



SI4CARE



Social Innovation for integrated health CARE of ageing population in ADRION

**DT3.3.1 - Национални и регионални акциони план за бољи
систем здравствене заштите за старије**

T3: From Innovative Transnational Strategy to National and Regional action plans

Activity T3.3: From shared strategy to customized Action Plans

Документ	SI4CARE АКЦИОНИ ПЛАН ЗА СРБИЈУ
Статус	Нацрт
Верзија	1
Датум издавања	16.11.2022.

<i>Project Partner</i>	<i>Contact Person</i>
<i>University of Ljubljana</i>	<i>Darja Šemrov (darja.semrov@fgg.uni-lj.si)</i>
<i>Jozef Stefan Institute</i>	<i>Bojan Blažica (bojan.blazica@ijs.si)</i>
<i>Miglierina Municipality</i>	<i>Pietro Hiram Guzzi (hguzzi@gmail.com)</i>
<i>University of Split School of Medicine</i>	<i>Katarina Vukojević (katarina.vukojevic@mefst.hr)</i>
<i>Teaching Institute for Public Health Split-Dalmatia County</i>	<i>Željka Karin (ravnateljica@nzjz-split.hr)</i>
<i>Health Insurance and Reinsurance Institute of Federation of BiH</i>	<i>Vlatka Martinović (martinovic.v@zzofbih.ba)</i>
<i>National and Kapodistrian University of Athens</i>	<i>Sokratis G. Papageorgiou (sokpapa@med.uoa.gr)</i>
<i>Public Health Institution "Health Center" Tivat</i>	<i>Jovanka Vučetić (dztivat@gmail.com)</i>
<i>Special hospital for treatment and rehabilitation Merkur</i>	<i>Srdjan Kožetinac (srdjan@vrnjcispa.rs)</i>
<i>Regional development fund of Central Macedonia</i>	<i>Chrysanthi Kiskini (c.kiskini@rdfcm.gr)</i>

САДРЖАЈ

Executive summary	7
1 Увод	11
2 Анализа ситуације у региону	13
2.1 Територијална карактеристика региона/државе	13
2.1.1 Државна регулатива	14
2.1.2 Саобраћајна инфраструктура.....	14
2.1.3 Железнички саобраћај	14
2.1.4 Друмски саобраћај	15
2.1.5 Речни саобраћај	15
2.1.6 Ваздушни саобраћај.....	15
2.1.7 Утицај саобраћајне инфраструктуре на доступност здравствених услуга .	15
2.2 Социјално-демографска анализа региона/државе.....	17
2.2.1 Становништво по типу насеља	19
2.2.2 Старији на територији Србије који живе у институцијама и кућној нези ..	20
2.2.3 Проценат старијих људи добија помоћ код куће од јавних здравствених установа	20
2.2.4 Проценат старијих људи добија помоћ у јавним здравственим установама 20	
2.3 Преглед повезаних резултата SI4CARE пројекта	21
2.3.1 АТ1.1 Социјалне иновације и здравствене услуге усмерене на старију популацију - постојеће стање	22
2.3.2 АТ1.2 Изазови за здравствене системе узроковани демографским променама	27
2.3.3 АТ1.4 Кључне активности и потенцијал за интегрисану заштиту здравља оптимизације.	29
2.3.4 АТ2.1 Друштвене иновације у здравственом систему: Примери добре праксе, услуга и алата у ЕУ за SI4CARE акције.	30
2.3.5 АТ2.4 Пилот акција.....	30
3 Критичка анализа региона	33
3.1 Процена потреба / анализа потреба-потражња-понуде	33
3.1.1 Унапређење институционалних механизма	33

3.1.2	Унапређење услуга социјалне и здравствене заштите.....	34
3.1.3	Унапређење дигиталне инклузије старијих.	34
3.2	SWOT анализа.....	35
4	Апстракт заједничке визије, циљева и стубова.....	36
4.1	ТС визија	37
4.2	ТС циљеви.....	37
4.2.1	Општи циљ	37
4.2.2	Посебан задатак	37
4.3	ТС „pillars & flagships“	38
4.3.1	Специјална болница Меркур користила је следеће „pillars-e“ и „flagshipe“ 39	
5	Регионалне акције	39
6	План мониторинга и евалуације	43

СПИСАК СЛИКА

СЛИКА 1 - ГЕОГРАФСКИ ПОЛОЖАЈ СРБИЈЕ (HTTPS://AUTOKARTAMAPA.COM/MAPE-GRADOVA-SRBIJA)	13
СЛИКА 2 - МАПА ГРАДОВА СРБИЈЕ (HTTPS://AUTOKARTAMAPA.COM/MAPE-GRADOVA-SRBIJA)	14

СПИСАК ГРАФИКА

ГРАФИКОН 1 - УЧЕШЋЕ МЛАДОГ И СТАРОГ СТАНОВНИШТВА У УКУПНОМ СТАНОВНИШТВУ, ПРОЦЕНА СРЕДИНОМ 2020. (ПОПИС СТАНОВНИШТВА, ДОМАЋИНСТАВА И СТАНОВА) - HTTPS://WWW.STAT.GOV.RS/SR	17
ГРАФИКА 2 - ПИРАМИДА СТАРОСТИ (ПОПИС СТАНОВНИШТВА, ДОМАЋИНСТАВА И СТАНОВА) - HTTPS://WWW.STAT.GOV.RS/SR	19

СПИСАК ТАБЕЛА

ТАБЕЛА 1- ПРОМЕНА СТАНОВНИШТВА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ 2002-2020. (ПОПИС СТАНОВНИШТВА, ДОМАЋИНСТАВА И СТАНОВА) - HTTPS://WWW.STAT.GOV.RS/SR . ERRORE. IL SEGNA LIBRO NON È DEFINITO.	
ТАБЕЛА 2 - П СТАНОВНИШТВО ПО ТИПУ НАСЕЉА (ПОПИС СТАНОВНИШТВА, ДОМАЋИНСТАВА И СТАНОВА) - HTTPS://WWW.STAT.GOV.RS/SR	20
ТАБЕЛА 3 - ГЛАВНИ ИЗАЗОВИ У ПРУЖАЊУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА ЗА СТАРИЈУ ПОПУЛАЦИЈУ У СРБИЈИ (SI4CARE_WPT1_REPORT1.2_CHALLENGES, 2022)	27
ТАБЕЛА 4 - ГЛАВНИ ИЗАЗОВИ У ПРУЖАЊУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА ЗА СТАРИЈЕ ОСОБЕ С КОГНИТИВНИМ ОШТЕЋЕЊЕМ/ДЕМЕНТОМ У СРБИЈИ ((SI4CARE_WPT1_REPORT1.2_CHALLENGES, 2022)	28
ТАБЕЛА 5 - ЛИСТА ЖЕЉА (SI4CARE_DT1.4.1_WISH LIST PP09, 2021)	29
ТАБЕЛА 6 - ДА ПРИЧАМО (SI4CARE_DT2.1.1_BEST PRACTICES, 2022)	30
ТАБЕЛА 7- СМАРТЦАРЕ (SI4CARE_DT2.1.1_BEST PRACTICES, 2022)	30
ТАБЕЛА 8 - ПИЛОТ ОПИС (SI4CARE_DT2.4.PILOT ICT SOLUTION FOR MONITORING THE HEALTH OF PATIENTS AFTER RETURNING HOME PP09)	31
ТАБЕЛА 9 - ПАРТНЕР НА ПРОЈЕКТУ ПП09 СБ МЕРКУР - ЛИСТА SH (SI4CARE_TARGET GROUPS MONITORING_PP09)	31
ТАБЕЛА 10 - СВОТ АНАЛИЗА	35
ТАБЕЛА 11 - СТУБОВИ И ПРВИ БРОДОВИ	39
ТАБЕЛА 12 - СПИСАК АКЦИЈА	39
ТАБЕЛА 13 - ПРАЋЕЊЕ АКЦИЈА	43

КЉУЧНЕ РЕЧИ

SI4CARE (*Social Innovation for Integrated Health Care*) - Друштвене иновације за интегрисану здравствену заштиту

ПП - пројектни партнер

АП - акциони план

ADRION - Јадранска регија

WP (*Work Package*) - радни пакет

AT (*Activity*) - активности

DT (*Deliverables*) - испоруке

LTC (*Long-Term Care*) - дуготрајна нега

РФГ - регионалне фокус групе

ТГ - таргет/циљне групе

ТС - транснационална стратегија

Pillars & Flagships - темељно правило и водећи модели

SI-DSS (*Social Innovations Decision Support System*) - систем подршке одлукама о друштвеним иновацијама

KPI (*Key Performance Indicators*) - кључни индикатори учинка

ИКТ - Информационо - комуникационе технологије

SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) - предности, слабости, шансе претње

SHs (*stakeholders*) - заинтересоване стране

Status Quo - досадашње стање

Executive summary

SI4CARE - the Project, the Transnational Strategy and Action plans

The ageing of the population is a crucial societal challenge affecting European countries, with no exception for the ADRION area. Within this context, the SI4CARE project aims to identify and tackle issues related to healthcare services targeting the elderly population. In order to accelerate change and boost social innovation application to healthcare services for elderly in the ADRION area, development of a Transnational Strategy is a key factor in order to jointly define a common vision on how to effectively respond to common challenges, translated into concrete actions. Accordingly, the Action Plans define particular steps to be undertaken, for improving healthcare services for the elderly, and contributing to the upscale and mainstream of project outputs into regional and/or national policies.

Overview of the Republic of Serbia Action plan

Republic of Serbia is a landlocked country in South East Europe which covers part of the Pannonian Plain and Central and Western Balkan Peninsula. Serbia is located in the central part of the Balkan Peninsula, on the most important route linking Europe and Asia. Occupying an area of 88 361 km². The republic comprises Central Serbia and two autonomous regions: AP Vojvodina and AP Kosovo and Metohija.

