

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ФАКУЛТЕТ БЕЗБЕДНОСТИ

СВЕТСКА ЗДРАВСТВЕНА ОРГАНИЗАЦИЈА И ЊЕНИ
ЦИЉЕВИ У 21.ВЕКУ

ДИПЛОМСКИ РАД

МЕНТОР:

Др. Слађана Бабић
редовни професор

КАНДИДАТ:

Наташа Петровић

Београд, 2017. године

Садржај

1. УВОД.....	2
2. СВЕТСКА ЗДРАВСТВЕНА ОРГАНИЗАЦИЈА	
ПОЈАМ, ОСНИВАЊЕ И НАЧЕЛА	3
2.1 Оснивање Светске здравствене организације.....	3
2.2 Начела Светске здравствене организације.....	4
2.3 Циљеви и функције СЗО.....	5
2.3.1 Основне активности СЗО	5
2.3.2 Области деловања СЗО	6
2.4 Чланство и финансирање СЗО	7
2.5 Организација и структура СЗО	8
2.5.1 Регионални комитети СЗО	9
3. КОНЦЕПТ ПРОМОЦИЈЕ ЗДРАВЉА.....	13
3.1 Декларација из Алма Ате	14
3.2 Отава	16
3.3 Аделаида.....	18
3.4 Сундсвал.....	19
3.5 Џакарта	20
4. ЗДРАВЉЕ ЗА СВЕ У 21. ВЕКУ	22
4.1 Циљеви Европског региона.....	23
5. ЗАКЉУЧАК.....	30
Литература:	31

1. УВОД

Сарадња међу државама на плану здравствене заштите произишла је из потребе да се прати кретање заразних болести и спречи њихово ширење из једне земље у другу. Почети ове сарадње датирају од 1328. године када је у Венецији формирана прва организација са оваквим циљевима. Та сарадња се непрекидно остварује вековима, а регулише се бројним конференцијама, конвенцијама и правилницима.

Током 19. века талас заразних болести преплавио је Европу, па је све јача потреба за њиховим спречавањем и сузбијањем, као и да се проблеми везани за здравље подигну на глобални ниво. Међународни уговори и конвенције из ове области датирају из половине 19. века. У Цариграду је 1839. године основан Међународни здравствени савет са задатком да усклади прописе и процедуре ради заштите од куге и колере. Прва Међународна здравствена конференција одржана је 1951. године у Паризу, са темом „Сузбијање заразних болести“. Прихваћена је и Међународна конвенција о карантину, али су је ратификовале само три државе. Напредак је био спор.

Прва међународна организација за ову област основана је од стране Америке 1902. године и названа Међународни санитарни биро, а 1923. име је промењено у Панамерички санитарни биро. Са оснивањем ове организације сва научна открића о колери, куги и жутици постала су општеприхваћена.

Даљи напредак уследио је 1907. године када је у Паризу основан Међународни уред за јавну хигијену. Он је настао споразумом 12 држава (Белгија, Бразил, Египат, Француска, Италија, Холандија, Португал, Русија, Шпанија, Швајцарска, Велика Британија и САД). На почетку је особље Међународног уреда чинило само 9 људи, а временом се тај број повећавао. Првобитно, уред је представљао претежно европску институцију, али до 1914. године се проширио и обухватао скоро 60 земаља и колонија.

Катастрофалне пандемије и друге несреће које су уследиле након Првог светског рата постављале су пред Међународни уред за јавну хигијену бројне захтеве, па је он временом постао преоптерећен радом. Значајан помак у развоју организоване бриге о здрављу на глобалном плану догодио се 1921. године када је основана Здравствена организација лиге народа. Фокус се помера у правцу проблематика превентивне и социјалне медицине. Пропагирају се нове идеје о улози лекара, сузбијању акутних и хроничних масовних обољења, утицају социјално – економских фактора на здравље популације.

Након Другог светског рата, свет је остао у рушевинама. Циљ је био сузбити појаву инфективних болести као што су туберкулоза и богиње. Утицај великог сиромаштва на развој здравља и потреба за раним реаговањем су за поседицу имали оснивање специјализоване агенције Уједињених нација под називом Светска здравствена организација.

2. СВЕТСКА ЗДРАВСТВЕНА ОРГАНИЗАЦИЈА - ПОЈАМ, ОСНИВАЊЕ И НАЧЕЛА

Светска здравствена организација, СЗО (WHO)¹ представља специјализовану агенцију Уједињених нација, која се бави међународним радом са циљем да унапреди здравље у свету. Основни циљ СЗО, који је дефинисан у Статуту ове организације, је да се за све људе обезбеди највећи могући ниво здравља, при чему је здравље дефинисано као стање потпуног физичког, психичког и социјалног благостања, а не само као одсуство болести и онеспособљености.²



Слика 1 – лого СЗО
Извор: <http://www.who.int/en/>

2.1 Оснивање Светске здравствене организације

Прва иницијатива која је покренула међународну здравствену сарадњу догодила се на Конференцији о међународним организацијама која је одржана у Сан Франциску 1945. године. На њој је потписана Повеља о оснивању Уједињених нација, УН (UN)³ и њених агенција. Повељу је потписало 50 држава, од којих су две, Кина и Бразил, истакле потребу да здравље постане препознатљиво поље рада Уједињених нација, чиме је подстакнуто оснивање такве агенције.

Економски и социјални савет УН именовао је 16 експерата из 16 земаља уз комитет који ће припремити међународну конференцију о здрављу. Она је одржана у Њујорку (јун – јул 1946.године) када је постигнут договор о оснивању Светске здравствене организације. На конференцији је потписан и текст Устава СЗО и основана прелазна комисија која ће водити активности до његовог проглашавања.

Две године касније, 7.априла 1948. године, делегати из 26 земаља сталних чланица УН проглашавају предложени Устав, и овај дан се обележава као Светски дан здравља. Прва скупштина СЗО одржана је у Женеви (24.јун – 24.јул 1948.) а СЗО је званично почела са радом 1.септембра 1948.године.

¹ World Health Organization

² Преамбула Устава Светске здравствене организације који је донела Међународна здравствена конференција у Њујорку, 19. – 22. јуна 1946.; потписали 22. јула 1946. представници 61 државе (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) и на снагу ступио 7. априла 1948. године.

³ United Nations

2.2 Начела Светске здравствене организације

Државе - потписнице Устава СЗО изјављују, у складу са Повељом УН, да следећа начела представљају основе за срећу свих народа, за њихове усклађене односе и за њихову безбедност:

1. Здравље представља потпуно телесно, душевно и социјално благостање, а не само одсуство болести или телесних недостатака
2. Највиши достижни здравствени стандард представља једно од основних права сваког људског бића, без обзира на расу, веру, политичко уверење, економско или социјално стање.
3. Здравље свих народа је од основне важности за постизање мира и безбедности и зависи од најпотпуније сарадње појединаца и држава
4. Резултати било које државе у погледу побољшања и заштите здравља од користи су за све
5. Неједнак развој у различитим земљама у погледу побољшања здравља и борбе против болести, нарочито заразних, представља заједничку опасност
6. Здрав развој детета је од основне важности; способност да живи у складу са амбијентом који се мења, представља најважније у овом развоју
7. Давање могућности свим народима да се користе сазнањима медицинских, психолошких и сродних наука, битно је за најпотпуније постизање здравља
8. Обавештеност јавног мњења и активна сарадња јавности од највеће су важности за побољшање здравља народа
9. Владе сnose одговорност за здравље својих народа, и овој могу удовољити једино предузимањем одговарајућих здравствених и социјалних мера.

