



Република Србија



АГЕНЦИЈА ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ
ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ

Др Суботића 5
11000 Београд

Тел. 011 7151 722 Office@azus.gov.rs
Факс 011 7151 724 www.azus.gov.rs

ИЗВЕШТАЈ

о анализи нивоа генералног системског квалитета и квалитета здравствене заштите у здравственом систему Републике Србије пре и током епидемије заразним вирусом Ковид-19

Дејство заразног вируса Ковид-19 тренутно се наметнуло као општи феномен који показује различите здравствене и остале последичне реперкусије широм Планете. Отклањање и умањење последица изазваних дејством вируса Ковид-19 су такође функционални тест здравствених система на глобалном нивоу. На тај начин ни Република Србија није изузета од свих пратећих последица које утичу како на функционисање целокупног друштва, тако и на рад здравственог система и рад појединачних здравствених субјеката, уз финални утицај на здравље и безбедност пацијената и целокупног становништва. Овај документ има за циљ иницирање поступка израде компаративне анализе адекватног одговора здравственог система Републике Србије на изазове које је поставила епидемија. Тада циљ произилази из анализе укупне слике стања јавног здравља и квалитета пружања здравствене заштите пре и током, али и након окончања пандемије. Иницијалне тачке анализе су становиште питања општег системског квалитета здравствене заштите у здравственом систему и здравственим установама и примена критеријума акредитационих стандарда. Такође, у ситуацији епидемијске кризе неизоставно се морају отворити и системска питања повезана са јавним здрављем и системом јавног здравља, а нарочито са поступањем актера јавног здравља у решавању кризе која се рефлектује на становништво и целокупни систем у Републици Србији.

Одредбом члана 187. Закона о здравственој заштити („Службени гласник РС“, број 25/19) квалитет здравствене заштите описан је као скуп мера и активности којима се у складу са савременим достигнућима медицинске, стоматолошке и фармацеутске науке и праксе и етичким начелима



повећавају могућности повољног исхода и смањује ризик настанка нежељених последица по здравље и здравствено стање појединача и заједнице у целини. У другом ставу истог члана овог закона наведено је да „**квалитет здравствене заштите процењује се у поступку провере квалитета стручног рада, на основу показатеља квалитета здравствене заштите и у поступку акредитације**“. У области здравства и здравствених политика, специфична улога Агенције за акредитацију здравствених установа Србије (у даљем тексту: Агенција) дефинисана је од члана 196. до члана 202. у Закону о здравственој заштити. Агенција као јавна институција која процењује процесни квалитет здравствене заштите чини ужи сегмент у укупном систему јавног здравља у Републици Србији и на тај начин чини је једним од генералних актера прописаних чланом 4, став 4. и чланом 23. Закона о јавном здрављу („Службени гласник РС“, број 15/16). Такође, **значајна улога Агенције препозната је и дефинисана у једном делу Стратегије јавног здравља у Републици Србији за период 2018-2026. година** („Службени гласник РС“, број 61/18) у којој је, између остalog, наведено:

- у делу 4.5. Подршка развоју доступне, квалитетне и ефикасне здравствене заштите - специфични циљ: 4.5.2. Унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената;
 - 4.5.2.1. Усвојиће се стандарди квалитета свих нивоа здравствене заштите;
 - 4.5.2.2. Усвојиће се нова стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената;
 - 4.5.2.3. Спроводиће се, пратити и евалуирати стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената;
 - 4.5.2.4. Акредитоваће се све здравствене установе;
 - 4.5.2.5. Континуирано ће се унапређивати процедуре за поштовање права пацијената;
- 4.5.2.6. Започеће примена подстицајних механизама финансирања здравствене службе заснованих на критеријумима квалитета и ефикасности.

За 11 година континуираног рада, односно са подацима на дан овог извештаја, Агенција је издала укупно 266 решења о акредитацији и реакредитацији здравствених установа, што је номинално укупно 189 здравствених установа и то чини 51,82 % установа из државног сектора из Плана мреже установа. Агенција је акредитовала и реакредитовала и 13 установа из приватног здравственог сектора. Наведени тренд акредитованих и реакредитованих установа



је у минулом периоду у великој мери допринео побољшању пружања услуга здравствене заштите и безбедности пацијента у односу на претходно затечени ниво квалитета и безбедности у тим установама пре спровођења поступка акредитације. Додатно су редовни и ванредни стручни надзори Министарства здравља потврдили *de facto* стање да акредитоване установе функционишу организованије и боље у односу на установе које никада нису прошли кроз поступак акредитације.