The Republic of Serbia has a three-layered administrative and self-government structure. The competencies of the different state functions are divided between national, provincial and municipal authorities.

Serbia has a comprehensive universal health system with free access to health care services at the primary level. However, some vulnerable groups face financial barriers for medical care and the current system of financing encourages inefficiency in the use of resources. The health insurance system provides coverage for almost the entire population (98%).

National health care system in Serbia is based on compulsory health insurance for all employed citizens. The Ministry of Health is the main body responsible for regulating and supervising health care and public health, in both the state and private sectors. Coverage is provided to all employed persons, pensioners, self-employed persons and contributing farmers, including their spouses, dependent children and elderly parents of the insured. The government covers health insurance costs for vulnerable groups (disabled, unemployed, etc.) in accordance with Article 22 of the Law on Health Insurance. Although insured persons and their families are covered by this type of insurance, there are significant costs "out of pocket" for various types of additional health services (laboratory analysis, dental services, medicines, etc.). The private health sector is still at an early stage of development, especially in the area of hospital treatment.

Health care provision is characterized by the role of the "chosen doctor" in primary health care centres, who acts as a gatekeeper in the system. Recent public health efforts have focused on improving access to preventive health services, in particular, for vulnerable groups.

Law on Health Protection treats persons over the age of 65 as a group in need of special attention due to the heightened health risk, at primary healthcare level only 40% of Health

Centers in Serbia have the service of medical home care and they are targeting general population, not specifically older people. Only in Belgrade there is a specialized healthcare institution targeting older people: Institute for Gerontology and Palliative care. Long-term medical care is also provided at secondary and tertiary healthcare levels through departments for prolonged medical treatment.

Several challenges need to be met to improve health system of Serbia. System is characterized by high debt, given the low income derived from social health insurance contributions (which are not enough to cover operational expenses) and insufficient funds from the state budget.

Healthcare in Serbia is not equally accessible to elderly, that is, it is more accessible in towns than in rural and remote areas. As a result of migration and depopulation, some primary healthcare institutions - health stations and clinics in rural areas are closed, and home care and assistance services are not established because of the low number of residents. The result of this is impeded access of the rural population to primary healthcare services.

Access to health care facilities for the elderly living in rural areas is difficult due to the fact that there are no facilities for the provision of health services at their primary or secondary level in their places.

Value-based health care is still to be developed in Serbia and Health Technology Assessment is not currently used to aid decision-making on services and increase cost-effectiveness. In addition, under-funding of health care over many years has resulted in a generally lower quality of public health care services being available for elderly population.

As a conclusion, it is highlighted that Serbian healthcare should invest efforts in reshaping its policies, systems and services in order to be able to meet the growing needs for long-term care. Therefore, the introduction of a unified system of long-term care services with a wide range of services and support for informal caregivers should be only part of the effort to ensure a dignified life for the elderly, as well as to improve their opportunities to be socially included. and engaged in society.

This includes having a system to protect older people from all forms of discrimination, as well as ensuring financial security in old age - especially important for people who are not entitled to public pension schemes. Along with changes in the political framework, perhaps it is equally important that Serbian society and public institutions challenge old stereotypes - that older people should lead a passive life, that they should be recipients of support, and not equal participants in society. with their own needs and preferences - these are the main cause of discrimination against older people and negatively affect the quality of life in old age.

It is expected that, in the coming years, Serbia will continue to develop policies focused on reducing barriers to accessing health care and improving the efficiency of the system.

Following the situational and critical analysis, the abstract of the Transnational Strategy's common vision and objectives has been identified. The vision, *to set up an efficient Long-Term Care (LTC) ecosystem based on the social innovation process, enabled by digitalization (technology) and empowered by national and regional legislation, to support ageing people, not only patients, including those living in remote areas, to keep them in the community and to make public spending more efficient*, has been formulated in a clear and structured way, with a description of the future desired state. Accordingly, the overall objective, *to contribute to the creation of a transnational effective ecosystem for the Social Innovation application in health care services for the ageing population across ADRION countries, in order to tackle the needs of the ageing population for LTC, especially in remote areas*, has been identified. From the main objective, three specific objectives arose regarding governance, telecare and individual Smart housing and ageing planning. Furthermore, five pillars have been defined

1. *Digital transition of Social and Medical care*
2. *Digitalization Process*
3. *Economic & Financial implications*
4. *Governance & Policies*
5. *The SI4CARE Community: Observatory and Forum.*

Pillars represent the main elements of cluster recommendations gathered under flagships. Flagships within each pillar are listed below.

1. *Outpatient clinic model, Monitoring the elderly through ICT technologies, Remote care Rehabilitation-physical activity; Nutrition; Healthy ageing & planning, Data collection for the improvement of medical services, Caring for patients with dementia*
2. *Building a basic digital infrastructure - Developing and promoting a digitalization ecosystem, Management framework for digitalization, Ensuring Digitalization Implementation Quality, Knowledge Transfer (education; training; awareness...), Fields of future research*
3. *Economic Aspects of Integrated LTC Services, Financial Aspects of Integrated LTC Services*
4. *Development of a Governance Model & Policies for LTC, Development of Quality Framework for Integrated LTC, Human resources and training in LTC, Spatial Aspects of Integrated LTC services, Active Ageing Strategy and Age Management Practices*
5. *The Observatory - Legal Basis and Institutional Structure, The ADRION Forum on digitalization of Social care, Transnational Strategy Adoption and dissemination, Knowledge transfer*

Each flagship proposed to ADRION Regions represents, on one side, a strategical issue to be developed, and on the other side, an emblematic example to be followed.

Accordingly, on the regional/national level, common vision, objective, pillars and flagships are translated into concrete actions. For Republic of Serbia, Special hospital for treatment and rehabilitation Merkur has defined key actions that need to be undertaken to reduce disparities in healthcare systems, improve the overall wellbeing of the elderly population,

and to follow a common vision for improving the overall social innovation capacities in the medium and long term.

Also, the national actions respond to challenges and are aligned with the wishlist and needs identified in the situational analysis. Moreover, they are aligned with appropriate flagships i.e., pillars. The identified actions for Republic of Serbia are:

1. Dissemination and Awareness raising campaign about benefits of using new technologies in the elderly healthcare - Organizing campaigns and workshops to inform target groups about the provisions of health and social services through ICT technologies used in the Merkur pilot, with the aim of easier adoption of digital solutions and a greater degree of readiness to use new technologies.(1 KPI - Feasibility Study of the Telemedicine Deployment in Health System of Serbia)
2. Development of the Financing schemes for the Extension of the pilot in SH Merkur - Briefing documents will be prepared that provide concise information for decision makers and stakeholders on pilot results and factors facilitating or hindering the implementation process, and advocacy with donors and other funding sources will include requests for support to move from pilot to larger scale implementation. (1 KPI - New pilot project in SH Merkur)
3. Provide a Legal Framework for telemedicine - To initiate activities for changes in policies, laws, regulations, budgets, standards, service protocols and other health-systems components for a better regulatory framework on e-health services and devices. (1 KPI - Legal Framework for telemedicine)

Finally, the Action plan is concluded with a monitoring and evaluation plan for the identified actions that will be implemented and monitored throughout the second phase of the pilot actions implementation. The relevant stakeholders will evaluate the development of actions, in the context of Republic of Serbia. Based on the results of monitoring and evaluation of actions contained in the Action plan, National and Regional Action plans addendum will be produced. That document will analyse the results of the monitoring and will provide recommendations for the improvement and customization of the Action plan and indications on funds and their allocations.

1 Увод

Широм света расте популација људи старијих од 60 година. Осим тога, очекивани животни век је значајан настављајући се током последњих деценија, данас људи могу све дуже да живе активним и здравим животом.

Продужени животни век и повећан удео старијих у популацији у развијеним државама благостања праћени су значајним променама у перцепцији процеса старења, могућностима и потребама старијих, као и програмима који подржавају квалитетан живот у старијим фазама живота. Приступ кључним ресурсима који им омогућавају да успеју важан је за постизање благостања у старости, постизање адекватног укључивања у различите аспекте друштвеног живота, као и за задовољавање економских, друштвених и културних потреба.

Поред становања, којим се дефинишу основни услови живота, важан је и приступ комуникационим технологијама, посебно новим информационим технологијама, у условима када је приступ информацијама, новцу или административним услугама (издавање личних докумената, дозвола, регулисање пореских обавеза, стамбено збрињавање). итд.) се све више остварује кроз разне информатичке и електронске портале и апликације. Приступ јавном превозу, који омогућава просторну мобилност, такође је важан неопходан за остваривање активног живота и повезаности са другима у заједници. Ово је, пак, аспект који у претходним истраживањима није добио адекватну пажњу. Од посебног значаја је приступ социјалним услугама као кључним ресурсима потребним за пружање здравствене и социјалне заштите у овом узрасту, када је потреба за таквом заштитом повећана.

Тренутно старија популација покреће издатке за здравствену заштиту и дуготрајну негу без видљивог побољшања квалитета живота старијих особа. Како пружити адекватну здравствену услугу све већем броју старијих људи зависних од помоћи других је кључно питање, из области АДРИОН-а. Средња старост у ЕУ ће се повећати на 52,3 године до 2050. са 37,7 година у 2003. (Brookings Institution) и технологије/ вештачка интелигенција уз помоћ амбијента могу омогућити старијој популацији да дуже живи у свом окружењу. Овде друштвене иновације играју важну улогу, јер примењене на систем здравствене заштите стварају друштвену вредност са ефективним утицајем на друштво, агрегирајући потребе и интересе, повећавајући грађанско учешће и јачајући друштвену кохезију.