Основни етички принципи на којима се заснива рад СЗО су:

- Оданост циљевима, мисији, приоритетима и политици СЗО
- Дискреција
- Одговорност
- Непристрасност и независност од спољних извора власти и одлука
- Техничка извршеност
- Поштовање достојанства, вредности, једнакости и различитости свих особа
- Интегритет и поштење у одлукама и поступцима који могу утицати на СЗО

2.3 Циљ и функције СЗО

У Уставу СЗО неведен је и њен основни циљ а то је да сви народи достигну највиши могући ниво здравља. Како би постигла свој циљ СЗО мора да оствари следеће основне функције:

1. да усмерава и координира међународне здравствене активности
2. да охрабрује техничку сарадњу и помоћ међу земљама чланицама
3. да обезбеди земљама чланицама неопходне информација и технологије
4. да поставља глобалне стандарде здравља

2.3.1 Основне активности СЗО

Наведене функције СЗО остварују се путем следећих активности:

- пружање помоћи владама у јачању њихове здравствене службе, када од ње то затраже
- подстицање и унапређивање рада на одстрањивању епидемијских, ендемских и других болести
- оснивање и одржавање неопходних административних и техничких служби укључујући и епидемиолошке и статистичке службе
- обезбеђивање земљама чланицама различите техничке и лабораторијске сервисе, статистичке и епидемиолошке податке, техничке информације и публикације, информације о стандардима и процедурама и сл.
- промовисање здравије исхране, становања, примене здравствених прописа, економских и радних услова, као и других аспеката еколошке хигијене
- развијање и побољшање међународних стандарда за храну, биолошке, фармацеутске и сличне производе
- промовисање сарадње између научних и професионалних група које доприносе унапређењу здравља
- побољшање стандарда, наставе и обуке у здравственим, медицинским и сродним професијама
- промовисање и спровођење истраживања на пољу здравства
- предлагање међународних конвенција, споразума и правилника из области здравља и давање препорука у погледу међународних здравствених питања
- остваривање и одржавање успешне сарадње са УН, специјализованим агенцијама, државним здравственим управама, професионалним групама и другим организацијама
- помоћ у развијању обавештености јавног мњења свих народа у питањима здравља

- унапређење здравља и благостања мајке и детета и јачање њихове способности да живе хармонично са амбијентом који се мења
- пружање помоћи на пољу душевног здравља, поготово ону која се тиче стварања хармоније у људским односима
- ревидирање, по потреби, међународне номенклатуре болести, узрока смрти и метода
- предузимање других акција којима се остварује циљ Организације

2.3.2 Области деловања СЗО

Циљеви организације, у складу са ситуацијом у свету, дефинишу се на сваких шест година тако што се одређују области у којима је рад СЗО најпотребнији.

Области у којима СЗО тренутно делује су:

1. Област здравствених система – у овој области приоритети СЗО усмерени су на универзално здравствено осигурање и да се омогући добар квалитет јавног здравља по прихватљивој цени.
2. Област незаразних болести – у ову област спадају срчане болести, мождани удар, рак, дијабетес, хроничне плућне болести, ментални поремећаји, као и повреде и насиље. Ова група болести одговорна је за 70% смртних случајева широм света, при чему се 8/10 тих случајева догоди у неразвијеним земљама или земљама у развоју.⁴
3. Област заразних болести – СЗО сарађује са земљама чланицама ради побољшања превенције и лечења заразних болести као што су ХИВ, туберкулоза, маларија и сл.
4. Област промоције здравља – односи се на одређивање социјалних, економских и еколошких детерминанти здравља као средства за промоцију здравља и смањења здравствене неједнакости унутар и између земаља.
5. Област припремљености, надзора и одговора – у ванредним ситуацијама СЗО има оперативну улогу. Она укључује пружање здравствене помоћи угроженим земљама, процену ризика, утврђивање приоритета и израду стратегија, обезбеђивање залиха и финансијске помоћи, праћење здравственог стања и сл. СЗО такође помаже земљама да ојачају своје националне капацитете за управљање ризицима у ванредним ситуацијама, како би оне биле спремне да ефикасно одговоре на њих.
6. Област корпоративних услуга – корпоративне услуге доприносе нормалном функционисању СЗО и пружају неопходна средства и ресурсе. У великим компанијама постоје службе чија је функција да све ово спроведу и омогуће. На пример службе у којима учествују чланови државних апарата који су задужени за доношење закона или правна служба која има саветодавну улогу у међународним уговорима.

⁴ <http://www.who.int/about/what-we-do/en/>

2.4 Чланство и финансирање СЗО

Светска здравствена организација се састоји од 194 државе чланице. Све земље чланице УН могу постати чланице СЗО прихватањем њеног Устава. Друге земље могу постати чланови када је њихов пријем у чланство одобрен простом већином гласова Скупштине СЗО. Територије или групе територија које не руководе својим међународним односима Скупштина СЗО може примити као придружене чланове на захтев органа који је задужен за њихове међународне односе. У Скупштини СЗО, сваки члан има један глас, а одлуке о најбитнијим питањима доносе се двотрећинском већином гласова.

Сваки члан СЗО дужан је да подноси извештај СЗО о преузетим мерама и постигнутим резултатима у побољшању здравља свог народа. Чланови су обавезни да саопште СЗО законе, уредбе, званичне извештаје и статистичке податке из области здравља који су обављени у датој држави. С друге стране, СЗО има правну способност за остваривање својих циљева и функција на територији сваког члана.

Финансирање активности СЗО одвија се на основу буџета који се планира унапред за две године на основу програма активности и усваја се на Скупштини СЗО. За разлику од других специјализованих агенција УН, овај буџет је независан и није део глобалног буџета УН.

СЗО једним делом финансирају државе чланице у виду чланарине. Износ који свака држава чланица треба да плати одређује се на основу посебне скале процене УН, која узима у обзир величину земље, број становника као и њено економско богатство. Додатно финансирање долази из добровољних доприноса, који последњих неколико година чини три четвртине финансирање организације. Добровољни доприноси долазе из земаља чланица и партнерских организација као што су фондације и цивилна удружења. Прилози из приватног сектора, најчешће у облику донација у роби, чине мање од 1% укупног финансирања СЗО.

2.5 Организација и структура СЗО

Организациону структуру СЗО чине:

1. Скупштина СЗО - представља највиши политички орган управљања и доношења одлука. Сачињена је од по три делегата сваке државе чланице, а састаје се једанпут годишње у Женеви, у мају.

Главне функције Скупштине СЗО су:

- Утврђује политику СЗО
- Именује генералног директора
- Надзире финансијску политику организације
- Разматра и усваја предложени програмски буџет
- Разматра друге предлоге коју пред њу изнесе Извршни одбор

Скупштина СЗО је такође овлашћена да усваја конвенције и споразуме по свим предметима у оквиру надлежности, а за њихово усвајање потребна је двотрећинска већина чланова Скупштине.

Одлуке Скупштине спроводе Извршни одбор и Секретаријат на челу са генералним директором. Саветодавну функцију имају комитети експерата, који Скупштини предлажу одређена решења на пољу здравства.

2. Извршни одбор – састоји се од 34 члана које бира Скупштина СЗО. Чине га стручњаци у области здравља из земаља чланица и имају мандат 3 године. Одбор се састаје најмање два пута годишње. Главно заседање обично се одржава у јануару, а друго у мају, после заседања Скупштине. Основне функције Извршног одбора су:

- Спровођење одлука и политике Скупштине СЗО
- Припремање дневног реда седнице Скупштине
- Давање савета и подношење предлога по сопственој иницијативи
- Вршење свих других функција које му повери Скупштина

3. Секретаријат – састоји се од техничког и административног особља које ради у Главном седишту СЗО, у регионалним уредима и у земљама чланицама. На челу се налази генерални директор кога именује Скупштина СЗО сваких пет година и он је главни технички и административни функционер Организације.