У члану 196. Закона о здравственој заштити наведено је: „Акредитација, у смислу овог закона, јесте поступак оцењивања квалитета рада здравствене установе, односно приватне праксе, на основу примене оптималног нивоа утврђених стандарда у одређеној области здравствене заштите, односно грани медицине, денталне медицине, односно фармацеутске здравствене делатности.“

Поводом актуелне проглашене епидемије у Републици Србији напомињемо да су акредитоване установе на основу критеријума из националних стандарда за акредитацију, поготово у области Стандарда животне средине, примењивале и пре епидемије следеће критеријуме: 1) Превенција инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести; 2) Коришћење процедуре за случај појаве и ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразним болестима и 3) Функционисање Комисије за спречавање и контролу ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама која врши контролу ширења инфекција. С друге стране, процедурално-процесна примена ових критеријума је у актуелним околностима релативизирана у одређеној мери. Такође, имајући у виду горе наведене стратешке циљеве јавног здравља у вези акредитације и квалитета здравствене заштите, због дејства низа објективних и субјективних фактора у овом тренутку смо далеко од достизања већине од напред прокламованих јавно-здравствених циљева. Осим тога, уз критеријум ефикасности у наведеним стратешким циљевим недостаје и веома важан пратећи циљ, а то је принцип економичности рада и учинака. Такође, стратешки би требало препознати значај да се постојећи системски концепт акредитације здравствених субјеката регистрованих за обављање здравствене делатности реорганизује на начин да се развоји на део који би био обавезујући и део који би и даље био добровољан. На тај начин би би дефинисан обавезан и/или гарантовани ниво квалитета у пружању здравствене заштите и безбедности пацијента. Тиме би добровољан аспект акредитације био фокусиран на додатна унапређења у раду установа која би системски требало да буду пропорционално финансирана. Таква транспарентност и делимично уведена конкурентност у квалитету здравствене заштите дала би јасне развојне системске смернице, али би истовремено означавала потребу за едукацијом пацијената на које би у одређеној мери требало преусмерити управљање сопственим параметрима



здравља који би такође морали да буду флексибилно дефинисани у одређеним граничним вредностима. Додатно, током проглашене епидемије одређени број здравствених установа је у већој или мањој мери блокиран у претежном обављању редовних послова. Последично, то је осим проблема у самим установама довело и до блокаде већине активности на спровођењу поступака акредитације и редовних посета у установама. Тиме је онемогућена континуирана процена суштинског нивоа квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената, као и достицање одређеног вишег нивоа квалитета здравствене заштите. Такође, неки од општих основних системских и текућих системских фактора који су и пре почетка епидемије генерално утицали на тренутну недостизност проглашених стратешких циљева, а тиме и достицања виших циљева јавног здравља и вишег нивоа квалитета здравствене заштите су:

- 1) недостатак валидних планских, упоредивих и одрживих индикатора јавног здравља и показатеља квалитета и рангирања квалитета пружене здравствене заштите, поготово што се у текућем и претходном периоду одређени број тренутно дефинисаних јавно-здравствених параметара на основу којих се долази до статистичких података не ажурирају промпти и немају суштинску системско-планску употребну вредност;
- 2) недостатак одрживог дефинисања учинака и валидације критеријума учинка, као и непостојање финансијске валидације успешности управљања системом квалитета и тиме недостатак опште системске валидације остварених уштеда и унапређења текућег рада у здравственим субјектима;
- 3) лоша ликвидност и солвентност одређеног броја установа која производе велика додатна дуговања према систему и добављачима што производи немогућност плаћања за извршене услуге и/или немогућност да се промпти измирују обавезе према систему и добављачима.