Главни циљ пројекта је да допринесе стварању транснационалног ефикасног екосистема за примену друштвених иновација у интегрисаним здравственим услугама за старију популацију широм АДРИОН земаља, кроз заједничку мрежу сарадње и јединствену стратегију преточену у регионалне и националне акционе планове, имплементирани и праћени у оквиру пилота, након што се иновативни приступи тестирају и ослоне на ИКТ систем за подршку одлучивању. Овај циљ доприноси теми друштвене иновације јер SI4CARE има за циљ да се позабави потребама старије популације АДРИОН-а за дуготрајном здравственом заштитом, посебно у удаљеним областима, стварањем окружења за сарадњу у којем је важно заједнички дизајнирати решења и ангажовати

велику транснационалну заједницу која представља све релевантне актере, као што су јавни и приватни пружаоци здравствених услуга, корисници и удружења, академска заједница и друштвени предузетници, добровољна удружења, невладине организације и јавни органи.

Као један од пројектних партнера и представник Србије у пројекту SI4CARE, Специјална болница „ Меркур “ из Врњачке Бање је најсавременији центар за дијагностику, превенцију, лечење и рехабилитацију дигестивних и дијабетесних болести у Србији. Болница има медицинску службу од 50 лекара, а то су 44 специјалиста и субспецијалиста. У оквиру болнице налазе се 4 савремена смештајна објекта са 780 лежајева, термоминерално купатило са минералним изворима, амбуланта, 24-часовна медицинска служба, одељење за дијабетес и лечење гојазности, одељење за гастроентерологију, одељење физиотерапије, гинеколошко терапијско одељење, кабинет за ултразвучну дијагностику, кабинет за ендоскопију, кабинет за кардиоваскуларне прегледе, кабинет за дијагностику и ласерску терапију, кабинет спортске медицине, кабинет за урологију и неуролошки кабинет.

У августу 2008. године Меркур је постао Национални едукативни центар за дијабетичаре на инсулинској терапији и уједно прва установа овог типа у овом делу Европе. Предност Националног центра је што се едукација, превенција и лечење оболелих од дијабетеса одвија на једном месту под свакодневном контролом, у релативно кратком року са тимом лекара различитих специјалности.

2 Анализа ситуације у региону

2.1 Територијална карактеристика региона/државе

Држава Србија простире се на 88.361 км² (са Аутономном покрајином Косово), што је сврстава на 113. место у свету; без Косова, укупна површина износи 77.474 км², што би га чинило 117. местом у свету .



Слика 1- Географски положај Србије - <https://autokartamapa.com/mape-gradova-srbija>

Укупна дужина граница је 2.027 км (са Албанијом 115 км, са Босном и Херцеговином 302 км, са Бугарском 318 км, са Хрватском 241 км, са Мађарском 151 км, са Македонијом 221 км, са Црном Гором 203 км и са Румунијом 476 км). Цела граница Косова са Албанијом (115 км), Македонијом (159 км) и Црном Гором (79 км) је под контролом Косовске граничне полиције.

Територија Републике Србије је административно територијално подељена на веће територијалне јединице покрајине и региона. Аутономне покрајине су: Војводина и Косово и Метохија, а региони: Београдски регион, Регион Војводине, Регион Шумадије и Западне Србије, Регион Јужне и Источне Србије и Регион Косова и Метохије. Мање територијалне јединице на које је Србија подељена су тзв. управни окрузи (30 управних округа - некадашњих округа, од којих је град Београд био посебан округ. У Србији постоје и градови - 26 градова и главни град Београд , затим 28 градских општина и 150 општина.



Слика 2 - Мапа градова Србије SEQ Picture * ARABIC - <https://autokartamapa.com/mape-gradova-srbija>

2.1.1 Државна регулатива

Република Србија је парламентарна демократска република заснована на владавини права. Народна скупштина је највише представничко тело и носилац уставотворне и законодавне власти. Извршну власт у Републици Србији има Влада Републике Србије. Судство је независно. Судови су независни у свом раду и суде на основу Устава и закона.

2.1.2 Саобраћајна инфраструктура

Република Србија има развијен друмски, железнички, ваздушни и водни саобраћај. Због низа географских предности, развој саобраћаја у Србији ће у будућности бити још бржи и обимнији. Главни саобраћајно чвориште у земљи је главни град Београд.

Кроз Србију пролазе два паневропска саобраћајна коридора: друмско-железнички Коридор 10, са огранцима Б и Ц, и речни Коридор 7.

2.1.3 Железнички саобраћај

Укупна дужина железничке мреже у Србији је 3.808,7 км, од чега је једноколосечно 3.533,2 км, а двоколосечно 275,5 км. Електрификовано је 1.196,1 км отворених колосека са пролазним колосецима (2017. године). Ово се односи на линије

стандардног колосека. Поред тога, постоје и пруге уског колосека, које су сада ван употребе или се користе за посебне намене (туристичка пруга као што је „ Шарганска осмица “).

2.1.4 Друмски саобраћај

Друмски саобраћај је окосница саобраћаја у Републици Србији. Најважније чвориште је главни град Београд, затим Нови Сад и Ниш. Путну мрежу у републици чине јавни и некатегорисани путеви. Мрежа јавних путева у Републици Србији има дужину од близу 41.000 км, од чега око 40% чине државни путеви.

2.1.5 Речни саобраћај

Србија је континентална земља и стога нема морске луке. Од лука у земљама у окружењу, за њену привреду највећи значај имају луке Бар у Црној Гори и Солун у Грчкој. С друге стране, речни саобраћај је развијен и од међународног значаја. Дужина речних пловних путева у Србији је 587 км (2005). Сви водни путеви у земљи налазе се у њеној северној половини и првенствено повезују државу са регионом средње Европе.

Најважнији пловни пут у Србији је река Дунав, важан паневропски пловни пут (Коридор 7) који повезује средњу Европу са црноморским регионом. Поред Дунава, целом дужином тока у земљи пловне су реке Сава и Тиса, док је река Велика Морава пловна на ушћу (20 км). Од вештачких водотокова (канала) плован је и канал Дунав-Тиса-Дунав.

2.1.6 Ваздушни саобраћај

У Србији постоји 39 званично регистрованих аеродрома, али је само 6 уврштено на листу аеродрома са IATA кодом.

Највећи и најважнији аеродром у земљи је београдски аеродром „Никола Тесла“ у Сурчину, удаљен 15 км од центра града. Због свог изванредног положаја, овај аеродром је некада био значајан и ван граница бивше Југославије, а очекује се да ће тај ниво бити поново достигнут у блиској будућности (као регионално саобраћајно чвориште).

У Србији су званично регистрована 4 хелидрома (2002).

2.1.7 Утицај саобраћајне инфраструктуре на доступност здравствених услуга

Због непостојања путне инфраструктуре, јавног превоза, продавница, културних, забавних и спортских објеката и удаљених здравствених установа, положај старих у руралним срединама носи веће изазове у односу на урбана. Приступ јавним и приватним услугама неопходним за свакодневни живот посебно је тежак у руралним срединама неповезаног типа. Додатни проблеми се често јављају у фрагментираним руралним подручјима као што су сви видови комуникација (телекомуникације, транспорт, итд.) становника тог подручја, што доприноси осјећају усамљености, одбачености и депресије, те доводи до смањених могућности подршке у заједници. у случају хитне потребе и веће неизвесности него у урбаним срединама.

Подаци о доступности превоза у Србији, посебно код старије популације, су ограничени. Истраживање „Градови и старење” пружило је увид у доступност јавног превоза међу старијима који живе у градовима у Србији. Показало се да 83% старих у градовима може да рачуна на јавни превоз у свом граду. Међутим, није лако доступан свим грађанима - само четвртина испитаника сматра да је јавни превоз у њиховом граду доступан свима.

Фактор који у посебно значајној мери одређује доступност превоза старијим лицима је удаљеност станица јавног превоза од места становања. Поменуто истраживање је показало да, иако 52% старих живи на мање од 500м од најближе станице, за петину њих ово растојање је много више од 500м, што је посебна потешкоћа за старије особе са ограниченом покретљивошћу.

Коначно, проблем на који су старији посебно указивали у квалитативном делу поменутог истраживања цена јавног превоза.

Мере и обим субвенционисања трошкова јавног превоза нису исти у свим градовима у Србији, а цене представљају проблем за поједине учеснике.

Будући да сеоска подручја углавном насељавају старији људи са нижим степеном образовања и нижим примањима, трошкови превоза нису јефтини (ако немају могућност превоза од стране чланова породице или пријатеља) и имају мање финансијских средстава за одлазак. приватној здравственој установи и плаћају коришћење здравствених услуга.

Здравствена заштита у Србији није подједнако доступна старијима, односно доступнија је у градовима него у руралним и удаљеним срединама. Као резултат миграције и депопулације, неке примарне здравствене установе - здравствене станице и амбуланте у руралним подручјима су затворене, а службе кућне неге и помоћи нису успостављене због малог броја штићеника. Резултат тога је отежан приступ сеоског становништва примарним здравственим услугама. У области јавног превоза постоје јасне разлике између руралних и урбаних подручја, јер и једно и друго има своје проблеме. Када је у питању село, један од највећих проблема је мали број одлазака, којих су у појединим местима само два. Овај проблем је посебно тешко решити јер је веома мали број потенцијалних путника, а учесници су свесни да је повећање броја полазака тешко.

У боље развијеним сеоским срединама постоје диспанзери као здравствена установа, док у неприступачним и мање насељеним сеоским подручјима здравствене установе готово да и нема.

Истраживање је регистровало да у 41% села у узорку постоји амбуланта. Међутим, као и код образовних институција и других служби, у овом погледу постоје значајне регионалне разлике. Чак 87% села у Војводини има амбуланту, док у централној Србији амбуланта постоји у 33% села, у западној Србији у 27% села и у југоисточној Србији у 20% села у узорку. Стога не чуди што је 41% испитаника истакло да их живот у датом насељу спречава да посете лекара у мери у којој је то потребно и када је то потребно.

Неприступачност је један од главних разлога незадовољства старијих у пружању здравствене заштите. Да би посетили здравствену установу у најближем граду, морају да издвоје трошкове превоза и одвоје много више времена него старији људи који живе у урбанијим срединама у погледу долазака и одлазака.