СЗО представља децентрализовану организацију с обзиром на то да је њен рад организован на регионалном принципу. Регионалне организације састоје се од регионалних комитета и регионалних уреда на чијем челу се налази регионални директор. Сви регионални уреди имају стално специјализовано особље којем повремено помажу саветници, консултанти и технички експерти.

У многим земљама постоји и стални представник СЗО који је одговоран за активности СЗО у земљи, помаже националне владе у планирању здравствених активности и у руковођењу здравственим националним програмима. СЗО такође

поседује и колаборативне центре који представљају институције као што су истраживачки институти, делови универзитета или академија, које су одређене од стране генералног директора за обављање активности у циљу подршке програмима организације. Тренутно постоји више од 700 таквих центара у више од 80 земаља чланица, који раде са СЗО у областима здравствене заштите, здравља на раду, заразних болести, исхране, менталног здравља, хроничних болести и здравствених технологија.

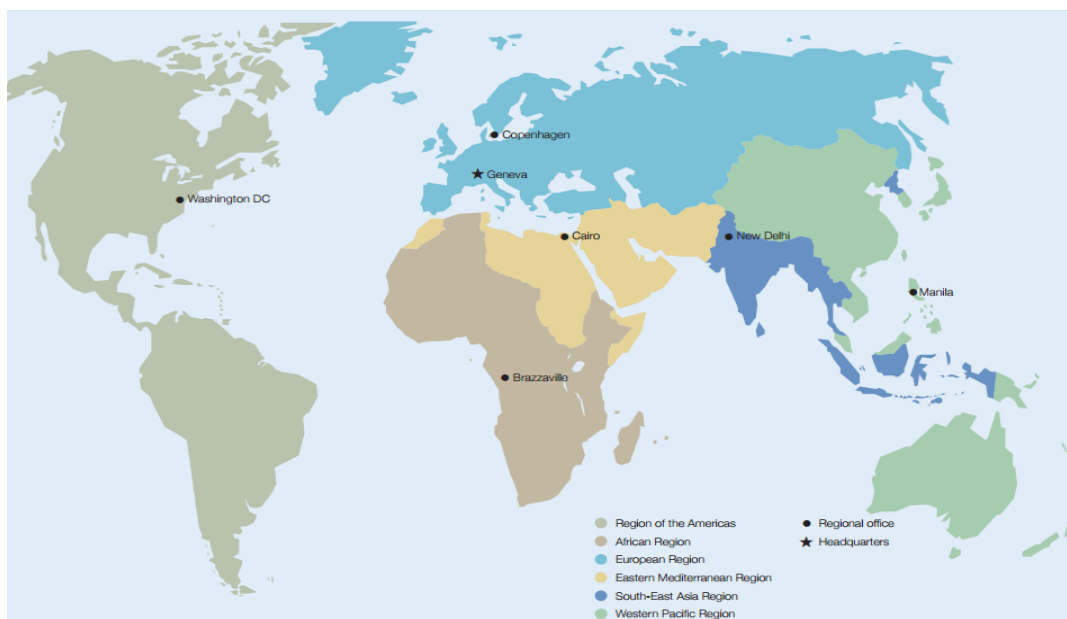
2.5.1 Регионални комитети СЗО

Седиште СЗО налази се у Женеви. Поред главног седишта, СЗО поседује и регионалне комитете који имају надлежности у одређеним регионаима света. Основне функције регионалног комитета су:

- да формулише политику која се односи на питања регионалног карактера
- да надзире рад Регионалног уреда
- да саветује Регионалном уреду сазивање техничких конференције, спровођење потребних истраживања и предузимање других акција у циљу унапређења здравља
- да сарађује са другим регионалним комитетима, међународним организацијама и специјализованим агенцијама које доприносе остваривању циљева СЗО
- да преко Регионалног директора даје савет СЗО о међународним здравственим питањима која имају шири значај од регионалног
- да препоручи додељивање додатних регионалних доприноса од страна влада тих региона, уколико део централног буџета СЗО који је додељен тој области није довољан за извршавање регионалних функција
- да извршава све друге функције које му буде делегирала Скупштина СЗО, Одбор или Генерални директор.

Основне области деловања које су заједничке за све регионе су следеће:

- Област заразних болести
- Област породичног здравља и васпитавања
- Област јачања здравственог система како би се остварила универзална здравствена заштита
- Област незаразних болести и здраве животне средине
- Област здравствене заштите и брзог одговора на здравствене проблеме
- Област администрације и финансија



Слика 2 – Приказ регионалних комитета са њиховим седиштима на карти света

Извор: <http://www.who.int/about/what-we-do/global-guardian-of-public-health.pdf>

Светска здравствена организација састоји се од шест регионалних комитета:

1. Амерички комитет са седиштем у Вашингтону представља управљачко тело СЗО за регион Северне и Јужне Америке и обухвата 35 земаља. Познат је још и као Пан-америчка здравствена организација (РАНО).⁵ У сарадњи са земљама чланицама остварује своје главне циљеве а то су: борба против заразних и незаразних болести и њихових узрока, јачање здравственог система и брз одговор на хитне случајеве и катастрофе. Овај комитет усмерен је ка томе да сви људи имају приступ квалитетној здравственој заштити када им је она потребна, а кроз свој рад промовише право сваког појединца на здравље. При реализацији ових циљева Амерички комитет истиче значај техничке сарадње између земаља, као и сарадње са Министарством здравља и другим државним органима, невладиним организацијама, међународним агенцијама, универзитетима и сл.
2. Регионални комитет за Европу са седиштем у Копенхагену представља орган одлучивања у европском региону. Састоји се од представника свих држава чланица региона (53 земље) који се састају у септембру, сваке године. Особље Европског комитета чине запослени у институцијама јавног здравља, научни и технички стручњаци који раде у главном уреду у Копенхагену, као и у 5 техничких центара и националним уредима 29 држава - чланица.

⁵ Pan American Health Organization

У последњих неколико година Еврпоски комитет направио је значајне помаке у области здравља као што је повећање просечног животног века за 5 година. Међутим, успеси који су постигнути нису дорпинели свима једнако, па је постојање здравствене неједнакости и даље очигледно. Регионални комитет за Европу треба да настави да помаже државе чланце, кроз вршење здравствених истраживања, пружање неопходних информација, давањем препорука за решавање главних здравствених проблема, као и пружањем помоћи у спровођењу стратегије Здравље за све до 2020.године. Заједно са регионалним уредима усмерен је на свој циљ а то је боље здравље за целу Европу тежећи при томе једнакости у свим земљама.

3. Регионални комитет за Источни Медитеран са седиштем у Каиру представља орган одлучивања СЗО задужен за Источни Медитеран. Обухвата област 21 државе и окупиране палестинске територије. Састаје се почетком октобра сваке године. На овогодишњој конференцији у Каиру, која је одржана од 3 – 6. октобра, којој су присуствовали представници земаља и територија Источног Медитерана, партнерске организације и организације цивилног друштва, расправало се о следћим здравственим проблемима: улагање у породичну медицину у смеру универзалне здравствене заштите, обезбеђивање помоћних технологија за све и стратешки приступ побољшавања здравствених лабораторија и услуга везаних за трансфузију крви.
4. Регионални комитет за Африку са седиштем у Бразавилу (Конго) представља управљачко тело СЗО за регион Африке и тренутно обухвата 47 земаља тог региона. У овим земљама неадекватна здравствена заштита и лоши услови живота и сиромаштво, уз бројне заразне болести, као што су жутица, колера и зика вирус доводе до епидемија и озбиљних криза у овим земљама, а данас то највише осећају Нигерија и Јужни Судан. Према подацима СЗО, у Јужном Судану за скоро 5 милиона људи неопходна је здравствена помоћ, а за пружање помоћи потребно је 110 милиона долара. Само у 2016.години пријављено је 1.3 милиона случајева маларије у овој земљи.⁶ Регионални комитет за Африку заједно са СЗО и другим партнерима, ради на томе да се људима овог подручја пружи неопходна здравствена помоћ. СЗО ставља нагласак на правовремено откривање могућих епидемија ради спречавања њиховог ширења, као и обезбеђивања неопходне здравствене опреме и помоћи.
5. Регионални комитет за Западни Пацифик – Манила (Филипини) – запослени овог регионалног комитета као и 15 државних уреда, у сарадњи са 37 земаља и подручја, здравственим системима, партнерима и другим заинтересованим странама раде на обезбеђивању подршке, сарадње и смерница неопходних за остваривање што већег нивоа здравља за 1,8 милијарди људи Региона. Комитет има улогу да води акције на свим

⁶ <http://who.int/features/2016/south-sudan-multiple-disease-outbreaks/en/>

нивоима, од локалног до глобалног, о здравственим питањима од јавног интереса, а за циљ има вођење регионалног одговора на проблеме јавног здравља на свим фронтовима – медицинским, технички, политички, друштвено – економски, културни и правни – ради постизања глобалног циља Светске здравствене организације.