Евидентно је да је током трајања проглашене епидемије појачан утицај различитих ограничавајућих фактора на ниво општег квалитета пружања здравствене заштите и безбедности запослених и пацијената, а слични фактори деловали су снажно и пре актуелног епидемијског периода. Неки од њих су:

- 1) Непотпуне и тиме неадекватне генералне стратегије обједињеног развоја система здравства који подразумева установе и из држavnог и приватног сектора, као и непостојање појединачних дугорочних политика које се односе на планирање здравствених и немедицинских кадрова, затим неодређивање основног пакета здравствених услуга и



додатних унапређених здравствених пакета са пропорционалним критеријумима коришћења. Такође, недефинисање центара изврсности као највишег могућег нивоа квалитета здравствене заштите је још један од недостатака у планско развојном концепту система здравства. Помоћу дефинисања наведених системских докумената, чија реализација, контрола и евалуација би требало да буду имплементиране кроз стандардизован јединствени криптовани информатички систем, временом би било истовремено дошло до обухватнијег и транспарентнијег квалитета здравствених услуга, а пружање здравствених услуга било би економичније и квалитетније и то уз ниже системске, материјалне и оперативне трошкове. Паралелно са овим процесима требало би истовремено обезбедити функционалан и одржив систем поштовања уставних и законских права пацијената поготово права на доступност и приступачност здравствене заштите.

- 2) **Недостатак аналитичког редефинисања пратећих механизама у реформи здравственог осигурања и система здравствених доприноса чиме би јасно били стимулисани фактори квалитета у пружању здравствених услуга што би довело и до истовременог остваривања cost-effective принципа у здравственом систему и управљања реалним потребама корисника услуга здравственог система што би се позитивно рефлексовало и на постојеће листе чекања.**
- 3) **Недостатак реорганизовања управљања превентивним потребама корисника услуга што би подразумевало и едукацију пацијената.** У области едукације пацијената од кључне важности је масовна медијска подршка и концептрање јасне, појединачне и недискриминаторске легислативе којом би се ојачали правни капацитети пацијената. С тим у вези, постојеће болести требало би додатно статистички класификовати уз обрачун вероватноћа фаталних исхода и континуирани их пратити по управним окрузима методом мапирања појава болести респектујући стил живота, генетске предиспозиције и претходне анамнезе пацијената.

Битан недостајући системски сегмент може се препознати и у области јавног здравља јер се у пракси најчешће само здравствени систем види као област јавног здравља. Систем јавног здравља је знатно шире област и одрживо спровођење здравствене политике, као једног дела од укупног сегмента јавног здравља, последично поздразумева широк консензус и друштвено одговорно деловање свих државних и осталих актера у различитим специјалистичким и стручним областима. Основни циљ је наравно кориговање стандардизованих метода и принципа и континуирани мониторинг и евалуација. Ово важи нарочито за области испитивања и праћења квалитета и безбедности хране, воде, пиће,



земљишта и ваздуха, као и мерења присуства свих врста зрачења. Последични предуслов спровођења тако конципиране политике јавног здравља и здравствене заштите је увођење пропорционалних и прогресивних еко бонуса и еко малуса за сваки вид производње и/или квалитета који одступа у односу на стандардизован ниво квалитета и безбедности наведених категорија. Ово последње поготово добија на значају ако се сетимо, на пример, једног од последњих догађаја у виду вишедневног повећаног загађења ваздуха почетком 2020. године у Републици Србији које је претходило ширењу вируса сезонског грипа и проглашењу епидемије заразним вирусом Ковид-19.

Даље, Закон о јавном здрављу дефинише: 1) здравље јесте стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести или неспособности; 2) јавно здравље је скуп знања, вештина и активности усмерених на унапређење здравља, спречавање и сузбијање болести, продужење и побољшање квалитета живота путем организованих мера друштва; 3) систем јавног здравља је систем који обезбеђује услове за очување и унапређење здравља становништва, кроз активности носилаца и учесника у јавном здрављу.

Додатно, спровођење јавног здравља у области кризних и ванредних ситуација обухвата: 1) процену ризика по јавно здравље у вези са кризним и ванредним ситуацијама; 2) поступање према закону који уређује поступање у кризним и ванредним ситуацијама и националном програму одговора здравственог сектора у кризним и ванредним ситуацијама у сарадњи са надлежним органима и службама; 3) израду планова заштите и спасавања и планова за поступање у кризним и ванредним ситуацијама; 4) обезбеђење и размену информација у кризним и ванредним ситуацијама, у складу са законом и плановима за поступање.