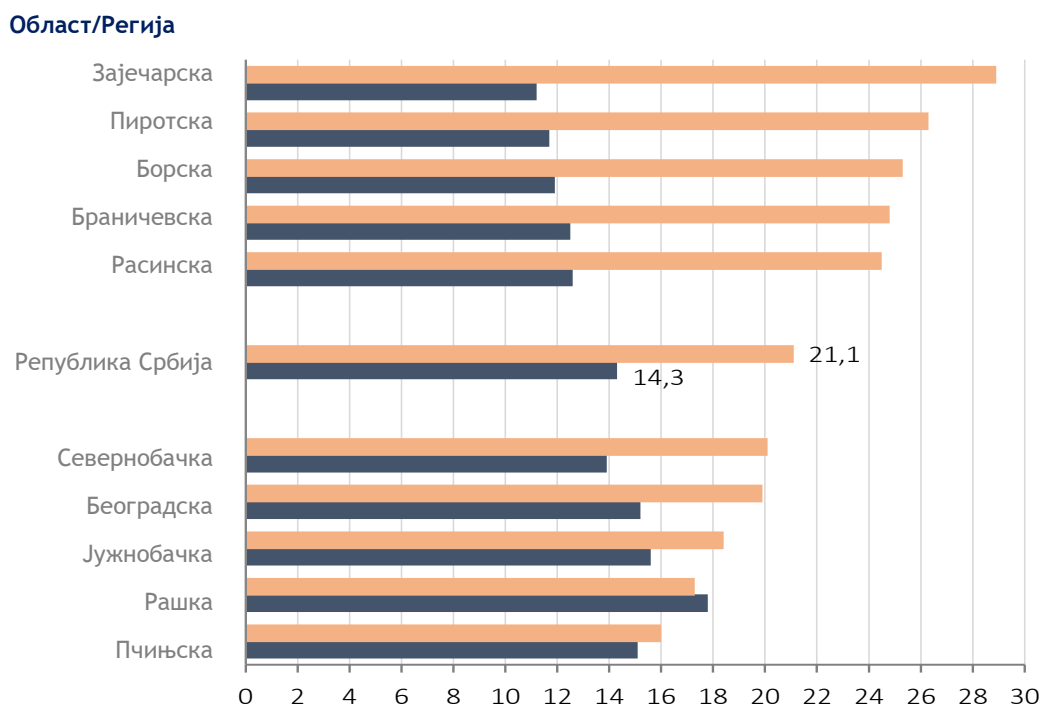
2.2 Социјално-демографска анализа региона/државе

Процењени број становника у Републици Србији у 2020. години је 6.899.126 (процене су засноване на резултатима статистике о природном кретању и унутрашњим миграцијама становништва). Посматрано по полу, 51,3% су жене (3.538.820), а 48,7% мушкарци (3.360.306).

Тачније, у старосној групи од 65-69 година је 513.954 лица, у старосној групи од 70-74 године је 369.794 лица, у старосној групи од 75-79 година је 244.429 лица, у старосној групи од 80-84 године има 187.903 лица, а у старосној групи од 85 и више година је 135.738 лица. Узимајући у обзир ове бројке, укупан проценат старијег становништва, укључујући све особе старије од 65 година, био би 16,54%. У Србији има 1.451.818 особа старијих од 65 година, а њих 344.768 је са когнитивним поремећајима. То је укупно 23,74%.

Настављен је тренд депопулације, што значи да је стопа раста становништва у односу на претходну годину негативна и износи -6,7 %. Истовремено, процес демографског старења становништва манифестује се ниским и стално опадајућим учешћем младих и високим и континуирано растућим учешћем старих у укупној популацији.

Посматрано на нивоу округа, у Зајечарском региону, највећи удео лица старости 65 и више година (28,9%) и истовремено најмањи удео становништва до 15 година (11,2%). С друге стране, најмањи удео лица старости 65 и више година је у Пчињском региону (16,0%), али је највећи удео млађих од 15 година прво у Рашкој (17,8%), а затим у Јужнобачкој (15,6%) и Београдски регион (15,2%). Графички приказ (Графикон 1) приказује првих и последњих пет области у којима је удео старог становништва (65+) највећи, односно најмањи. Поређења ради, за ова подручја је приказано учешће становништва млађе од 15 година.



Графикон 1- Удио младог и старог становништва у укупној популацији, ~ процена средином 2020. године. (Попис становништва, домаћинства и станова) - <https://www.stat.gov.rs/sr>

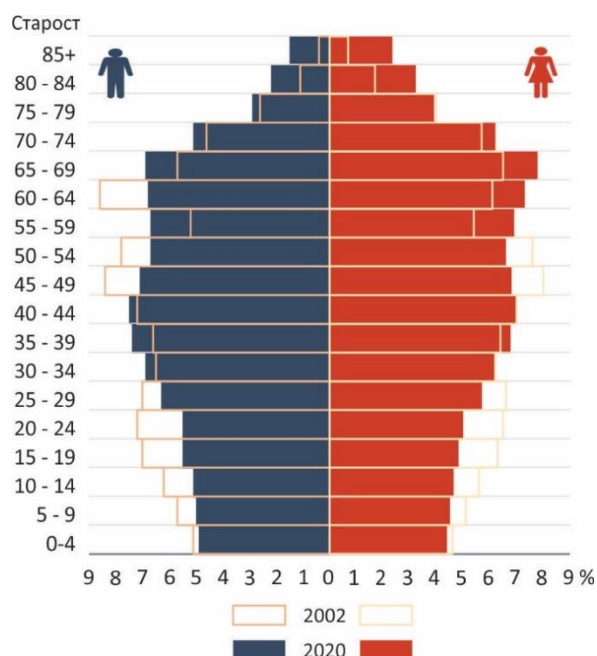
Кретање процењеног броја становника у периоду 2002-2020. Године

У периоду 2002-2020. године број становника Републике Србије је у континуираном опадању. На регионалном нивоу, само Београдски регион бележи раст становништва, док је најизраженији пад у Региону јужне и источне Србије.

Табела 1- Промене становништва у Републици Србији, 2002-2020 . (Попис становништва, домаћинства и станова) - <https://www.stat.gov.rs/sr>

	Република Србија	Београдски регион	регион Војводине	Регион Шумадије и Западне Србије	Регион Јужне и Источне Србије
Процењена популација (годишњи просек)					
2002	7500031	1578364	2034851	2135393	1751423
2011	7236519	1658151	1932945	2033203	1612220
2017	7020858	1687132	1871515	1941130	1521081
2018	6982604	1690193	1861863	1924816	1505732
2019	6945235	1694056	1852093	1908641	1490445
2020	6899126	1694480	1840852	1890449	1473345
Апсолутни успон - пад					
2002-2011	-263512	79787	-101906	-102190	-139203
2011-2017	-215661	28981	-61430	-92073	-91139
2017-2018	-38254	3061	-9652	-16314	-15349
2018-2019	-37369	3863	-9770	-16175	-15287
2019-2020	-46109	424	-11241	-18192	-17100
Брзина раста (%)					
2002/2011	-35,8	49,3	-51,4	-49	-82,8
2011/2017	-30,3	17,3	-32,3	-46,3	-58,2

2017/2018	-5,5	1,8	-5,2	-8,4	-10,1
2018/2019	-5,4	2,3	-5,3	-8,4	-10,2
2019/2020	-6,7	0,3	-6,1	-9,6	-11,5



удео старијих од 65 и више година удео млађих до 15 година

График 2Старосна пирамида (Попис становништва, домаћинства и станова) - <https://www.stat.gov.rs/sr>

У периоду 2002-2020. године удео лица млађих од 15 година смањен је са 16,1% на 14,3%, док је истовремено удео старијих (65 и више година) повећан са 16,6% на 21,1%.

Овакви трендови утичу и на смањење удела радно способног становништва (15-64) у укупном становништву, са 67,3% (2002) на 64,6% (2020). У истом временском интервалу просечна старост становништва порасла је са 40,2 на 43,4 године. На повећање броја старих утиче и продужење животног века, који за укупан број становника износи 1,9 година, са 72,3 године у 2002. години на 74,2 године у 2020. години.

2.2.1 Становништво по типу насеља

Према проценама становништва по типу насеља, у Републици Србији преовлађује градско становништво (61,2%). Градско становништво је демографски млађе од становништва осталих насеља. Просечна старост градског становништва је мања од просечне старости становништва у такозваним осталим насељима, за 2,7 година.

Различите старосне структуре становништва по типу насеља условљене су различитом фертилитетом, али пре свега разликама у правцу и обиму миграционих кретања.

Табела 2 Становништво по типу насеља (Попис становништва, домаћинства и станова) - <https://www.stat.gov.rs/sr>

	2002			2011			2020		
	укупно	урбан	други	укупно	урбан	други	укупно	урбан	други
Популација	7500031	4233302	3266729	7236519	4275178	2961341	6899126	4223866	2675260
Удео у укупном износу (%)	100,0	56,4	41,6	100,0	59,1	40,9	100,0	61,2	39,8
Просечна старост	40,1	39,2	41,4	42,1	41,2	43,3	43,4	42,4	45,1
Индекс старења	99,0	86,7	114,9	121,9	112,3	136,0	144,7	128,6	173,4
Зависност коефицијент старог становништва	24,7	20,1	31,4	25,2	22,1	30,0	32,7	29,8	37,2
Плодни контингент	24,1	26,1	21,6	22,6	24,0	20,5	21,7	22,9	19,8

2.2.2 Старији на територији Србије који живе у институцијама и кућној нези

Сваки трећи становник Србије старији од 65 година у 2013. години користио је нечију помоћ у обављању свакодневних послова у домаћинству (33%), док је сваки седми користио нечију помоћ у обављању послова личне неге (14,9%).