6. Регионални комитет за Југо-источну Азију – Њуделхи (Индија) – представља велики регон у коме живи једна четвртина укупне светске популације, а обухвата област 11 земаља: Бангладеш, Бутан, Кореја, Индија, Индонезија, Малдиви, Мјанмар, Непал, Шри Ланка, Тајланд и Источни Тимор. Проблеми са којима се сусрећу земље овог региона, а тичу се здравља, јесу Зика вирус, жутица, као и многобројне последице проузроковане природним непогодама, пре свега земљотресима и цунамијима. Тако је априла 2015. године, Непал био погођен снажним земљотресом јачине 7.8 степени Рихтерове скале, при чему су последице биле катастрофалне, како по људе тако и по материјална добра. Слична ситуација погодила је и Индонезију почетком децембра 2016. године, приликом подводног земљотреса јачине 6.5 степени Рихтерове скале. На срећу, земљотрес није изазвао цунами, али је свакако оставио катастрофалне последице: 25 људи је погинуло, а 97 објеката је или потпуно уништено или тешко оштећено.⁷

Овакви догађаји тешко се могу предвидети, и зато је у таквим ситуација од кључног значаја брза организација и добра оспособљеност свих припадника здравственог система, као и сарадња са другим организацијама и институцијама, ради пружања подршке и обезбеђивања неопходних ресурса.

⁷ <http://www.searo.who.int/entity/emergencies/crises/indonesia/en/>

3. КОНЦЕПТ ПРОМОЦИЈЕ ЗДРАВЉА

Промоција здравља представља процес који омогућава људима да повећају контролу над својим здрављем и да га побољшају.⁸ То је такође процес кроз који се гради здрава јавна политика, ствара околина која пружа подршку акцијама за здравље, јача концепт развоја заједнице за те акције, формирају личне вештине и мења здравствена служба у том правцу.

Основни модел промоције здравља, који дефинише циљеве, стратегије, активности и водеће механизме здравствено – промотивних програма састоји се од три основна елемента:

- Здравствено васпитање
- Превентивне активности здравствене службе
- Укључивање различитих осталих програма (комунални, економски, еколошки и други).

Као и већина других тековина међународног права и деловања, промоција здравља се развијала кроз међународне уговоре, декларације и повеље. Један од најзначајнијих међународних уговора овог типа је Декларација из Алма Ате, док су четири конференције имале историјску улогу у развоју и уобличавању концепта промоције здравља као и у међународној размени искустава и достигнућа у тој области.

⁸ http://www.who.int/topics/health_promotion/en/

3.1 Декларација из Алма Ате

Декларација из Алма Ате усвојена је на међународној конференцији о примарној заштити одржаној у Алма Ати (Казахстан) од 6 - 12. септембра 1978. године. Ова декларација појавила се као прекретница у 20. веку у области јавног здравља и идентификовала је примарну заштиту као кључ за постизање основног циља – здравље за све.

На конференцији су донети следећи закључци:

1. Здравље, схваћено као стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуства болести или онеспособљености, представља основно људско право, а достизање највишег могућег нивоа здравља најважнији је глобални друштвени циљ чија реализација осим здравственог сектора захтева и деловање других друштвених и привредних сектора.
2. Постојећа неједнакост у здравственом стању људи, нарочито између развијених земаља и земаља у развоју, као и унутар самих држава, сматра се политички, социјално и економски неприхватљивом, и стога треба да представља заједничку бригу свих земаља.
3. Економски и друштвени развој од важног су значаја за потпуно постизање здравља за све и за смањење јаза између здравственог стања развијених земаља и земаља у развоју. Промоција и заштита здравља неопходни су за одрживи економски и друштвени развој и доприносе бољем квалитету живота и мира у свету.
4. Људи имају право и дужност да индивидуално и колективно учествују у планирању и спровођењу њихове здравствене заштите
5. Владе имају одговорност за здравље свог народа и остварују је спровођењем адекватних здравствених и социјалних мера. Главни друштвени циљ требало би бити да до 2000. године сви народи света достигну такав ниво здравља који би им омогућио друштвени и економски продуктиван живот. Примарна здравствена заштита представља кључ за постизање оваквог циља.
6. Утврђивање дефиниције примарне здравствене заштите: „Примарна здравствена заштита је основна здравствена заштита заснована на практичним, научно исправним и друштвено прихватљивим методама и технологији, које су доступне појединцима и породицама у заједници, уз њихово пуно учешће, по цени коју та заједница може приуштити у свакој фази њеног развоја, у духу ослањања на сопствене могућности и само – одлучивање“. Она је истовремено саставни део здравог система земље, и представља његову основну функцију и главни фокус, као и целокупног друштвеног и економског развоја заједнице. Представља први ниво контакта појединца, породице и заједнице са националним здравственим системом.

7. Примарна здравствена заштита:
 - Произилази и развија се из економских услова и друштвенокултурних и политичких карактеристика земље и њених заједница и заснива се на примени релевантних резултата социјалних, биомедицинских и здравствених истраживања.
 - Идентификује главне здравствене проблеме у заједници, пружајући промотивне, превентивне, куративне и рехабилитацијске услуге у складу са њима
 - Обухвата: образовање о здравственим проблемима и методама њихове превенције и контроле; промоцију о снабдевању храном и правилној исхрани; адекватно снабдевање исправном водом; здравствену заштиту мајке и детета; имунизацију против главних заразних болести; превенцију и контролу локалних ендемских болести; одговарајуће лечење болести и повреда и обезбеђивање неопходних лекова.
 - Поред здравственог сектора укључује и друге секторе везане за развој државе и заједнице као што су индустријски, прехранбени, образовни и сл. и захтева њихову међусобну сарадњу.
 - Захтева и промовише максимално учешће заједнице и појединца у планирању, организацији, функционисању и контроли примарне здравствене заштите кроз што потпунију употребу локалних, националних и других расположивих средстава
 - Треба да буде подржана од стране интегрисаног и функционалног система упућивања, што доводи до прогресивног побољшања целокупне здравствене заштите и даје предност онима којима је најпотребнија
 - Ослања се на здравствене раднике, као што су лекари, медицинске сестре, бабице и др, који су обучени за рад и спремни да одговоре на здравствене потребе заједнице
8. Све владе треба да формулишу националне политике, стратегије и планове деловања у циљу покретања и одржавања примарне здравствене заштите као дела свеобухватног националног здравственог система и у координацији са другим секторима.
9. Земље треба да сарађују како би осигурале примарну здравствену заштиту за све људе, јер остваривање здравља људи у једној земљи користи и његовом побољшању у другој земљи.
10. Прихватљив ниво здравља људи за све до 2000. године могуће је постићи кроз боље коришћење ресурса, од којих се знатан део троши на наоружање и војне сукобе. Права политика независности, мира, попуштања затегнутости и разоружања може и треба да ослободи додатна средства која би била посвећена мировним циљевима, а посебно убрзавању друштвеног и економског развоја, где примарна здравствена заштита заузима посебно место.

