са 8 кревета
	Лабораторија
	Суб-стерилзација
8.	Тиха соба за размишљање и молитву
	Реанимација (захтева инсталацију мед. гасова)
	Ординација за консултације и прегледе
	Изолација
	Станица за особље
	Соба за интервенције
Администрација	
9.	Канцеларија директора
10.	Мултидисциплинарна канцеларија - Администрација
11.	Сала за састанке
Помоћне и техничке просторије	
13.	Припрема воде и реверзна осмоза
14.	Магацин опреме
15.	ИТ соба
16.	Електро соба
17.	Техничка просторија
18.	Остава за средства за чишћење
19.	Остава за течне материје
20.	Тоалети за запослене
21.	Остава лекова и стерилног материјала
22.	Остава прљавог
23.	Остава за чист веш
24.	Гардероба за запослене
25.	Третман отпада
	Укупна површина за центар од 8 дијализних места 800м^2

Извор: Health Building Note 07-01: Satellite dialysis unit



Графикон 6-3. Функционалне везе
Извор: Health Building Note 07-01: Satellite dialysis unit[51]



Графикон 6-4. Функционалне везе простора у центру за дијализу
Извор: Health Building Note 07-01: Satellite dialysis unit

[51]Енглески национални стандард: Health Building Note 07-01: Satelite dialysis unit – Дијализни центар у оквиру болнице или као самостална јединица

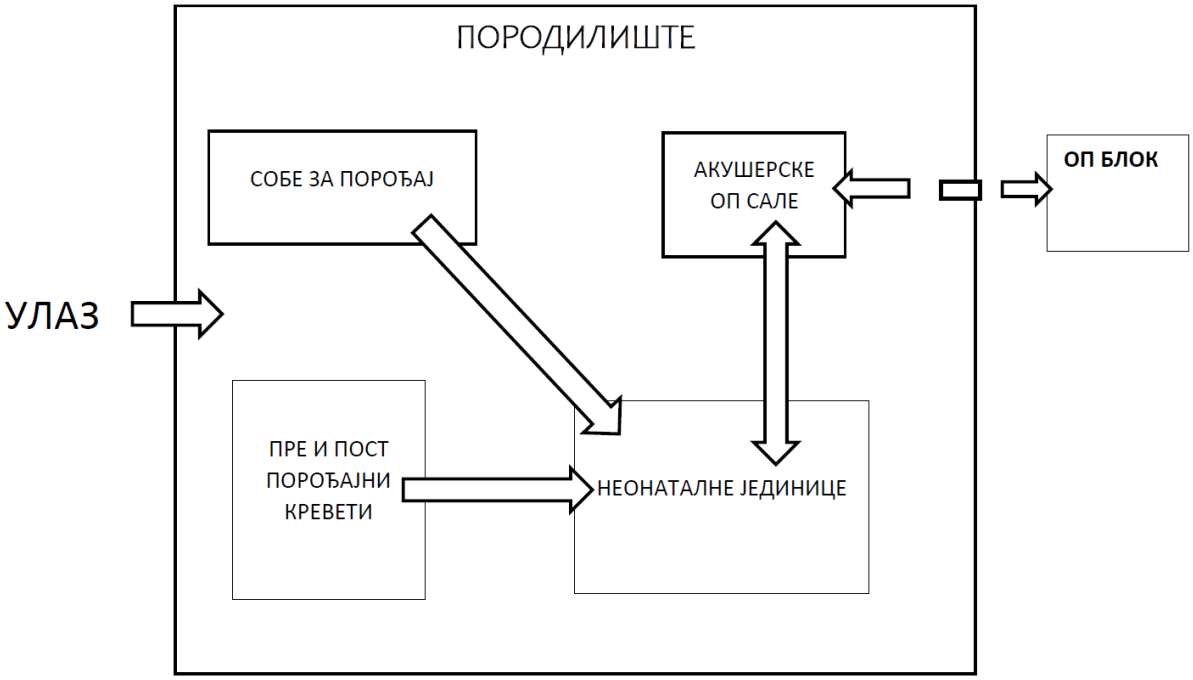
Препоруке и стандарди по питању материјализације, акустике, инсталација осветљења, контроле приступа, климатизације и вентилације, потребно је користити приликом планирања инвестиција у инфраструктуру центара за дијализу у складу са:

Building Note 07-01: Satellite dialysis unit[52]

International Health Facility Guidelines: Renal Dialysis Unit[53]

6.7.2. Центри за неонатологију

Препорука је да се центри за неонатологију формирају уз породилишта, како би се рационализовао кадар, инфрастурктура и немедицинске службе. Ова препорука се односи на породилишта као самосталне болничке објекте (нпр. Гинеколошко акушерска клиника „Народни Фронт“), али и за мања породилишта у оквиру окружних/градских болница. (Health building note 09-03: Neonatal units[54])



Графикон 6-5. Функционалне везе Породилишта и одељења за неонатологију
Извор: Health Building Note 09-03: Neonatal units[55]

Просторни капацитети породилишта и одељења за неонатологију пројектују се према подацима о броју порођаја, неонаталних компликација и потреба за интервенцијама који се прате више година уназад. За одређивање неопходних капацитета морају се узети у обзир тенденције по питању наталитета у одређеној популацији и стандарди за пројектовање ове врсте простора.

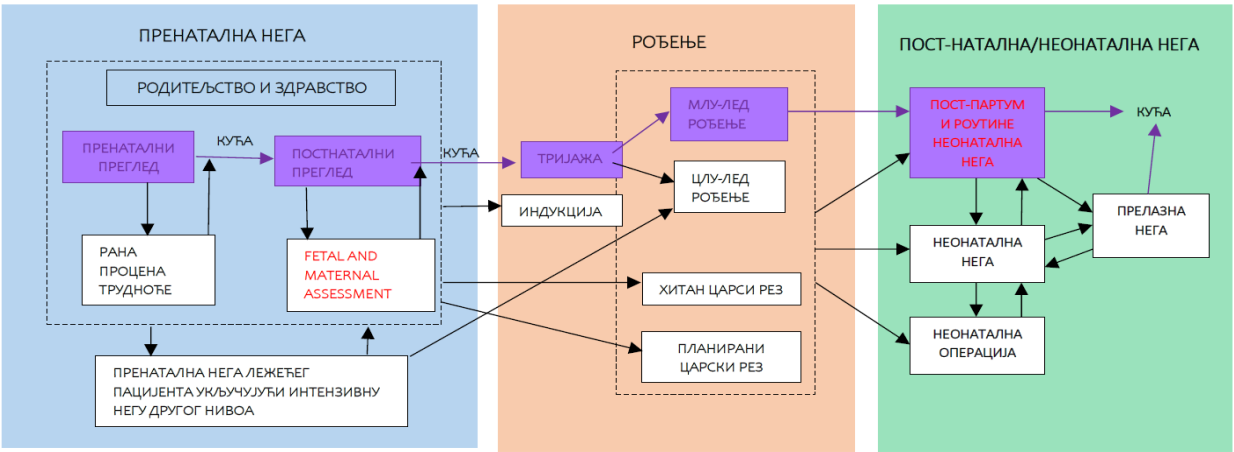
Табела 6-25. Обавезне просторије према стандарду у Породилишту

ПОРОДИЛИШТЕ (2 порођајне сале + 1 гинеколошко-акушерска сала)	
1	Чекаоница са тоалетима за пацијенте

[52]Енглески национални стандард: Health Building Note 07-01: Satelite dialysis unit – Дијализни центар у оквиру болнице или као самостална јединица
[53]Интернационални водич за пројектовање болница: Дијализни центар
[54]Енглески национални стандард: Health Building Note 09-03: Neonatal units – Јединица за неонатологију
[55]Енглески национални стандард: Health Building Note 09-03: Neonatal unit – Јединица за неонатологију

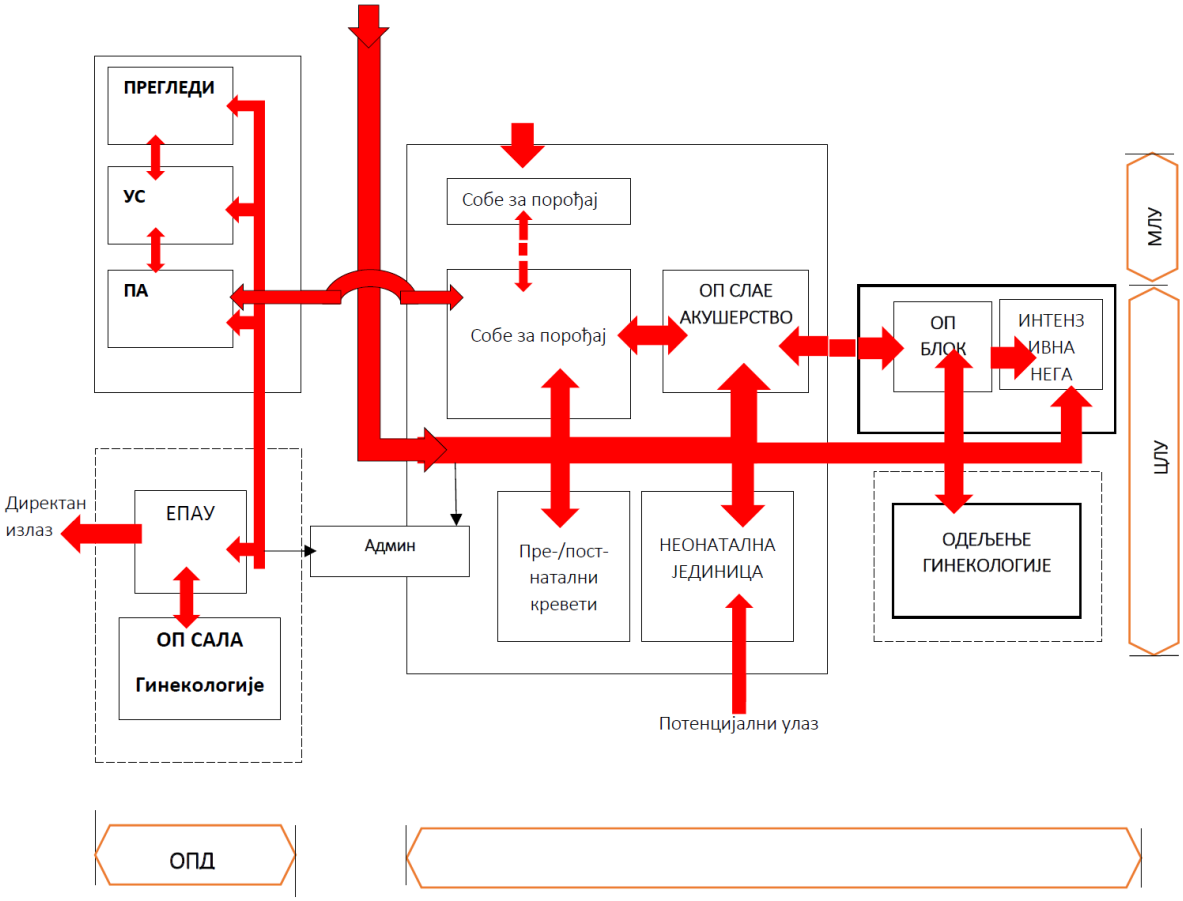
2	Филтер пацијенти
3	Филтер особље
4	Пријем/администрација/архива
5	Консултације
6	Припрема пацијената
7	Болесничке собе
8	2 сале за индукцију
9	2 порођајне сале
10	Неонатологија
11	Простор за мајку и дете
12	Суб-стерилизација
13	Гардеробе особља
14	Припрема особља
15	Гинеколошко-акушерска сала
16	Анестезија
17	Буђење пацијента
18	Трокадеро
19	Пост-партум соба за праћење
20	Радна станица медицинског особља
21	Гардероба пратиоца
22	Контролна соба особља
23	Остава опреме
24	Остава прљаво
25	Остава чистог материјала
26	Инструменти
27	Медицинска истраживања
28	Соба гинеколошко акушерског особља
29	Тоалети за пацијенте
30	Тоалети за особље
31	Соба за одмор особља
УКУПНО корисна површина 1000 м^2	

Извор: Аутор, Италијански стандард за пројектовање објеката у здравству, Декрет ДПР 14.01.1997.



Графикон 6-6. Пружање неге – пут пацијента
Извор: HBN_09-02 Maternity care facilities[56]

[56]Енглески национални стандард: Health Building Note 09-02: Maternity care facilities – Функционална јединица породилишта



Легенда

ПА = Процена трудноће

УС = Ултразвук

ННУ = Неонатална јединица

Веза

ФЛЕКСИБИЛНА ВЕЗА

Графикон 6-7. Просторна шема породилишта – функционалне везе
Извор: HBN_09-02 Maternity care facilities

Табела 6-26. Смернице за планирање

Област	Смернице
Локација породилишта	• Омогућити 24 часовни приступ амбулантних кола и аутомобила за превоз пацијента. • Обезбедити једноставно паркирање возила за пратњу која ће увести трудницу у објекат. • Приступ тахи возила.
Унутрашња организација	• Функционална веза простора за преглед и комуникације са собом за бабице у случају хитности. • Веза са Интензивном негом и неонаталном јединицом како би се омогућио брзи трансфер и веза мајке и детета. • Веза са ОП блоком и порођајним салама. • Омогућити везу са спољним простором, уз планирање унутрашњег дворишта. • Објекат није пожељно планирати у градском језгру, како би се контролисала бука. • Породилиште просторно издвојити од Ургентног пријема, планирањем одвојеног улаза. • Предвидети контролу приступа. • Омогућити пријатељско, пријатно окружење са тоалетима у улазној зони. • Једноставан пут пријема и комуникација са особљем за пацијенткиње које се довозе у фази порођаја.
Обезбеђење	• Бебе се смештају у обезбеђен простор са контролом приступа • Систем идентификације особља • Број улаза/излаза из породилишта свести на минимум. Главни улаз на једна врата у близини контролног пункта/рецепције са видео надзором и контролом приступа. • Сигнализација у свим јавним просторима • Сигурносни систем не сме онемогућити кретање особља или трансфер пацијената у хитним случајевима • У порођајној соби пацијенту је омогућено да контролише приступ посетиоцима
Архивирање	• Перманентно архивирање свих пацијената, порођаја и других интервенција је законом дефинисана обавеза • Обезбедити простор за чување узорака и архиве • Приступ архиви у року од 24 часа • Електронско чување података смањује значајно потребе за простором архиве

Извор: HBN_09-02 Maternity care facilities

Већина порођаја прође у најбољем реду и здрава новорођенчад се после кратког задржавања у болничким условима, заједно са мајком отпушта. Десет процената (10%) новорођенчади захтева специјалистичку помоћ на порођају, а 1-3% новорођенчади захтева неонаталну интензивну негу. Развој технологије и неонаталне експертизе омогућио је да прерано рођена новорођенчад имају услова да преживе и развијају се. Ова новорођенчад захтевају продужени период подршке у неонаталним јединицама.

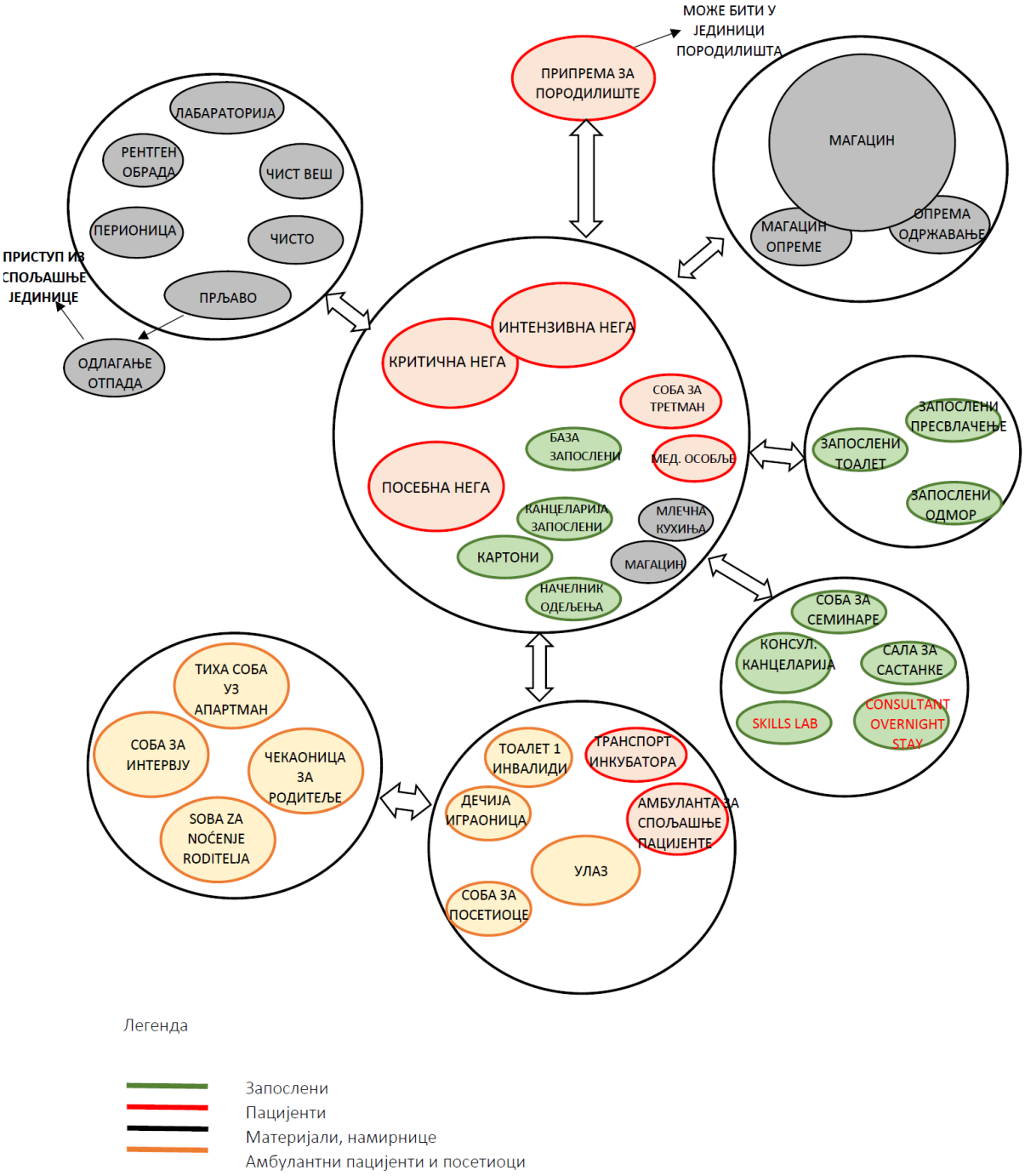
Новорођенчади се нега пружа у инкубаторима са системима за одржавање живота на нивоу интензивне неге, посматрања, праћења и изолације. Предвиђају се простори са више инкубатора или изолације са једним инкубатором. Јединице неонатологије поред потреба детета морају задовољити потребе родитеља у психолошком, физичком и социјалном смислу. У фази када је новорођенче на систему одржавања живота, родитељима је потребно пружити сваку врсту подршке. Омогућити посете и праћење напретка детета, консултативне услуге и простор за боравак родитеља.

Нивои неонаталне неге се разликују у зависности од стања новорођенчади. За сваки ниво неге је неопходно предвидети просторне капацитете.

Табела 6-27. Нивои неонаталне неге

Нивои неонаталне неге	
Специјална нега	Мање захтевни ниво неге када новорођенче напредује до нивоа када може бити отпуштено из болнице Укључује вештачко храњење интубацијом, праћење температуре или праћење опоравак од болести и/или операције Однос броја особља на једног пацијента је 1:4 Подразумева специјални ниво неге по питању процедура и класе чистоће
Нега високе зависности	Виши степен клиничке неге који укључује новорођенчад која се опоравља од интензивне неге. Новорођенчад примају кисеоник услед неразвијености плућа, интравенозно примање хране, дренажа, третман конвулзија, инфекција или метаболичких проблема. Однос броја особља на једног пацијента је 1:2
Интензивна нега	Неонатална интензивна нега пружа се: - Прерано рођеним бебама за подршку виталним системима док се органи у потпуности не развију - Бебама које су болесне или имају урођене поремећаје који угрожавају живот Подразумева механичку вентилацију кисеоником, интравенозно храњење и коришћење инкубатора за праћење телесне температуре као и за заштиту од инфекција и болести услед слабог имунитета одојчета. Неонатална интензивна нега пружа се бебама са последицама услед тешких порођаја, са инфекцијом или поремећајима метаболизма као и бебе које су у припреми за хирушке интервенције. Однос броја особља на једног пацијента је 1:1

Извор: HBN_09-03 Neonatal units



Графикон 6-8. Интерни токови и везе унутар неонаталне јединице
Извор: HBN_09-03 Neonatal units

Табела 6-28. Просторне потребе јединице неонатологије

ЈЕДИНИЦА НЕОНАТОЛОГИЈЕ – Просторне потребе		
Јавни простори		
1	Улаз и пријем	
2	Простор за родитеље	
Интензивна нега		
3	Инкубатори	- Нега се организује у више простора са више инкубатора - Препорука је планирање соба са по 6 инкубатора - Планирати и издвојене просторе са једним инкубатором које морају бити са видео надзором и централном конзолом за интервенције у хитним случајевима. - Предвидети фотељу или кревет за родитеље
	Просторни захтеви за 1 инкубатор	За планирање просторних капацитета неопходно је узети у обзир: - Приступ инкубатору са 4 стране - Простор за маневрисање особља и опреме око инкубатора - Медицинска опрема стално присутна у зони инкубатора - Могућност смештање мобилне опреме потребне у хитним случајевима - Минимум 5 чланова особља за третман у хитним случајевима - Присуство мајке уз инкубатор - Минимум две столице за посетиоце
	Минимална површина за 1 инкубатор	20 м^2 припрема лекова, фрижидер за млеко, прање руку за особље и посетиоце – *scrub-up*
	Инсталације	HBN_09-03 Neonatal units БС ЕН: 11197:2004
Нега високе зависности		
У циљу обезбеђивања флексибилности простора Негу високе зависности је потребно планирати у смислу просторних капацитета и опремљености инсталацијама као и простор интензивне неге, како би се омогућило њено проширење када је неопходно.		
Специјална нега		
4	Минимална површина за 1 инкубатор	11.5 м^2 Простор за пресвлачење и купање бебе, фрижидер за млеко
Други медицински простори		
5	Комуникациона база особља	
6	Канцеларија/администрација	
7	Трансфер/Пријемна зона	
8	Интервенције/оживљавање	
9	Интервенције за болничке пацијенте	
10	Прелазна нега	
11	Соба за родитеље	
Помоћни простори		
12	Чекаоница за родитеље	
13	Перионица	
14	Сала за мајке које се измузавају	
15	Млечна кухиња	
16	Остава млеко	
17	Соба жалости	
18	Остава опреме	

19	Одржавање
20	Трансфер инкубатора
Простори за запослене	
21	Лабораторија
22	Дежурно особље
23	Кабинети и канцеларије
24	Тоалети за запослене
Техничке просторије	

Извор: HBN_09-03 Neonatal units

6.7.3. Војномедицинске установе

Војномедицинским осигураницима здравствена заштита на примарном нивоу пружа се у Војномедицинским центрима, обухватајући амбулантно и поликлиничко лечење. Секундарни ниво услуга пружају Војне болнице у Нишу и Новом Саду, док је у Београду и на републичком нивоу за секундарну и терцијалну заштиту надлежна Војномедицинска академија ВМА, која има и едукативну улогу (Медицински факултет).