На крају 2016. године, око 3.000 корисника старијих од 65 година боравило је у преко сто приватних лиценцираних домова²³, које у потпуности финансирају корисници. Преко 60% укупног приватног смештаја налази се у Београду. Расположиви смештајни капацитети у Србији у 2018. години у свим установама за смештај одраслих и старих лица износили су 16.444, што је повећање од 17% у односу на 2017. годину и чак 49% у односу на 2015. То укључује и јавни и приватни сектор, са 70 установа. које су крајем 2018. године добиле лиценцу на шест година и 151 установа са ограниченом лиценцом.

2.2.3 Проценат старијих људи добија помоћ код куће од јавних здравствених установа

37,6% становништва старијег од 65 година у Србији пријавило је озбиљне потешкоће у свакодневном животу (спремање хране, лакши и захтевнији кућни послови, куповина намирница и сл.), а 11% је пријавило потешкоће у обављању делатности личне неге (облачење и свлачење, коришћење тоалета), купање, туширање итд.

2.2.4 Проценат старијих људи добија помоћ у јавним здравственим установама

Пацијенти старости 65 и више година чинили су 31,56% свих болничких пријема. Ово сугерише да старосни распон од 65 до 69 година представља посебно рањив сегмент становништва на хоспитализацију. Даља потврда за ово становиште долази из налаза да је 71% старијих особа пријавило да је редовно посећивало своје примарне лекаре. Ово упркос чињеници да значајан број њих захтева помоћ других лица у одласку код својих примарних лекара. Илустрације ради, међу особама старијим од 80 година, 85,1 % је

изјавило да им је потребна помоћ других особа у различитим активностима свакодневног живота.

2.3 Преглед повезаних резултата SI4CARE пројекта

Пројекат SI4CARE финансира програм ADRION, европски транснационални програм који улаже у регионалне иновационе системе, културно и природно наслеђе, отпорност на животну средину, одрживи транспорт и мобилност, као и изградњу капацитета. Будући да је програм транснационалне сарадње, ADRION доприноси Европској територијалној сарадњи, што је један од циљева кохезионе политике ЕУ, која има за циљ промовисање складног економског, социјалног и територијалног развоја Европске уније у целини и пружа оквир за спровођење заједничких акција и размена политика између националних, регионалних и локалних актера из различитих држава чланица. Окупљајући осам партнерских држава, ADRION има за циљ да делује као покретач политике и иноватор управљања у корист више од 70 милиона људи у јадранском и јонском региону.

Основни циљ пројекта је да допринесе стварању транснационалног ефикасног екосистема за имплементацију друштвених иновација у интегрисане системе здравствене заштите за старије широм земаља ADRION -а, кроз заједничку мрежу сарадње и јединствену стратегију преточену у регионално и национално деловање. планове. иновативни приступи тестирани и подржани ИКТ системима за подршку одлучивању.

Овај циљ доприноси теми друштвених иновација, јер SI4CARE има за циљ да одговори на потребе старије популације ADRION -а за дуготрајном здравственом заштитом, посебно у удаљеним подручјима, стварањем заједничког окружења у којем је важно заједнички дизајнирати решења и ангажовати велика транснационална заједница. Сви релевантни актери, као што су јавни и приватни пружаоци здравствених услуга, корисници и удружења, академска заједница и друштвени предузетници, добровољна удружења, невладине организације и јавни органи.

Преглед сродних испорука пројекта обухвата резултате пет активности спроведених у оквиру WPT1 - Социјалне иновације у здравственој заштити старије популације програмске области АДРИОН - садашње и будуће карактеристике и WPT2 - Друштвене иновације у здравственим системима - Алати и Пилот Акције.

Реализоване пројектне активности у оквиру WPT1 су:

- АТ1.1 Социјалне иновације и здравствене услуге усмерене на старију популацију - постојеће стање
- АТ1.2 Изазови за здравствене системе узроковани демографским променама
- АТ1.4 Кључне активности и потенцијал за интегрисану заштиту здравља оптимизације.

Реализоване проектне активности у оквиру WPT2 су:

- АТ2.1 Друштвене иновације у здравственом систему: Примери добре праксе, услуга и алата у ЕУ за SI4CARE акције.
- АТ2.4 Пилот акција.

2.3.1 АТ1.1 Социјалне иновације и здравствене услуге усмерене на старију популацију - постојеће стање

Пројектни партнери (ПП), у оквиру ове активности, урадили су индивидуалне анализе тренутног стања у области друштвених иновација намењених старијој популацији у земљама порекла, са посебним акцентом на регионе у којима послују. Као резултат активности, припремљен је транснационални извештај у области социјалних иновација и здравствених услуга намењених старијој популацији програмског подручја АДРИОН.

Пројектни партнер из Србије, Специјална болница Меркур , описао је тренутно стање у документу „SI4CARE_WPT1_Report1.1_StatusQuo“. Анализа је обухватила опис здравственог система Србије, установа/организација које пружају услуге социјалне и здравствене заштите и кућне неге, доступности здравствених установа за старија лица која живе на селу, прилагођеност система здравствене заштите старим лицима због Пандемија вируса КОВИД-19, законодавни и стратешки оквир, употреба нових технологија и преглед институција социјалне помоћи.

Здравствени систем у Србији

Национални здравствени систем у Србији заснива се на обавезном здравственом осигурању за све запослене грађане. Покриће се обезбеђује и обезбеђује свим запосленим лицима, пензионерима, samozапосленим лицима и пољопривредницима који доприносе, укључујући њихове супружнике, издржавану децу и старије родитеље осигураника. Држава покрива трошкове здравственог осигурања за угрожене групе (инвалиде, незапослене и сл.) у складу са чланом 22. Закона о здравственом осигурању. Иако су осигураници и њихове породице покривени овом врстом осигурања, значајни су трошкови „из џепа“ за разне врсте додатних здравствених услуга (лабораторијске анализе, стоматолошке услуге, лекови и сл.). Приватни здравствени сектор је још увек у раној фази развоја, посебно у области болничког лечења.

Здравствена заштита у Србији се пружа кроз широку мрежу јавних здравствених установа у власништву и под контролом Министарства здравља. Здравствене установе обављају здравствену делатност на примарном, секундарном и терцијарном нивоу. Примарни ниво обухвата установе у које грађани могу да оду без упутстава: Дом здравља , апотека, студентска поликлиника итд. Најважнија институција на примарном нивоу је Дом здравља . У болницама којих у Србији има 77, сваком пацијенту ће бити пружена здравствена заштита која му је потребна: амбулантно (преглед специјалисте у поликлиници) или болничко лечење, управо лежећи у тој болници. Када здравствени проблем превазилази техничке услове болница или захтева највиши ниво стручног мишљења здравствене заштите, пацијент се упућује у клиничка центра којих у земљи

има 4. То је терцијални и последњи ниво здравственог система у Србији. За све посете лекару терцијарног нивоа је упутница вашег лекара из Дома здравља коју је он издао на основу препоруке лекара из болнице.

Број свих установа на примарном, секундарном и терцијарном нивоу.

- Домова здравља 158 (116 самосталних, 42 у оквиру домова здравља)
- Самосталних апотека - 35
- установама на примарном нивоу здравствене заштите - 16
- опште болнице - 40 (16 самосталних, 24 у оквиру домова здравља)
- специјалне болнице 37 (20 за акутна и хронична стања, 17 за рехабилитацију)
- клинике - 6
- институти - 16
- клиничко-болнички центри - 4
- клинички центри - 4
- установе на више нивоа здравствене заштите - 29 (4 завода за јавно здравље, 19 завода за јавно здравље, 6 других установа (за трансфузију, за судску медицину, за медицину рада)

Број/проценат старих који живе у институцијама и кућној нези

Сваки трећи становник Србије старији од 65 година у 2013. години користио је нечију помоћ у обављању свакодневних послова у домаћинству (33%), док је сваки седми користио нечију помоћ у обављању послова личне неге (14,9%).

На крају 2016. године, око 3.000 корисника старијих од 65 година боравило је у преко сто приватних лиценцираних домова²³, које у потпуности финансирају корисници. Преко 60% укупног приватног смештаја налази се у Београду. Расположиви смештајни капацитети у Србији у 2018. години у свим установама за смештај одраслих и старих лица износили су 16.444, што је повећање од 17% у односу на 2017. годину и чак 49% у односу на 2015. То укључује и јавни и приватни сектор, са 70 установа. које су крајем 2018. године добиле лиценцу на шест година и 151 установа са ограниченом лиценцом.

Број главних установа (примарна и секундарна заштита)

Стационарну (болничку) здравствену заштиту у 2018. години пружало је 128 здравствених установа у Републици Србији. То су: стационарна одељења у домовима здравља (21), опште болнице (40), специјалне болнице (34), институти (2), институти (16), клинике (7), клиничко-болнички центри (4) и клинички центри (4).

Број болничких кревета у Србији:

У болницама у Србији има 42.434 кревета (подаци од 3.03.2021).

Број лекара и медицинских сестара по популацији: 110.352 запослених, и то 20.679 доктора медицине, 1.685 доктора стоматологије, 1.416 фармацеута, 45.309 медицинских сестара, 15.708 здравствених радника и других сарадника (подаци од 22.02.03.)

Проценат јавних расхода који се троше у здравственом систему: 2020. године на биланс опште државе у великој мери је утицала пандемија коронавируса. Реални пад БДП-а у четвртм кварталу 2020. године у односу на исти период претходне године износио је 1,1%. Према подацима из макроекономских показатеља Министарства финансија 2019, вредност бруто домаћег производа (БДП) по глави становника у 2019. години износила је 6.593 евра, учешће јавних расхода у укупним расходима намењеним за здравствену заштиту

Проценат здравствених трошкова за старије особе:

У 2011. години издаци за новчана давања за помоћ и негу у систему пензијског и инвалидског осигурања за старије од 65 година могу се проценити на преко 8,6 милијарди динара.

Укупни трошкови услуга дуготрајне неге који се пружају кроз ова три система износили су 0,53% БДП-а Србије, што је знатно ниже од просека Европске уније.