Иако је Закон о јавном здрављу усвојен 2016. године, а Стратегија јавног здравља 2018. године, **функционисање система јавног здравља које је прецизирano до нивоа локалне самоуправе суштински није функционално и то на нивоу од око две трећине локалних самоуправа.** Овакав тренд је у одређеној мери видљив и током спољашњих оцењивања квалитета рада здравствених установа које спроводи Агенција у здравственим установама где су понекад чланови фокус група и представници локалних самоуправа. **Током проглашене епидемије Ковид-19 функционисање Савета за здравље на свим нивоима је непознаница, а према јавно доступним подацима није могуће евидентирати и идентификовати одлуке или мере из надлежности ових Савета које су доношene у вези са епидемијом Ковид-19.** Ово је поготово значајно ако се има у виду да Савети за здравље треба да имају усвојене Планове и Програме



јавног здравља и Акционе планове за њихово спровођење, индикаторе за праћења стања јавног здравља, као и опште и појединачне циљеве система на свим нивоима. Нарочито је битно да треба да се баве проценама ризика и мерама за поступање у кризним и ванредним ситуацијама.

Имајући у виду наведено, **сва системска прилагођавања у здравственим и другим областима треба да респектују и одредбе Закона о планском систему Републике Србије („Службени гласник РС“, број 30/18).**

Такође, у вези функционалне везе система јавног здравља и квалитета здравствене заштите, а према јавном доступним подацима на интернет презентацији Института за јавно здравље „Милан Јовановић Батут“, битно је истаћи да смо статистичком анализом дошли и до следећих просека у Републици Србији за 2018. годину:

- 1. од свих облика кардиоваскуларних болести умре 144 лица на дневном нивоу;**
- 2. од свих облика болести изазваних канцером умре 59 лица на дневном нивоу;**
- 3. од свих осталих незаразних болести уз укључен сезонски грип умре 75 лица на дневном нивоу.**

Агрегирањем презентованих података долазимо до броја од 278 умрлих лица у једном дану у 2018. години. Овакви подаци када се сумирају у анализу стопе морталитета на 100.000 становника, што их чини упоредивим са било којом државом у свету, дају додатно поражавајуће трендове о стању јавног здравља становништва у Републици Србији. Морамо имати у виду да опште стање јавног здравља становништва и квалитет здравствене заштите су у директној вези. **Јасно је да сва будућа улагања и реорганизације здравственог система морају да респектују релативно ниско почетно стање јавног здравља становништва, те да се од почетка примене адекватних нових мера, па у наредних оквирно 20 година, може очекивати спорије опадање стопе оболјевања и морталитета у односу на повећање стопе јавног здравља и квалитета здравствене заштите.** У контексту наведених болести истичемо доношење Програма унапређења контроле рака у Републици Србији за период 2020-2022. година („Службени гласник РС“, број 105/20) у којем су дате одређене смернице у односу на затечено стање. Ипак, обухваћени период је прекратак за валидне студије и мере које треба да се предузму, поготово што су и овим програмом идентификоване бројне слабости функционисања постојећег система. Такође, у развојном смислу, подсећамо и на функционални значај одредбе члана 73. Закона о здравственој заштити о постојању Центра за болест од већег јавно-здравственог значаја.



Уколико надаље додатно препознамо законску улогу којом се дефинише друштвена брига за здравље становништва, а запослено радио способно становништво издваја обавезне износе средстава доприноса за здравство, легислативна ситуација у вези проглашене епидемије вирусом Ковид-19 постаје знатно комплекснија. Наиме, Закон о заштити становништва од заразних болести („Службени гласник РС“, број 15/16 и 105/20) у једном делу је дефинисан да „У случају опасности од заразне болести која није одређена у члану 5. овог закона а која у већој мери може угрозити становништво Републике Србије, Влада на предлог министра надлежног за послове здравља (у даљем тексту: министар), може такву болест прогласити заразном болешћу чије је спречавање и сузбијање од интереса за Републику Србију, као и одредити одговарајуће мере, услове, начин спровођења, извршиоце и средства за спровођење“. Такође, наводи се да „Завод за јавно здравље основан за територију Републике Србије (у даљем тексту: Завод), координира спровођење епидемиолошког надзора на територији Републике Србије и доноси стручно упутство за епидемиолошки надзор за заразне болести је донето 2016. године, а ради се Уредби о Програму здравствене заштите становништва од заразних болести ("Службени гласник РС", број 22/2016). Ова уредба би морала да уважава одредбе Закона о јавном здрављу и да у току епидемије заразне болести буде основ за прописивање конкретних обавезујућих мера за поступање за чије спровођење су задужени сви актери јавног здравља од примарног до терцијарног нивоа здравствене заштите, јединице локалне самоуправе, установе и јавна предузећа, као и привредна друштва, предузећници и грађани. Важећим документом то није учињено, већ је разрада уследила само у делу који се односи на ванредне ситуације изазване природним катастрофама. Наравно да је морала бити израђена и усвојена допуна примерена конкретној ситуацији и то већ у месецу марта 2020. године или је бар уместо проширења одељка 3.1.16 ове уредбе требало применити одељак 3.4, с обзиром да су Влада РС, Председница Скупштине РС и Председник државе донели одлуку да уместо ванредне ситуације прогласе ванредно стање у Републици Србији. С тим у вези, свакако су и обуке и оспособљавања за актере јавног здравља могле бити дефинисане и спроведене ако не раније, онда у току трајања ванредног стања. Пре свега мислимо на едукацију едукатора и контролора примене уз проактиван, а никако реактиван приступ кризи, што подразумева да се објашњава значај и обавезност без кажњавања осим у екстремним ситуацијама. Надаље, требало је дефинисати обавезујуће медицинске протоколе и процедуре управљања кризом за све нивое учесника процеса и то од здравствених радника до грађана и малолетних лица. Овим би се