Инфраструктура Војномедицинских центара је у незадовољавајућем стању имајући у виду да су објекти грађени у време режима социјализма и улагања у Војску. Последње три деценије у надлежности Министарства одбране улагања су вршена у одржавање објеката без озбиљних и свеобухватних интервенција у инфраструктуру и инсталације.

Недостатак средстава за одржавање комплексног објекта ВМА и технологије узроковао је да РФЗО покрива трошкове лечења и дијагностике цивилних осигураника на Војномедицинској академији, због чека се формирају дуге листе чекања за војне осигуранике који су ограничени на пружање услуга секундарног и терцијалног нивоа само на ВМА.

Како би се омогућила приступачност здравствене заштите сваком становнику подједнако, потребно је размотрити стављање установе ВМА под ингеренцију Министарства здравља како би се избегла двострука линија одговорности, јер се примарно ради о здрављу осигураника, а тек секундарно о државној безбедности.
Војномедицинске центре у дугорочном периоду интегрисати у јединствени здравствени систем примарне заштите, с обзиром на немогућност Министарства одбране да финансира обнове и опремања због чега су услови за рад и лечење постали неадекватни.

Инвестиција у реконструкцију и адаптацију Војномедицинске академије се најављује за период од нареде 4 године, првенствено због остваривања енергетске ефикасности. Ситуација у време пандемије COVID-19 указала је на неадекватно решење климатизације и вентилације објекта који због потенцијалног ширења вируса централним системом није могао бити коришћен за пријем пацијената, иако је инфраструктурно, технолошки и капацитетом задовољавао потребе епидемије. Планиране инвестиције су 90 милиона евра из кредита за развој и обухватиће измену комплетног система вентилације и климатизације, замену фасаде и технолошка унапређења у зонама где је неопходно.

У планирање интервенција и трошкова за овако комплексан објекат неопходно је укључити експерте из области енергетике, медицинске технологије, финансија и менаџмента на интернационалном нивоу.

6.8. Третман отпада у објектима здравства

План оптимизације здравствених установа има за циљ да побољша квалитет здравствених услуга у јавном и приватном здравственом сектору. Важан елемент за побољшање квалитета услуга у здравственим установама је адекватно управљање медицинским отпадом. Оно мора да буде организовано у складу са националним законодавством, као и са основним принципима професионалне праксе за управљање отпадом и препорукама Европског Савета и Светске здравствене организације.

Управљање отпадом у здравственим установама поред јасних процедура за одлагање и третман отпада, протокола понашања запослених на свим нивоима мора подразумевати и обезбеђивање адекватне инфраструктуре за смештање отпада, просторних капацитета и опреме за његов третман.

Неопходно је да је простор за сакупљање, селекцију, разврставање и управљање отпадом у здравственој установи:

- доступан из свих функционалних целина
- има приступ из објекта и споља, налази се на приземљу уз сервисни улаз у прљавој зони
- опремљен сигурносним системима за контролу приступа, видео надзором и Интерком системом
- удаљен од чистих зона, простора за складиштење чистог материјала и простора за припрему хране
- недоступан јавности и посетиоцима.

Јединица за управљање отпадом у здравственим објектима садржи следеће функционалне просторе:

- Радна станица са радним столом, телефоном и компјутером за праћење и контролу одлагања отпада
- Простор за одлагање комуналног отпада, који може бити и контејнер на парцели
- Простор за течне материје које се не могу пуштати директно у канализацију нпр. из тушева за деконтаминацију, хемијски отпад из лабораторија. Ове материје се у канализацију пуштају у складу са законском регулативом
- Контејнери за различите врсте отпада у складу са одредбама из Правилника о управљању медицинским отпадом – кесе и контејнери у различитим бојама
- Простор за прање контејнера и дезинфекцију руку
- Хладна зона са фрижидерима за патоанатомски отпад, са вратима која се отварају ка унутра и алармом за контролу присуства
- Зона за одлагање радиоактивног отпада, издвојена и контролисана зона преградама са заштитом од јонизујућег зрачења са заптивеним контејнерима
- Зона за одлагање инфективног отпада – контролисан и затворен са засебним системом вентилације, јасно означен сигнализацијом.

Материјализација и технолошки услови у јединици за одлагање отпада:

- Под од противклизног материјала, једноставан за чишћење и отпоран на хабање, са холкерима уз зидове
- Зидови од зиданог материјала бојени перивом бојом лаки за прање и отпорни на ударце
- Мреже против инсеката на свим отворима, одводима и елементима на вентилационом систему

- Температура која спречава ширење мириса. Контрола температуре из централне контролне собе
- Третман течних материјала десинфекциантима пре пуштања у канализацију
- Утичнице за електричну опрему, машине за прање морају бити влагоотпорне
- Прикључак на водоводну мрежу и место за дезинфексију руку са топлом и хладном водом
- Адекватно светло за спречавање незгода и једноставно управљање отпадом
- Прикључак на водоводну мрежу са јаким притиском за прање

Табела 6-29. Површина јединице за управљање отпадом

Капацитет кревета	**Здравствене установе мање технолошке комплексности**		**Здравствене установе високе технолошке комплексности**	
Просторија	**Количина**	**Површина ($м^2$)**	**Количина**	**Површина ($м^2$)**
Туш за деконтаминацију	1	1	1	1
Прање контејнера	1	10	1	15
Хладна зона, пананатомски отпад	1	20	1	30
Течне материје, хемијски отпад	1	20	1	40
Зона за инфективни отпад, укључујући контејнере за оштре материјале	1	20	1	40
Зона за радиоактивни отпад	-	-	1	15
Радна станица	1	5.5	2	5.5
Тоалети	2	3	2	3
Контејнери за комунални отпад (на парцели)	1	40	1	60
Укупно јединица за управљање отпадом		82.5+40		158+60
Комуникација %		20		20
Укупно		**99+40**		**189.6+60**

Извор: Аутор, International Health Facility Guidelines: Waste Management Unit

Отпад се из јединица за управљање отпадом у здравственим установама одвози на даљи третман или на депоније. Законска регулатива и важеће процедуре за управљање отпадом у Србији представљене су у Извештају Д3.

Планирање интервенција на објектима мора узети у обзир потребу за просторним капацитетима и опремање јединица за сакупљање, разврставање и третман отпада. Национална стратегија управљања отпадом се мора развијати у правцу планирања улагања у изградњу постројења за термички третман отпада-инсинератор, са циљем смањења утицаја инфективног отпада на животну средину, смањења трошкова транспорта и третирања отпада ван граница Србије, и стварања профита пружањем услуга третмана отпада земљама у окружењу.

Републичка, покрајинска и локална власт имају превасходну одговорност за пружање услуга управљања медицинским отпадом и требало би да буду значајни инвеститори у нове системе и инфраструктуру за управљање овим током отпада. Очекује се да и приватни сектор добије значајну улогу у инвестирању и пружању ових услуга кроз аранжмане партнерства између приватног и јавног сектора, за које могу да обезбеде средства и оперативна знања и искуства. Адекватан правни оквир за јавно-приватно партнерство је Закон о јавно-приватном партнерству и концесијама (“Сл. гласник РС”, бр. 88/2011, 15/2016 и 104/2016).

За будући ефикасан развој сектора управљања медицинским отпадом, неопходно је стратешко планирати занављање опреме за стерилизацију, млевење и третман отпада у здравственим установама, као и његово коначно уништавање. Набавка аутоклава и средстава за третман отпада не може бити стављена на маргину услед недостатка средстава, већ бити интегрални део процеса планирања развоја инфраструктуре здравствених установа.

6.9. Препоруке за планирање интервенција у реорганизацији просторних капацитета функционалних целина у здравственим установама секундарног, терцијарног нивоа неге и продуженог лечења

Планирање интервенција на постојећим објектима у складу са Нацртом стратегије оптимизације здравственог система спроводиће се уз примену интернационалних стандарда и препорука за пројектовање објеката у здравству. За интервенције на постојећим објектима у којима се врши адаптација и реконструкција стандарди ће се имплементирати уз ограничења која постојећа инфраструктура намеће. Нови објекти које ће стратегија дефинисати морају се планирати да задовоље потребе сталног развоја технологије и медицинске опреме, као и процедура и функционалних веза између медицинских целина.

Просторни капацитети дефинисани интернационалним стандардима за поједине функционалне целине у болницама секундарног и терцијарног нивоа заштите:

Табела 6-30. Просторне потребе за Дневну болницу

ДНЕВНА БОЛНИЦА/ДНЕВНА ХИРУРГИЈА – 1 модул од 8 кревета	
1	Чекаоница са тоалетима за пацијенте
2	Пријем/администрација/архива
3	Одељење од 8 болничких кревета са два купатила
4	Соба главне сестре са тоалетом
5	Радна станица за мед.особље
6	Чајна кухиња
7	Дневни боравак за пацијенте
8	Соба за терапију
9	Кабинет доктора са тоалетом
10	Остава чистог материјала
11	Остава прљавог
12	Трокадеро/чистачице
13	Остава за опрему
14	Сала за састанке
15	Соба за одмор особља
16	Тоалети за запослене
УКУПНО корисна површина 1 модула 450 м^2	

Извор: Аутор, Италијански стандард за пројектовање објеката у здравству, Декрет ДПР 14.01.1997.

Табела 6-31. Просторне потребе за операциони блок дневне болнице

ДНЕВНА БОЛНИЦА ОПЕРАЦИОНИ БЛОК	
1	Чекаоница са тоалетима за пацијенте
2	Пријем/администрација/архива
3	Филтер пацијенти
4	Свлачионица за особље ОП блока

5	Филтер особље
6	Интерна контрола
7	Трансфер пацијената
8	Припрема пацијента
9	Припрема хирурга
10	Опоравак/буђење пацијента
11	Радна станица особље
12	Остава за колица и носила
13	Остава лекова
14	Остава анестезиолошког материјала
15	Остава инструмената и опреме материјала за ОП блок
16	Остава стерилно материјала
17	Трокадеро/чистачице
18	ОП сала
19	Суб-стерилизација
20	Остава прљаво
21	Остава чистог материјала
22	Тоалети за запослене
23	Соба за одмор особља
УКУПНО корисна површина 600 м^2	

Извор: Аутор, Италијански стандард за пројектовање објеката у здравству, Декрет ДПР 14.01.1997.

Табела 6-32. Просторне потребе за одељење Радиологије

РАДИОЛОГИЈА	
1	2 чекаонице са тоалетима за пацијенте
2	Пријем/администрација/архива
3	Соба за консултацију
4	4 рендген собе са гардеробом за пацијенте
5	2 собе за мамографију са гардеробом за пацијенте
6	Суб-стерилизација
7	ИТ соба
8	Соба за преглед снимака
9	Писање извештаја
10	2 собе за опсервацију
11	Припрема пацијената
12	2 собе за техничаре
13	6 соба за медицинско особље
14	Радна станица медицинско особље
15	Соба главне сестре
16	Соба за одмор особља
17	Сала за састанке
18	Свлачионице за особље
19	Специјалистичке консултације
20	Остава чистог материјала
21	Остава прљаво
22	Остава за опрему
23	Остава течних материјала
24	Тоалети за запослене
УКУПНО корисна површина 1500 м^2	

Извор: Аутор, Италијански стандард за пројектовање објеката у здравству, Декрет ДПР 14.01.1997.

Табела 6-33. Просторне потребе за Радиологију - ЦТ и МР

ЦТ и МРИ	
1	Чекаоница са тоалетима за пацијенте
2	Пријем/администрација/архива
3	ЦТ соба/контролна соба са гардеробом за пацијента
4	2 собе за припрему пацијента/медикација
5	Интервенције у хитним случајевима/обсервација
6	Остава течних криогених материја
7	МР/контролна соба са гардеробом за пацијента
8	Техничка соба са опремом
9	Контрола/филтер простор/метал детектор
10	2 собе за писање извештаја
11	Соба за техничаре
12	Соба за медицинско особље
13	2 радне станице за медицинско особље
14	Остава чистог материјала
15	Остава прљаво
16	Тоалети за запослене
17	Остава опрема
УКУПНО корисна површина 900 м^2	

Извор: Аутор, Италијански стандард за пројектовање објеката у здравству, Декрет ДПР 14.01.1997.

Табела 6-34. Просторне потребе за Радиотерапију

РАДИОТЕРАПИЈА	
1	Топла чекаоница са тоалетима за пацијенте
2	Хладна чекаоница са тоалетима за пацијенте
3	Пријем/администрација/архива
4	Соба за консултације
5	Свлачионица за пацијенте
6	Соба за прегледе
7	Лабораторија
8	Скенер
9	Пријемна соба
10	Соба за манипулацију
11	Филтер/деконтаминација
12	Бункер
13	ИТ соба
14	Свлачионица за особље
15	Главна сестра
16	Докторска соба
17	Соба за техничаре
18	Техничка просторија за опрему
19	Остава чистог материјала
20	Остава прљаво
21	Остава за опрему
22	Тоалети за запослене
23	Тоалети за пацијенте
УКУПНО корисна површина 700 м^2	

Извор: Аутор, Италијански стандард за пројектовање објеката у здравству, Декрет ДПР 14.01.1997.

Табела 6-35. Просторне потребе за функционална и ендоскопска испитивања

ФУНКЦИОНАЛНА И ЕНДОСКОПСКА ИСПИТИВАЊА	
1	Чекаоница са тоалетима за пацијенте
2	Пријем/администрација/архива
3	Амбуланта за пријем пацијента
4	3 гардеробе за пацијенте
5	Филтер пацијенти
6	3 ендоскопске сале
7	3 амбуланте за консултације
8	3 просторије за припрему хирурга
9	3 припреме пацијента/анестезија
10	Буђење и опоравак пацијената 3 собе/3 места
11	Тоалети за пацијенте у зони третмана
12	Радна станица за медицинско особље
13	Радна докторска соба
14	Остава намештаја и опреме
15	Остава чистог материјала
16	Остава прљаво
17	Соба за одржавање опреме
18	Тоалети за запослене
УКУПНО корисна површина 800 м^2	

Извор: Аутор, Италијански стандард за пројектовање објеката у здравству, Декрет ДПР 14.01.1997.

Табела 6-36. Просторне потребе за лабораторијску дијагностику

ЛАБОРАТОРИЈА	
1	Преузимање узорака
2	Уписивање и издавање резултата
3	Пријем/администрација/архива
4	Докторска соба
5	Хемичари/Лаборанти
6	Радна станица медицинског особља
7	1 просторија за биохемију
8	1 просторија за хематологију
9	1 просторија за микробактериологију
10	Микроскопска анализа
11	Серологија
12	Паразитологија
13	Вирусологија
14	Имунологија и серуми
15	Соба за инфектолошку контролу
16	Третман инфективног отпада
17	Прање стакла
18	Соба за припрему култура
19	Остава материјала
20	Остава кварљивих материја
21	Остава запаљивих и/или токсичних материја
22	Остава чистог материјала

23	Остава прљаво
24	Остава опреме
25	Сала за састанке
26	Одмор особља
27	Тоалети за особље
УКУПНО корисна површина 1000 м^2	

Извор: Аутор, Италијански стандард за пројектовање објеката у здравству, Декрет ДПР 14.01.1997.

Табела 6-37. Просторне потребе за ОП блок

ОПЕРАЦИОНИ БЛОК (6 ОП сала – 3 општа хирургија, 1 ортопедија, 2 специјалистичке)	
1	Филтер пацијенти
2	Гардеробе за особље ОП блока
3	Филтер особље
4	Интерна контрола
5	Трансфер
6	6 Припрема пацијената
7	6 припрема хирурга
8	Буђење пацијената 6 места
9	Остава средстава за чишћење
10	Рада станица особља
11	Остава за колица и носила
12	Остава лекова
13	Анестезиолошки материјал
14	Инструменти
15	Остава опреме за ОП сале
16	Стерилни материјал
17	Анестезиолог
18	Простор за пананатомски отпад
19	3 ОП сале – општа хирургија
20	ОП сала ортопедија
21	Гипс сала
22	2 ОП сале специјалистичка хирургија
23	6 суб-стерилизација
24	Остава чистог материјала
25	Остава прљаво
26	Докторска соба
27	Одмор особља
28	Тоалети за особље
УКУПНО корисна површина 1800 м^2	

Извор: Аутор, Италијански стандард за пројектовање објеката у здравству, Декрет ДПР 14.01.1997.

Табела 6-38. Просторне потребе за одељење интензивне неге

ОДЕЉЕЊЕ ИНТЕНЗИВНЕ И ПОЛУ-ИНТЕНЗИВНЕ НЕГЕ(20 места – 8 полу-интензивна нега, 8 ЈИН кревета, 2 шок собе, 2 неонатална ЈИН места-инкубатори)	
1	20 ЈИН кревета
2	Соба за изолацију
3	2 собе за критичне пацијенте
4	2 собе за опсервацију и мониторинг
5	Гардероба особља

6	Филтер особље
7	Консултације/Третман
8	Радна станица медицинског особља
9	Кабинет доктора
10	Главна сестра
11	Чајна кухиња
12	Остава прљаво
13	Остава чистог материјала
14	Остава опрема
15	Чекаоница са тоалетима
16	Филтер посетиоци
17	Техничка просторија
18	Остава анестезиолошког материјала
19	Соба за одмор особља
20	Тоалети особља
УКУПНО корисна површина 900 м^2	

Извор: Аутор, Италијански стандард за пројектовање објеката у здравству, Декрет ДПР 14.01.1997.

Табела 6-39. Просторне потребе за одељење стандардне неге

ОДЕЉЕЊЕ СТАНДАРДНЕ НЕГЕ – 10 модула по 20 болничких кревета - 200 кревета од којих 20 једнокреветних соба)	
1	8 двокреветних соба са купатилом
2	4 једнокреветне собе са могућношћу уношења додатног кревета са купатилом
3	Соба главне сестре са тоалетом
4	Радна станица за медицинско особље
5	Чајна кухиња
6	Купатило за пацијенте са асистенцијом
7	Дневни боравак за пацијенте
8	Интервенције/медикација
9	Кабинет доктора са купатилом
10	Чекаоница за посете са тоалетима
11	Остава за средства за чишћење
12	Остава прљаво
13	Остава чистог материјала
14	Остава опрема
15	Соба за одмор особља
26	Тоалети особља
УКУПНО корисна површина 1 модула од 20 болничких кревета 700 м^2 **УКУПНО 10 модула – 200 болничких кревета 7000 м^2**	

Извор: Аутор, Италијански стандард за пројектовање објеката у здравству, Декрет ДПР 14.01.1997.

6.10. Инвестиције у инфраструктуру у складу са Нацртом стратегије оптимизације мреже установа здравствене заштите Републике Србије

Планирање инвестиција у инфраструктуру здравствених објеката мора се радити плански у складу са одлукама о оптимизацији здравственог система и плану развоја мреже здравствених институција.

Детаљном анализом постојеће инфраструктуре сагледани су сви аспекти који утичу на одређивање приоритета за интервенције на објектима. Усвајањем Нацрта стратегије оптимизације може се

започети процес привођења намени објеката тако што ће се улагања вршити пре свега у објекте који захтевају најмање инвестиција и који имају довољно капацитета за стратегијом предложене измене.

Веће инвестиције у реконструкције постојећих објеката вршиће се у средњорочном периоду од 3-7 година, док се нови објекти планирају у дужем временском периоду. Уколико је за испуњавање циљева стратегије као приоритет идентификована нова изградња одређене типологије здравственог објекта у недостатку одговарајућих медицинских услуга на нивоу округа или региона, ова врста интервенције и улагања ће се планирати у краћем временском периоду. Како би потребе за инвестирањем биле објективно сагледане и одлуке донете без индивидуалних утицаја учесника у процесу, неопходно је укључити све инволвиране стране у дефинисања приоритета инвестирања. Дефинисати улоге за сваког од учесника у процесу службеном уредбом (представници владе, здравствене установе, пројектанти, извођачи и финансијери). Усвајањем стратегије финансирања са планом објеката које стратегија обухвата у периоду од 5-10 година са јасним процедурама и методологијом пројектовања, тендерског поступка, и извођења омогућила би се контрола и мониторинг уложених средстава као и праћење динамике реализације планираних инвестиција.

Приоритет за успостављање система за обнову и изградњу објеката у здравству је доношење стандарда за пројектовање медицинских простора и инфраструктуре. У овај процес је неопходно укључити професионална тела и појединце из области пројектовања у здравству, Универзитете, Инжењерску комору, Институт за стандардизацију, Акредитациона тела и све надлежне институције. Стратешки циљ за унапређење објеката у здравству је доношење стандарда у периоду од 3-7 година. Приоритетне интервенције у периоду до доношења стандарда за ову врсту објеката ће се планирати уз имплементацију иностраних стандарда и добре праксе. Управљање овим пројектима вршиће републичко тело именовано од стране Владе РС уз стручну консултативну помоћ појединаца са искуством у области пројектовања здравствених објеката. Ову улогу има Канцеларија за управљање јавним улагањима, која би преузела и контролу примене стандарда у фази пројектовања.

У циљу постизања стандарда земаља Европске Уније по питању технолошке опремљености и просторних капацитета објеката у здравству, неопходно је да се и планирана средства за унапређење инфраструктуре и опреме болничких објеката ускладе са европском праксом.

Економски параметри о трошковима изградње медицинских објеката (искључујући намештај и опрему) према комплексности функционалних целина:

За планирање инвестиција важно је напоменути да је удео трошкова за инсталације, облоге и опрему (не укључујући медицинску опрему) у реализацији медицинског објекта знатно велики, износи некада и више од 55% инвестиције уз потенцијални раст у будућности узимајући у обзир перманентни технолошки напредак.