Приступ здравственим установама за старије особе које живе у руралним подручјима

Здравствена заштита у Србији није подједнако доступна старијима, односно доступнија је у градовима него у руралним и удаљеним срединама. Као резултат миграције и депопулације, неке примарне здравствене установе - здравствене станице и амбуланте у руралним подручјима су затворене, а службе кућне неге и помоћи нису успостављене због малог броја штићеника. Резултат тога је отежан приступ сеоског становништва примарним здравственим услугама.

Доступност здравствених услуга у локалној заједници, обухвата становништво са здравственим осигурањем и приступ здравственим услугама. Истраживање је регистровало да у 41% села у узорку постоји амбуланта. Међутим, као и код образовних институција и других служби, у овом погледу постоје значајне регионалне разлике. Чак 87% села у Војводини има амбуланту, док у централној Србији амбуланта постоји у 33% села, у западној Србији у 27% села и у југоисточној Србији у 20% села у узорку. Стога не чуди што је 41% испитаника истакло да их живот у датом насељу спречава да посете лекара у мери у којој је то потребно и када је то потребно.

Приступ здравственим установама за стара лица која живе у руралним подручјима је отежан због чињенице да у њиховим местима не постоје објекти за пружање здравствених услуга на њиховом примарном или секундарном нивоу.

Прилагођавања система здравствене заштите старијих због пандемије КОВИД-19

Извршене су промене у погледу броја запослених и кревета: а) Ковид болница Батајница запошљава око 900 здравствених радника - медицинских сестара и лекара разних специјалности, б) Болница у Батајници располаже са 930 болничких постеља, од којих је 250 на одељењу интензивне неге. , са респираторима, кисеоником, ц) болница у Крушевцу има 500 кревета за интензивну и полуинтензивну негу и д) у болници Ковид19 у Крушевцу ради 129 лекара и 504 медицинске сестре.

Законодавство за старије

Права старијег становништва Републике Србије регулисана су директно или индиректно бројним законима, од којих су најзначајнији:

1. Закон о пензијском и инвалидском осигурању („Службени гласник РС“, бр. 142/2014) један је од најважнијих закона који регулишу права старих лица, с обзиром да су њиме уређена добровољно и обавезно пензијско и инвалидско осигурање. У складу са чланом 19. овог закона, право на старосну пензију стиче се када лице: 1) наврши 65 година живота (мушкарци) или 62 године живота (жене) и најмање 15 година стажа осигурања; 2) наврши 45 година стажа осигурања. Истовремено, за 2018. важи услов да жене морају да имају 62 године, док ће 2031. та граница достићи 64 године и 10 месеци.
2. Закон о доприносима за обавезно социјално осигурање („Службени гласник РС“, бр. 113/2017) још један закон је од великог значаја за треће животно доба, јер регулише утврђивање и плаћање доприноса за обавезно социјално осигурање, које обухвата пензијско и инвалидско осигурање.
3. Законом о раду („Службени гласник РС“, бр. 113/2017) дефинисане су могућности за заснивање радног односа старијих лица. Тако, у складу са чланом 24. Закона о раду, лице које прима старосну пензију може засновати радни однос без ограничења, без губитка права на пензију. Међутим, у складу са чланом 176. овог закона, лица која примају инвалидску пензију не могу засновати радни однос. Поред тога, Законом о раду је дефинисана отпремнина коју је послодавац дужан да исплати запосленом, а која износи најмање две просечне зараде (члан 119). Социјална инклузија старих у Србији.
4. Законом о социјалном становању („Службени гласник РС“, бр. 72/2009) дефинисана су лица која имају право да решавају стамбене потребе као што су нестамбени, односно лица која немају стамбено збрињавање одговарајућег стандарда и која не могу да обезбеде стан. на тржишту од прихода који остварују услови”. Чланом 10. овог закона прописано је да они имају предност у одређивању приоритета лица из осетљивих група, у које спадају лица старија од 65 година.
5. Закон о социјалној заштити („Службени гласник РС“, бр. 24/2011) је најзначајнији документ регулисане области социјалне заштите која обухвата услуге намењене старијој популацији. Ове услуге обухватају услуге смештаја, дневне собе и кућне помоћи. Према члану 41. овог закона лице старије од 65 година може бити корисник услуга социјалног осигурања ако су то њена безбедност, благостање и продуктивност угрожени годинама старости, болешћу, инвалидитетом и сл.
6. Законом о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, бр. 10/2016) уређује се обавезно и добровољно здравствено осигурање у Републици Србији. Према члану 22. овог закона, лица старија од 65 година сматрају се да припадају групи која је изложена повећаном ризику од болести, а сматрају се осигураницима и ако не испуњавају услове за стицање истог.

Законодавство за старе и телемедицину

Не постоји закон о телемедицини.

Интеграција нових технологија у здравствени систем

- Нова здравствена технологија се може применити,
- здравствена установа,
- друго правно лице за које је посебним законом предвиђено обављање здравствене делатности,
- приватна пракса ,
- да за то има обучено одговарајуће особље, као и,
- да има адекватан простор, опрему, лекове и медицинска средства.

Захтев за издавање дозволе за коришћење нове здравствене технологије подноси се Министарству. У вршењу процене здравствене технологије за нова медицинска средства и медицинске процедуре, Министарство врши:

- 1) увидом у примљену документацију и утврђује формалну потпуност захтева, у складу са законом и овим правилником;
- 2) подношење захтева за процену здравствене технологије Заводу, поштом, односно електронским путем, ради прибављања мишљења о процени здравствене технологије;
- 3) оцену административног дела захтева из члана 6. став 3. Правилника (за медицинске захвате у једнодневној хирургији наведене у Прилогу 1. Правилника), као и за медицинске захвате из области „ антиаге “ лек наведен у Прилогу 2 Правилника;
- 4) оцену административног дела захтева из члана 5. став 3. и члана 6. став 3. Правилника, ако је здравствена технологија лиценцирана за употребу у Републици Србији, односно на одређеном нивоу здравствене заштите и процењени ниво ризика је средњи, висок или критичан.

2.3.2 AT1.2 Изазови за здравствене системе узроковани демографским променама

Табела 3- Главни изазови у пружању здравствених услуга за старију популацију у Србији (SI4CARE_WPT1_Report1.2_Challenges, 2022)

Србија	Код боја	Главни изазов
Општи ниво адекватности здравственог система		Недостатак систематског спровођења нових интервенција, обезбеђења финансијских и људских ресурса, технолошке опреме и кућне неге као и доступности здравствене заштите, организације услуга, превенције, социјалне подршке и специјализованих стручњака, регрутације квалификованог особља
Општи ниво приступачности		Проблеми приступачности сеоских путева (тј . због лоших путева и удаљености), посебно за старије особе са сметњама у кретању (тј. због старих објеката и недостатка рампи), дугог чекања и недостатка кућне неге
Општи ниво приступачности		Финансијске потешкоће посебно за ниске пензионере, веома је неопходно да старија особа прибегне приватном сектору
Ниво интеграције нових технологија		Нове технологије нису успешно уграђене у здравствене услуге и да постоји потреба за побољшањем дигиталне писмености, нема приступа услугама телемедицине
Ниво социјалне подршке старима		Потребе старих лица су благо покривене услугама кућне неге и услуга дневне његе
Дискриминација за старије		Нема разлике у њиховом приступу здравственом систему у односу на њихове млађе колеге
Ефекат КОВИД-19		Ограничено пружање услуга погоршало је доступност
		Издавање на адекватном нивоу
		Питање се може ревидирати/побољшати
		Проблематично питање - потребна је акција да се услови побољшају

Табела 4- Главни изазови у пружању здравствених услуга за старије особе са когнитивним оштећењем/деменцијом у Србији SI4CARE_WPT1_Report1.2_Challenges, 2022, 2022)

Србија	Код боја	Главни изазов
Општи ниво адекватности здравственог система		Недостатак здравствене стручности, комуникације са другим специјалностима, установама/програмима, социјалним услугама и подршком, као и обука неговатеља
Општи ниво приступачности		Проблеми приступачности руралних подручја, мала до нimalo добра приступачност аутомобилом и јавним превозом, умерена могућност да их специјалиста посети код куће
Општи ниво приступачности		Финансијске потешкоће и умерени до високи трошкови рехабилитације, неопходно је да старија особа прибегне приватном сектору
Ниво интеграције нових технологија		Нема приступа здравственим услугама путем интернета или телемедицинским услугама, нове технологије (виртуелна стварност, „паметне куће“) нису коришћене да би се олакшао живот старијих
Ниво социјалне подршке за старије особе са когнитивним оштећењем/деменцијом		Заједница пружа мале подстицаје за старије да учествују у друштвеним активностима, потребе старијих су благо до умерено покривене услугама кућне неге и услуга дневне неге
Дискриминација за старије особе са когнитивним оштећењем/деменцијом	-	Нису дати подаци о дискриминацији старијих особа са когнитивним поремећајима
Ефекат КОВИД-19		Умерено задовољство начином на који је здравствени систем одговорио на здравствене потребе неговатеља,
		Издавање на адекватном нивоу
		Питање се може ревидирати/побољшати
		Проблематично питање - потребна је акција да се услови побољшају

2.3.3 AT1.4 Кључне активности и потенцијал за интегрисану заштиту здравља оптимизације.

Комбинујући изазове и потребе идентификоване у AT1.2 и побољшања фокус групе, пројектни партнери су били у обавези да припреме листу здравствених политика, услуга, процедура, протокола, прописа и техничких решења која би требало да се имплементирају у националним/регионалним контекстима како би премостили постојеће празнине и побољшао квалитет здравствене заштите старих и тиме побољшао квалитет њиховог живота. Исход ове активности резултирао је креирањем Листе жеља за социјалне иновације у здравственим услугама за старе (DT1.4.1).

Специјална болница Меркур, као партнер на пројекту, креирала је листу жеља за себе која је приказана у табели испод.