проширио круг лица која могу на релевантан и медицински јасан начин одговорити изазову епидемије, али и разјаснити недоумице грађана у погледу обавезности мера и непосредне користи истих за њихово здравствено стање и јавно здравље становништва. Такође, правовремено и рано препознавање и процена ризика је као утврђен циљ заправо методолошки исправан начин приступања епидемији, а за последицу, комбинован са прикупљеним индикаторима, има фундаменталан значај за дефинисање стратегије контроле и сузбијања заразне болести. **Непознато је да ли је и која институција радила процену ризика и колико рано су исти препознати, као и шта је у вези са тим предузето пре дана проглашења ванредног стања.**

Такође, на основу Закона о заштити становништва од заразних болести донет је први у низу од свих осталих накнадних докумената, а то је Наредба о проглашењу епидемије заразне болести COVID-19 („Службени гласник РС“, број 37/20) где је наведено „Проглашава се епидемија заразне болести COVID-19, епидемијом од већег епидемиолошког значаја – за територију Републике Србије“. У преамбули ова наредба позива на члан 6, став 2. наведеног закона у коме се наводи да „Епидемију од већег епидемиолошког значаја проглашава министар здравља, а на предлог Републичке стручне комисије за заштиту становништва од заразних болести и Завода за јавно здравље основног за територију Републике Србије.“ **Познато је да Републичка стручна комисија за заштиту становништва од заразних болести није поступала или није радила посао који јој је законом повериен, већ је надомештена формирањем и радом Кризног штаба, при чему овај штаб нема нити је имао законских овлашћења, а потребне компетенције за прописивање здравствених протокола, односно процедура кризног менаџмента остале су под знаком питања, имајући у виду и да је већина немедицинских чланова овог штаба заступала партикуларне интересе.** Несумњиво је тиме отежано и поступање актера јавног здравља у јавно-здравственој кризној ситуацији изазваној заразном болешћу. При томе, Кризни штаб за сузбијање заразне болести Ковид-19 формиран је Закључком Владе Републике Србије који није објављен у Службеном гласнику Републике Србије. Тиме може да буде проблематично и правно тумачење донетих и спроведених мера како у току трајања ванредног стања у Републици Србији, тако и након тога. **Примена законских прописа у Републици Србији у конкретној ситуацији је значајно редукована, а читав систем управљања ризиком сведен је у највећој мери само на једног актера у пракси, а то су установе здравствене заштите.**

У вези са напред наведеним и уоченим системским слабостима које се одржавају и на трендове кретања трендова јавног здравља и квалитета здравствене заштите у Републици Србији, а поготово



у области примене одредби друштвене бриге за здравље прописане Законом о здравственој заштити, Агенција пажљиво прати сва дешавања и презентације података из доступних домаћих и светских научних студија и истраживања током проглашене епидемије Ковид-19. Према одредби члана 49. Закона о заштити становништва од заразних болести где је прописана обавеза „да се информишу здравствени радници и становништво о разлозима и начину спровођења посебних мера за сузбијање и спречавање заразних болести“, указујемо на потребе спровођења додатних системских мера и активности које се нарочито односе како на безбедност укупног становништва, тако и на безбедност запослених у здравственом систему и безбедност пацијената:

- 1) До сада званично приказан укупан број умрлих од заразног вируса Ковид-19 и последично презентован проценат смртности може се истовремено сматрати и превисоким и прениским у зависности од усвојене методологије, односно применјеног стандарда за пријављивање узрока смртних случајева. У званично доступним информацијама на интернет презентацији Министарства здравља у делу „Информације о новом корона вирусу“ закључно са 8. априлом 2020. године приказано је да су сва лица која су регистрована да су умрла од вируса Ковид-19 имала коморбидитет, односно придружене једну или више хроничних болести. До наведеног датума број умрлих од вируса Ковид-19 био је према тим подацима укупно 65 и просек година преминулих лица био је 64,3. Након наведеног датума такве информације више нису обелодањиване у контексту навођења коморбидитета. Чланом 206. Закона о здравственој заштити прописана је обдукција као „посебна мера утврђивања узрока и порекла смрти умрлих лица.“
- 2) Имајући у виду претходно наведене податке из 1), као и информације који се званично саопштавају јавности од краја месеца јуна 2020. године да се све више јављају случајеви млађих и претходно здравих лица заражених вирусом Ковид-19 са тешким клиничким сликама и смртним исходима, истичемо да је чланом 206, став 2, тачка 6) Закона о здравственој заштити прописано да се обдукција обавезно врши „када је то од посебног значаја за заштиту здравља грађана или када то налажу епидемиолошки или санитарни разлози.“. Јасно је да у овом тренутку не постоје конзистентни научни докази и студије о извесном и предвидивом кретању клиничке слике пацијената заражених вирусом Ковид-19. Ово нажалост важи како за претходно здрава лица, тако и за лица са једном или више хроничних болести. Значај додатних истраживања је још већи ако се имају у виду многе студије које указују на касније системске последице код пацијената који су излечени од вируса Ковид-19. **Вршење обдукција преминулих пацијената као**



научно-истраживачка метода је директно у домену јавног здравља и заштите целокупног становништва, поготово ако се има у виду да налази обдукције могу да доведу до нових научних закључака и доказа, како у области превентивног деловања, тако и у изменама и допунама протокола и процедура лечења оболелих пацијената и последичног смањивања стопе смртности. Тако добијени нови научни закључци би могли да се користе без обзира да ли се ради о групи становништва која болује од различитих хроничних болести или се ради о претходно здравој популацији.

- 3) Претходно наведене активности из тачке 2) су у потпуној сагласности са одредбом члана 49. Закона о заштити становништва од заразних болести где је прописана обавеза „да се информишу здравствени радници и становништво о разлозима и начину спровођења посебних мера за сузбијање и спречавање заразних болести.“ Веома је битно да сви формални истраживачки подаци и студије буду доступни стручном и јавном мњењу, имајући у виду да у текућем периоду одређени број званичних података из домаћих извора је недовољно доступан и/или није довољно транспарентан. **Циљ је наравно да се умањи и/или стопира ширење непроверених и незваничних информација, с обзиром да је у одређеној мери присутан растући тренд страха и панике у становништву. Стиче се утисак да је описан тренд све више присутан и код здравствених радника и сарадника и то највише због последица психо-физичке исцрпљености.** Евидентно могући проблеми услед тога су пораст депресивних и анксиозних стања, појава проблема са спавањем и остale пратеће последице, а познато је да таква психичка стања умањују и адекватан одговор имунолошког система код људи што је од виталног значаја у овој епидемији. Описане последице у кризним условима рада које су додатно појачане стањем страха и/или панике у одређеним ситуацијама индикују и нижи степен поштовања права пацијената. Јасно је да постоји комплексна и иерархијска повезаност менталног и физичког здравља појединца са сврхом, планом и начином спровођења здравствене политике која последично утиче на све остале сегменте једног друштва у целини. С тим у вези, према члану 21, став 3. Закона о јавном здрављу Институт за јавно здравље за ниво Републике сачињава Извештај о здрављу становништва који служи као основ за планирање здравствене политике.
- 4) Поменути члана 49. Закона о заштити становништва од заразних болести у вези информисања здравствених радника и становништва о разлозима и начину спровођења посебних мера за сузбијање и спречавање заразних болести је нужан предсуслов за