Табела 6-40. Нивои технолошке комплексности и индикативни параметри трошкова изградње

НИВО КОМПЛЕКСНОСТИ ФУНКЦИОНАЛНЕ ЦЕЛИНЕ		**ИНДИКАТИВНИ ПАРАМЕТАР ТРОШКОВА ИЗГРАДЊЕ (€/м^2)**
■	Функционална целина високе технолошке комплексности (Радиологија, ОП блок, Интензивна нега и сл.)	2,000.00 -2,500.00
▣	Функционална целина средње технолошке комплексности (Ендоскопија, Лабораторије, Интервенције и сл.)	1,250.00-1,500.00

☐	Функционална целина ниске технолошке комплексности (Одељења стандардне неге, Поликлиника итд)	1,000.00-1,250.00
Индикативни параметар просечних трошкова/м^2		1,400.00-1,750.00

Извор: Italian decree DPR 14.01.97., Good practice analysis

Болнице са високоразвијеном технологијом и инсталационим системима захтевају значајно веће инвестиције. Анализа праксе у земљама ЕУ показује да се просечни трошкови изградња нових болничких објеката крећу од 1500-2000€/м^2, до 3,750.00€/м^2 за регионалне здравствене центре са више од 600 болничких кревета и софистицираном дијагностиком.

Процена инвестиција на нивоу планирања буџета за здравствени објекат високих технолошких захтева може се грубо одредити према табели са праксом утврђеним трошковима изградње функционалних целина болнице по комплексности примењених технологија. У процену инвестиције не укључује се медицинска опрема и намештај.

Табела 6-41. Процена трошкова изградње болнице секундарне/терцијарне неге-242 кревета – 70.000 становника

Болница секундарне/терцијарне неге -242 болничка кревета – 70.000 становника		
А	Функционална целина високе технолошке комплексности	м^2
1	Дневна хирургија са 1 ОП салом	600
2	8 кревета за дијализу	800
3	Радиологија	3.100
4	Функционална дијагностика и Ендоскопија(3 сале)	800
5	Лабораторија	1.000
6	Ургентни пријем 2. нивоа (2 ОП сале, 5 терапијских амбуланти, 8/10 места за опсервацију)	3.000
7	ОП блок (6 ОП сала)	1.800
8	Породилиште (2 порођајне сале, 1 ОП сала)	1.000
9	Шок собе -Интензивна нега-Полу-интензивна нега (18 кревета, 2 шок собе)	900
А1	Укупна површина зоне високе технолошке комплексности	13.000,00
А2	Укупна цена изградње А1	32.500.000,00€
Б	Функционална целина средње технолошке комплексности	м^2
1	Поликлиника	2000
2	Одељења стандардне и специјалистичке неге	7000
3	Одељења дневне болнице и дневне хирургије	900
Б1	Укупна површина зоне средње технолошке комплексности	9.900,00
Б2	Укупна цена изградње Б1	14.850.000,00€
Ц	Укупна површина зоне ниске технолошке комплексности	
1	Општа служба	4.000
2	Технички простори	3.500
3	Комуникације	4.000
4	Помоћни простори	900
Ц1	Укупна површина зоне ниске технолошке комплексности	12.400,00
Ц2	Укупна цена изградње Ц1	12.400.000,00€

Д	Укупни трошкови искључујући мед.опрему и намештај(А2+Б2+Ц2)	59.785.000,00€
Е	Трошкови по болесничком кревету(Д/242)	247.000,00€/по кревету
Ф	Трошкови по м^2 (А1+Б1+Ц1)/Д	1.690,00€/м^2

Извор: Аутор, Италијански стандард за пројектовање објеката у здравству, Декрет ДПР 14.01.1997.

7. Нацрт предлога основне медицинске опреме за здравствени систем Србије

7.1. Увод

Данас је на располагању више од 10.000 врста медицинских средстава. Избор одговарајуће медицинске опреме увек зависи од комбинације локалних, регионалних или националних потреба; фактора које треба узети у обзир укључују категорију здравствене установе у којој ће се медицинска средства / опрема користити, кадрове и оптерећење болешћу до којих је дошло у одређеном територијалном подручју. Стога је немогуће направити списак медицинске опреме која би била и обимна и / или универзално примењива.

Пружање здравствених услуга, данас више него икад, уско је повезано са коришћењем здравствених технологија. Међутим, фатални исходи се дешавају као резултат недостатка приступачних и доступних технологија, као и специјализованих људских ресурса.

Извештај Светске здравствене организације (СЗО) из 2011. године „**Основна медицинска опрема“** односи се на здравствене технологије за које се обично сматра да су важне или неопходне за посебне поступке превенције, дијагностике, лечења или рехабилитације који се спроводе у већини здравствених установа. Међутим, само део овог извештаја може да се прилагоди контексту Републике Србије.

7.2. Циљ

Циљ овог извештаја је да се изради листа основне медицинске опреме која је потребна за превенцију, дијагностику, лечење или рехабилитације болести које представљају велико оптерећење здравственом систему Србије, за одговарајуће нивое здравствене заштите и која је прилагођена локалном контексту Републике Србије.

7.3. Дефиниције

Здравствена технологија (*engl. Health technology/ Health-care technology*): Примена организованих знања и вештина у облику медицинских уређаја, лекова, вакцина, процедура и система развијених за решавање здравственог проблема и побољшање квалитета живота. Користи се наизменично са здравственом технологијом.

Медицинско средство (*engl. Medical device*): Било који производ, апарат, инструмент, уређај, машина, имплантат, реагенс за инвитро употребу, софтвер, материјал или други слични сродни производи, намењен за људску употребу, самостално или у комбинацији, за превенцију, дијагностику или лечење болести или тешких здравствених стања или за откривање, мерење, обнављање, исправљање или модификовање структуре или функције тела у здравствене сврхе.

Испод су наведене посебне медицинске сврхе медицинског уређаја:

- Дијагноза, превенција, праћење, лечење или ублажавање болести;
- Дијагноза, праћење, лечење, ублажавање или санирање повреде;
- Испитивање, замена, модификација или анатомска подршка или подршка физиолошком процесу;
- Одржавање живота;
- Контрола зачећа;

- Дезинфекција медицинских уређаја;
- Пружање информација путем инвитро испитивања узорака добијених из људског тела.

Обично, иако не увек, сврха медицинског средства не постиже се фармаколошким, имунолошким или метаболичким средствима.[57] Ова категорија укључује медицинску опрему, импланте, медицинска средства за једнократну употребу, инвитро дијагностику и неке помоћне технологије.

Медицинска опрема: Користи се за посебне сврхе дијагностике и лечења болести или рехабилитације после болести или повреде; може се користити самостално или у комбинацији са било којом додатном опремом, потрошним материјалом или другом медицинском опремом. Медицинска опрема не укључује медицинске уређаје за имплантацију, потрошне уређаје или уређаје за једнократну употребу. Медицинска опрема је капитално добро и обично захтева професионалну инсталацију, калибрацију, одржавање, обуку корисника и стављање ван погона, што су активности којима обично управљају клинички инжењери.[58]

Процена здравствене технологије (*engl. Health Technology Assessmnet, HTA*): Према најновијој дефиницији из 2020. године HTA је мултидисциплинарни процес који користи експлицитне методе за одређивање вредности здравствене технологије у различитим фазама њеног животног циклуса. Сврха HTA је информисање приликом доношења одлука како би се промовисали праведан, ефикасан и квалитетан здравствени систем.[59]

Биомедицински инжењеринг (*engl. Biomedicalengineering, BME*): Медицина и BME интегришу физичке, математичке и природне науке са инжењерским принципима за проучавање биологије, медицине и здравствених система и за примену технологије за побољшање здравља и квалитета живота. креира знање од молекулског нивоа до нивоа органских система, развија материјале, уређаје, системе, информационе приступе, управљање технологијом и методе за процену технологије, за превенцију, дијагностику и лечење болести, за пружање здравствене заштите и за негу пацијената и рехабилитацију.[60]

7.4. Преглед медицинске опреме

7.4.1. Класификација медицинске опреме

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“ је израдио номенклатуру/шифарник медицинске опреме у здравственом систему Републике Србије[61] који се користи за прикупљање података о медицинској опреми која је препозната као опрема од националног интереса[62].

Номенклатура садржи шифре и називе апарата који су сврстани у групе и подгрупе.

---

[57]Информативни документ у вези са дефиницијом термина "медицинско средство".Global HarmonizationTaskForce, 2005. Доступно на: http //vvv.ghtf.org/ dokumenti / sg1 / sg1n29r162005.pdf

[58]http://apps.vho.int/medicinedocs/documents/s21559en/s21559en.pdf. Развој политика медицинских средстава, 2011. страна 4.

[59]Нова дефиниција процене здравствене технологије: Прекретница у међународној сарадњиhttps://www.cambridge.org/core/journals/international-journal-of-technology-assessment-in-health-care/article/new-definition-of-health-technology-assessment-a-milestone-in-international-collaboration/8A3BA65D279F3FDAA83ADB3D08CF8C17/share/89216e2cc7b586911e0ea06f3defbafc58da4bb7

[60]https://ifmbe.org/about-ifmbe/strategic-plan/

[61]https://data.gov.rs/en/datasets/nomenklatura-meditsinske-opreme-od-natsionalnog-interesa-u-zdravstvenom-sistemu-republike-srbije/

[62] Дефиниција медицинске опреме од националног значаја заснива се на два критеријума: да је опрема од кључног интереса за пружање здравствене заштите и да је велике финансијске вредности. Наведени критеријуми нису прецизније дефинисани

У складу са Правилником о медицинској документацији, евиденцијама и извештајима о кадровима, опреми и лековима у Здравственим установама („Сл. гласник РС“, бр. 29/2000) и дописом Министарства здравља Републике Србије (бр. 500-01-793/2012-02 од 18.05.2012. године), који се односи на доставу података о медицинској опреми у здравственим установама, све здравствене установе су у обавези да самостално унесу и континуирано евидентирају промене података о медицинској опреми у здравственој установи. Установе су у обавези да све податке о променама у вези медицинске опреме редовно ажурирају.

7.4.2. Медицинска опрема у Србији

Као што је описано у Извештају Д2, подаци за израду тог извештаја добијени су из више извора, међу којима је био *on-line* упитник који је био упућен директорима здравствених установа у Србији. Упитник се састојао од 9 компоненти при чему се седма компонента упитника односила се на издвојену медицинску опрему заступљену на секундарном и примарном нивоу здравствене заштите. У оквиру секундарне здравствене заштите тражени су подаци о 21-ом типу медицинске опреме, а у оквиру примарне здравствене заштите о 14 различитих типова опреме. Подаци о мамографима, дијагностичком ултразвуку, ЕКГ и рендген апаратима су тражени и са болничког и примарног нивоа (означено плавом бојом у табели испод). Укупна листа медицинске опрема за оба нивоа здравствене заштите имала је 35 ставки (Табела 7-1).

Тражени подаци су се односили на следеће:

1) постојећи број медицинске опреме,
2) колико људи је обучено за рад на тој врсти опреме,
3) колико људи ради на тој врсти опреме,
4) просечан број дијагностичких поступака на дневној бази,
5) просечан број сати дневно када се уређај користи.

Табела 7-1. Списак медицинске опреме у on-line упитницима (7 и 7а) за примарни и болнички ниво здравствене заштите

Болнички ниво здравствене заштите	Примарни ниво здравствене заштите
Основни рендгенски дијагностички систем (Рентген апарат)	Дијагностички ултразвук за општу употребу
Флуороскопски систем	ЕКГ – електрокардиограф
Мамограф	Дефибрилатор, за јавна места, аутоматски, пуњиви
ЦТ систем	Дефибрилатор, за јавна места, аутоматски, непуњиви
ПЕТ скенер	Мобилни Пацијент - Надгледање физиолошких функција (пулс, темп., O_2,)
МР систем	Ларингоскоп, савитљиви, фиброптички
Дијагностички ултразвук	Отоскоп, савитљиви, фиброптички
Линеарни акцелератор	Вага

Вентилатори и респиратори	Спирометар, дијагностички
Ендоскопи	Колица
ЕКГ уређаји	Кревет за прегледање пацијената
Дефрибрилатори	Рендген апарат (РТГ)
Мониторинг пацијента	Мамограф
Инфузомати / перфузори	Стоматолошка столица
Апарати за анестезију	
Апарат за хемодијализу	
Терапеутски ултразвук	
Инкубатор	
Нож хируршки, електрични - електрокаутер са генератором	
Стерилизатор	
ЦТ ангиограф (ЦТ ангиографија)	

Извор: Електронски упитник број 7 и 7а - Медицинска опрема за стационарну и примарну здравствену заштиту. Плаво је обојена медицинска опрема која се налази у обе анкете 7 и 7а)

7.4.3. Основна медицинска опрема дефинисана од стране Светске здравствене организације

Светска здравствена организација је публиковала монографију са кључним подацима о основној медицинској опреми које су издали ECRI институт[63] и GMDN агенција[64], у циљу подизања свести заинтересованих страна о њиховом постојању и њиховој функционалности.

Према публикацији СЗО „*Основна медицинска опрема*" се односи на технологије које се обично сматрају важним или неопходним за специфичне превентивне, дијагностичке, терапијске или рехабилитационе поступке који се спроводе у већини здравствених установа.

У публикацији је дат кратак опис тзв. образац који садржи информацију који је тип медицинске опреме у питању, здравствена стања у којима се опрема користи, оперативни поступци, њихов обим, тежину и распон цена, као и инфраструктурне захтеве за ефикасну и безбедну употребу. Медицинска опрема је представљене у контексту постојећих номенклатурних система; није специфична за било који бренд, модел или продавца.

[63]ECRI (Институт за хитну помоћ) је независна, непрофитна организација која унапређује безбедност, квалитет и економичност неге у свим здравственим установама широм света.
[64]GMDN агенција је одговорна за Глобалну номенклатуру медицинских средстава (GMDN) која се користи за идентификацију медицинских средстава.

Опрема је класификована у следеће категорије: терапијска, дијагностичка, која се користи код хроничних болести и код здравља детета.
Одељење есенцијалних здравствених технологија при Светској здравственој организацији планира да континуирано ажурира листу основне медицинске опреме и учини је доступном јавности на веб сајту СЗО у циљу информисања јавности. СЗО обрасци не дају преглед безбедности, ефикасности, квалитета, примењивости или прихватљивост трошкова било које од технологија[65].

У Табели 7-2 је наведено 49 здравствених технологија/медицинске опреме коју је Светска здравствена организација означила као основну. 18 здравствених технологија из СЗО листе је такође је било обухваћено у он-лине упитницима за које су тражени подаци од директора здравствених установа у Србији.

Табела 7-2. Основна медицинска опрема према Светској здравственој организацији

Назив медицинске опреме
Анализатор, Лабораторија, Хематологија, Групирање крви, аутоматско испитивање
Апарат за анестезију
Апнеа монитори
Аспиратор
Уређај за проверу слушне функције, новорођенче
Билирубинометар
Крвни гас / pH/ Хематолошки анализатор
Монитор крвног притиска
Бронхоскоп
Хируршки стерилни сет за офталмологију, катаракта
Анализатор, биохемијски
Колоноскоп
Криохируршка јединица
Цитометар
Дефибрилатор, екстерни, аутоматизовани; полуаутоматски
Дефибрилатор, екстерни, мануелни
Денситометар, кости (Рендген апарат за мерење коштане густине)
Електрокардиограф, ЕКГ
Апарат, електрохируршки
Фетални детектор срца, ултразвучни
Фетални монитор
Анализатор глукозе
Анализатор за хематологију
Апарат за хемодијализу
Имуноесеј анализатор
Инкубатор, новорођенчад
Ласер, CO_2
Ласер, офталмолошки
Мамограф

[65] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95788/WHO_HSS_EHT_DIM_11.03_eng.pdf;jsessionid=9EE9AAEAF2B9229B410F758A07BE03F8?sequence=1

Монитор, ноћни, електроенцефалографија
Монитор, централне станице
Систем за праћење, физиолошки
Монитор, телеметријски, физиолошки
Јединица за перитонеалну дијализу
Анализатор плућне функције
Радиографски, флуороскопски систем
Систем планирања радиотерапије
Систем за радиотерапију/ линеарни акцелератор
Систем брахитетерапије на даљинско оптерећење
Систем скенирања, ЦТ
Систем скенирања, магнетна резонанца,целог тела
Систем за скенирање, ултразвучни
Транскутани монитор гаса у крви
Вентилатор интензивне неге
Вентилатор интензивне неге, Неонатални / Педијатријски
Вентилатор, преносни
Систем за видеоконференције, телемедицина
Инкубатори
Анализатор пуне коагулације крви

Извор: СЗО „Основна медицинска опрема", 2011. година

7.4.4. Медицинска опрема потребна за унапређење клиничке праксе

Трећа листа медицинске опреме је креирана после посета здравствених установа и разговора са клиничарима у вези са потребама за опремом неопходном за ефикасну хирургију.

Табела 7-3. Медицинска опрема захтевана од стране клиничара

Име опреме
CATH-LAB (за катетеризацију срца)
Опрема за екстракорпоралну циркулацију за кардио хирургију
Ендоскопска опрема за гастроентерологију
Ендоскопска опрема за дневну хирургију
Инструменти за ортопедску хирургију
Стереотаксија
ЦТ-навигација

Извор: Усмена комуникација са клиничарима посећених здравствених установа

7.5. Методологија и критеријуми за избор основне медицинске опреме у Србији

Медицинска опрема из *on-line* упитника (Табела 7-4) је окарактерисана према:

- важности близине,
- важности утицаја на морталитет,
- важности утицаја на морбидитет,

- опслуженост становништва,
- захтеви за обуку.

Три категорије (значај близине, смртност и морбидитета) процењене су као „важне“ или „мање важне“.

Популација за коју се опрема користи и захтеви за обуку су израчунати и груписани на основу одговора на он-лине упитнике за здравствене установе примарне и секундарне здравствене заштите.

Да би се окарактерисала популација за коју се користи сваки комад медицинске опреме, класификовали смо је према укупном броју сати коришћења у Србији сваког дана (Табела 7-4).

Табела 7-4. Категорије популације према времену коришћења опреме

Категорије популације за коју се користи опрема	Број часова коришћења опреме
Мала	<100 часова дневно
Средња	100 <1000 часова дневно
Велика	> = 1000 часова дневно

Извор: Примери аутора

Да би се карактерисали захтеви за обуку за сваки комад медицинске опреме, подељени су у складу са просечним бројем обучених људи по уређају (Табела 7-5).

Табела 7-5. Категорије захтева обуке за медицинску опрему

Категорије	Просечан број обучених људи по уређају
Низак	<3
Средњи	3 до 5
Висок	> = 5

Извор: Примери аутора

Медицинска опрема је затим рангирана према здравственим приоритетима, окарактерисаним следећим редоследом:

1. утицај на смртни исход ,
2. утицај на морбидитет,
3. популација за коју се опрема користи.

Табела 7-6. Карактеризација медицинске опреме

Ниво здравствене заштите	Медицинска опрема	Важност близине	Утицај на смртни исходи	Утицај на морбидитет	Популација за коју се опрема користи	Захтеви за обуку
Примарна заштита	Кревет за прегледање пацијената	важно	велики	велики	значајно	ниски
Примарна заштита	ЕКГ уређај	важно	велики	велики	значајно	средњи
Секундарна заштита	ЕКГ уређај	важно	велики	велики	значајно	високи
Болничка заштита	Апарат за хемодијализу	важно	велики	велики	значајно	ниски
Болничка заштита	ЦТ систем	мање важно	велики	велики	средње	високи
Болничка заштита	МР систем	мање важно	велики	велики	средње	високи
Болничка заштита	Ангиограф у ЦТ (ЦТ ангиографија)	мање важно	велики	велики	средње	високи
Болничка заштита	Линеарни акцелератор	мање важно	велики	велики	ниско	високи
Болничка заштита	Инфузомати	важно	велики	умерен	значајно	ниски
Болничка заштита	Монитор централне станице за надзор пацијента	важно	велики	умерен	значајно	средњи
Болничка заштита	Инкубатори, одојчади	важно	велики	умерен	значајно	ниски
Болничка заштита	Вентилатори (одељење интензивне неге, реф. СЗО)	важно	велики	умерен	значајно	средњи
Болничка заштита	Стерилизатор	мање важно	велики	умерен	средње	средњи
Болничка заштита	Апарат за анестезију	важно	велик	умерен	средње	ниски
Примарна заштита	Дефибрилатор, за јавна места, аутоматски, Пуњиви	важно	велики	умерен	средње	високи

Болничка заштита	Електрохируршка јединица	мање важно	велики	умерен	средње	средњи
Болничка заштита	Дефрибрилатор	важно	велики	умерен	средње	високи
Болничка заштита	Мамограф	мање важно	велики	умерен	средње	високи
Примарна заштита	Мамограф	мање важно	велики	умерен	средње	средњи
Примарна заштита	Дефибрилатор, за јавна места, аутоматски, непуњиви	важно	велики	умерен	средње	високи
Болничка заштита	ПЕТ скенер	мање важно	велики	умерен	ниско	високи
Примарна заштита	Стоматолоска столица	важно	умерен	велики	значајно	ниски
Болничка заштита	Систем за скенирање, ултразвучни	важно	умерен	велики	значајно	средњи
Болничка заштита	Систем за скенирање, ултразвучни	важно	умерен	велики	значајно	високи
Болничка заштита	Рендген апарат	важно	умерен	велики	значајно	средњи
Примарна заштита	Рендген апарат	важно	умерен	велики	средње	ниски
Болничка заштита	Терапеутски ултразвук	мање важно	умерен	велики	средње	високи
Примарна заштита	Колица	важно	умерен	велики	средње	високи
Примарна заштита	Отоскоп, савитљиви, фиберoптички	важно	умерен	велики	средње	ниски
Болничка заштита	Ендоскопи	важно	умерен	велики	средње	ниски
Болничка заштита	Радиографски, флуороскопски систем	мање важно	умерен	велики	средње	високи
Примарна заштита	Ларингоскоп, савитљиви, фиберoптички	важно	умерен	велики	средње	средњи
Примарна заштита	Вага	важно	умерен	умерен	значајно	средњи

Примарна заштита	Спирометар, дијагностички	важно	умерен	умерен	средње	ниски
Примарна заштита	Мобилни пацијент - Надгледање физиолошких функција (пулс, темп., O_2,)	важно	умерен	умерен	средње	високи

Извор: Примери аутора

7.6. Предлог листе основне медицинске опреме за Србију

У **Error! Reference source not found.**Табели 7-7 је наведена медицинска опрема која је идентификована као важна на нивоу примарне и болничке здравствене заштите у Извештају Д2 овог пројекта, основна опрема дефинисана у документу Светске здравствене организације и опрема која представља захтев клиничара (који пре свега представља потребе терцијарног нивоа здравствене заштите). Да би се дефинисала основна медицинска опрема за здравствени систем Републике Србије у обзир су узети сви типови опреме наведене у Табели 7-7 .