Табела 5- Листа жеља (SI4CARE_DT1.4.1_Wish List PP09, 2021)

Назив жеље	Опис жеље
1. Телемедицина подржана Здравствена нега за старију популацију и хроничне болеснике	С обзиром на старење становништва у Србији не добија адекватну здравствену услугу, а време које је тренутно потребно за приступ здравственим услугама је предуго, увођење софтверског решења у здравство је важан развојни задатак јер би велики број старијих особа добио здравствену заштиту. негу код куће без посете лекару што би смањило потребе за особљем и смањило велике гужве као и дуга чекања у њима.
2. Употреба телемедицине за смањење трошкова здравствених услуга за старије особе	Имајући у виду ниске приходе старијег становништва у Србији, софтверска решења за друштвене иновације омогућавају старијим особама да обаве специјалистичке прегледе код куће. Исто тако, ово ће допринети стварању екосистема који би требало да покрене јавно финансирање и нове политике.
3. Здравствене услуге код куће за старије особе у руралним подручјима	Имајући у виду проблеме неких установа примарне здравствене заштите - затворене су здравствене станице и амбуланте у руралним подручјима, приступ сеоског становништва услугама примарне здравствене заштите, телемедицина превазилази проблеме који се најчешће јављају када је у питању здравствена заштита старих лица, а то су удаљеност локације за добијање услуге, отежан транспорт до локације, недоступност јавног или личног превоза и недостатак људске помоћи.

2.3.4 AT2.1 Друштвене иновације у здравственом систему: Примери добре праксе, услуга и алата у ЕУ за SI4CARE акције.

СБ Меркур је идентификовао две најбоље праксе: „Let’s talk“ и „SmartCare“

Табела 6- Let’s talk (SI4CARE_DT2.1.1_Best Practices, 2022)

Опште информације	
Назив идентификоване најбоље праксе	Апликација: Let's talk - Једна од новоразвијених услуга Црвеног крста Србије је дигитална апликација за мобилне телефоне, таблете и рачунаре „Хајде да причамо“, чија је сврха да помогне суграђанима којима је потребан бесплатан, поверљив савет психолога. да га добити.
Опис најбоље праксе	Циљ ове службе подршке је да помогне људима да се опораве од кризе која је пореметила и променила њихове животе и да ојача капацитете људи да превазиђу стрес, како би се побољшало психосоцијално благостање појединаца и заједнице у целини. Отворени су телефонски центри за пружање прве психолошке помоћи, информисања и психосоцијалне подршке првенствено старијим особама и особама са инвалидитетом којима је таква помоћ потребна. Добро обучени људи пружају информације, али и разговарају о страху са позиваоцима, њиховим бригама или стрепњама у вези са епидемијом, имунизацијом и мерама заштите.

Табела 7- SmartCare (SI4CARE_DT2.1.1_Best Practices, 2022)

Опште информације	
Назив идентификоване најбоље праксе	СМАРТЦАРЕ - СмартЦаре има за циљ да дефинише заједнички скуп стандардних функционалних спецификација за отворену ИКТ платформу која омогућава пружање интегрисане неге старијим грађанима Европе. Укупно 23 региона и њихови кључни актери ће дефинисати свеобухватан скуп блокова за интеграцију око изазова дељења података, координације и комуникације.
Опис најбоље праксе	SmartCare услуге пружају потпуну подршку кооперативном пружању неге, интегрисаној са бригом о себи и широм организационих сила, укључујући основне алате за координацију као што су заједнички приступ подацима, дизајн и извршење пута неге, као и комуникацијску подршку у реалном времену тимовима за негу и више организација приступ кућним платформама. Услуге се заснивају на напредним ИКТ-има који су већ распоређени у пилот регионима, укључујући високу пенетрацију кућних платформи за теленегу и даљински надзор.

2.3.5 AT2.4 Пилот акција

AT2.4 ће развити и имплементирати SI4CARE пилоте на одабраним локацијама са фокусом на стратешке области: телемедицина/кућна нега, мобилност/приступачност здравственим установама. Сваки ПП/група ПП ће изабрати сегмент интегрисаног модела здравствене заштите и комбиновати и прилагодити један или више постојећих алата, идентификованих и међу најбољом праксом у AT2.1, на основу изазова и потреба дефинисаних у WPT1. Подаци прикупљени током пилотирања биће унети у SI-DSS, потврђујући транснационални модел интегрисаног система здравствене заштите за старију популацију. Лабораторија (истраживачи, универзитети, стручњаци, предузећа) ће изабрати ИКТ алате, апликације, процедуре и протоколе како би у најбољем случају одговорили на здравствене потребе старијих.

Такође ће бити дефинисани друштвени/кључни индикатори учинка за здравље, квалитет живота, социјално/економски утицај пилота, који ће се користити за имплементацију пилота и евалуацију у АТ2.5.

Имплементација пилота је подељена у 3 појединачне фазе:

Припремна фаза (јануар 2021-јул 2021)

У припремној фази партнери ће морати да се позабаве дизајном концепта и његовим техничким захтевима, организују тим укључених СХ, планирају конкретне активности, у случају да обезбеде опрему ИКТ решења, дозволе/овлашћења, узимајући у обзир повезане друштвене аспекте и укључене заинтересоване стране.

Фаза имплементације и праћења (август 2021. - јул 2022.)

У фази имплементације и праћења, партнери ће почети да имплементирају пилот, укључујући инсталацију опреме или ИЦТ-а, њихово тестирање, валидацију, покретање сервиса и рад.

Фаза затварања (август 2022-децембар 2022)

У фази затварања, партнери ће саставити коначне документе са резултатима пилота, лекцијама и препорукама за наставак услуге и репликацију.

Пилот пројекат који је тренутно у току у Специјалној болници Меркур описан је у следећој табели.

Табела 8- Пилот опус (SI4CARE_DT2.4.Pilot ICT solution for monitoring the health of patients after returning home PP09)

Укључивање заинтересованих страна (stakeholder-a)

Заинтересоване стране (stakeholder-i) ПП09 партнера учествовале су у изради извештаја о Status quo, попуњавањем упитника и учествовале на пројектним састанцима на којима су својим мишљењима, знањем и искуством допринели идентификовању главних изазова у земљи дефинисаних у извештају о изазовима. Прво окупљање свих заинтересованих страна било је на састанку РФГ на којем је главна тема била анализа актуелне ситуације у земљи. Убрзо након тог састанка, заинтересоване стране су биле присутне онлајн путем ZOOM-а на састанку пројектних партнера у Врњачкој Бањи. Пројектни партнер редовно комуницира са заинтересованим странама и извештава их о напретку пројекта и предстојећим активностима. Такође, заинтересоване стране увек добијају позиве да присуствују свим догађајима које организује SI4CARE пројекат.

Табела 9- Партнер на пројекту ПП09 СБ Меркур - Списак SH-а (SI4CARE_Target Groups MONITORING_PP09)

Актери	Назив организације
Национални јавни орган	Министарство за бригу о породици и демографију Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања
Регионална јавна управа	Републички завод за статистику Центар за социјалну политику Мисли Хвала

Локација пилота		Специјална болница Меркур
Опис пилота		Пилот ће бити реализован на болничком нивоу, на пацијентима Меркур (од којих је више од половине старијих од 65 година), из целе Србије. Главна циљна група пацијената су особе са дијабетесом (Меркур је национални центар за дијабетес који прима до 10.000 дијабетичара годишње). Пилот ће увести SmartCare као пример добре праксе и кроз ИКТ решења у виду мобилне апликације пратиће здравље пацијената по повратку кући, уз могућност даљинске комуникације за консултације са Меркуровим лекарима (биће организован позивни центар). Реч је о томе да пацијенти након завршетка боравка у Меркуру настављају да комуницирају са лекарима путем апликације путем које ће лекари моћи да прате њихово здравље и да кроз одређене задатке и савете пруже адекватну стручну помоћ за унапређење свог здравља. Одговарајући тип пацијента за пилота је онај који добро користи паметни телефон, тачније онај који је дигитално писмен. Пилот ће пратити кампању позивања старих Меркурових пацијената да се придруже пилоту. Већина резултата (KPI) ће бити праћена софтвером, а проблеми фокуса биће статистички анализирани.
Циљ/Циљеви		- Доказати да се телемедицином може утицати на здравствено стање старијих особа (пружати негу Меркур пацијентима на даљину - када се врате кући) - ППО9 у координацији са АП реализоваће акције које ће побољшати здравствено стање старих и целокупног здравственог система у Србији - Смањите трошкове и чекања на прегледе у здравственим установама - Побољшати доступност здравствених установа за старије особе које живе у руралним подручјима како би добили адекватну здравствену заштиту - Побољшати животне навике старијих - Користити телемедицину као решење за недостатак ресурса здравственог система како би се обезбедила адекватна нега за старије
Локална јавна управа		Градски центар за социјални рад у Београду Центар за социјални рад Трстеник Центар за социјални рад Сомбор Центар за социјални рад Зрењанин Центар за социјални рад Краљево Центар за социјални рад Нови Пазар Центар за социјални рад Врњачка Бања Градски завод за јавно здравље Београд
Међународна организација према међународном праву		Агенција Уједињених нација за сексуално и репродуктивно здравље УНФПА
Пружалац инфраструктуре и (јавних) услуга		Геронтолошки центар Обреновац Геронтолошки центар Крушевац Геронтолошки центар Бечеј Геронтолошки центар Кањижа Геронтолошки центар Јагодина Геронтолошки центар Нови Сад Геронтолошки центар Сомбор Дом за стара лица и пензионере Мол Дом за смештај одраслих Забучје
Секторска агенција (Агенције за специфичне болести (тј . Алцхајмер);		Српско удружење за Алцхајмерову болест Удружење "Моћ пријатељства АНИТИ"
Интересне групе организације		Укључујући невладине Црвени крст Србије Удружење стручних радника социјалне заштите Србије Црвени крст Алибунар

3 Критичка анализа региона

3.1 Процена потреба / анализа потреба-потражња-понуде

Кључне области у којима је потребан развој и којима треба дати приоритет у будућности:

1. Унапређење институционалних механизма
2. Унапређење услуга социјалне и здравствене заштите
3. Унапређење дигиталне инклузије старијих

3.1.1 Унапређење институционалних механизма

Важно је унапредити алате за праћење животних услова старих лица, праћење спровођења политика и мера и процену њихових ефеката.