одржавање оптималног нивоа јавног здравља становништва које засновано на научним доказима. У том смислу битно је осврнути се на бројне објављене светске научне студије и истраживања у вези ефикасности коришћења различитих врста заштитних маски за лице за потребе становништва. Тиме, битни су и подаци доступни на званичним декларацијама произвођача различитих заштитних маски за лице које су израђене према међународним стандардима израде. Текућа објављена истраживања показала су да се величина заразног вируса Ковид-19 креће у распону пречника од 50 до 200 нанометара, а нека истраживања тврде и да је пречник овог вируса мањи. Такође, јасно је да се трансмисија вируса Ковид-19 у ваздуху и потенцијална зараза не дешава само преко респираторних органа већ и преко органа вида, односно очију. Доказано је и да додир коже лица или било ког другог дела лица прљавим рукама може изазвати заразу овим вирусом. У циљу оптималне заштите и одржавања јавног здравља у Републици Србији, потребно је направити додатне студије које јасно и недвосмислено треба да утврде различите препоруке о различитим врстама и мерама заштите за различите групе људе. Примењена логика треба да буде усмерена не само на општу заштиту, јер до опште заштите долазимо управо кроз индивидуалну заштиту тако да потенцијална корист буде већа у односу на потенцијалну штету. Оно што додатно наглашавамо у контексту ове проблематике је потенцијално дугорочно и одрживо решење које би требало да буде пронађено у истраживањима о студијама изводљивости примене и уградње посебних система филтрације ваздуха. Ово је важно за све затворене просторе, поготово у здравственим установама, а нарочито је битно за просторе који имају само систем централне климатизације. Правилном и адекватном применом филтрације ваздуха и континуираним одржавањем таквог система могао би се значајно редуковати и/или умањити степен трансмисије вируса Ковид-19 ваздухом на ефикасан и безбедан начин.

- 5) Анализа званичних података који су објављени на интернет презентацији Института за јавно здравље „Милан Јовановић-Батут“ о смештајним болничким капацитетима у здравственим објектима на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите у Републици Србији показала је да у највећем делу временског периода од почетка проглашене епидемије тренд расположивости смештајних капацитета није био толико проблематичан колико је проблематичан тренд дефицита лекара и медицинског особља. До оваквог тренда дошло се упоређивањем података о доступним смештајним капацитетима са презентованим подацима о активним



случајевима и праћењем распореда и броја хоспитализованих пацијената заражених вирусом Ковид-19 по различитим здравственим установама у Републици Србији. Податак о недостатку кадрова суштински није нов у здравственом систему Републике Србије и такав тренд је у већој или мањој мери присутан већ низ година уназад, али је нажалост постао додатно видљив у оквиру актуелене епидемиолошке ситуације поготово након пораста броја преминулих и оболелих лекара и медицинског особља. Тиме се отворило питање проблема безбедности запослених у здравству и наравно - пацијената. Већ увелико постоје различите званичне студије о ефикасности тријаже PCR и серолошким тестовима како би се онемогућио улаз вируса Ковид-19 у здравствене установе. Како је већ истицано, између осталог, кретање овог вируса од носа и/или ждрела уста до плућа може бити недијагностиковано PCR тестом, а такође тест из крви нужно не мора синхорно да детектује постојање IgM антитела као потврда свеже и постојеће инфекције, док постојање IgG антитела указује post festum тек на то да је зараза постојала. Тиме евидентно постоји потреба дефинисања додатних и допунских стандардизованих протокола у амбулантним и стационарним капацитетима како не би дошло ни до појаве додатних ризика мешања пацијената са различитим дијагнозама. **Једно од решења на примарном нивоу здравствене заштите било би системско увођење институције породичног лекара и кућних посета уместо постојећег изабраног лекара што би у одређеној мери у појединим случајевима допринело да се смањи број пацијената који се директно јављају у здравствене објекте и тиме увећавају могућност додатне трансмисије заразног вируса Ковид-19.**

- 6) У вези навода о просторним капацитетима из претходне тачке 5) у минулом периоду обелодењен је план растерећења постојећих здравствених капацитета доношењем одлуке о изградњи нових смештајних капацитета за ковид пациенте како би се ослободили постојећи капацитети за остале пациенте. Ипак, показало се и да су постојећи просторно-технички капацитети здравственог система у појединим временским периодима од почетка епидемије оцењени као недовољни на бази нетранспарентних критеријума, па су ad hoc мерама ти капацитети за ковид пациенте проширивани. С друге стране поставља се и питање кадровског извора запошљавања лекара и медицинског особља у планираној новој ковид здравственој установи? Не треба заборавити ни квалитативну димензију кадровске структуре запослених пошто, уз респекторовање завршног академског образовања, у великој већини случајева не можемо