Табела 7-7. Предлог основне медицинске опреме за Србију

Назив опреме	Зашто је укључена
Медицински кревети	Високи утицај на смртност и морбидитет, највећи утицај на становништво
Електрокардиограф, ЕКГ	Високи утицај на морталитет и морбидитет
Апарат за хемодијализу	Високи утицај на морталитет и морбидитет
Линеарни акцелератори	Високи утицај на смртност и морбидитет
Инфузионе машине	Високи утицај на смртност, високи утицај на становништво
Монитор централне станице за надзор пацијента	Високи утицај на смртност, високи утицај на становништво
Инкубатори, дојенче	Високи утицај на смртност, високи утицај на становништво
Вентилатор (Одељење интензивне неге, реф. СЗО)	Високи утицај на смртност, високи утицај на становништво
Стерилизатор	Високи утицај на смртност
Апарат за анестезију	Високи утицај на смртност
Дефибрилатор, за јавна места, аутоматски, пуњиви	Високи утицај на смртност
Електрична хируршка јединица	Високиутицај на смртност
Дефибрилатор	Високи утицај на смртност
Мамографска јединица	Високи утицај на смртност
Дефибрилатор, за јавна места, аутоматско, непуњиви	Високи утицај на смртност
Позитронска емисијска томографија (ПЕТ) скенирање	Високи утицај на смртност
Стоматолошка столица	Високи утицај на морбидитет, високи утицај на становништво
Систем скенирања, ултразвучни	Високи утицај на морбидитет, високи утицај на становништво
Рендген апарат	Високи утицај на морбидитет, високи утицај на становништво
Терапеутски ултразвук	Високи утицај на морбидитет
Инвалидска колица	Високи утицај на морбидитет
Отоскоп, флексибилан, фиброптички	Високи утицај на морбидитет
Ендоскопи	Високи утицај на морбидитет

Радиографски, флуороскопски систем	Високи утицај на морбидитет
Ларингоскоп, флексибилан, фиберoптички	Високи утицај на морбидитет
Анализатор, лабораторија, хематологија, групирање крви, аутоматизовано	СЗО основна опрема
Апнеа монитори	СЗО основна опрема
Уређај за проверу слушне функције, новорођенче	СЗО основна опрема
Билирубинометар	СЗО основна опрема
Крвни гас / pH / Хематолошки анализатор	СЗО основна опрема
Монитор крвног притиска	СЗО основна опрема
Бронхоскоп	СЗО основна опрема
Јединице за екстракцију катаракте	СЗО основна опрема
Анализатор, биохемијски	СЗО основна опрема
Колоноскоп	СЗО основна опрема
Криохируршка јединица	СЗО основна опрема
Цитометар	СЗО основна опрема
Денситометар, кости	СЗО основна опрема
Фетални детектор срца, ултразвучни	СЗО основна опрема
Фетални монитор	СЗО основна опрема
Анализатор глукозе	СЗО основна опрема
Анализатор за хематологију	СЗО основна опрема
Јединица за хемодијализу	СЗО основна опрема
Ласер,CO_2	СЗО основна опрема
Ласер, офталмички	СЗО основна опрема
Монитор, ноћни , електроенцефалограф	СЗО основна опрема
Систем за праћење, физиолошки	СЗО основна опрема
Монитор, телеметријски, физиолошки	СЗО основна опрема
Јединица за перитонеалну дијализу	СЗО основна опрема
Анализатор плућне функције	СЗО основна опрема
Систем планирања радиотерапије	СЗО основна опрема
Транскутани монитор гаса у крви	СЗО основна опрема
Вентилатор, преносиви	СЗО основна опрема
Систем за видео конференције, Телемедицина	СЗО основна опрема
Инкубатори, одојчад	СЗО основна опрема
Анализатор пуне коагулације крви	СЗО основна опрема
Катетеризација кардиоваскуларног система	Захтев клиничара
Екстракорпораална циркулација	Захтев клиничара
Гастроинтестинална ендоскопија	Захтев клиничара
Ендоскопска јединица	Захтев клиничара
Ортопедски инструменти	Захтев клиничара
Стереотактичка хирургија	Захтев клиничара
ЦТ-навигација	Захтев клиничара

Извор: Аутор

7.7. Међународно искуство инвестирања у медицинску опрему и препоруке за Србију

IOWISZ (Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia https://iowisz.ezdrowie.gov.pl/) је алат креиран у Пољској да подржи доношење одлука омогућавајући свеобухватну процену сврсисходности предложене инвестиције у здравству (нпр. изградња нове болнице или куповина медицинске опреме)[66].

IOWISZ омогућава да се инвестиција сагледа из различитих перспектива, укључујући развој здравственог система, пољску економију и социјалне потребе.

Анализом овог алата издваја се неколико важних питања за процену улагања у медицинску опрему и која би била такође од значаја за здравствени систем Србије:

1. Какву улогу има недостатак опреме у повећању листа чекања за пацијенте који захтевају здравствену заштиту?
2. Да ли би улагања у медицинску опрему „померила“ оптерећење болничке здравствене заштите на амбулантну и примарну здравствену заштиту - (на пример улагање у рендгенску опрему у примарној у односу на болничку здравствену заштиту).
3. Улога демографије пацијената који захтевају медицинску опрему.
4. Степен улагања у медицинску опрему који може или би могао да се „преведе“ у смањење или повећање других трошкова здравствене заштите (на пример, већи број дијагноза повећава трошкове лечења).
5. Да ли би улагање у медицинску опрему захтевала даља улагања у постојећу инфраструктуру (велика наспрам мале опреме).
6. Замена старе и застареле медицинске опреме (на пример болнички кревети).
7. Да ли би улагање у медицинску опрему побољшало могућност за локално истраживање, обуку и развој (на пример ПЕТ скенери и ЦТ навигација).

[66] Пољска је лидер у областима набавке медицинске опреме и процене здравствених технологија и зато је дата као пример

8. Кадровска политика (детектовани проблеми и смернице за решавање)

8.1. Увод

Стратегија јавног здравља у Републици Србији 2018-2026. године (главна Стратегија), као један од циљева има и унапређење процеса управљања људским ресурсима. Поглављем 4.5 Подршка развоју доступне квалитетне и ефикасне здравствене заштите тачком 4.5.1.3. предвиђено је усвајање Плана развоја здравствених кадрова у здравству у Републици Србији.

Члан 173. Закона о здравственој заштити Сл. гласник РС 25/19, дефинише обавезу МЗ да, уз сагласност Министра надлежног за послове образовања и на основу средстава која су утврђена за те намене, донесе План развоја кадрова који садржи: 1). визију, односно жељено стање, чије достизање доприноси постизање општих и посебних циљева; 2) преглед и анализу постојећег стања, укључујући и оцену нивоа остварености циљева спровођења јавних политика у области развоја кадрова у здравству на основу показатеља учинка у тој области; 3) опште и посебне циљеве развоја кадрова; 4) мере за постизање општих и посебних циљева, узрочно-последичне везе између општих и посебних циљева и мера које доприносе остварењу тих циљева и анализу ефеката тих мера на физичка и правна лица и буџет; 5) план уписа на високошколске установе и школе здравствене струке; 6) програм стручног усавршавања здравствених радника и здравствених сарадника; 7) број специјализација и ужих специјализација које се одобравају на годишњем нивоу; 8) критеријуме и ближе услове за одобравање специјализација и ужих специјализација; 9) кључне показатеље учинака на нивоу општих и посебних циљева и мера, којима се мери ефикасност и ефективност спровођења плана развоја кадрова у здравству; 10) институционални оквир и план за праћење спровођења, вредновање учинака и извештавање о спроведеним мерама, постигнутим циљевима и учинцима спровођења плана развоја кадрова у здравству, уз навођење институције одговорне за праћење спровођења овог плана; 11) друга питања од значаја за стручно усавршавање здравствених радника и здравствених сарадника, у складу са законом.

Имајући у виду стратешке и законске одредбе спроведена је детаљна анализа кадровских капацитета здравствених установа из Плана мреже, као и процеси у оквиру којих се регулишу кадровска питања од стране надлежних институција.

Детаљнија ситуациона анализа у погледу кадрова дата је у извештају Д3, а овом поглављу представљамо кључне проблеме и дајемо смернице за њихово превазилажење у циљу унапређења процеса управљања људским ресурсима. Напомињемо да ће се након коначних, усвојених предлога из ове Стратегије у погледу Плана мреже, дефинисати нормативи, креирати методологија израде Кадровског плана као и сам план за нову здравствену мрежу у јавној својини (извештај Д5).

8.2. Детектовани проблеми

8.2.1. Оптерећеност здравственог кадра

Оптерећеност постојећег здравственог кадра у примарној здравственој заштити

Општа медицина: Анализа лекара који обављају здравствену заштиту у здравственим установама на примарном нивоу указује да је норматив за уговарање лекара у служби опште медицине један лекар на 1200 регистрованих осигураника, са изузетком у појединим руралним подручјима где је норматив 1600. Уколико овај број упоредимо са просеком на нивоу Србије, који износи 1279, може се констатовати да су реализоване вредности близу норматива. Међутим, анализа броја опредељених пацијената по изабраном лекару опште медицине, носиоцу Тима у дому здравља, показује да су поједини лекари значајно оптерећени тако да имају и преко 3.500 регистрованих осигураника. С друге стране у већини филијала, постоје лекари који немају регистрованих осигураника у појединим домовима здравља.

Табела 8-1. Број регистрованих осигураника према лекару опште праксе (РФЗО филијалама)

Филијала	Број лекара	Број регистрованих осигураника (просек)	Минималан број регистрованих осигураника	Максималан број регистрованих осигураника
Филијала Београд	639	1.428	0	3.370
Филијала Бор	48	1.161	0	2.042
Филијала Чачак	72	1.413	0	2.456
Филијала Јагодина	89	1.276	1	2.549
Филијала Кикинда	44	1.363	0	2.360
Филијала Крагујевац	139	1.437	1	3.338
Филијала Краљево	74	1.224	0	2.503
Филијала Крушевац	100	1.131	0	1.863
Филијала Лесковац	115	1.056	0	2.088
Филијала Ниш	163	1.244	0	3.567
Филијала Нови Пазар	39	1.600	2	3.565
Филијала Нови Сад	233	1.288	0	2.649
Филијала Панчево	131	1.057	0	2.481
Филијала Пирот	42	1.210	185	2.761
Филијала Пожаревац	77	926	0	2.514
Филијала Прокупље	42	1.253	0	2.645
Филијала Смедерево	69	1.259	0	2.624
Филијала Сомбор	60	1.305	0	2.651
Филијала Сремска Митровица	111	1.347	9	2.707
Филијала Суботица	54	1.461	30	2.831
Филијала Шабац	121	1.202	0	2.813
Филијала Ужице	105	1.177	0	2.293
Филијала Ваљево	62	1.372	6	2.351
Филијала Врање	75	1.149	0	2.252
Филијала Зајечар	52	1.031	0	1.790
Филијала Зрењанин	73	1.125	0	2.154
Укупно	**2.829**	**1.279**		

Извор: РФЗО, 29.9.2020. http://rfzo.rs/index.php/davaocizdrusluga/kapitacija-actual-16

Гинекологија: Слична анализа броја опредељених пацијената по изабраном лекару гинекологу, носиоцу Тима у дому здравља, показује да су поједини лекари гинеколози значајно оптерећени тако да поједини лекари имају и преко 6.000 регистрованих осигураника. С друге стране поједини лекари немају регистрованих осигураника у домовима здравља.

Табела 8-2. Број регистрованих осигураника по лекару гинекологу (РФЗО филијалама)

Филијала	Број лекара	Број регистрованих осигураника (просек)	Минималан број регистрованих осигураника	Максималан број регистрованих осигураника
Филијала Београд	92	3.721	199	6.717
Филијала Бор	7	2.631	741	4.428
Филијала Чачак	9	3.770	2.872	5.062
Филијала Јагодина	14	2.452	335	4.005
Филијала Кикинда	6	3.655	1.808	6.583
Филијала Крагујевац	25	2.848	235	4.370
Филијала Краљево	8	2.819	1.318	3.825
Филијала Крушевац	12	2.746	1.432	5.481
Филијала Лесковац	13	3.059	617	4.359
Филијала Ниш	21	2.974	780	5.729
Филијала Нови Пазар	9	3.017	150	4.100
Филијала Нови Сад	29	3.222	30	5.789
Филијала Панчево	14	2.492	1.000	4.973
Филијала Пирот	6	2.167	-	4.216
Филијала Пожаревац	13	2.242	1.283	4.319
Филијала Прокупље	7	2.779	1.304	4.863
Филијала Смедерево	11	3.126	318	5.655
Филијала Сомбор	8	2.423	97	3.743
Филијала Сремска Митровица	18	2.922	537	6.098
Филијала Суботица	8	4.097	2.180	6.005
Филијала Шабац	16	2.811	585	5.030
Филијала Ужице	19	2.683	317	6.394
Филијала Ваљево	8	2.860	800	5.660
Филијала Врање	15	1.833	-	4.669
Филијала Зајечар	2	4.511	2.445	6.577
Филијала Зрењанин	8	2.918	812	5.062
Укупно	**398**	**3.052**		

Извор: РФЗО, 29.9.2020. http://rfzo.rs/index.php/davaocizdrusluga/kapitacija-actual-16

Педијатрија: Слична анализа броја опредељених пацијената по изабраном лекару педијатру, носиоцу Тима у дому здравља, показује да су поједини лекари значајно оптерећени тако да поједини лекари имају и преко 2.900 регистрованих осигураника. С друге стране, поједини лекари немају регистрованих осигураника у домовима здравља. Ту се виде значајне разлике по лекару.

Табела 8-3. Број регистрованих осигураника по лекару педијатру (РФЗО филијалама)

Филијала	Број лекара	Број регистрованих осигураника (просек)	Минималан број регистрованих осигураника	Максималан број регистрованих осигураника
Филијала Београд	218	1.106	-	2.929
Филијала Бор	16	814	281	1.636
Филијала Чачак	28	1.211	10	2.516
Филијала Јагодина	37	870	14	2.209

Филијала Кикинда	32	613	-	1.677
Филијала Крагујевац	45	1.176	261	2.496
Филијала Краљево	26	1.064	17	2.183
Филијала Крушевац	27	1.114	430	2.360
Филијала Лесковац	38	901	-	2.950
Филијала Ниш	55	1.173	148	2.928
Филијала Нови Пазар	26	1.349	891	2.632
Филијала Нови Сад	90	1.043	-	1.992
Филијала Панчево	37	865	-	2.002
Филијала Пирот	15	716	92	1.512
Филијала Пожаревац	29	870	-	2.240
Филијала Прокупље	18	877	41	1.456
Филијала Смедерево	31	1.025	3	2.054
Филијала Сомбор	30	681	-	2.696
Филијала Сремска Митровица	54	840	-	2.027
Филијала Суботица	25	800	10	1.773
Филијала Шабац	46	992	-	2.012
Филијала Ужице	41	1.103	94	2.222
Филијала Ваљево	19	1.247	255	2.126
Филијала Врање	43	953	41	2.515
Филијала Зајечар	11	1.010	-	1.672
Филијала Зрењанин	14	1.152	181	2.149
Укупно	**1051**	**1.011**		

Извор: РФЗО, 29.9.2020. http://rfzo.rs/index.php/davaocizdrusluga/kapitacija-actual-16

Дечја стоматологија: Слична анализа броја опредељених пацијената по изабраном доктору, носиоцу Тима у дому здравља, показује да су поједини стоматолози значајно оптерећени тако да поједини имају и преко 2.800 регистрованих осигураника. С друге стране поједини стоматолози немају регистрованих осигураника у домовима здравља.

Табела 8-4. Број регистрованих осигураника по стоматологу (РФЗО филијалама)

Филијала	Број лекара	Просечан број регистрованих осигураника	Минималан број регистрованих осигураника	Максималан број регистрованих осигураника
Филијала Кикинда	10	901	0	1.725
Филијала Београд	152	1.221	0	2.764
Филијала Бор	11	966	295	1.462
Филијала Чачак	22	1.454	606	2.752
Филијала Јагодина	22	573	10	1.832
Филијала Крагујевац	26	1.266	324	2.629
Филијала Краљево	22	1.012	214	1.781
Филијала Крушевац	24	1.089	47	2.332
Филијала Лесковац	22	1.189	544	2.020
Филијала Ниш	36	895	57	1.588
Филијала Нови Пазар	19	1.542	463	2.295
Филијала Нови Сад	73	1.144	0	2.035

Филијала Панчево	25	1.028	141	3.257
Филијала Пирот	9	1.392	875	2.135
Филијала Пожаревац	17	958	1	1.954
Филијала Прокупље	10	1.294	961	1.721
Филијала Смедерево	19	1.027	292	2.328
Филијала Сомбор	18	1.132	9	2.558
Филијала Сремска Митровица	32	1.135	3	1.985
Филијала Суботица	22	1.322	548	2.513
Филијала Шабац	26	938	0	2.244
Филијала Ужице	29	1.046	240	1.559
Филијала Ваљево	11	1.179	734	1.758
Филијала Врање	34	959	0	1.955
Филијала Зајечар	7	1.061	339	1.439
Филијала Зрењанин	17	1.446	457	2.816
Укупно	**715**	**1.129**		

Извор: РФЗО, 29.9.2020. http://rfzo.rs/index.php/davaocizdrusluga/kapitacija-actual-16

Закључак је да када се гледају просечне вредности, оне су близу нормативу. Међутим, постоје велике разлике између минималног и максималног броја регистрованих осигураника по лекару.

Основни проблем је што није прописан минималан број опредељених пацијената да би неко био изабрани лекар, односно максималан број пацијената преко кога се доводи у питање квалитет здравствене заштите која се пружа.

Извештај ДЗ у поглављу 1.7 Сажетак истиче да је у целој Републици Србији у 2017-ој години оптерећење лекара:

- У здравственој заштити предшколске деце 79% у односу на норматив;
- У здравственој заштити школске деце 91% у односу на норматив;
- У здравственој заштити жена 93% у односу на норматив;
- У здравственој заштити одраслих 106% у односу на норматив.

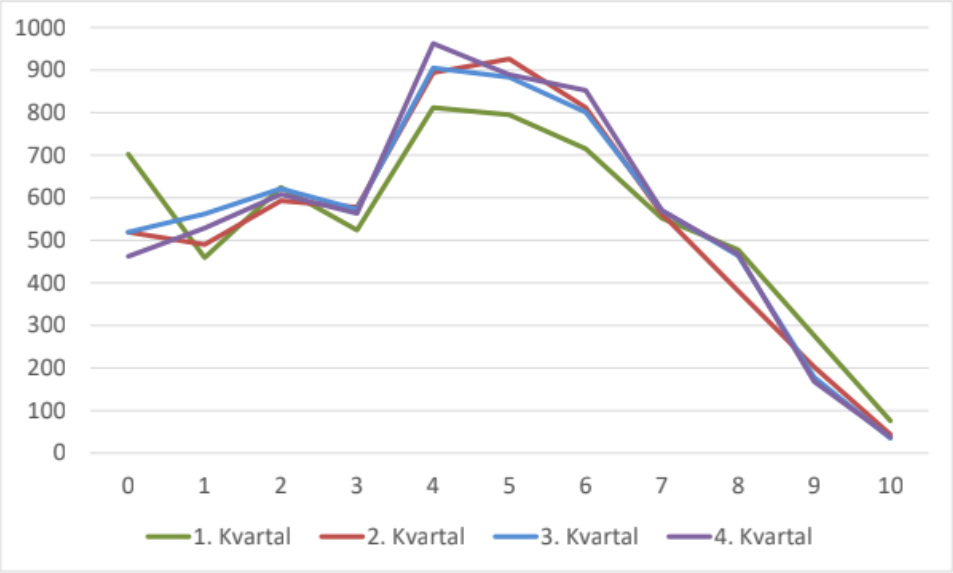
Сви ови налази указују на потребу да се у наредним корацима преиспитају нормативи и да се прецизније пропишу минимално и максимално оптерећење пацијентима за сваког индивидуалног лекара.

Оптерећеност постојећег здравственог кадра у секундарној и терцијарној здравственој заштити

Како РФЗО није уступио податке из електронске фактуре на начин да се може сагледати амбуланта служба, као и пут пацијената кроз систем, за представљање анализе оптерећења здравственог кадра коришћена је анализа Другог пројекта развоја здравства Србије Министарства здравља о учинку ординирајућих лекара у 57 акутних болница на које се примењује модел плаћања по систему ДСГ.

Резултати анализе показују да је скоро у сваком кварталу у 2019., 500-600 лекара у систему остваривало оцене радног учинка од 0 до 2. Било би очекивано да су оцене распоређене према Гаусовој криви и на левом делу графикона, а не само на десном делу скале. У складу са тим, можемо претпоставити да је несразмеран број лекара који имају врло низак радни учинак - њих

око 1050 (тј. 450+300+300, је разлика од очекиване Гаусове расподеле за оцене 0, 1 и 2). То може да се односи на више фактора неефикасности система (организација, мотивација, број лекара, компетентност, менаџмент, и сл.), али и питање о оправданости уопштавања великог притиска на садашњи здравствени кадар у секундарној и терцијарној здравственој заштити.



Графикон 8-1. Резултат радног учинка ординирајућих лекара специјалиста у установама секундарне и терцијарне здравствене заштите за 2019. годину
Извор: Други пројекат развоја здравства Србије, 2020.

8.2.2. Искуства других држава

Северна Македонија[67]

Обрачун и исплата накнаде за пружене здравствене услуге осигураника у здравственим установама из примарне здравствене заштите се реализују према броју осигураника који су изабрали лекара у здравственој установи (капитација). Износ капитације за изабраног лекара израчунава се као производ од броја осигураника који су га изабрали за лекара пондерисано за сваку категорију према старости, полу и утврђеном вредност бода.

Сваки доктор примарне медицине има 2.500 бодова за које фонд плаћа 100% капитације, односно пуну вредност бода. Ако доктор има више бодова (пацијената) за додатне бодове преко 2.500 добија пропорционално мању вредност бода односно главарину. Тако да је свима и породичном лекару и педијатру и гинекологу одређено тих 2.500 бодова, али различите групе пацијената носе различите бодове. Вредност бодова утврђује северномакедонски Фонд на основу планираног прихода утврђеног буџетом фонда. У зависности од броја постигнутих бодова за одабране лекаре, вредност бода израчунава се на следећи начин:

1. до 2500 бодова 100% утврђене вредности бода;

[67] Извор за Северну Македонију: http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Upatstvo%20za%20kapitacija%20opsti%20i%20ginekologija%2014.10.2013.pdf

2. од 2501 до 3500 бодова, 70% утврђене вредности бода;
3. од 3501 до 4500 бодова, 45% утврђене вредности бода;
4. од 4501 поен, 30% утврђене вредности бода.