3.2 Конференција у Отави

Прва, и најзначајнија конференција о промоцији здравља одржана је 21. новембра 1986. године у Отави, у организацији СЗО и канадских здравствених ауторитета. Резултат те конференције је чувена „Отава повеља“ која представља прву формулисану подршку промоцији здравља и основни документ из кога произилазе даље поставке и активности. Према Повељи, промоција здравља представља процес који оспособљава људе да повећају контролу над својим здрављем и да га унапреде. Она је такође идентификовала и пет приоритетних области деловања:

1. Формирање здраве јавне политике – промоција здравља има задатак да здравље стави у средиште интересовања оних који доносе политичке одлуке у свим секторима заједнице и на свим нивоима одлучивања и да их усмери у правцу препознавања здравствених последица које те одлуке доносе. На тај начин доносиоци одлука такође прихватају и властиту одговорност за здравље. Комбинација различитих приступа као што су законске и финансијске мере, порези, организационе промене и сл. представљају начин деловања у промоцији здравља. Таквим координисаним приступом може се обезбедити формулисање здравствене, социјалне и финансијске политике која ће се залагати за једнакост.
2. Стварање околине која пружа подршку – у комплексним друштвеним односима тешко је одвојити здравље од других циљева. Нераскидива повезаност између људи и њихове околине представља основ социоеколошког приступа здрављу. Водећи принцип за свет, нације, регионе и заједнице подједнако, јесте потреба оснажења реципрочног одржавања који подразумева међусобну бригу једних за друге, за заједницу у којој живимо и за природну околину. Очување природних ресурса у свету треба истаћи као глобалну одговорност.
Промена начина живота, рада и коришћења слободног времена има значајан утицај на здравље. Начин на који друштво организује рад треба да помогне у стварању доброг друштва. Промоција здравља омогућава стварање животних и радних услова који су безбедни, стимулативни, адекватни и пружају задовољство.
Систематска процена здравствених последица које настају као резултат брзих промена околине, нарочито у области технологије, рада, енергије и урбанизације, саставни је део напора којима се обезбеђује позитиван утицај на здравље становништва.
3. Јачање акције у заједници – промоција здравља се остварује кроз низ конкретних акција у заједници и то кроз утврђивање приоритета, у процесу доношења одлука, планирање стратегија и њихово спровођење да би се достигло боље здравље. Суштину тих процеса чини

оснаживање чланова заједнице да успоставе власништво и контролу над својим настојањима и судбинама.

Развој заједнице ослања се на постојеће људске и материјалне ресурсе приликом јачања самопомоћи и социјалне подршке као и за развој флексибилних система који јачају учешће јавности и усмеравају ка проблемима здравља. Да би се ово постигло неопходан је потпун и сталан приступ информацијама, постојање знања о могућностима везаним за здравље, као и финансијска подршка.

4. Развој личних вештина – промоција здравља подржава лични и социјални развој кроз обезбеђење информација, образовање о здрављу и развој вештина наопходних за живот. На тај начин, људи су у могућности да успоставе контролу над својим здрављем и својом околином и да направе избор који води ка здрављу.

Оспособљавање људи да стално уче, да се припремају за животне фазе и да знају да савладавају изазове болести и повреда, од примарног је значаја. Потребне су активности едукативних, професионалних, комерцијалних и добротворних организација као и специфичан институционални приступ.

5. Преорјентација здравствене службе – одговорност за промоцију здравља унутар здравствене службе подељена је између појединаца, група у заједници, здравствених професионалаца, здравствених установа као и владе. Сви они морају заједнички да раде у правцу формирања здравственог система који ће обезбедити највиши могући ниво здравља. Поред већ постојеће одговорности за клинички рад и обезбеђење здравствених услуга, здравствени сектор мора да начини значајан корак ка промоцији здравља. Здравствена служба мора да покаже већу сензитивност за културне потребе, као и за потребе појединца и заједнице за здравим животом и створи бољу комуникацију између здравственог сектора и ширих компоненти околине као што су социјалне, економске, политичке и физичке. Преорјентација здравствених услуга захтева и преорјентацију истраживања у здрављу као и промене у едукацији и обучавању.

Придржавајући се концепта о здрављу као основног људског права, Отава повеља истиче поједине предуслове за здравље који подразумевају: мир, склониште, образовање, храну, приходе, стабилан економски систем, рационално коришћење ресурса, социјалну правду и једнакост. Обезбеђивање ових основних предуслова, представља основу за остваривање унапређења и промоције здравља, при чему је неопходна акција и сарадње како здравственог сектора, тако и других социјалних и економских сектора, влада, невладиних и добровољних организација, локалне власти, индустрије и медија.

Стратегије и програме промоције здравља потребно је прилагодити потребама и могућности појединих земаља и региона у складу са њиховим социјалним, културним и економским системом.

Након конференције у Отави, у различитим земљама и појединачним срединама предузиман је читав низ активности и пројеката за успостављање и спровођење Повеље.⁹

3.3 Конференција у Аделаиди

Даљи допринос уобличавању концепта промоције здравља остварен је на конференцији која је одржана у Аделаиди, Аустралија, од 5 - 9. априла 1988. године. Полазне основе ове конференције биле су да се здравље мора посматрати са једне стране као основно људско право, а са друге као значајна социјална инвестиција. Признавањем здравља као основног друштвеног циља, декларација је поставила нови правац за здравствену политику, наглашавајући значај учешћа људи, сарадње између друштвених сектора и примарне здравствене заштите.

Ослањајући се на закључке који су донети на конференцијама у Алма Ати и Отави, 220 учесника из 42 земље окупило се у Аделаиди, при чему је нагласак стављен на питање формулисања и спровођења здраве јавне политике.¹⁰

Конференција је издвојила четири кључне области као приоритете у формулисању јавне политике:

- Побољшање здравља жена
- Здрава храна и исхрана
- Дуван и алкохол
- Стварање здраве околине

⁹ Покрет за промоцију здравља иницирао је многе значајне пројекте као што су „Здрави градови“, „Школе које промовишу здравље“, „Радна места и средине које промовишу здравље“, „Болнице које промовишу здравље“, „Болнице пријатељи беба“, „Здраве општине“ и др.

¹⁰ <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/>

3.4 Конференција у Сундсвалу

Трећа међународна конференција о промоцији здравља одржана је у Сундсвалу, Шведска, од 9 - 15. јуна 1991. године. Представља прву глобалну конференцију о промоцији здравља на којој су учествовали представници 81 земље. Конференција позива све људе света да активно учествују у стварању средине која ће обезбедити боље услове за здравље. Истиче како милиони људи живе у екстремном сиромаштву и оскудици у све деградиранијој животној средини која прети њиховом здрављу, а да је циљ Здравље за све до 2000.године јако тешко постићи.

Унапређење лежи у стварању таквог физичког, економског, социјалног и политичког окружења које неће наносити штету здрављу, већ водити његовом побољшању.

Конференција је истакла четири аспекта подршке окружењу:

- Социјална димензија која се односи на начин на који норме, обичаји и дрштвени процеси утичу на здравље
- Политичка димензија која од влада захтева да гарантују демократско учешће у доношењу одлука и децентрализацију одговорности и ресурса, као и залагање за људска права и мир
- Економска димензија која захтева поновно усмеравање средстава за достизање здравља за све и одрживи развој
- Потреба да се препознају и користе женске вештине и знања у свим секторима, укључујући и креирање политике и економије, како би се развила што боља инфраструктура за подршку окружењу. Женске организације треба да имају веће учешће у развоју политика и структура за промоцију здравља.