изједначити квалитет рада стручњака са, на пример, 30 година практичног радног искуства и неког ко је на самом почетку своје медицинске каријере. Ово је у једној мери било изражено и током доношења здравствених одлука о протоколима лечења амбулантних и/или хоспитализованих пацијената заражених вирусом Ковид-19, као и током одржавања у животу хоспитализованих пацијената механичком вентилацијом, односно преко респиратора. Питање ограниченог броја искусних кадрова је значајно и комплексно питање и у контексту општег квалитета здравствене заштите и јавног здравља поготово ако обратитимо пажњу на нумеричке податке о броју умрлих лица од кардиоваскуларних и онколошких болести у Републици Србији који су наведени у овом извештају. У том смислу **током епидемије здравствени капацитети који су тренутно на располагању јесу довољни за пацијенте оболеле од вируса Ковид-19 и јесу довољни за један део ургентних и/или хитних стања осталих пацијената.** Ипак, поставља се отворено питање да ли ће временом осталим тзв. нон-ковид пациентима стање бити додатно погоршано и/или умањен квалитет живота зато што нису добили благовремену и/или потпуну здравствену услугу услед постојећих епидемиолошких протокола и лимитираном броју доступног медицинског кадра и болничких постеља? Адекватност мерења наведених параметара додатно треба да утиче на одлуке о даљем планском развоју система јавног здравља и система здравствене заштите.

- 7) **Превентивно деловање и управљање кризним и системским менаџментом квалитета је основ свих здравствених политика, па једно од многобројних питања која се намећује питање концепта развоја планског система приоритетних финансијских улагања.** Један од минорних пропратних аргумента везаних за то питање видљив је у актуелном Закону о буџету Републике Србије за 2020. годину. Наиме, у оквиру раздела буџета Министарства здравља на посебној позицији опредељена су и планирана средства здравственим установама у Републици Србији у износу од 16.000.000 динара, односно 8.000.000 динара здравственим установама као подршка активностима у области онколошке здравствене заштите и 8.000.000 динара здравственим установама као подршка активностима у области кардиоваскуларне здравствене заштите. С обзиром да је у овом извештају већ презентовано кретање трендова за ове врсте болести, наведени износи финансијских средстава не могу бити довољни за успешну реализацију планираних активности. Наравно, **концепт развоја планског система приоритетних финансијских улагања је многошира област где том усвојеном концепту мора да претходи јасно**

дефинисана дугорочно планска политика сачињена од низа краткорочних и средњорочних политика за испуњење унапред дефинисаних здравствених и јавно-здравствених циљева.

Сумарно, реализација навода из овог извештаја захтева континуирани и динамички мултидисциплинарни приступ у изради општих и појединачних оквира рада здравственог система и система јавног здравља. Ова текућа епидемија нам је додатно показала постојећа системска ограничења и да су неопходне даље системске реорганизације. Сведоци смо сталних промена у целокупном светском друштву што се неминовно одражава и на област здравства. Овај извештај представља конструктиван осврт кроз анализу претходног и затеченог стања са основним смерницама за будући развој. Примарни мотив је прецизирање потреба на даљем побољшању нивоа јавног здравља и квалитета здравствене заштите у Републици Србији и стварање предуслова за промптно квалитетно и ефикасно реаговање на промене. Стручни тим Агенције и сарадника Агенције стоји на располагању за даља истраживања у концепирању нових стандардизованих оквира здравственог система у Републици Србији.

У Београду, 9. септембра 2020. године



Број: 297-0-05/2020

Доставити електронском поштом:

- ✓ Министарству здравља Републике Србије
- ✓ Покрајинском Секретаријату за здравство АП Војводине
- ✓ Институту за јавно здравље „Милан Јовановић-Батут“
- ✓ Републичком фонду за здравствено осигурање
- ✓ Комори здравствених установа Србије
- ✓ Асоцијацији приватних здравствених установа и приватне праксе
- ✓ Лекарској комори Србије
- ✓ Српском лекарском друштву
- ✓ Стоматолошкој комори Србије
- ✓ Комори биохемичара Србије
- ✓ Фармацеутској комори Србије
- ✓ Комори медицинских сестара и здравствених техничара Србије
- ✓ Националној алијанси за локални економски развој (НАЛЕД)
- ✓ Сталној конференцији градова и општина (СКГО).