Укупан број бодова за основну главницу добија се можењем броја осигураника према старости, полу са дефинисаним бодовима за сваку категорију осигураника, и то:

Категорија осигураника	**Бодови**
- деца до 6 година	3,10
- деца старија од 6 година до 18 година	1,20
- лица старија од 18 година до 34 године	1,00
- лица старија од 34 године до 65 година	1,60
- лица старија од 65 година	3,70
- гинекологија и акушерство у ПЗЗ за женску популацију старију од 12 година	1,00

Словенија[68]

У Словенији се пружаоци примарне неге се плаћају путем комбинованог система плаћање по глави становника (капитација) и накнада за услугу („Fee-for-service“). Обим услуга се унапред утврђује на бази годишњег уговора. Половина вредности ових услуга је плаћање по броју регистрованих пацијената код лекара примарне здравствене заштите (капитација, док је друга половина плаћена на основу накнаде за услугу, према броју пружене услуге.

Словенија је по броју лекара опште праксе заостајала за просеком ЕУ, те након што је предузела одређене мере за јачање примарне здравствене заштите, последњих година број лекара опште праксе повећао се на 50 на 100.000 становника у 2013. години, што је још увек знатно мање од просека ЕУ (2013: 78,3). Да би се ухватили у коштац са недостатком лекара на примарном нивоу, посебно у областима са претежно старом популацијом, 2013. године је припремљен јаналитички документ, а средњорочни циљ овог документа био је да се у наредних 5 година достигне пропорција од 1.500 пацијената на једног лекара примарне здравствене заштите[69]. До данас још није постигнут тај циљ, а Завод за здравствено осигурање Словенијие прописао у 2019. години максимални број од 1895 пацијената по тиму примарне заштите, а према подацима за септембар 2020. ово су просечни бројеви регистрираних пацијената:

Табела 8-5. Број тимова и просечан број регистрованих пацијената у делатности примарне здравствене заштите

Делатност примарне заштите	**Број тимова**	**Просечан број регистрованих пацијената**
Општа медицина	940	1631
Дечји и школски диспанзер	252	1667
Гинекологија	147	4611

[68] Извор података за Словенију: https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/izbira_osebnega_zdravnika/seznam_zdr_v_spl_amb_otr_in_sol_dispan/

[69] „An excerpt from the Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability“, објављено у октобру 2016 као Institutional Paper 37, Volume 2 - Country Documents (https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/joint-report_si_en_2.pdf)

(диспанзер за жене)		

Извор: https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/izbira_osebnega_zdravnika/seznam_zdr_v_spl_amb_otr_in_sol_dispan/

Дентална медицинска заштита

За разлику од ситуације са породичним лекарима, стоматолози нису плаћени по капитацији, већ према унапред одређеном буџету заснованом на процењеном волумену услуга. Међутим, Завод регулише пружање стоматолошке неге са неколико финансијских подстицаја. У примарној стоматолошкој нези, број пацијената на листи стоматолога не би требало да падне више од 10% испод националног просека. Поред тога, половина свих услуга за одраслу популацију мора бити пружена за лечење болести уста и зуба, а половиназа стоматолошку протетику.

Стоматолог који има уговор са Заводом за здравствено осигурање Словеније и испуњава услове за изабраног стоматолога дужан је да прихвати све осигуранике који га изаберу. Стоматолог би могао да их одбије када премаши 10% просечан број идентификованих особа по стоматологу у својој области регионалне јединице Завода где има регистровану канцеларију. Будући да регионалне јединице Завода воде евиденцију стоматолога са свог подручја, нису централно објављени ти подаци за целу Словенију.

Хрватска [70]

У Хрватској се одређује минималин, просечан и максимални броја пацијената за примарну здравствену заштиту.

Табела 8-6. Минималан, стандардан и максималан броја пацијената за примарну здравствену заштиту

Примарна здравствена заштита	Минимални број пацијената	Просечан број пацијената	Максимални број пацијената
Дентална медицина	1425	1900	2375
Здравствена заштита жена	4500	6000	9000
Педијатрија	715	950	1190
Општа/ породична медицина	1275	1700	2125

Извор: Број пацијената у ПЗЗ: https://data.gov.hr/dataset/limiti-broja-pacijenata-po-djelatnosti-primarne-zdravstvene-za-tite/resource/9461fa8d-26ef-449b-ab83-16ce484498f6

8.2.3. Број радника

Број здравствених радника, здравствених сарадника и немедицинских радника

Укупан број здравствених радника и здравствених сарадника је 87.928 (78,95%). Број немедицинских радника у здравственим установама у јавној својини је 23.441 и чини 21,05% свих радника у Мрежи.

[70] Извор за Хрватску: https://data.gov.hr/dataset/limiti-broja-pacijenata-po-djelatnosti-primarne-zdravstvene-za-tite/resource/9461fa8d-26ef-449b-ab83-16ce484498f6

Графикон 8-2. Проценат здравствених радника и сарадника и немедицинских радника у здравственом систему
Извор: Центар за Информатику и Биостатистику ИЗЈЗ Србије „Др Милан Јовановић-Батут“ (email од 26.12.2019.)

Број немедицинских радника по окрузима

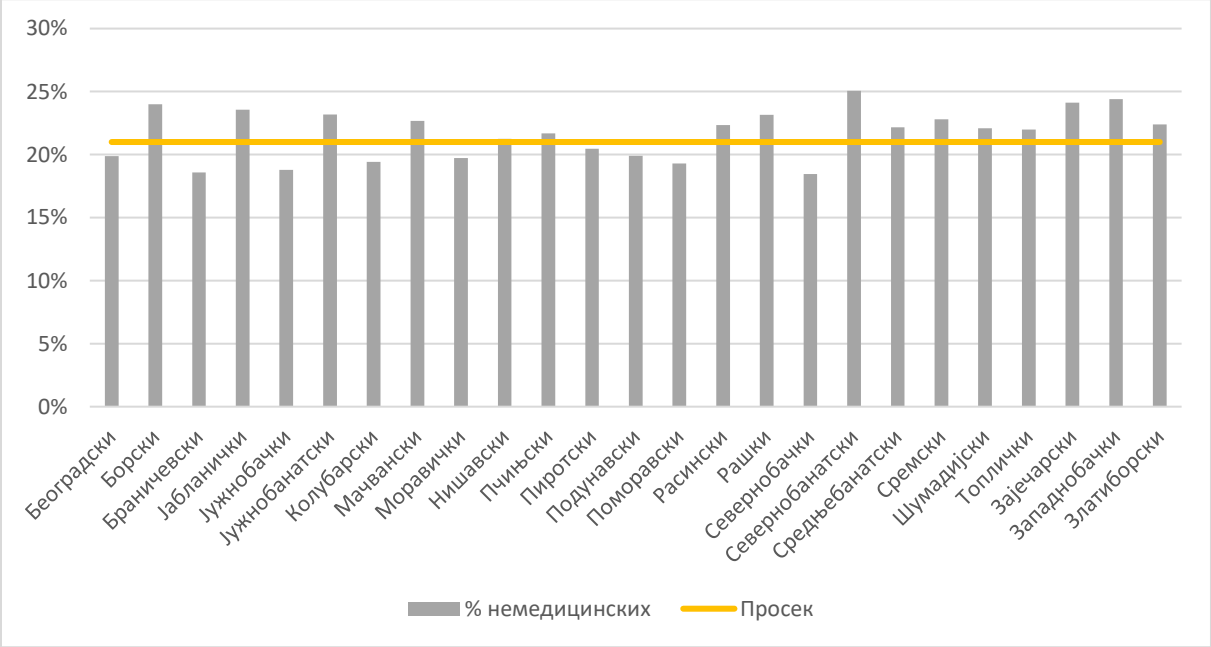
У наставку су подаци који су већ били приказани у претходном анализама, али због квалитетног увода у проблематику радника, у наставку су поново дати подаци по окрузима. Севернобачки, Браничевски и Јужнобачки округ имају најмањи проценат немедицинских радника у својим установама (испод 19%), док са друге стране Севернобанатски округ има највећи проценат немедицинских радника (25%), а следе Зајечарски и Западнобачки округ, који имају око 24%. Проценат немедицинских радника према окрузима креће се од 18% до 25% са просечном вредности 21%.

Табела 8-7. Број здравствених радника, сарадника и немедицинских радника по окрузима

Округ	Укупно	Здравствени радници	Здравствени сарадници	Немедицински радници	% здравствених радника	% немедицинских радника
Севернобанатски	2.146	1.556	52	538	72,51%	25,07%
Западнобачки	2.434	1.806	34	594	74,20%	24,40%
Зајечарски	2.122	1.569	41	512	73,94%	24,13%
Борски	2.113	1.565	41	507	74,07%	23,99%
Јабланички	2.682	1.984	66	632	73,97%	23,56%
Јужнобанатски	4.444	3.330	84	1.030	74,93%	23,18%
Рашки	4.209	3.176	58	975	75,46%	23,16%
Сремски	3.285	2.484	52	749	75,62%	22,80%
Мачвански	3.836	2.897	69	870	75,52%	22,68%
Златиборски	4.030	3.041	86	903	75,46%	22,41%
Расински	2.738	2.074	52	612	75,75%	22,35%
Средњебанатски	2.485	1.887	47	551	75,94%	22,17%
Шумадијски	4.873	3.682	114	1.077	75,56%	22,10%
Топлички	1.333	1.026	14	293	76,97%	21,98%
Пчињски	2.787	2.097	86	604	75,24%	21,67%

Нишавски	7.155	5.452	182	1.521	76,20%	21,26%
Пиротски	1.300	1.011	23	266	77,77%	20,46%
Подунавски	2.443	1.931	26	486	79,04%	19,89%
Београдски	32.281	25.085	777	6.419	77,71%	19,88%
Моравички	2.499	1.960	46	493	78,43%	19,73%
Колубарски	2.168	1.706	41	421	78,69%	19,42%
Поморавски	3.146	2.462	77	607	78,26%	19,29%
Јужнобачки	10.176	7.999	264	1.913	78,61%	18,80%
Браничевски	2.512	2.003	42	467	79,74%	18,59%
Севернобачки	2.172	1.697	74	401	78,13%	18,46%
Укупно	**111.369**	**85.480**	**2448**	**23.441**	**76,75%**	**21,05%**

Извор: Центар за Информатику и Биостатистику ИЗЈЗ Србије „Др Милан Јовановић-Батут“ (email од 26.12.2019.)



Графикон 8-3. Проценат радника немедицинске струке по окрузима
Извор: Центар за информатику и биостатистику ИЗЈЗ Србије „Др Милан Јовановић-Батут“ (email од 26.12.2019.)

Када се погледа однос између административних и техничких радника у укупном броју немедицинских радника и ту се види значајна разлика по окрузима. Западнобачки округ има 19% административних, а 81% техничких радника, док са друге стране у Севернобачком округу има 36% административних, а 64% техничких радника. Просек на нивоу Србије је да има 28% административних, а 72% техничких радника. Значи, на 1 административног долази 2.5 техничких радника.

Табела 8-8. Број административних и немедицинских радника

	Административни немедицински радници		**Технички немедицински радници**		
Округ	**Број**	**%**	**Број**	**%**	**Укупно**

Западнобачки	115	**19%**	479	**81%**	594
Расински	136	**22%**	476	**78%**	612
Рашки	222	**23%**	753	**77%**	975
Колубарски	96	**23%**	325	**77%**	421
Моравички	115	**23%**	378	**77%**	493
Средњебанатски	131	**24%**	420	**76%**	551
Севернобанатски	130	**24%**	408	**76%**	538
Јужнобанатски	249	**24%**	781	**76%**	1.030
Сремски	184	**25%**	565	**75%**	749
Мачвански	214	**25%**	656	**75%**	870
Јабланички	163	**26%**	469	**74%**	632
Златиборски	233	**26%**	670	**74%**	903
Поморавски	164	**27%**	443	**73%**	607
Подунавски	132	**27%**	354	**73%**	486
Зајечарски	148	**29%**	364	**71%**	512
Браничевски	135	**29%**	332	**71%**	467
Нишавски	446	**29%**	1.075	**71%**	1.521
Пиротски	78	**29%**	188	**71%**	266
Топлички	86	**29%**	207	**71%**	293
Борски	149	**29%**	358	**71%**	507
Београдски	1.888	**29%**	4.531	**71%**	6.419
Шумадијски	326	**30%**	751	**70%**	1.077
Јужнобачки	600	**31%**	1.313	**69%**	1.913
Пчињски	196	**32%**	408	**68%**	604
Севернобачки	143	**36%**	258	**64%**	401
Укупно	**6.479**	**28%**	**16.962**	**72%**	**23.441**

Извор: Центар за Информатику и Биостатистику ИЗЈЗ Србије „Др Милан Јовановић-Батут“ (email од 26.12.2019.)

Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе у члану 17. прописује: *Од укупног броја запослених у здравственој установи на примарном нивоу здравствене делатности до 15% су радници за обављање немедицинских послова (правни, економско-финансијски, технички и други слични послови).* Сви окрузи прелазе проценат 15%, а на нивоу целог здравственог система тај проценат је 21% што директно доводи у питање примену члана 17.

Сама чињеница, да *de facto* постоји велико одступање у заступљености немедицинског кадра у односу на одредбе *Правилника о ближим уловима за обављање здравствене делатности у здравственим установама,* отвара могућност преиспитивања тренутног стања и могућих значајних промена у том смеру са циљем боље оптимизације немедицинског кадра.

8.2.4. Кадровски план и проблематика људских ресурса

- Основна сврха података је да се из њих креира закључак важан за одлуке. Податак има за циљ да помогне институцијама које воде здравствени систем да се доносе одлуке. Постоји значајна количина врло квалитетних података Министарства здравља, Батута и РФЗО који имају различите методологије формирања Excel табела и нема повезаности између тих организација преко заједничког кључа у структури тих података. Другим речима, Батут и РФЗО прикупљају податке и свака од споменутих институција има сет својих података који су јако вредни, међутим јако их је тешко спојити у јединствену табелу да би се добили још вреднији подаци од једних и од других.

- Када је реч о Планско извештајним табелама, приметно је да су подаци застарели, понављају се, прикупљају се механички, а структура није дуго мењана. Анализа података прикупљених на овај начин није могућа, јер су подаци различито кодирани, бројеви у њима су различити и не постоји одговорност ако неко не пошаље податке.
- Када се упореде подаци из кадровског плана и планско-извештајних табела, анализа показује да постоји значајна разлика у садржају табела. У документима су заједничка само четири радна места:
    - доктори,
    - стоматолози,
    - фармацеути и
    - немедицинско особље (административни и технички радници).

  Сва друга радна места се налазе у појединим табелама, док се у другима не налазе. Не постоји јединствени план кадрова који се креира на националном нивоу и потом имплементира у здравственим установама, већ је то скуп индивидуалних планова за кадрове у здравственим установама у јавној својини.

- Кадровски план не сагледава приватни сектор, а не садржи ни податке о укупном броју и структури запослених у појединачној здравственој установи.
- Кадровски план према Закону доноси Министар здравља за сваку буџетску годину истовремено са републичким буџетом, тако да се он практично планира у првој половини године, а спроводи у другој половини исте године. Међутим, у пракси се измене и допуне кадровских планова објављују крајем маја односно почетком јуна за текућу годину. Информације са терена упућују на праксу да РФЗО неће допустити ново запошљавање, ако радник није претходно био запослен на одређено и финансиран из сопствених средства здравствене установе. Тиме установа мора да преузиме ризик да запошљавање на неодређено не буде одобрено и да трошак не буде покривен, а многе установе немају довољно сопствених средстава да то учине. На тај начин у многим окрузима број запослених је мањи од броја радника према кадровском плану.
- Шестомесечни извештај о стању запослених, структури и броју нових запослених у здравственој установи не садржи податке о волонтерима, што је можда и разумљиво имајући у виду да Закон налаже да се сви облици запослења пријаве, у складу са Законом, а волонтирање то није. Због плана развоја волонтера, њиховог праћења рада важно је да и они буду део планирања. Постоји посебан Закон о волонтирању ("Сл. гласник РС", бр. 36/2010) који регулише права волонтера, али у њему нажалост има недостатака као што чињеница да волонтери немају регулисано здравствено осигурање када волонтирају за ЗУ, што их доводи у потцењен положај у односу на раднике који раде у ЗУ и имају здравствено осигурање.
- С обзиром да се измене кадровског плана могу вршити само у оквиру обезбеђених буџетских средстава, а буџет је линијски на основу историјских података, онда се ново запошљавање *de facto* своди на замену пензионисаних, умрлих кадрова или оних кадрова који су отишли у иностранство и не заснива се на епидемиолошким или демографским трендовима, односно потребама становништва.

Методологија израде кадровског плана

- Сходно члановима 161-164 Закона о здравственој заштити („Службени гласник РС“, бр. 25/2019), министар здравља доноси основни документ за људске ресурсе: кадровски план за запослене у здравственим установама у јавној својини за територију Републике Србије. Представници аутономне покрајине учествују у процедури доношења кадровског плана у Сектору за организацију здравствене службе Министарства здравља за здравствене установе на територији аутономне покрајине.
- Батут израђује, води и ажурира јединствену базу података о укупној кадровској обезбеђености здравствених установа у јавној својини, укључујући структуру и број запослених у здравственој установи, као и по организационим јединицама, односно по начину финансирања плата запослених, структури и броју запослених који раде на неодређено и одређено радно време, са пуним, односно непуним радним временом, односно чији радни однос мирује, као и другим подацима о кадровској обезбеђености здравствене установе, врши анализу кадровске обезбеђености и предлаже мере за унапређивање кадровске обезбеђености здравствених установа. Институт за јавно здравље Војводине израђује, води и ажурира базу података за здравствене установе на територији аутономне покрајине, која је саставни део јединствене базе података коју израђује, води и ажурира Батут.
- Кадровски план, као и његове измене и допуне, морају бити усклађени са финансијским средствима РФЗО, односно здравствене установе, као и буџета оснивача, за буџетску годину за коју се доноси кадровски план, односно његове измене и допуне, о чему се доказ доставља Министарству здравља. Министар доноси измену, односно допуну кадровског плана за текућу календарску годину најкасније до 1. априла текуће календарске године, односно доноси кадровски план за наредну буџетску годину најраније истовремено са прописом којим се уређује буџет, текуће календарске године за наредну буџетску годину. Министарство је дужно да кадровске планове, као и њихове измене и допуне, достави РФЗО-у, здравственој установи, као и Министарству финансија, у року од пет радних дана од дана доношења.
- Закон налаже да се измена кадровског плана може вршити само у оквиру обезбеђених буџетских средстава. Из наведеног се закључује да овакав систем доношења одлука на релацији Министарство здравља – Батут – РФЗО, као основни проблем има тзв „комуникацијске силосе“ (појаву која се јавља у теорији информација и комуникологије), да постоји добра комуникација унутар самих институција, али да не постоји задовољавајућа комуникација, у овом случају, између ове три институције због великог броја правилника, закона и одлука, и једноставно техничких разлога, што проузрокује да „одлуке дуго путују“. Три споменуте институције су повезане Законима и Правилницима који у неким случајевима нису довољно прецизни и/или усаглашени што оставља простор за отежану комуникацију па долази до дуготрајног процеса доношења одлука.

Планирање није у потпуности у ингеренцији Министарства здравља – детаљнија анализа

Ако се детаљно погледа структура активности којима се бави Батут, могу се приметити велике разлике у садржају активности где Батут ради здравствене активности и пружа превентивне,

дијагностичке и друге здравствене услуге из области здравствене заштите и одговарајућих ужих специјалности као што су социјална медицина, промоција здравља, едукација. Батут ''улази'' и у области хигијене и животне средине, епидемиологије, микробиологије, затим информатике, статистике.

И на крају ''улази'' у део анализе, планирања и организације здравствене заштите. Поред различитих активности којима се бави, у делокруг рада Министарства здравља спадају активности као што су: планирање, организација, управљање са специјализацијама и генерално управљање с кадровима .

Врло сложен правни оквир везан за управљање људским ресурсима у здравственом систему који успорава доношење одлука

У анализи у из Д2 извештају, детектован је 21 правни оквир који регулише систем здравствене заштите, тачније Закони и одговарајући правилници и Уредбе, који директно утичу на комплексност самог система.

Недовољан утицај директора здравствених установа на кадровску политику

- Као што је видљиво из ранијег дела, Министарство здравља, Батут и РФЗО су кључне институције које доносе одлуке у вези планирања кадрова па је на тај начин минимална улога директора здравствених установа.
- Ограничавајући фактор за могућност награђивања према радном учинку је свакако закони који регулишу област зарада и радних односа у државним органима и који децидно дефинишу висину коефицијената и смањују простор за варијабилни део плате који је везан за радни учинак.
- Нису решена питања везана за школску спрему (нпр. раније су мајстори и шофери имали трогодишње школе, а данас сви имају четворогодишње, што уредба не препознаје, здравствене установе као послодавци морају да се држе уредбе која је застарела). Директорима здравствених установа остаје могућност да искључиво преко сопствених средстава финансирају кадар, али се она већином троши за одржавање инфраструктуре.

Дефицит здравствених радника (лекара и медицинских сестара) у Мрежи ЗУ VS евиденција Националне службе за запошљавање о незапосленим здравственим радницима

Постоји одлазак доктора и медицинских сестара из система по разним основама, од којих су најчешћи одлазак на рад у иностранство, прелазак у приватну праксу и одлазак у пензију, а са друге стране на снази је Уредба о забрани запошљавања која спречава запошљавање нових радника у ЗУ. Према подацима Националне службе за запошљавање на дан 31.10.2019. је било 20.059 незапослених особа медицинске струке различитих занимања.[71]

[71] Документ Назапослена лица, медицински радници, 31.10.2019.xlsx од 19. 11.2019.

Не постоји тенденција задржавања здравствених радника старијих од 65 година

Забрана запошљавања у здравственом систему довела је до ситуације које су спојене попут система спојених судова да Србија има најмањи број запослених особа изнад 65 година у здравственом систему у Европи. Исто тако је врло мали број запослених до 25 година јер се *de facto* чека тренутак да особа оде у пензију, па је тек онда могуће да се запосли нова особа.

Због старења целокупне популације здравственог кадра, ускоро значајан број специјалиста одлази у пензију што ће додатно довести до урушавања система у стручном смислу. То отвара питање неповезаности образовног система и броја незапослених који су медицинске струке.

Неправилна географска дистрибуција здравствених радника - концентрација више од половине њих у само пет округа

- У Србији су здравствена инфраструктура и људски ресурси географски неравномерно распоређени, а највећи број болница и здравствених радника смештен је у пет округа (Град Београд, Јужнобачки, Нишавски, Јужнобанатски и Шумадијски округ), посебно у гравитационом подручју Града Београда чије су вредности по броју ресурса далеко веће у односу на остали део Србије. Србији недостају лекари и медицинске сестре, посебно у руралним срединама. Део проблема свакако лежи у томе да нема разлике између секундарног и терцијарног дела система, тј. тенденције становништва да иду у институције терцијарног нивоа, а здравствена проблематика би могла бити решена и на секундарном нивоу.
- Већина здравствених установа тренутно има веома разнолику структуру и број доктора према својој стручности, па су већином ускраћене на примарном и секундарном нивоу да пружају здравствену заштиту на адекватан начин, што условљава упућивање пацијената према терцијару, који такође има проблем са кадровима. Све ово ствара и дупле трошкове (и на нивоу секундара и терцијара).
- И поред тога што су споменути окрузи доминантни по броју становника, један од разлога је повећање броја доктора у терцијару. На тај начин је дошло до доминације ових пет округа са бројем специјалиста.