Конференција је даље, идентификовала четири основне стратегије за заспровођење јавних акција у области здравља:

- Јачање промоције кроз активности у заједници, посебно кроз групе организоване од стране жена
- Омогућити заједници и појединцима да преузму контролу над својим здрављем и околином кроз едукацију и оснаживање
- Изградња савеза за здравље и подршку окружењу у циљу јачања сарадње између здравља и кампања и стратегија заштите животне средине
- Посредовање између супротстављених интереса у друштву како би се обезбедио равноправан приступ подршке окружењу

Учесници конференције у Сундсвалу, посебно су закључили, да је образовање основно људско право и кључни елемент за стварање таквих политичких, економских и друштвених промена које су неопходне како би здравље било свима доступно. Образовање би требало да буде доступно током живота и да буде засновано на принципима једнакости, нарочито у погледу културе, социјалне класе и пола.

3.5 Конференција у Џакарти

Четврта међународна здравствена конференција о промоцији здравља одржана је у Џакарти, Индонезија, од 21 – 25. јула 1997. године. Декларација из Џекарте истакла је значај свега онога што је утврђено на конференцији у Отави и додала нагласак на одређене аспекте промоције здравља.

На конференцији у Џакарти пажња је била усмерена на идентификовање опсега професионалних и техничких вештина потребних за улазак промоције здравља у 21. век.

Декларацијом из Џекарте идентификовано је пет основних приоритета:

- Промовисање друштвене одговорности за здравље
- Повећавање инвестиција за развој здравства
- Учвршћивање и ширење партнерства ради јачања здравља
- Повећање капацитета друштва и оспособљавање појединца
- Обезбеђивање инфраструктуре за промоцију здравља

Националне владе се позивају да преузму иницијативу у потстицању и спонзорисању мрежа за промоцију здравља како унутар, тако и између држава. Учесници конференције позвани су да преузму водећу улогу у изградњи таквог савеза за промоцију здравља који ће омогућити да државе чланице спроведу исходе конференције. Од посебног значаја је укључивање влада, невладиних организација, развојне банке, организација УН, међурегионалних тела, билатералних агенција, радничких покрета и приватног сектора у унапређивање приоритета за спровођење акција за промоцију здравља.

Након конференције у Џакарти, одржано је још пет конференција које су се бавиле питањем промоције здравља. Девета, последња међу њима, одржана је од 21-26. новембра 2016. године у Шангају, Кина. На њој су утврђена два основна циља: промоција јавног здравља и искорењавања сиромаштва.

Наведене конференције и документи који су донети на њима променили су поглед на јавно здравље и концепте схватања здравља као што су вишеструки приступ здрављу, потреба за интердисциплинарном сарадњом, јавна политика усредсређена на здравље, активно учешће локалне заједнице и сл. То све допринело је

унапређењу промоције здравља, али и поред тога, она се сусреће са проблемима. Здравље јесте у средишту интересовања јавног здравља, али још увек не толико значајан приоритет другим странама који на њега утичу, као што је случај са политиком. Следећи проблем јесу и буџети који су издвојени за здравље и који су још увек премали. Такође, принцип међусекторске сарадње у области здравља у пракси још увек није довољно развијен.

Све наведено указује на то да напретка у овој области има, али такође и да су и даље присутни многобројни проблеми, те је неопходно наставити са сарадњом и акцијама које ће промоцију здравља, а тиме и само здравље подићи на виши ниво.

4. ЗДРАВЉЕ ЗА СВЕ У 21. ВЕКУ

Сагледавајући резултате стратегије „Здравље за све до 2000.године“ утврђено је да на међународном плану и поред позитивних помака, постоје и такве глобалне промене које захтевају доношење платформе нове здравствене политике за планирање акција за будућност.

Као одговор на бројне промене 20.века (које проистичу из сиромаштва, неједнакости у здрављу, неповољних демографских тенденција, еколошких криза, заоштравања политичких тензија, погоршавања социјално – економских услова у земљама у транзицији итд) 1995.године започет је процес иновације Стратегије и израде документа „Здравље за све у 21.веку“.

Узимајући у обзир све глобалне промене, као и дотадашња искуства, формулисани су нови појединачни циљеви и дефинисани правци политике за њихову реализацију, те је 1998.године усвојен и нови документ „Здравље за све – политика за 21.век“. Као основни циљеви ове глобалне политике издвојени су:

- повећање дужине здравог живота за све људе
- обезбеђивање приступа за све адекватној и квалитетној здравственој заштити
- једнакост у здрављу између земаља и унутар самих земаља

Такође, дефинисано је и 10 глобалних циљева СЗО за 21.век:

1. Повећање једнакости у здрављу
2. Повећати преживљавање и квалитет живота
3. Зауставити глобалне трендове водећих пандемија
4. Ерадикација и елиминација одређених болести
5. Побољшати приступачност воде, санитације, хране, становања
6. Унапредити здраве стилове живота и смањити штетне по здравље
7. Развој, имплементација и мониторинг националних политика здравље за све
8. Унапредити приступачност есенцијалне високо квалитетне здравствене заштите
9. Имплементација националних и глобалних здравствених информација
10. Подршка истраживању за здравље

4.1 Циљеви Европског региона

У складу са циљевима СЗО, Европски регион је утврдио политику познату као „21 циљ за 21. век“, чији је основни циљ постићи пун здравствени потенцијал за све. Циљеви СЗО у 21. веку за регион Европе су следећи:

Циљ 1: Солидарност у здрављу у Европском региону – до 2020. постојеће разлике у погледу здравственог стања међу земљама чланицама европског региона треба смањити за једну трећину

- 1.1 Разлика у очекиваном трајању живота између трећине Европских земаља са највишим и трећине земаља са најнижим очекиваним трајањем живота треба да буде снижена бар 30%
- 1.2 Распон у ком се крећу водећи индикатори морбидитета, неспособности и морталитета међу групама земаља треба да буде смањен првенствено на основу убрзаног напретка у земљама које су најугроженије.

Циљ 2: Једнакост у здрављу унутар земаља - до 2020. године разлику у погледу здравља између социоекономских група треба смањити за једну четвртину у свим земљама чланицама тако што ће се побољшати ниво здравља најугроженијих категорија становништва.

- 2.1 Разлику у очекиваном трајању живота треба смањити за 25%
- 2.2 Вредности главних индикатора морбидитета, инвалидитета и морталитета у групама различитог социоекономског статуса треба да буду уједначеније распоређене
- 2.3 Социоекономски услови који утичу на ниво здравља, као што су приход, образовање, доступност запошљавања, се морају унапредити
- 2.4 Удео сиромашних се мора осетно смањити
- 2.5 Људима са посебним потребама које се тичу здравља, социјалног статуса или економских услова потребно је омогућити доступност одговарајућој здравственој заштити.

Циљ 3: Здрав животни почетак – до 2020. године за све новорођене бебе, одојчад и децу предшколског узраста у региону треба обезбедити могућност бољег здравља, а тиме и здрав почетак живота

- 3.1 Све земље треба да осигурају доступност заштите репродуктивног здравља жене, као и пренаталне, перинаталне и здравствене заштите деце
- 3.2 Смртност одојчади не сме прећи 20 на 1000 живорођених у било којој земљи региона, а у земљама у којима је тај циљ већ достигнут тежити стопи од 10 и мање на 1000 живорођених.

3.3 Земље чије су стопе смртности одојчати тренутно испод 10 на 1000 живорођених треба да повећају учешће деце без конгениталних поремећаја или инвалидности

3.4 Смртност и инвалидитет од несрећа и насиља код деце испод 5 година старости смањити за 50%

3.5 Удео деце рођене са тежином испод 2500 грама треба спустити за бар 20% и смањити значајно разлике међу земљама региона.