Висина плата немедицинских радника у односу на здравствене раднике

Чини се да немедицинско особље није део здравственог система и уопште се не сматра делом тог система према висини плате која је значајно нижа у односу на медицинско особље исте стручне спреме. На пример: плате немедицинских радника са високом стручном спремом и високим нивоом одговорности (материјалне и кривичне) - доведене су до нивоа плате медицинске сестре, што није у складу са законима (и уставом) који регулишу образовање - нема уједначености школе, посла, одговорности и прихода. Такав систем ствара немотивисане немедицинске раднике.

Неадекватност стандарда за запослене који су повезани бројем радника, а не бројем услуга

Целокупни Закон о здравственој заштити, План мреже за 2020 г. и Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе заснива се на броју постеља и броју становника. И према томе се одређују сви други параметри. Нигде се у важећим документима (или само на ограниченом делу) не спомиње број услуга.

Други уочени проблеми у вези с процесом управљања људским ресурсима:

- Не постоји дефинисан начин обуке и увођења нових запослених у организацију
- Не постоји развијен систем награђивања квалитета и непожељног лошег понашања у организацији
- Не постоји добро развијен образовни систем (планирање и спровођење) свих профила запослених у здравственим установама.
- Не постоји систем у којем се рад мери критеријумима који су претходно постављени за праћење обима и квалитета рада
- Систем запошљавања у здравству је спор и крут
- Коришћење сопствених средстава за запошљавање као надокнада за забрану запошљавања и неадекватних стандарда
- Мотивациони систем награђивања – демотивише јер не постоји повезаност између износа плате и радног учинка
- Недостатак буџета за обуку менаџера
- Правни проблеми у дисциплинским поступцима прекршаја радника, јер је отежано дати отказ уговора о раду када се не прати колико ко ради.

Кратак преглед проблематике везано за кадрове који је анализиран у Д2 Извештају

- Неусклађеност норматива и кадровског плана;
- Методологија доношења кадровског плана;
- Врло комплексна законска регулатива везана за управљање с кадровима у здравственом систему која успорава доношење одлука;
- Изразито мала могућност утицаја директора здравствених установа на кадровску политику;
- Дефицит здравствених радника (доктора и медицинских сестара);
- Дефицит здравствених радника са једне стране, а са друге стране постоји база незапослених особа медицинске струке;
- Некомплетни подаци о здравственим радницима приватног сектора и због тога је отежана анализа стања целокупном здравственог система;
- Нејасна политика према питању *outsourcing-а;*
- Неравномерна географска распоређеност здравствених радника- концентрација више од пола њих у само 5 округа;
- Због забране запошљавања и система нормирања број административног и техничког особља се значајно смањује;
- Не постоји тенденција задржавања особа здравствене струке изнад 65 година;
- Само 2% особа у здравственом систему су старости испод 25 година;
- Значајан број лекара, стоматолога и фармацеута, поготово жена одлази у пензију у следећих 5 година;
- Најкритичнији број специјалиста који ускоро стичу право на пензију је у Моравичком (28%), Нишавском (25%), Севернобанатском (25%) и Топличком округу (25%);
- Утврђивање потребе за запошљавањем нових кадрова није везано за стварно стање унутар здравствених установа, нема повезаности броја услуга с бројем запослених;
- Нису дефинисани критеријуми и приоритети за пријем нових кадрова;
- Не постоји дефинисан начин обуке и увођења новозапослених у организацију;

- Не постоји израђен систем награђивања квалитетних и дестимулација лошег понашања у организацији;
- Не постоји тачно разрађен систем едукације (планирање и реализација) свих профила запослених у здравственим установама;
- Не постоји систем у којем се мери рад уз претходно утврђивање критеријума за праћење обима и квалитета посла;
- Систем запошљавања у здравственом систему је спор и ригидан;
- Минимална је могућност управљања с кадровима у здравственом систему на нивоу здравствене установе;
- Коришћење сопствених средстава за запошљавање чиме се компензује забрана запошљавања и неадекватни нормативи;
- Статус немедицинских радника (30% нижа плата него код здравствених радника);
- Неадекватност кадровских норматива који су повезани по броју радника, а не према броју услуга;
- Демотивациони систем награђивања, јер није повезана висина плате с радним учинком;
- Правна проблематика код дисциплинских поступака радника који крше Закон о раду;
- Постоји простор за значајније стипендирање младих особа како би се на тај начин обавезали да остану дуже у месту становања;
- Непостојање буџета за менаџерско усавршавање.

8.3. Предлог плана активности у циљу решавања уочених проблема

8.3.1. Прва фаза: Рационализација немедицинског кадра

a) У средњорочном периоду број јавних здравствених установа смањује се 24% односно за 88 установа, а дугорочно чак 62% . На тај начин у року од 15 година у здравственом систему би требало да буде 195 здравствених установа мање него данас (од 313 ЗУ остало би њих 118). Управо у том процесу оптимизације види се огромни потенцијал и за оптимизацију немедицинског кадра. Наиме, број здравствених установа се смањује кроз спајање и укрупњавање појединих установа и делатности. Тако ће се обједињавати и немедицинске службе више установа и тиме створити могућност рационализације немедицинског кадра контролом запошљавања и природним одливом у пензије.

b) У овој фази спајања, доћи ће до природног смањења кадра у немедицинским пословима због одласка у пензију.

c) Спајање заједничких немедицинских служби ЗУ тамо где је то оптимално према члану 31. ставу 2. *Закона о здравственој заштити* ("Сл. гласник РС", бр. 25/2019): *„две или више здравствених установа могу организовати заједничке медицинске службе за лабораторијску, рентген и другу дијагностику, као и заједничке немедицинске службе за правне, економско-финансијске, техничке и друге послове“*.

d) Већ постоји пракса у здравственим установама за поједине немедицинске услуге, да уколико се не могу реализовати из властитих кадрова, користи се *оурсорцинг* неких немедицинских услуга као што су чишћење, прање веша, што се показало као добро решење у смислу квалитета услуга.

e) Пракса других земаља у *outsorcing*-у.

Табела 8-9. Outsourcing у здравстеном систему (друге земље)

	Референтне земље				
	Немачка	**Енглеска**	**Аустралија и Нови Зеланд**	**УАЕ[72]**	**Грчка**
Екстерно пружање услуга	а) **Немедицинске услуге:** - ИТ услуге Набавке и достава - Финансије и администрација -Фацилиту менагемент (чишћење, перионица) Транспорт пацијената Ресторан, Бар б) **Медицинске службе:** - Лабораторија (патологија, микробиологија) Фармација Радиологија Нуклеарна медицина	а) **Немедицинске услуге:** -*Facility Management* (чишћење, одржавање објеката и система и припрема оброка) -Стерилизација - Транспорт пацијената искључујући хитну помоћ б) **Медицинске службе:** - Физикална терапија, радна терапија, терапија за поремећаје у говору -Кућна нега – високотехнолошка, стручна медицинска помоћ (парентерална исхрана, интравенозна хемиотерапија, дијализа) -“Медицински туризам”	а) **Немедицинске услуге:** - Паркинг сервис - Перионица - Хигијена и одржавање објеката - Припрема оброка - Информациони системи - Обезбеђење објеката - Одржавање зеленила и спољних површина б) **Медицинске службе:** - Психијатрија - Радиологија - Патологија - Фармација - Дентална медицина	а) **Немедицинске услуге:** - Припрема оброка -Хигијена и чишћење објеката - Перионица - Правна служба -Дезинфекција -Третман отпада -Паркинг сервис - Информациони системи - Транспорт пацијената - Стерилизација б) **Медицинске службе::** -Хитна помоћ -Магнетна резонанца - Радиологија - Физијатрија и рехабилитација - Фармација -Дијализа - Патологија - Анестезиологија - Менаџмент болничког лечења - “Медицински туризам”	а) **Немедицинске услуге** : - Ресторан, Бар - Припрема болничких оброка - Правна служба - Одржавање опреме и система објекта - Перионица - Лабораторија Напомена: -Нису пронађени објављени подаци о медицинским услугама (осим услуга Лабораторије) које се пружају екстерним ангажовањем приватног сектора
Резултати	- Смањење инвестиција за помоћне услуге - Смањење трошкова за особље - Боља распоређеност трошкова за инвестиције	Стандардизација трошкова и квалитета здравствених услуга - Партнерска политика - Смањење трошкова за помоћне	- Смањење трошкова - Унапређење односа јавног и приватног сектора - Флексибилност у пружању услуга	-Посвећеност усавршавању медицинских делатности - Смањење трошкова за немедицинске услуге - Учинковитија	- Смањење трошкова - Задовољство пацијената - Флексибилност - Оптимизација људских ресурса - Фокус

[72] Земље Евроазијске уније

		службе и активности -Унапређење пословања и ИТ услуга - Приступачност стручним службама - Флексиби-лноост - Фокус на критичне активности и стратешки развој	- Фокус на пружање конкурентних медицинских услуга - Смањење броја особља до 22% -Приватизација програма - Ефикасност - Превазилажење конфликата и ризика	делатност увођењем ИТ делатности у менаџмент установа -Поузданост трансфера података, материјала и пацијената -Измене у финансирањ у здравствени х делатности	здравствених установа на медицинске делатности

Извор: Guimarães, M. & Crespo de Carvalho, J. (2011). Outsourcing in health care sector: a state of the art review. Supply Chain Forum: An International Journal. 12 (2), 140-148

8.3.2. Друга фаза: Подизање квалитета управљања људским ресурсима на националном нивоу

Предлог пребацивања активности из Батута у МЗ, у делу организације и планирања

Институт за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут" у својим најзначајнијим областима рада које произилазе из дефинисаних надлежности бави се и оним активностима које би требало да буду у надлежности Министарства здравља као што су :[73]

- Праћење и проучавање организације, рада и развоја здравствене службе и предлагање мера за бољу заштиту и унапређење здравља
- Праћење и анализа плана стручног усавршавања, структуре и броја кадрова, као и праћење и анализа обезбеђености здравствених установа медицинском опремом и предлагање мера у циљу њене ефикасне доступности корисницима као и рационална употреба.

Предлог је да те активности пређу у МЗ јер би се на тај начин повећала брзина одлучивања.

Предлог пребацивања активности из Батута у МЗ у делу информатике и статистике

Један од главних циљева је да у пословима **информатике и (био)статистике** заједнички раде Батута и МЗ на изради аутоматизованог система који ће да користе заједно МЗ, Батут и РФЗО. Стога је предлог да МЗ преузме следеће послове:

а) Контрола квалитета, планирање и едукација

- Израда Предлога плана редовне спољне провере квалитета стручног рада у здравственим установама и другим облицима здравствене службе (приватне праксе)
- Организација спровођења редовне спољне провере квалитета стручног рада у здравственим установама и другим облицима здравствене службе (приватне праксе) коју спроводе институти/заводи за јавно здравље
- Израда годишњег Извештаја о обављеној редовној спољној провери квалитета стручног рада у здравственим установама и другим облицима здравствене службе (приватна пракса)

[73] Батутове надлежности; 26.9.2020 Извор: http://www.batut.org.rs/index.php?category_id=20

- Подршка у имплементацији нових стратешких и оперативних мера Министарства здравља и Владе Републике Србије које се односе на све нивое здравствене заштите (рад републичких стручних комисија и обезбеђивање централног планирања у циљу веће ефикасности и рационализације трошкова у систему здравствене заштите путем централизованих јавних набавки)
- Израда плана специјализација и ужих специјализација у јавним здравственим установама у Републици Србији.

б) Информатичке технологије и едукације везане за информатичке технологије

- Прикупљање, обрада и анализа података о трошковима и финансирању здравственог система у Републици Србији.
- Одржавање база података о основним ресурсима система здравствене заштите (организациона структура здравствених установа, кадар, опрема од националног значаја). Управљање тим базама треба да пређе дугорочно из Батута у МЗ.
- Направити информатички систем с циљем да све табеле које се користе за кадрове (без обзира да ли их користи РФЗО или Батут) буду **унифициране** (као дугорочан циљ). За почетак све Excel табеле које се користе у здравственом систему, а користе их МЗ, Батут и РФЗО, препорука је да имају заједнички шифарник за радна места, тако да је број нпр. 442 исти у свим табелама за медицинску сестру ВШС, исти број службе за одређену службу у појединој ЗУ, итд.
- На тај начин било би могуће упоређивати табеле.

8.3.2.1 Оснивање Центра за немедицинске послове (Центар)[74]

У Закон о здравственој заштити треба да се уграде одредбе о прописивање Уредбе или Правилника о организацији, пословима и свих механизама рада Центра. Централизованим вођењем немедицинских послова се отвара могућност реализације *Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама* који ограничава број немедицинских радника на 15%. Сви немедицински радници остају да физички раде на својим радним местима, али природним одливом и контролисаним запошљавањем с једне стране се постиже рационализација тј. смањивање тог кадра у средњорочном периоду, а информатизацијом и увођењем нових технологија се повећава ефикасност рада радника.

Центар би био основан као организациона јединица унутар Министарства здравља, која обједињује све послове у вези кадрова у јединствен систем, а који су сада подељени између Министарства здравља, Батута и РФЗО-а. Садашњи систем управљања кадровима је подељен на три организационе целине и као такав има простор за унапређење. Главни стратешки циљ је интеграција оних процеса који су важни за кадрове у јединствену организациону целину. На тај начин би Министарство здравља ставило у јединствен систем све функције које омогућавају боље управљање са стратешким циљевима (планирање, организовање, вођење, одлучивање и контрола).

Центар би имао функцију:

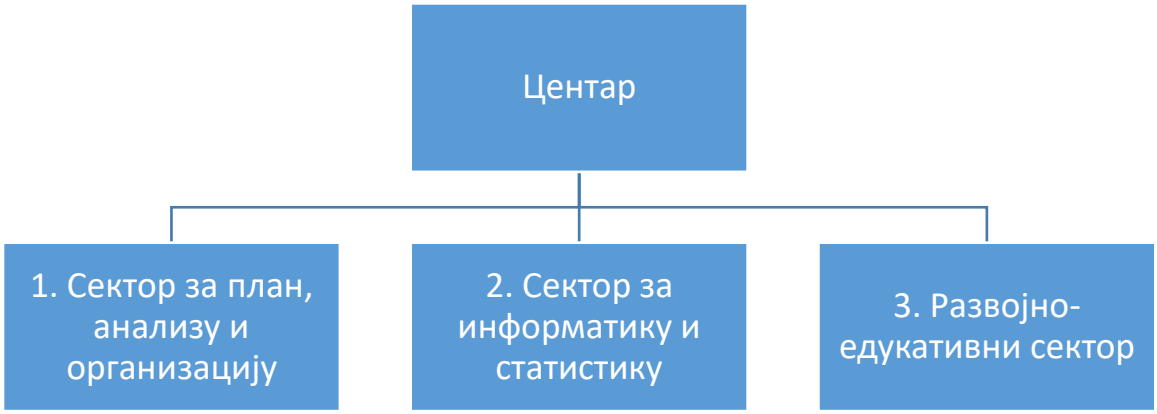
[74] Радно име је Центар. Коначна одлука о имену ће бити одлучена у Д-5

- аутоматизовано прикупљање информација и планирање у циљу бржег доношења Кадровског плана, где податке имају и МЗ, Батут и РФЗО;
- прикупљање информација, планирање и управљање стручним усавршавањем здравствених радника и здравствених сарадника (План стручног усавршавања, План развоја кадрова у здравству, Специјализације и уже специјализације, Континуирана едукација и други облици стручног усавршавања);
- управљање приправничким стажем и стручним испитом здравствених радника;
- утврђивање стварног стања унутар здравствених организација када је реч о потребама за запошљавањем нових кадрова;
- повезивање Националне службе за запошљавање са здравственим установама у циљу налажења најбољих кандидата за посао;
- прецизније дефинисање критеријума и приоритета за пријем нових кадрова;
- да јасније разради систем награђивања квалитетних и дестимулисање лошег понашања у организацији;
- унификације општих аката установа којима се прецизно регулишу правила;
- одређивања правила понашања, система награђивања и санкције за непоштовање правила;
- имплементација свих процеса који су везани за људске потенцијале;
- да се бави и другим аспектима људских ресурса који су део здравственог система.

Један од задатака је имплементација ЕРП-у у Центар за успостављање смерница, правила стандарда.

8.3.2.2 Предлог организационе шеме Центра

Центар би био организован у секторе, задужене за анализу, планирање и организацију, за информатику и статистику и за развој и едукацију у здравственом систему.



1. Сектор за план, анализу и организацију

Задаци Сектора за план,анализу и организацију су:

- Израда плана специјализација и ужих специјализација у здравственим установама у Републици Србији

- Израда стратешких и оперативних мера које се односе на све нивое здравствене заштите (рад републичких стручних комисија и обезбеђивање централног планирања у циљу веће ефикасности и рационализације трошкова у систему здравствене заштите путем централизованих јавних набавки.)
- Обављање спољне провере квалитета стручног рада у здравственим установама.

2. Сектор за информатику и статистику који би био повезан са ИЗИС и еЗдравље

Задаци ИТ службе су:

- врши планирање и утврђивање пословне политике информатизације система здравства;
- израда предлога за све техничке стандарде који се користе у еЗдравству;
- управљање и одржавање системом еЗдравства;
- спровођење поступка процене усаглашености (сертификоване) са Правилником о садржини технолошких и функционалних захтева за успостављање интегрисаног здравственог информационог система (ИЗИС);
- предлагање минималних услова за техничку интеграцију система ИЗИС-а са другим државним и институционалним здравственим информационим системима;
- успоставља и одржаваа јединствени Каталог информационих стандарда у здравству;
- дефинише развој система и потребу набавке ИТ опреме;
- иницира и координира сарадњу са другим институцијама;
- планира годишње и вишегодишње пројекте финансиране из програма подршке за придруживање и структуралних фондова у области здравства;
- врши координацију израде стратешких и оперативних докумената;
- учествује у планирању државног буџета;
- учествује у изради годишњег плана рада Организације;
- предлаже мере за отклањање уочених неправилности у раду других организационих јединица;
- врши надзор, надгледање, координацију и усмеравање рада служби и повезаних одељења у свом саставу.

С обзиром на хронични недостатак ИТ кадрова у целокупном систему здравства (што није само проблем у Србији), потребно је размотирти обједињавање одређених ИТ послова, пре свега ИТ управљање, анализа података, call-центар, вођење пројеката. С друге стране кадрови који постоје понегде на терену, а баве се подршком корисницима (хардвер/мрежа/софвер (XW/HTW/CW)), би се могли боље искористити, дати им прилику за напредовање и додатно школовање, што би дугорочно могло повећати њихове компетенције и уједно смањити флуктуацију ИТ кадра. Надаље, обједињавањем уговора о одржавању и подршци са ИТ партнерима (произвођачима ИТ решења) требале би се остварити уштеде и/или повећање квалитета спољних услуга.

Један од могућих предлога организационих јединица регионалне службе за ИТ:

Предлог је да Служба ИТ-а има 4 одељења, сваки са појединим бројем одељења који би били у регионалним канцеларијама:

a) Услуге за корисника

- Позивни центар – задужен за прикупљање, евидентирање и преусмеравање захтева корисника за ИТ подршком према одељењима и одсецима који га решавају. Позивни центар захтеве прима путем: e-maila, web апликације, или телефонског позива. Сви захтеви се евидентирају и воде кроз програмско решење.
- Први ниво подршке – на основу захтева који дође путем позивног центра, ово одељење покушава решити основне проблеме које корисници имају у раду. Већина ових запослених би радили на терену, тј. на локацијама ЗУ. Проблеме и захтеве корисника које не могу решити, ескалирају на следећи ниво подршке путем одељења Позивног центра, односно одељања за Управљање захтевима.
- Управљање захтевима – анализира захтеве које први ниво подршке не може да реши и решава или преусмерава решавање таквих захтева на спољне или унутрашње ресурсе, у зависности које уговоре за одржавање има са трећим странама.

b) Одељење за анализу и извештавање

- Пословна интелигенција – Дефинисање, моделирање и анализа података из система за потребе здравства, обједињавање и одржавање „мастер дата“ именика, повезивање разних база података, саветовања и отварања анонимних података из здравственог система за научне и истраживачке радове, сарадња са привредом и универзитетима,
- Извештавања – Израда стандардних и нестандардних извештаја за потребе здравства, одржавање отворених модела података здравства.

c) Одељење за ИТ инфраструктуру

Одељење се бави планирањем, пројектовањем, и одржавањем основих компоненти ИТ инфраструктуре и могуће га је поделити на 3 основне целине, према специјалности запослених инжењера који се баве одређеним делокругом.

- Хардвер
- Мрежа
- Софтвер

d) Управљање пројектима

Будући да се предлаже коришћење разних извора финансирања за информатизацију здравства, добро је имати одсек који се организовано бави пројектима финансираним из међународних извора финансирања, због различитих знања и вештина које су добродошле у праћењу таквих пројеката. У овом одељењу се препоручује пре свега запослити пројектне менаџере који знају да воде ИТ пројекте и који познају процесе у систему здравства у Србији.

- Национални
- Међународни.

3. Развојно – едукативни сектор - интеграција система учења и развоја у јединствену целину

Унапређење система учења и развоја мора бити свеобухватно: у организационом, правном и финансијском погледу. Стратешки значај унапређења система учења и развоја не доводи се у питање, па посебну пажњу треба посветити стратешким циљевима које је потребно постићи у овој области, а то су:

- централно вођење и управљање специјализацијама у систему,
- повезивање целог образовног система који школује будуће здравствене раднике са здравственим установама,
- тачно разрадити систем едукације (планирање и реализација) свих профила запослених у здравственим установама,
- дефинисати начин обуке и увођења ново-запослених у здравственим установама,
- селекција учесника и спровођење едукација руководећег кадра са циљем да се руководећи кадар оснажи лидерским вештинама. Полазници би морали полагати завршни испит након периода едукације,
- обезбедити брз и ефикасан пренос знања и вештина потребних за повећање ефикасности и квалитета обављеног рада,
- повећање нивоа квалитета образовања,
- подстицање професионалног и личног развоја сваког појединачног запосленог и
- усклађивање личних циљева кроз унапређење система учења и развоја са стратешким циљевима здравственог система.

Такође је потребно предузети следеће активности:

- увођење савремених технологија, модела за извођење програма обуке,
- прилагођавање садржаја програма обуке стварним потребама запослених и пројекцијама будућег развоја у смислу врсте и начина обављања посла,
- увођење могућности учења на даљину (*on-line*),
- фокусирање на професионални и лични развој сваког појединца
- израда планова каријере за сваког радника.

Програми едукације првенствено морају бити усклађени са правним оквиром, што значи да морају укључити следеће категорије:

- уводни програми,
- специјализовани програми намењени појединим групама,
- програми личног усавршавања,
- програми усавршавања намењени здравственим радницима који желе да напредују на више радно место,
- програми едукације руководећих радних места,
- остали програми.

Развојно едукативни сектор би у стручном смислу помогао у изради централизованог информационог система у здравству за целу Србију - HRMIS-a (Human Resource Management Information System), који ће обезбедити Министарству здравља квалитетно управљање и интеграцију свих кадровских података у јединствен систем.

С обзиром на веома висок ниво процедуралне и организационе сложености здравственог система у погледу људских ресурса, увођење информационе подршке мора се прецизно испланирати и доследно спроводити према унапред одређеној методологији. При томе треба обратити посебну пажњу на фазе процеса избора информационе подршке и на посебне захтеве читавог процеса управљања људским ресурсима.

Основни стратешки циљеви који се морају постићи увођењем информационе подршке укључују следеће:

- могућност праћења и континуираног унапређења нивоа ефикасности процеса у здравству,
- могућност праћења и континуираног унапређења нивоа ефикасности процеса развоја и управљања људским ресурсима,
- могућност континуираног праћења кључних индикатори перформанси и
- побољшање система извештавања у погледу брзине генерисања извештаја и тачности добијених података.

Предлог мера за унапређење кадровске политике унутар ЗУ у домену развојно едукативног сектора

1. Селекција кандидата

Неопходно је што пре убрзати поступак селекције, како дуги поступак не би негативно утицао на избор најбољих кандидата. У том смислу, првенствено је потребна промена законских прописа.

Остварење овог стратешког циља захтева преузимање следећих активности:

- Ограничити укупно трајање поступка одабира кандидата законским прописима (време које може протећи од расписивања јавног конкурса до доношења одлуке о запошљавању),
- Ограничити време потребно за именовање чланова комисије за спровођење јавног конкурса,
- Ограничити време потребно за решавање жалби одбијених кандидата на начин у складу са добром праксом у државама Европске уније, потребно је размислити о могућности укидања права на жалбу одбијених кандидата. Права радника могу се даље заштитити именовањем синдикалног представника у комисији за јавни конкурс и интерни конкурс, што би такође била пракса усклађена са званичним законодавством Европске уније,
- Процес евалуације кандидата треба унапредити увођењем обавезе да се процењују и оцењују социјалне вештине кандидата посебно на занимањима која су орјентисана на пацијенте. У таквим случајевима, социјалним вештинама треба дати већу тежину од осталих параметара који се вреднују и бодују. Другим речима, пондерима се може истаћи важност социјалних вештина или било ког другог параметра.

2. Мотивација

Ниво задовољства запослених у здравственом систему је сигурно уско повезан са одласком у иностранство и учесталошћу коришћења боловања, али и са тренутним нивоом радне ефикасности и нивоом мотивације. У том смислу, неопходно је спровести активности које ће

повећати ниво задовољства запослених, односно којима ће се остварити следећи стратешки циљеви:

- повећање нивоа мотивације запослених за обављање свакодневних послова, али и постизање натпросечних резултата,
- смањење учесталости коришћења боловања,
- смањење нивоа флуктуације и
- побољшање радне ефикасности.

За постизање ових стратешких циљева потребне су следеће активности:

- едукација директора здравствених установа из подручја управљања људским ресурсима,
- запошљавање едукованих менаџера за управљање људским ресурсима или слање на едукацију за вештине управљања људским ресурсима садашњег кадра,
- редовно спровођење анкета о задовољству запослених и праћење успеха примене мера за исправљање негативних трендова,
- побољшање радне климе стриктним поштовањем радних процедура и отварањем канала комуникације,
- побољшање комуникацијског система кроз редовно извештавање запослених о актуелним и стратешким питањима и развијање формалних процедура двосмерне комуникације,
- побољшање угледа здравствених установа спровођењем одговарајућих маркетиншких кампања,
- увођење система исплате и награде према постигнутим резултатима,
- развој плана каријере,
- обука менаџерског кадра, посебно у области социјалних вештина,
- оријентација на пацијенте и развој партнерства са другим установама и
- промовисање тимског рада постављањем тимских циљева и дефинисањем награда за постигнути тимски резултат.

Као што је већ споменуто, запослени женског пола имају тенденцију повећаног коришћења боловања односно породиљског одсуства. Том делу радне популације треба пружити подршку како би се брже вратиле на посао у прилагођеном обиму и тиме допринеле квалитету рада, својим већ стеченим знањем и искуством, више него што то може недовољно едукована или искусна замена. Повећавањем нивоа задовољства могуће је повећати ниво њихове оданости здравственим установама, спроводећи следеће активности:

- увођење телекомуникационих могућности (телемедицина, Zoom, Meet, Skype и сл.)
- увођење могућности рада са скраћеним радним временом и
- увођење могућности рада у флексибилном радном времену (клизно радно време) код оних радних места код којих је то могуће.

3. Анализа оптерећености

План запошљавања (члан 161.) уређен је Законом о здравственој заштити, тако да је препорука да када се запошљава нова особа, потреба за новозапосленим се мора заснивати на анализи тренутног оптерећења и могућег повећања или смањења обима посла. На овај начин је могуће

постићи стратешки циљ дефинисања потреба за новим запошљавањем у складу са стварним потребама.
Активности које је потребно спровести за постизање овог стратешког циља укључују следеће:

- дефинисање критеријума за утврђивање потребе за новим запошљавањем,
- развој методологије за спровођење анализе оптерећења и
- спровођење редовне анализе оптерећења (пре усвајања плана запошљавања).

Методологија анализе оптерећења радних места би требало да обухватити 5 главних фаза:
1. Фаза утврђивања активности и корака - детаљна анализа појединих пословних процеса. Потребно је анализирати процесе: вертикално и хоризонтално. Параметри које је потребно узети у обзир приликом анализе процеса укључују трошкове обављања одређених активности, време потребно за обављање активности, ресурсе који требају да се ангажују и квалитет резултата спроведених активности.
2. Фаза прикупљања података - попуњавање анкетних упитника, мерење стварног времена потрошеног на обављање одређених активности, спровођење интервјуа и сл.
3. Статистичка анализа - израчунавање свих главних статистичких показатеља (просечне вредности, средња вредност, стандардна девијација итд.). Прорачун се врши за претходни, али и за будући период на основу пројекција раста или пада обима посла.
4. Дефинисање стандарда - прецизна објашњења екстремних одступања од просечних вредности у сарадњи са менаџерима и појединим запосленима. На основу дефинисаних норми потребно је одредити прагове толеранције с обзиром на могућности пуног искоришћавања расположивих капацитета.
5. План запошљавања - крајњи резултат анализе оптерећења. Да би се тестирали резултати анализе оптерећења посла, препоручује се развијање модела који ће да омогући спровођење анализе сценарија, како би се тачно утврдили ефекти промена броја запослених на нивоу њиховог оптерећења.

4. Радна успешност

Увођењем савременог система вредновања радне успешности решиће се проблем неадекватне евалуације запослених, која се тренутно не заснива на постигнутим стварним резултатима и није повезана са системом награђивања.

Стратешки циљеви који ће се постићи на овај начин укључују следеће:

- реална процена запослених према постигнутом резултату,
- повећање нивоа мотивације запослених,
- дестимулација радника који постижу испод просечне резултате и дугорочно њихово искључивање из здравственог система ако и даље постижу резултате испод просека,
- стварање основа за повезивање резултата са системом награђивања.

Да би се постигао стратешки циљ увођења савременог система мерења ефикасности, потребно је спровести низ активности које укључују следеће:

- прилагођавање законских прописа,
- организацију обуке менаџмента у тој области,

- дефинисање система компетенција,
- дефинисање КПИ (кључних индикатора перформанси),
- вредновање успешности,
- усвајање и примену одговарајућих поступака за укључивање здравствених радника у процес планирања и одлучивања,
- развој система комуникацијских планова и циљева за наредну годину на свим нивоима,
- развој система повратних информација о планираним и постављеним циљевима,
- развој модела за пренос циљева на најниже нивое и
- редовну примену мерења ефикасности постизања постављених циљева и адекватну процену резултата.

Добра основа је у квалитетној *Уредби о вредновању радне успешности државних службеника* ("Сл. гласник РС", бр. 2/2019 и 69/2019) коју је потребно прилагодити за здравствени систем.

5. Увођење система награђивања заснованог на учинку

Да би систем вредновања радне успешности имао смисла, потребно га је повезати са системом награђивања. Без адекватног система награђивања неће се постићи стратешки циљеви увођења система вредновања радне ефикасности, првенствено зато што запослени и њихови руководиоци неће бити довољно мотивисани за постизање постављених циљева.

Стратешки циљеви увођења система награђивања заснованог на успешности укључују следеће:

- адекватну евалуацију постигнутих резултата (посебно оних изнад просека),
- повећање нивоа мотивације и задовољства запослених и
- смањење нивоа флуктуације.

За постизање ових стратешких циљева потребне су следеће иницијативе:

- прилагођавање законских прописа,
- креирање "личне мапе циљева" и
- дефинисање групе „нефинансијских“ награда.

„Лична карта циља“ је јасан преглед виших циљева и стратегија и њихових сопствених циљева и иницијатива коју је потребно спровести да би се постигли постављени циљеви. Свака „лична карта циља“ мора да садржи и награде које запослени или менаџер могу добити у случају да постигну или премаше постављене циљеве.

С обзиром на ограничења законских прописа, потребно је размотрити могућност усвајања интерних прописа који ће дефинисати сет "нефинансијских" награда као што су следећи:

- представљање у средствима интерне комуникације,
- награда за најуспешнијег запосленог / менаџера,
- могућност напредовања,
- додатно образовање,
- бољи услови рада,
- слободни дани итд.

Утврђивање нивоа успеха у постизању сваког постављеног циља спроводи се на полугодишњем и годишњем нивоу.

9. Смернице за израду Плана развоја здравствене заштите до 2035. године

Општи циљ: Оптимизација капацитета здравствених установа у јавној својини

Посебни циљеви	
1.	**Приближавање места пружања услуге пацијенту на нивоу примарне здравствене заштите**
2.	**Повећање ефикасност здравствених установа (побољшати инфраструктуру и обезбедити интероперабилност различитих нивоа здравствене заштите)**
3	**Побољшање квалитета здравствених услуга, уз одрживост здравственог система**

Посебни циљ 1: Приближавање места пружања услуге пацијенту на нивоу примарне здравствене заштите		
Мера 1.1: Успоставити тимове опште медицине, тимове педијатара, тимове гинеколога и тимове стоматолога, као основне организационе јединице унутар домова здравља, у којима грађани остварују право на здравствену заштиту		
1.1.1. Израдити анализу потреба за опремањем тимова у ДЗ, са оквирним планом реализације и финансирања		**2**
1.1.2. Постепено повећавати број специјалиста опште медицине, а смањивати број лекара опште праксе без специјализације		
1.1.3. Усагласити Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности и Правилник о унутрашњој организацији здравствених установа		**7б**
1.1.4. Даље унапређивати систем обрачуна зарада у домовима здравља тако да адекватно рефлектује оптерећеност и учинке запослених (синхронизовати са 3.2.1.) и мотивисати њихов рад у оквиру Тимова тако да буде усмерен ка бољим исходима лечења, подизању квалитета и ефикасности		**4**
1.1.5. Изменама интерних аката домова здравља, као и прерасподелом персоналних ресурса, односно доквалификацијама обезбедити да минимум једна сестра/медицински техничар у Тиму има вишу медицинску школу и ревидирати улогу сестре у тиму („task shifting“) одн. доделити јој већу улогу у самосталном обављању превентивних прегледа		**7**
1.1.6. Успоставити механизам који ће Тимовима у домовима здравља односно изабраним лекарима и сестрама обезбедити екстерну мултидисциплинарну стручну подршку у раду (социјални радник, логопед, психолог, специјалисти итд.), по правилу од стране запослених у здравственим установама на вишим нивоима здравствене заштите и другим релевантним установама у јавној својини (кроз различите облике пословне сарадње)		**13**
1.1.7. Изменити релевантне прописе тако да се Тимови, односно службе дефинишу као трошковни центри у циљу унапређења менаџмента ПЗЗ		**8**

1.1.8. Изменити релевантне прописе тако да се уведе обавезан менаџмент за управљање праксом у оквиру Тимова, односно служби у ПЗЗ		**7**
1.1.9. Спровођење обука из менаџмента, у циљу имплементације новог система менаџмента (управљање пацијентима)		**6**
Мера 1.2: Омогућити већу хоризонталну и вертикалну мобилност здравствених кадрова		
1.2.1. Изменити Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности, тако да се омогући пружање консултативно специјалистичких услуга (услуге секундарног нивоа) у локалу, тј. у просторијама домова здравља		**7б**
1.2.2. Израдити и усвојити плански документ - програм броја специјализација, у складу са пројекцијама потреба здравствене мреже		**7**
1.2.3. Примити у уговорни однос довољан број специјалиста опште медицине, у складу са пројекцијама потреба ТИМ-ова који ће се успоставити реализацијом мере 1.1.		**7**
1.2.4. Усвојити интерне нормативе попут клиничких путева тако да се повећа број и врста услуга које независно обавља медицинска сестра у зависности од стручне спреме		**7**
Мера 1.3: Успоставити подршку раду тимовима примарне здравствене заштите у пружању превентивних, рехабилитационих и дијагностичких услуга у заједници		
1.3.1. Израдити анализу потреба за грађевинским радовима у сврху реорганизације простора у коме Тим пружа здравствене услуге (на нивоу домова здравља)		**1**
1.3.2. Изменити Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности, тако да се омогућити спровођење ове мере		**7б**
1.3.3. Обезбедити техничке услове у ПЗЗ да се користи е-рецепт, е-упут, е-картон и телемедицину		**9**
1.3.4. Усвојити интерне нормативе који уређују клиничке процедуре (клинички пут пацијента) на нивоу домова здравља		**11**
Мера 1.4: Оптимизовати пословање домова здравља		
1.4.1. Израдити анализу рентабилности издвојених територијалних јединица домова здравља (огранака, здравствених станица и амбуланти), чији ће саставни део бити листа тих јединица чије се затварање предлаже, са предлогом алтернативних начина за пружање услуга у односу на сваку од тих јединица		**13**
1.4.2. Израдити анализе потреба за унапређењем просторних капацитета домова здравља, са предлогом унапређења и оквирним планом реализације		**1**
1.4.3. Успоставити правичан и стимулативан механизам награђивања запослених у дому здравља, који адекватно рефлектује резултате рада Тима у који су распоређени и њихов допринос тим резултатима (синхронизовати са 3.2.1.)		**13**
1.4.4. Увести посебне стандарде за награђивање запослених у домовима здравља, односно Тимовима који здравствене услуге пружају у руралним и брдско-планинским подручјима са малим бројем осигураних лица		**4**
1.4.5. Израдити анализу потреба за додатним опремањем домова здравља, са предлогом и оквирним планом реализације		**2**
1.4.6. Изменити Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности, тако да се омогућити спровођење ове мере		**7б**

1.4.7. Израдити листу немедицинских послова које пружа Центар за немедицинске послове, са описом тих послова		**5**
1.4.8. Омогућити коришћење услуга Центра за немедицинске послове (почетак коришћења услуга)		**3**
1.4.9. Унапредити упутство за рачуноводствено дефинисање трошковних целина на нивоу организационих јединица		**8**
1.4.10. Обезбедити предуслове и увести ЕРП у све домове здравља у Србији		**10**
1.4.11. Спровести функционалну интеграцију домова здравља и њихових организационих јединица (огранака и амбуланти) у јединствену целину на нивоу округа		**7б**
1.4.12. Ускладити статусна и друга акта домова здравља са функционалном интеграцијом из 1.4.11.		**7**
1.4.13. Променити начин вођења евиденција у домовима здравља, уз орјентацију на интегрисано управљање информацијама		**9**
Посебни циљ 2: Повећање ефикасност здравствених установа на свим нивоима здравствене заштите (побољшати инфраструктуру и обезбедити интероперабилност различитих нивоа здравствене заштите)		
Мера 2.1: Оптимизовати мрежу здравствених установа стационарног лечења на нивоу РС		
2.1.1. Успоставити стандарде за болнице 1, 2, 3 и 4. категорије		**7б**
2.1.2. Успоставити стандарде за специјалне болнице за рехабилитацију		**7б**
2.1.3. Усвојити План мреже који ће омогућити успостављање различитих нивоа стационарних здравствених установа (у зависности од обима пружања здравствених услуга)		**7а**
2.1.4. Израдити анализу са предлогом за успостављање адекватног механизма за континуирано преиспитивање и редовно ажурирање Плана мреже, у циљу њене оптимизације (успостављање јасне методологије; информационе инфраструктуре и сл.)		**13**
2.1.5. Изменити релевантне прописе тако да се омогући успостављање механизма за континуирано преиспитивање и редовно ажурирање План мреже		**7**
2.1.6. Усвојити методологију, односно механизам који ће обезбедити смањење, односно усаглашавање са реалним потребама постељног фонда у свим здравственим установама у којима је попуњеност мања од 70%		**13**
2.1.7. Обезбедити редовно и јавно спровођење „benchmarkinga“ на националном, регионалном и локалном нивоу и успоставити транспарентан механизам за праћење ефеката рада здравствених установа на основу мерљивих индикатора ефикасности, квалитета, медицинских исхода и задовољства пацијената		**12**
2.1.8. Израдити анализу са предлогом мера за сузбијање корупције у здравственом систему, планом њиховог спровођења и индикаторима за оцењивање успешности спровођења тих мера, те приступити спровођењу тих мера, праћењу спровођења и извештавању о резултатима спровођења		**13**
2.1.9. Усвојити план специјализација и едукација на националном нивоу		**13**

Мера 2.2: Учинити болнице ефикасним и брзо прилагодљивим у случајевима изненадног и привременог повећања потражње за здравственим услугама (нпр. пандемија, елементарне непогоде и сл.)		
2.2.1. Израдити анализу потреба за грађевинским радовима за сваку од болница по нивоима, са освртом на мере које могу превенирати нагле скокове потражње за услугама (нпр. пандемија, елементарне непогоде и сл.)		**1**
2.2.2. Изменити Правилник о садржини, начину успостављања и одржавања регистра ризика од катастрофа, тако да се превенира могућа штета од пандемија		**7**
Мера 2.3: Успоставити инвестиционо планирање		
2.3.1. Спровести процену опремљености здравствених установа кључном медицинском опремом, сходно међународним стандардима, уз строгу контролу болничких складишта по питању залиха медицинске опреме и лекова, те њихових рокова трајања и планирати улагања у здравство у складу са том проценом		**2**
2.3.2. Планирати улагања у здравство у складу са анализом потреба за грађевинским радовима из 2.2.1.		**1**
2.3.3 Изменити Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у домовима здравља, тако да се омогућити спровођење ове мере		**7б**
2.3.4. Изменити релевантне прописе тако да се омогући увођење националних стандарда за изградњу болница		**7**
2.3.5. Изменити релевантне прописе тако да се омогући увођење националних стандарда за опремање болница		**7**
2.3.6. Израдити анализу са предлогом за успостављање Механизма за континуирано преиспитивање стандарда за изградњу и опремање ЗУ		**13**
2.3.7. Изменити релевантне прописе тако да се омогући успостављање националних оквира и механизма унапређење стандарда изградње и опремања ЗУ на бази транспарентног спровођења процена здравствених технологија		**7**
Мера 2.4: Повезивати стационарне ЗУ на националном нивоу, односно на нивоу здравственог региона		
2.4.1. Отпочети са коришћењем услуга Центра за немедицинске послове		**3**
2.4.2. Обезбедити услове за повезивање и/или увођење (обједињеног) ЕРП-а за све болнице и домове здравља у Србији, као и „*Business Inteligence*“ система за централно праћење рада у реалном времену		**10**
2.4.3. Изменити састав управних одбора здравствених установа тако да се у њега укључе стручњаци са различитих нивоа ЗЗ, у циљу повећања интероперабилности, као и независни стручњаци (прописати то као законску обавезу)		**13**
2.4.4. Израдити националне клиничке процедуре и смернице за клиничке путеве пацијента		**11**
2.4.5. Усвојити интерне нормативе који уређује клиничке процедуре (клинички путеви пацијента) на нивоу стационарних установа ЗЗ, тако да буду усклађене с националним смерницама из 2.4.4.		**11**
2.4.6. Усвојити нормативе који интегришу клиничке процедуре (клинички путеви пацијента) на нивоу региона, тако да буду усклађене са националним смерницама из 2.4.4.		**11**

2.4.7. Спровести функционалну интеграцију стационарних ЗУ на нивоу округа, односно на националном нивоу, сходно плану оптимизације		**7б**
Мера 2.5: Унапређење ИЗИС-а ради постизања пуне референтности и праћења листа чекања		
2.5.1. Интегрисати ИЗИС и електронски систем „Мој доктор“		**9**
2.5.2. Успоставити процедуре за заказивање и контролу листе чекања		**13**
2.5.3. Усвојити, односно изменити релевантне прописе тако да се дестимулише неадекватно коришћење ресурса, које проузрокује листе чекања (мере усмерене и на пацијенте и на ЗУ)		**7**
2.5.4. Размотрити потребу усвајања документа јавних политика којим би се планирале мере развоја нових здравствених услуга и унапређења функционалности здравствених установа, са акционим планом и планом финансирања нових здравствених услуга и даљег развоја здравствених установа		**7**
Мера 2.6: Успостављање система који ће омогућити да специјалисти са вишег нивоа ЗЗ пружају услуге у установама нижег нивоа ЗЗ (концентрација кадрова и аутсорсовање)		
2.6.1. Изменити Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности, тако да се здравственим радницима омогући пружање здравствених услуга у просторијама здравствених установа у којима нису запослени		**7б**
2.6.2. Усвојити подзаконски акт који ће уредити методологију за обрачун трошкова надокнаде токова изласка на терен специјалиста и суб-специјалиста у складу са трошковима пружања услуга		**7**
2.6.3. Обезбедити техничке услове у стационарним установама да се користи е-упут, е-картон и телемедицина		**9**
2.6.4. Изменити прописе који уређују консултативне прегледе и стационарно лечење, тако да се обезбеди спровођење ове мере		**12**
2.6.5. Изменити релевантне прописе тако да се лекарима дозволи приватни рад ван ЗУ у којој је примарно запослен		**7**
2.6.6. Изменити општа акта здравствених установа тако да се менаџменту обезбеди управљање кадровима		**7**
2.6.7. Израда инструкције-упутства Министра здравственим установама на свим нивоима ЗЗ о начину како ће извршити ревизију програма дежурстава и приправности		**7**
Мера 2.7: Успостављање – организовање завода за ургентну медицину на нивоу здравствених региона		
2.7.1. Израдити анализу потреба за грађевинским радовима ради обезбеђења адекватног простора за смештај завода за ургентну медицину		**1**
2.7.2. Процена потреба за опремањем завода за ургентну медицину		**2**
2.7.3. Процена кадровских потреба завода за ургентну медицину		**5**
2.7.4. Измена Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности, тако да се обезбеди спровођење ове мере		**7б**
2.7.5. Усвајање Плана мреже тако да се омогућити успостављање различитих нивоа стационарних здравствених установа (у зависности од обима пружања здравствених услуга)		**7а**
2.7.6. Успостављање кол-центра		**13**