Циљ 4: Здравље младих – до 2020. године млади у региону треба да буду здравији и способнији за испуњавање својих улога у друштву.

4.1 Деца и адолесценти треба да развијају животне навике које штите здравље и способност да начине здраве изборе

4.2 Смртност и инвалидност од насиља и несрећних случајева омладине треба да се смањи на половину

4.3 Број младих који имају неодговарајуће навике у вези са здрављем, као што су конзумација дувана, алкохола и дроге мора се значајно смањити

4.4 Инциденца тинејџерских трудноћа се мора смањити бар за трећину

Циљ 5: Здравло старење – до 2020. године људи старији од 65 година треба да имају могућност да уживају у свом пуном животном потенцијалу и да имају активну улогу у друштву.

5.1 Треба да се обезбеди пораст од бар 20% у очекиваном трајању живота и у годинама без инвалидитета код особа старјих од 65 година

5.2 Потребно је обезбедити пораст од бар 50% у пропорцији људи старих 80 година са таквим нивоом здравља који омогућава да сачувају самосталност у кућном окружењу и задрже своје место у друштву.

Циљ 6: Унапређење менталног здравља – до 2020. године психосоцијално стање (благостање) људи треба побољшати и ставити им на располагање службе које ће моћи боље да обухвате и да буду доступније људима који имају проблеме менталног здравља.

6.1 Преваленца менталних здравствених проблема треба да буде значајно смањена а људи треба да поседују повећану способност да се носе са стресовима из свакодневног живота

6.2 Стопе самоубиства треба да се редукују за једну трећину тако да најзначајније смањење буде постигнуто у земљама где су ове стопе високе

Циљ 7 : Смањивање броја заразних болести – до 2020. штетна дејства заразних болести на здравље човека треба смањити у знатној мери путем систематске примене програма за искорењивање, елиминисање или сузбијање заразних болести које су значајне за здравље народа.

7.1 До 2000. године разбољевање од полиомелита у региону треба да буде заустављено, а до 2003. то треба да буде потврђено у свим земљама региона

7.2 До 2005. године неонатални тетанус треба да буде елиминисан

7.3 До 2007. године богиње треба да буду елиминисане

7.4 До 2010. све земље треба да имају инциденцу дифтерије испод 0,1 на 100.000 становника; инциденцу носилаца хепатитис Б вируса редуковану за 80% кроз укључивање хепатитис Б вакцине у програм имунизације; инциденцу заушака, великог кашља и болести изазваних хемофилусом ифнуленце типа Б испод 1 на 100.000 становника; инциденцу конгениталног сифилиса испод 0,01 на 100.000 живорођења; инциденцу конгениталне рубеле испод 0,01 на 100.000 живорођења.

7.5 До 2015. све земље би требале да: редукују инциденцу маларије испод 5 случајева на 100.000 и да нема више смртних случајева од ове болести у региону; свака земља би требала да покаже континуирано опадање у инциденци, морталитету и последицама инфекције ХИВ-ом, другим сексуално преносивим болестима, туберкулозом, и акутним респираторним и гастроинтестиналним болестима код деце

Циљ 8: смањивање броја незаразних обољења – до 2020.године морбидитет, инвалидитет и превремена смртност изазвани главним хроничним болестима треба да буду снижени на најниже могуће нивое у целом региону

8.1 Смртност од кардиоваскуларних болести код особа млађих од 65 година живота треба да се смањи за 40% нарочито у земљама које имају висок морталитет

8.2 Смртност од рака било које локализације код особа млађих од 65 година треба да се снизи у просеку за 15%, а смртност од карцинома плућа за 25%

8.3 Инциденца болести повезаних са дијабетесом (слепила, бубрежна инсуфицијенција, компликација трудноће, ампутација) треба да се редукују за једну трећину

8.4 Треба да буде присутан континуиран пад у морбидитету, инвалидитету и морталитету који потиче од хроничних респираторних болести, болести мишића и ткива и других хроничних стања

8.5 Бар 80% деце млађе од 5 година треба да су без каријеса, а дванаестогидишњаци у просеку треба да имају мање од 1,5 зуба који је покварен, извађен или пломбиран

Циљ 9: Смањење броја повреда усред насиља и несрећних случајева – до 2020.треба да дође до знатног и одрживог смањења броја повреда, инвалидности и смртности као последице несрећних случајева и насиља у региону.

9.1 Инвалидитет и морталитет настао због несрећа у саобраћају треба да буде редукован за 30%

9.2 Инвалидитет и морталитет настао због несрећа на послу, у кући и слободном времену треба да буде мањи од 50% са посебним падом у земљама код којих су ове стопе јако високе

9.3 Инциденце и морталитет настао због организованог насиља и његових здравствених последица треба да буде редукован за 20%

Циљ 10: Здрава и безбедна физичка средина – до 2015. људи у региону би требало да живе у безбедној физичкој средини, где је изложеност опасним материјама по здравље на нивоу међународно признатих стандарда.

10.1 Изложеност становништва физичким, микробиолошким и хемијским загађивачима у води, ваздуху и отпаcima и тлу треба да буду значајно смањени у складу са плановима здравствене заштите и заштите животне средине

10.2 Људи морају имати доступност довољним количинама воде за пиће одговарајућег квалитета

Циљ 11: Здравиви начин живота – до 2015. године људи преко друштва, треба да усвоје здравије обрасце понашања

11.1 Здраве навике у области исхране, физичке активности и сексуалног живота треба да буду у порасту

11.2 Значајан пораст у доступности, присутности и куповној моћи за безбедну и здраву храну

Циљ 12: Смањивање штетности пушења, узимања алкохола и дрога – до 2015. У свим земљама чланицама треба у знатној мери да буду смањена штетна дејства од адикативних материја на здравље као што су дуван, алкохол и психоактивне супстанце.

12.1 У свим земљама би удео непушача требао да буде бар 80% међу старијима од 15 година, а близу 100% код особа млађих од 15 година.

12.2 У свим земљама конзумација алкохола не би смела да пређе бл годишње, а требала би да буде близу 0 код особа млађих од 15 година

12.3 Преваленца коришћења нелегалних дрога треба да буде редукована у свим земљама за 20%, а морталитет од овог урзока за 50%.

Циљ 13: Услови за здравље – до 2015. године људи у региону треба да имају веће могућности да живе у физички и друштвено здравој породичној, школској и радној средини и друштвеној заједници.

13. 1 Безбедност и квалитет животне средине у дому мора бити унапређен усвајањем вештина из области промоције и заштите здравља, а сви здравствени ризици који потичу од физичке животне средине у дому морају бити редуковани

13.2 Особе са оштећењима здравља треба да добију већу шансу за одговарајући живот у стамбеној заједници, већу шансу за запослење, за јавни и друштвени живот

13.3 Несреће на послу и у кући морају се редуковати у складу са циљем 10

13.4 Бар 50% деце треба да добију шансу да се образују у вртићима који промовишу здравље, а чак 95% у школама које промовишу здравље

13.5 Бар 50% градова и урбаних средина треба да постану активни чланови мреже здравих градова или здравих заједница.

13.6 Бар 10% средње и веома развијених предузећа треба да прихвате и спроводе принципе здравог радног места.

Циљ 14: Мултисекторска одговорност за здравље до 2020. – сви сектори треба да схвате и прихвате своју одговорност у области здравља.

14.1 Процес доношења одлука у свим секторима мора узети у обзир све добити из инвестирања у здравље у том одређеном сектору и у складу с тим оријентисати своје прописе и активности

14.2 Треба успоставити механизме за процену утицаја на здравље које имају прописи и активности из различитих сектора.