2.7.7. Обезбеђивање предуслова и повезивање или увођење ЕРП-а за све установе ХМП		**10**
2.7.8. Обезбеђење техничких услова у установама ХМП да се користи е-картон и телемедицина		**9**
2.7.9. Израда анализе за целокупну реформу ХМП (успостављање јасне методологије; информационе инфраструктуре и сл.)		**13**
2.7.10. Измена прописа тако да се омогући функционисање реформисане ХМП		**7**
Мера 2.8: Разрешење проблема са апотекарским установама у јавној својини		
2.8.1. Република треба да преузме оснивачка права и обавезе у свим јавним апотекарским установама		**7**
2.8.2. У сваком од шест здравствених региона извршити консолидацију и формирати једну јавну апотекарску установу са огранцима апотека у складу са дефинисаним географским и демографским критеријумима и водећи се принципима доброг управљања и одрживости пословања		**7а**
2.8.3. Апотеке које не обављају делатност због финансијских проблема и блокаде рачуна, односно које су дале своје пословне просторе у најам или ступиле у јавно приватно партнерство не треба да буду више у Плану мреже и треба их брисати из Уредбе о Плану мреже		**7а**
2.8.4. Дефинисати географске и демографске критеријуме за отварање нових апотека, који се једнако примењују и за приватне и за јавне апотеке.		**7**
2.8.5. Прописати минимални број и географске позиције доступности галенских лабораторија.		**7**
2.8.6. Оснаживање јавног апотекарског сектора кроз едукацију и увођење система квалитета кроз процес акредитације здравствених установа.		**6**
2.8.7. Након преузимања оснивачких права од стране Републике, потребно је извршити финансијску ревизију извештаја апотекарских установа уз тачно дефинисање износа неизмирених обавеза, након чега треба испланирати реструктурирање дугова и формулисање одрживог плана отплате доспелих обавеза. Министарство финансија и Министарство здравља треба да дефинишу методологију праћења и механизам мониторинга који би спречио нагомилавање обавеза државних апотека.		**4**
2.8.8. Изједначавање услова рада за приватне и државне апотеке, укључујући начин фактурисања према РФЗО, јачање менаџмента апотека.		**7**
2.8.9. Уређење система централизованих јавних набавки и последичних процедура на начин да се набавка лекова које финансира РФЗО обавља под истим условима у приватним и јавним апотекама.		**7**
2.8.10. У апотекама у руралним слабо насељеним подручјима, садашње јединице за издавање готових лекова у ван градским подручјима, где не постоји адекватна покривеност кадром, оснажити већом маржом и/или уговарањем здравствених радника у овим апотекама, како би њихово пословање било квалитетно и без губитака.		**4**
2.8.11 Јачање инспекцијске службе ради обезбеђење пуног поштовања донетих закона и подзаконских аката у свим областима пружања фармацеутских услуга, а посебно у делу присуства и одговорности магистара фармације код издавања лекова.		**6**
2.8.12. Проширити дијапазон услуга које могу пружати фармацеути на тржишту уз директно плаћање тих услуга апотекама од стране РФЗО-а. Размотрити повећање марже на лекове који се издају на рецепт.		**4**

2.8.13. Размотрити давање регионалних апотекарских установе у јавно-приватно партнерство, односно у концесију уз обавезу задржавања пуног пакета апотекарских услуга укључујући и нерентабилне, а демографски потребне услуге и у складу са дефинисаним географским и демографским критеријумима.		**7**
Посебни циљ 3: Побољшање квалитета здравствених услуга, уз одрживост здравственог система		
Мера 3.1: Успоставити систем контроле стандарда и перформанси система		
3.1.1. Израдити методологију и план за континуирану израду водича добре праксе, у складу са стандардима базираним на доказима, расположивим кадровима и економским предиспозицијама		**12**
3.1.2. Израдити нацрт закона, односно измена и допуна релевантног закона, тако да се пропише обавеза израде националних водича добре праксе, као и обавеза поступања у складу са истим		**7**
3.1.3. Прописати обавезу здравствених установа да израђују клиничке процедуре (клинички пут пацијента) и стандардне оперативне процедуре (СОП-ове), у складу са важећим националним водичима добре праксе		**11**
3.1.4. Прописати надлежност за контролу усклађеност клиничких путева са националним водичима добре праксе		**13**
3.1.5. Унапредити капацитете за сертификацију здравствених установа, кроз контролу и мерење резултата клиничког рада		**13**
3.1.6. Прописати да су здравствене установе дужне да здравствене услуге пружају у складу са сертификатом (лиценцом) издатим од стране надлежне институције		**7**
3.1.7. Ревидирати Национални стратешки план за акредитацију здравствених установа (и награђивања) како би се исте мотивисале да се акредитују и послују у складу са сертификатом		**12**
Мера 3.2: Успоставити систем вредновања појединачног учинка и промоције успешности у извршењу радних задатака (увести оцењивање и систем плаћања надокнада здравствени радницима)		
3.2.1. Успоставити систем мерења појединачног учинка (оцењивање) и промоције радних успеха (мотивације), сагласно резултатима активности спроведених у тачкама 1.1.4, 1.4.3, 2.6.2 и мерама 3.3. и 3.4		**13**
3.2.2. Израдити нацрт закона, који ће уредити радно правни статус запослених у здравству, имајући у виду специфичност тих послова и активности (само у делу у коме је потребно прописати изузетке од општих прописа) и поднети га Влади РС на усвајање		**7**
3.2.3. Поднети Скупштини на усвајање Предлог закона из 3.2.2.		**7**
Мера 3.3: Унапредити систем мерења учинка и плаћања здравствених установа који ће стимулисати ефективну и ефикасну здравствену заштиту (плаћање путем ДСГ-а и бонуса за квалитет)		
3.3.1. Применити рачуноводствене стандарде који се примењују у привредном сектору, у пословање здравствених установа у јавној својини		**7**

3.3.2. Даље развијати ДСГ плаћање у установама стационарне ЗЗ (где је ДСГ применљив), са трошковима амортизације урачунатим у цену услуге		**4**
3.3.3. Унапредити систем посебног плаћања консултативних услуга за ПЗЗ		**4**
3.3.4. Унапредити систем мешовитог плаћања, тако да капитација, извршене услуге, ефикасност и квалитет имају значајнији ефекат		**4**
3.3.5. Израдити и усвојити пропис који ће уредити поступак за доделу развојних инвестиција од стране оснивача (не узима у обзир средства текућег одржавања)		**4;7**
3.3.6. Израдити и усвојити пропис којим ће се успоставити лична одговорност менаџера здравствених установа (кроз Измене Закона о здравственој заштити или усвајање посебног закона) и лична одговорност сваког појединца унутар ЗУ		**7;13**
3.3.7. Успоставити правни оквир за увођење менаџмента на свим нивоима где у оквиру описа посла постоји захтев за управљањем (Измене Закона о здравственој заштити или усвајање посебног закона)		**7;13**
3.3.8. Унапредити пословање здравствених установа кроз контролисано повећање тржишних прихода, финансијски менаџмент и побољшање оквира за спровођење набавки		**13**
3.3.9. Краткорочно успоставити систем плаћање по БО дану за рехабилитацију, тако да садржи амортизацију и бонус за исходе		**4**
3.3.10. Дугорочно успоставити систем плаћања рехабилитације као „bundledpayment“ (заједничко плаћање путем финансијског пакета установа које наручују и обављају рехабилитацију)		**4б**
3.3.11. Успоставити правни и плански оквир и услове за ЈПП и излазак на тржиште (рехабилитација и друге делатности где се процени да ЈПП има смисла)		**7;14**
3.3.12. Увести програмски буџет за специјалне болнице		**4**
3.3.13. Успоставити стимулативно финансирање апотекарских и осталих здравствених услуга у руралним крајевима		**4**
3.3.14. Омогућити да цена крви укључи амортизацију опреме и друге зависне трошкове		**4**
3.3.15. Финансирати превентивне програме кроз пакете које уговара ЗЗЈЗ		**4а**
Мера 3.4: Унапредити квалитет управљања људским ресурсима и немедицинским пословима на националном нивоу		
3.4.1. У Министарству здравља успоставити Центар за немедициске послове на нивоу сектора за организацију здравствене заштите или посебне управе		**7**
3.4.2. Израдити систематизацију и органиграм за Центар за немедицинске послове у здравству		**5**
3.4.3. Израдити анализу оптималног модела за запошљавање, односно радно ангажовања немедицинског кадра за потребе здравствених установа, као и могућности издвајања тих послова, односно ангажовања кадрова који су већ запослени у здравственим установама по другом правном основу, све ово у складу са начелом ефикасности здравствене заштите (могуће опције су: приватизација тих послова кроз оснивање привредних друштава и предузетничких радњи; организовање заједничких служби; оснивање посебне агенције за запошљавање немедицинских радника за потребе здравствених установа у јавној својини, у којој би та лица била запослена у складу са Законом о агенцијском запошљавању и сл.)		**7**

3.4.4. Усвајање оптималног модела за запошљавање, односно радно ангажовања немедицинског кадра за потребе здравствених установа и отпочињање реализације тог модела (израда од стране Министарства здравља смерница за приватизацију немедицинских послова за потребе здравствених установа у јавном сектору и организовање заједничких служби, односно оснивање од стране Владе РС агенције за запошљавање немедицинских радника за потребе здравствених установа у јавној својини)		**7**
3.4.5. Увођење ЕРП-а у Центар за немедицинске послове, који може да буде у функцији јединственог ЕРП-а за све ЗУ које покрива и увођење БИ система за праћење рада у реалном времену и правовремено извештавање надлежних доносиоца одлука		**10**
3.4.6. Идентификовати основна средства ЗУ намењена за пружање конкретних услуга (возила, опрема), која ће се као неоновчани оснивачки капитал унети у Центар за немедицинске послове		**2**
3.4.7. Спровести конкурс за радна места која нису попуњена у систематизацији и засновати радни однос у складу са потребама Центра за немедицинске послове		**5**
3.4.8. Спроводити едукацију запослених Центра за немедицинске послове		**13**
3.4.9. Отпочети сарадњу Центра за немедицинске послове са ЗУ		**7**
Мера 3.5: Интегрисање и развој постојећих информационих система у здравству		
3.5.1. Успоставити модел интегрисаног управљања подацима и Интегрисати евиденције завода за јавно здравље и РФЗО-а и обезбедити централизовано управљање информацијама		**13**
3.5.2. Израдити и усвојити методологију за вођење евиденција, са нагласком на интегрисано управљање информацијама		**9;13**
3.5.3. Урадити спецификацију и набавити софтвер за геопросторно праћење података и ажурирање здравствених индикатора и ресурса у здравству		**9**
3.5.4. Урадити спецификацију и успоставити е-картон који интегрише све нивое здравствене заштите		**9**
3.5.5. Изменити уредбу која прописује стандарде за израду софтвера у здравству и израдити процедуру за цертифицирање софтвера са тржишта		**7,9**
3.5.6. Израдити спецификације и стандарде које испуњава ЕРП за све типове установа/предузећа у здравству		**10**
3.5.7. Обезбедити буџетирање инвестиционих средстава за куповину ЕРП-а и куповина централног или куповина/повезивање постојећих локалних ЕРП-ова за све установе/предузећа власништву Републике/Покрајине (могуће кроз национални тендер или кроз грантове установама)		**10**
3.5.8. Унапредити ИЗИС-а ради постизања пуне референтности и праћења листа чекања		**4**
Мера 3.6: Успостављање функционалне мреже завода за јавно здравље		
3.6.1. Основати регионалне заводе са организационим јединицама у свим окрузима		**7;7а**
3.6.2. Хоризонтално интегрисати заводе за јавно здравље		**13**

3.6.3. Ревидирати послове завода за јавно здравље, са нагласком на спровођење националних превентивних програма, праћење заразних и хроничних незаразних болести, програме унапређења здравља и саветовалишта		**12;13**
3.6.4. Отпочети са коришћењем услуга Центра за немедицинске послове		**3**
3.6.5. Увести ЕРП-а за заводе за јавно здравље		**10**
3.6.6. Припремити посебне превентивне програме, који се спроводе у здравственим установама а чију имплементацију контролише мрежа завода за јавно здравље		**4**
3.6.7. Успоставити систем у коме РФЗО директно уговара превентивне програме са мрежом ЗЗЈЗ		**4**
Мера 3.7: Формирање функционалне мреже трансфузиолошке здравствене заштите		
3.7.1. Основати нове заводе за трансфузију у Суботици, Крагујевцу,Ужицу и Зајечару		**7;7а**
3.7.2. Пословање свих завода за трансфузију интегрисати на републичком нивоу кроз Институт за трансфузију Републике Србије		**13**
3.7.3. Спровести хоризонталну интеграцију завода за трансфузију кроз уговарање са свим секундарним и терцијарним установама		**13**
3.7.4 Отпочети коришћење услуга Центра за немедицинске послове		**3**
3.7.5. Увести стандардне оперативне процедуре у раду свих завода за трансфузију, кроз адаптирани ДМС (систем за управљање документима)		**9**
3.7.6. Увести ЕРП-а за заводе за трансфузију		**10**

Имплементација од 2020 – 2023
Имплементација од 2022 – 2028
Имплементација од 2027 – 2035

Шифра	**Активности које се могу дефинисати у оквиру истог пројекта**
1.	Потребе за унапређењем просторних капацитета и оквирни план реализације
2.	Потребе за опремањем и оквирни план реализације
3.	Формирање и увођење Центра за немедицинске послове
4.	Промена начина плаћања пружалаца здравствених услуга (краткорочно)
4а.	Промена начина плаћања пружалаца здравствених услуга (средњорочно)
4.б.	Промена начина плаћања пружалаца здравствених услуга (дугорочно)
5.	Потребе за људским ресурсима

6.	Едукација за менаџмент
7.	Промене прописа
7а.	План мреже
7б.	Правилник о ближим условима за обављање здр. Делатности
8.	Увођење нових рачуноводствених стандарда
9.	Информациони систем здравства
10.	Пословни информациони систем (управљање финансијама, кадровима, залихама…)
11.	Клинички путеви
12.	Изградња система квалитета
13.	Изградња система управљања
14.	Сарадња јавног и приватног сектора

10. Попис табела, графикона и мапа

Табела 3-1. Региони коришћени у дефинисању стратешких смерница оптимизације Плана мреже за краткорочно и средњорочно раздобље 17
Табела 5-1. Преглед броја специјалиста који из ПЗЗ прелазе у болничку ЗЗ и броја специјалиста које болнице додатно треба да обезбеде ради пружања униформне ПЗЗ 25
Табела 5-2. Планиран просечан број дана лежања у ЗУ Републике Србије 2020-2035. 45
Табела 5-3. Планирана просечна заузетост кревета у ЗУ Републике Србије 2020-2035. 46
Табела 5-4. ДСГ коефицијенти према категоријама ЗУ (VII-XII 2019) и предлог ДСГ за план оптимизације 47
Табела 5-5. Остале здравствене установе терцијарне здравствене заштите 50
Табела 5-6. Удаљеност ЗУ региона Западне Србије до ЗУ 3. и 4. категорије 53
Табела 5-7. Удаљеност ЗУ региона Источне Србије до ЗУ 3. и 4. категорије 54
Табела 5-8. Број потенцијалних пацијената за палијативно збрињавање 57
Tabela 5-9. Број потребних кревета та палијативно збрињавање по здравственим установама по регионима РС 60
Табела 5-10. Приказ нивоа збрињавања у систему неонаталне здравствене заштите 77
Табела 6-1. Просторије за потребе Тима примарне здравствене заштите 88
Табела 6-2. Основне просторије Дома здравља 89
Табела 6-3. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Домова здравља 93
Табела 6-4. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Завода 93
Табела 6-5. Типологија болница 94
Табела 6-6. Заступљеност функционалних целина у локалној општој болници 1. категорије 95
Табела 6-7. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Локалне опште болнице 1. категорије 95
Табела 6-8. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Окружне опште болнице 2. категорије 96
Табела 6-9. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Регионалне болнице 3. категорије 97
Табела 6-10. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Централне републичке болнице 4. категорије 98
Табела 6-11. Минималне просторне потребе за клинику за рехабилитацију 99
Табела 6-12. Минималне просторне потребе за Хидротерапију 101
Табела 6-13. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Специјалних болница за рехабилитацију 102
Табела 6-14. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Специјалних болница за туберкулозу, плућне болести или друга хронична обољења 102
Табела 6-15. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Специјалних болница за психијатрију 103
Табела 6-16. Просторне карактеристике у односу на потребе корисника 104
Табела 6-17. Просторне потребе специјалистичке клинике за психијатријско дуготрајно лечење 105
Табела 6-18. Обавезне просторије према стандарду у пријемно ургентном одељењу 109
Табела 6-19. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Пријемно ургентног одељења и Хитне медицинске помоћи 110
Табела 6-20. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Апотеке 111

Табела 6-21. Смернице за планирање простора у центрима за трансфузију 112
Табела 6-22. Стратешки кораци за оптимизацију инфраструктуре Заводи..... 114
Табела 6-23. Смернице за планирање простора у центрима за дијализу..... 115
Табела 6-24. Обавезне просторије према стандарду у центру за дијализу 117
Табела 6-25. Обавезне просторије према стандарду у Породилишту..... 119
Табела 6-26. Смернице за планирање..... 122
Табела 6-27. Нивои неонаталне неге 123
Табела 6-28. Просторне потребе јединице неонатологије 125
Табела 6-29. Површина јединице за управљање отпадом 128
Табела 6-30. Просторне потребе за Дневну болницу..... 129
Табела 6-31. Просторне потребе за операциони блок дневне болнице 129
Табела 6-32. Просторне потребе за одељење Радиологије 130
Табела 6-33. Просторне потребе за Радиологију - ЦТ и МР..... 131
Табела 6-34. Просторне потребе за Радиотерапију..... 131
Табела 6-35. Просторне потребе за функционална и ендоскопска испитивања..... 132
Табела 6-36. Просторне потребе за лабораторијску дијагностику 132
Табела 6-37. Просторне потребе за ОП блок 133
Табела 6-38. Просторне потребе за одељење интензивне неге 133
Табела 6-39. Просторне потребе за одељење стандардне неге 134
Табела 6-40. Нивои технолошке комплексности и индикативни параметри трошкова изградње 135
Табела 6-41. Процена трошкова изградње болнице секундарне/терцијарне неге-242 кревета – 70.000 становника..... 136
Табела 7-1. Списак медицинске опреме у on-line упитницима (7 и 7а) за примарни и болнички ниво здравствене заштите 140
Табела 7-2. Основна медицинска опрема према Светској здравственој организацији 142
Табела 7-3. Медицинска опрема захтевана од стране клиничара 143
Табела 7-4. Категорије популације према времену коришћења опреме 144
Табела 7-5. Категорије захтева обуке за медицинску опрему 144
Табела 7-6. Карактеризација медицинске опреме..... 145
Табела 7-7. Предлог основне медицинске опреме за Србију 148
Табела 8-1. Број регистрованих осигураника према лекару опште праксе (РФЗО филијалама) 152
Табела 8-2. Број регистрованих осигураника по лекару гинекологу (РФЗО филијалама) 153
Табела 8-3. Број регистрованих осигураника по лекару педијатру (РФЗО филијалама)..... 153
Табела 8-4. Број регистрованих осигураника по стоматологу (РФЗО филијалама) 154
Табела 8-5. Број тимова и просечан број регистрованих пацијената у делатности примарне здравствене заштите 157
Табела 8-6. Минималан, стандардан и максималан броја пацијената за примарну здравствену заштиту 158
Табела 8-7. Број здравствених радника, сарадника и немедицинских радника по окрузима .. 159
Табела 8-8. Број административних и немедицинских радника 160
Табела 8-9. Outsourcing у здравстеном систему (друге земље) 168

Графикон 6-1. Функционалне везе пријемно ургентног одељења у болници са другим функционалним целинама 110
Графикон 6-2. Приступ центру за дијализу..... 116

Графикон 6-3. Функционалне везе 118
Графикон 6-4. Функционалне везе простора у центру за дијализу 118
Графикон 6-5. Функционалне везе Породилишта и одељења за неонатологију 119
Графикон 6-6. Пружање неге – пут пацијента 120
Графикон 6-7. Просторна шема породилишта – функционалне везе 121
Графикон 6-8. Интерни токови и везе унутар неонаталне јединице 124
Графикон 8-1. Резултат радног учинка ординирајућих лекара спецјиалиста у установама секундарне и терцијарне здравствене заштите за 2019. годину 156
Графикон 8-2. Проценат здравствених радника и сарадника и немедицинских радника у здравственом систему Извор: Центар за Информатику и Биостатистику ИЗЈЗ Србије „Др Милан Јовановић-Батут“ (email од 26.12.2019.) 159
Графикон 8-3. Проценат радника немедицинске струке по окрузима 160

Мара 5-1. Постељни капацитети за палијативно збрињавање по регионима 59
Мара 5-2. Здравствене установе чији капацитети ће бити намењени геријатријском збрињавању 61
Мара 5-3. Предлог организације хитне медицинске помоћи у Републици Србији 63
Мара 5-4. Покривеност територије РС из хеликоптерских база Београд и Ниш (опсег 200 км) ... 65
Мара 5-5. Покривеност територије РС из хеликоптерских база Београд и Ниш (опсег 150 км) ... 66
Мара 5-6. Покривеност територије РС из хеликоптерских база Београд и Ниш (опсег 125км) ... 67
Мара 5-7. Мрежа Завода за јавно здравље у Републици Србији према Плану оптимизације 71
Мара 5-8. Мрежа трансфузијских центара у Републици Србији према Плану оптимизације 72
Мара 5-9. Мрежа центара за дијализу у Републици Србији 74
Мара 5-10. Породилишта која имају мање од 500 порођаја годишње 79
Мара 5-11. Секундарни ниво неонатолошке здравствене заштите 81
Мара 5-12. Мрежа перинаталних центара према Плану оптимизације 83