Циљ 15: Интегрисани здравствени сектор до 2010 – људи у региону треба да имају бољу доступност примарној здравственој заштити, уз подршку флексибилног и приступачног болничког система

15.1 Бар 90% земаља треба да имају свеобухватну примарну здравствену заштиту која обезбеђује континуитет у лечењу кроз ефикасан и ефективан реферални систем и повратну информацију од секундарне и терцијарне болничке здравствене заштите

15.2 Бар 90% земаља треба да имају породичног лекара и сестру који раде у оквиру интегралне примарне заштите користећи мултипрофесионалне тимове из сектора здравства, социјалне заштите и других и активно укључујући локалну заједницу у свој рад.

15.3 Бар 90% земаља треба да имају такву здравствену заштиту која ће осигурати појединцу учешће и подршку у остваривању здравствене заштите.

Циљ 16: Рад на квалитету заштите – до 2010. Земље чланице треба да обезбеде да се управљање здравственим сектором, почев од здравствених програма намењених популацији, па до заштите сваког појединог болесника, усмерава ка здравственим исходима.

16.1 Ефективност главних извора јавно здравствених стратегија треба да буде процењена на основу крајњих исхода по здравље а одлуке које се односе на избор стратегија у решавању здравствених проблема морају бити руковођене како крајњим исходима тако и њиховом економичношћу.

16.2 Све земље треба да развијају националне механизме за континуирано праћење квалитета здравствене заштите за бар 10 водећих поремећаја здравља укључујући краткоречне ефекте на здравље, економичност и задовољство пацијента.

16.3 Резултати по здравље код бар 6 водећих поремећаја здравља треба да покажу значајно побољшање а резултати истраживања треба да потврде пораст задовољства пацијента квалитетом здравствене заштите посебно у светлу поштовања њихових права.

Циљ 17: Финансирање здравствене заштите и алокација ресурса до 2010 – земље чланице треба да имају обезбеђење сталне механизме финансирање и алокације средстава за систем здравствене заштите базиране на принципима једнаког приступа, економске оправданости, солидарности и оптималног квалитета.

17.1 Трошење на здравствену заштиту мора бити у складу са здравственим потребама становништва

17.2 Ресурси треба да буду усмерени на промоцију и њену заштиту, лечење и негу, узимајући у обзир и краткорочне ефекте економичност и доступне научне доказе

17.3 Систем финансирања здравствене заштите треба да гарантује универзалну покривеност, солидарност и стабилност

Циљ 18: Развој кадровских капацитета – до 2010. Све земље чланице треба да осигурају да сви здравствени радници и радницама у осталим секторима имају усовјено одговарајуће знање, ставове и вештине потребне у заштити и промоцији здравља.

18.1 Образовање професионалаца у области здравља треба да буде базирано на принципима стратегије здравља за све припремајући их да обезбеђују промори.вне, превентивне, куративне и рехабилитационе услуге доброг квалитета

18.2 Систем планирања би требао да омогући да број и однос између типова здравствених радника који се образују за ову струку одговара садашњим и будућим потребама за овим кадром

18.3 Све земље чланице морају имати одговарајуће капацитете за обуку у оквиру специјализација из јавног здравља, менаџмента и клиничке праксе

18.4 Образовање професионалаца из сродних сектора треба да укључи основне принципе стратегије здравља за све а посебно знање о томе како рад ових сектора може да утиче на детерминатне здравља.

Циљ 19: Истраживање и знање у области здравља – до 2005. Године све земље – чланице треба да имају системе здравственог истраживања, информисања и комуникација помоћу којих ће лакше стицати, ефективније користити и ширити знање у прилог здравља за све.

19.1 Све земље треба да имају такву политику истраживања усмерену ка приоритетима одређеним дугорочном политиком здравље за све

19.2 Све земље треба да имају механизме који омогућавају пружање здравствених услуга и њихов развој заснован на научним достигнућима

19.3 Информације о здрављу треба да буду лако доступне и употребљиве од стране политичара, руководиоца, здравствених и других професионалаца као и становништва уопште

19.4 Све земље треба да имају одговарајуће програме комуникације и према усвојеној политици здравља за све и добар приступ информацијама

Циљ 20: Мобилизација сарадника у области здравља – до 2005.при спровођењу политике здравље за све треба ангажовати појединце, групе и организације у свим државним и приватним секторима, удружењима грађана, савезима и сарадницима у области здравља.

20.1 Сектор здравства се мора ангажовати на активној промоцији и залагању за здравље охрабрујући друге секторе да прихвате мултисекторске активности и деле циљеве и ресурсе.

20.2 Потребно је да на међународном, националном, регионалном и локалном нивоу постоје структуре које олакшавају и хармонизују сарадњу свих учесника и сектора на развоју здравља.

Циљ 21: Политике и стратегије здравља за све до 2010.све земље – чланице треба да воде и спроводе политику здравља за све на државном, регионалном и локалном нивоу, подржану одговарајућом инфраструктуром, процесом управљања и вођством.

21.1 Политика и закони на националном нивоу треба да послуже као мотивација и инспирација за политику и прописе на нивоу региона, града и локалне заједнице и у срединама као што су школе, радне организације и кућа.

22.2 Структура и процес треба да буду водећи када се ради о развоју здравствене политике земље, а широк дијапазон партнера, јавних и приватних, се ангажују на формулацији политике, њеној примени, праћењу и евалуацији.

22.3 Краткорочни, средњорочни и дугорочни циљеви, индикатори и приоритети треба да се формулишу као и стратегије за њихово достизање базиране на вредностима здравља за све и напретка у правцу њиховог постизања. Овај напредак је редовно праћен и евакуиран.

5. ЗАКЉУЧАК

У свету који се свакодневно сусреће са разним изазовима везаних за здравље постојање Светске здравствене организације од кључног је значаја.

Од свог оснивања па до данас, СЗО учинила је много на пољу здравља, али нових изазова увек има. И даље постоје неједнакости по питању борбе са разним болестима и у приступу здравственој заштити, како између различитих земаља, тако и унутар њих самих, било да су у питању индустријализоване земље или оне у развоју. Такође, неке од болести које су сматране сузбијеним (колера, маларија), услед пада животног стандарда, економске кризе у свету и смањене ефективности постојећих лекова, поново постају проблем.

Кроз различите стратегије за унапређење здравља, програме за превенцију здравља, промоцију здравља, сарадњу са установама јавног здравља, различитим владиним и невладиним организацијама, СЗО треба да настави да свакодневно ради на решавању регионалних и глобалних здравствених проблема и на остваривању свог основног циља – достићи највиши могући ниво здравља за све људе.

Литература:

- Башић, С., Јовић, С., Парлић, М., и Мирковић, М. (2007). *Основи клиничке праксе II – први део*. Ниш: Медицински факултет
- Довијанић, П., Јањанин, М., Гајић, И., Радоњић, В., Ђорђевић, С., и Борјановић, С. (1995). *Социјална медицина са хигијеном и епидемиологијом*. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства
- Лазаревић, А. (2005). *Социјална медицина*. Београд: Формат
- Цуцић, В., Симић, С., Бјеговић, В., Живковић, М., Вуковић, Д., Докнић – Стефановић, Д., и Ананијевић – Пандеј, Ј. (2000). *Социјална медицина*. Београд: Савремена администрација а.д.
- <http://www.who.int/en/> 12.01.2017.
- http://izjzv.org.rs/app/soc.katedra/Kat_socMed_Strategija_zdravlje_za_XXI%20vek.pdf 10.01.2017.
- http://www.ecpd.org.rs/pdf/2015/books/2013/2013_zbornik_menadzment_zdravstv_enih_institucija.pdf 04.01.2017.
- http://www.zjzs.org.rs/arhiva.php?nov_id=201 15.12.2016.
- <http://www.euro.who.int/en/about-us/organization> 14.12.2016.
- http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=220&lang=en 14.12.2016.
- <http://www.pravno-informacioni-sistem.rs/> 08.12.2016.