- Неопходно је планирати израду и доношење нове Стратегије старења за наредни период, која би имала холистички приступ унапређењу различитих аспеката живота старијих особа, који су били предмет анализе у овој студији. Нова Стратегија би успоставила свеобухватне и координисане мере и активности за унапређење социјалне инклузије старијих жена и мушкараца у Републици Србији и истовремено унапредила њихов економски положај и унапредила њихова људска права.
- Стратегију, за разлику од претходне, треба да прати детаљан акциони план, са прецизно дефинисаним задацима, носиоцима активности, индикаторима и роковима за спровођење планираних мера и активности, за шта ће бити обезбеђена довољна финансијска средства. Производња
- Неопходно је успоставити адекватне институционалне капацитете за социјализацију укључивања старијих особа и спровођење политика и закона који треба да обезбеде ове јасно утврђене надлежности и механизме.
- Неопходно је унапредити евиденцију и податке на основу којих би се пратио обухват категорије старих лица са различитим видовима заштите. Подаци о појединим облицима заштите су оскудни или несистематични, пре свега у области палијативног збрињавања и дуготрајног збрињавања, као и подаци о обухвату и квалитету различитих услуга социјалне заштите. Ово се односи и на систематско праћење покривености пензијама, уз увид у угроженост појединих група, као што су жене и рурално становништво.
- Потребна је заштита континуирано прикупљање података о корисницима социјалних и здравствених услуга, разврстане по годинама и полу. Ово ће омогућити лонгитудинално боље праћење положаја и здравља старијих, а самим тим и могућност континуиране оптимизације услуга за посебно осетљиве групе старих.
- Акциони план за спровођење Стратегије палијативног збрињавања је истекао и потребно је унапређење ове области дефинисано новим акционим планом.
- Неопходно је обезбедити систематски увид у доступност, дистрибуцију и садржај услуге палијативног збрињавања широм Србије и да се, само на основу

прецизнијих увида у стање услуге и процене незадовољених потреба, дефинишу мере за даљи развој система. .

3.1.2 Унапређење услуга социјалне и здравствене заштите.

- Посебно је потребно повећати обухват старих међу сеоским становништвом, које је значајно ускраћено за ове услуге.
- С обзиром на то да су услуге за стара лица изузетно неравномерно распоређене између локалних самоуправа, неопходно је - политикама и мерама са републичког нивоа, а посебно кроз наменске трансфере - подстицати развој услуга за стара лица у локалним заједницама у којима ове услуге недостају, било кроз развој јавних услуга или подршку цивилном сектору.
- Постоји потреба да се повећа разноврсност социјалних услуга за старије, како би оне покривале шири спектар услуга и пружале различите нивое укључености и подршке старијих, према потреби и преференцијама (нпр. дневни центри, клубови, помоћ у кући у различитим облицима).).
- Неопходно је унапредити континуирану едукацију свих стручњака који раде са старим лицима, како би се унапредио квалитет услуга и смањио ризик од синдрома сагоревања код запослених.

3.1.3 Унапређење дигиталне инклузије старијих.

- Неопходно је омогућити да се апликације које се користе у приступу различитим услугама е-управе, приступу здравственим и социјалним услугама за стара лица, буду прилагођене могућностима и потребама старијих. Ове апликације треба тестирати међу старијом популацијом како би се што боље прилагодили овој популацијској групи.
- Искуства из других земаља показују да овладавање дигиталним технологијама омогућава веће укључивање старијих у заједницу и повезивање са породицом, због чега би било неопходно подстицати иницијативе и програме који имају за циљ повећање дигиталне писмености старијих особа.
- Поред едукације која ће омогућити дигиталну инклузију, потребно је едуковати старије о свему
- ризике укључене у дигиталну инклузију.
- Потребне су брошуре и леци који ће имати јасне информације о корацима за приступ апликацији

3.2 SWOT анализа

Анализа снага, слабости, могућности и претњи - SWOT) настала је као резултат претходне анализе стања и идентификованих потреба старије популације у Србији.

Табела 10- SWOT анализа

Снаге	Слабост
- Задовољавајући број рехабилитационих центара и специјалних болница - Могућност лечења природним медицинским факторима - Високообразовани медицински стручњаци - Ниске цене третмана - Квалитет и препознатљивост медицинских услуга у региону и шире (референца) - Поверење пацијената - Високо софистициране услуге - Континуирано медицинско образовање и немедицинско особље	- Застарелост и потреба за реконструкцијом и уређењем путева који пролазе кроз мање насељена и удаљена подручја, најчешће у сеоским срединама - Застарелост зграда, опреме и основних средстава - Недовољно развијен јавни превоз у руралним подручјима - Застарела медицинска опрема - Недостатак образовања за нове програме - Недостатак финансија и развоја - Недовољан број смештајних капацитета у здравственим установама - Нове технологије нису успешно уграђене у здравствене услуге - Дигитална неписменост старих - Слабо развијена свест о телемедицинским услугама - Повећање броја лица без здравственог осигурања - Здравствене станице и амбуланте у сеоским срединама су затворене - Недостатак лекара и дуга чекања у здравственим установама

Могућности	Претње
- Сарадња са Министарством здравља кроз увођење нових технологија - Повећање броја услуга применом одговарајућих маркетиншких техника - Могућност добијања додатних средстава за унапређење здравствене инфраструктуре и услуга - Увођење клиничких путева и водича добре праксе - Развијање-проширивање спектра дигиталних услуга за привлачење што већег броја корисника (пацијената) - Унапређење рада у партнерству (локална заједница, НВО, медији) - Развој система квалитета у циљу подизања стандарда здравствених услуга, увођења нових технологија, боље информатизације и стандардизације процеса - Успостављање ближе сарадње са факултетима као наставним базама и коришћење заједничких ресурса за наставак процеса образовања. - Ангажовање у запошљавању младих кадрова, њихова мотивација, реализација стручних планова обуке.	- Недостатак инвестиција за побољшање здравствене инфраструктуре - Неусклађеност приватног и јавног сектора - Одлазак младих лекара, недостатак стручног медицинског особља - Све већи удео старијег становништва - Недостатак законског оквира за старије особе у пружању телемедицинских услуга - Недостатак јасних протокола/третмана и опреме, одговарајућег здравственог особља, социјалних услуга и подршке - Недостатак међусекторске сарадње - Незаинтересованост старијих за учешће у унапређењу здравствених услуга кроз друштвене иновације - Ограничена средства која држава издваја за реновирање и набавку опреме у здравственим установама - Административна ограничења на финансијска средства РФЗО - Дуга процедура за увођење нових технологија - Потенцијалне епидемије старијих или других нових заразних болести

- - Укључивање у пројекте ЕУ који се односе на развој телемедицине и унапређење здравствених услуга

4 Апстракт заједничке визије, циљева и стубова

Транснационална стратегија (ТС) је документ који се развија како би се превазишле постојеће препреке здравственим услугама и имплементацији повезаних политика, односно да би се обезбедио оквир за решавање предстојећих друштвених промена у здравственом и социјалном сектору у земљама региона ADRION. ТС укључује интегрисани оквир за подстицање повећане праксе друштвених иновација у здравственој заштити и утицај на регионалне и националне политике и праксе.

У оквиру ТС, визија и циљеви потребни за унапређење неге су јасно дефинисани средњорочно и дугорочно, односно елементи за развој су детаљно описани националним и регионалним акционим плановима.

ТС је направљен на основу активности реализованих у оквиру WPT1, односно активности AT1.1 Социјалне иновације и здравствене услуге намењене старијој популацији - тренутно стање, AT1.2 Изазови за здравствене системе изазвани демографским променама и AT1.4 Кључне активности и потенцијал за оптимизацију интегрисане здравствене заштите као и пројектне активности у WPT2, а то су: AT2.1 Друштвене иновације у здравственом систему: Примери добре праксе ЕУ, услуга и алата за SI4CARE акције. ТС ће стога бити комбинован са интегрисаним здравственим моделом заснованим на SI-DSS (Social Innovations Decisionon Support System) и коначно потврђен од стране ADRION мреже.

4.1 ТС визија

Успоставити ефикасан LTC екосистем заснован на процесу друштвених иновација, омогућен дигитализацијом (технологија) и оснажен националним и регионалним законодавством, да подржи старије људе, не само пацијенте, укључујући и оне који живе у удаљеним подручјима, да их задржи у заједници и да јавна потрошња буде ефикаснија.

Након завршетка пилот-пројекта, утврђивања да је праћење здравља пацијената могуће и да друштвене иновације у виду ИКТ алата заиста могу допринети унапређењу здравствене заштите старијих особа, Специјална болница Меркур жели да настави пилот пројекат продужењем пилот пројекта, који ће се спроводити широм региона, тачније на националном нивоу са циљном групом од неколико хиљада пацијената и који ће финансирати Министарство здравља и Републички фонд за здравствено осигурање. Биће урађена студија изводљивости која ће одговорити на питања да ли је могућ развој телемедицине у Србији.

Увођењем правног оквира за телемедицину и на транснационалном нивоу, очекујемо следећа питања политике:

1. Успостављање односа лекар-пацијент;
2. Евалуација и лечење;
3. Континуитет неге;
4. Медицинска документација;
5. Приватност и сигурност картона пацијената и размена информација;

4.2 ТС циљеви

4.2.1 Општи циљ

Да допринесе стварању транснационалног ефикасног екосистема за примену друштвених иновација у здравственим услугама за старију популацију широм ADRIION земаља, како би се ухватиле у коштац са потребама старијег становништва за дуготрајном особом, посебно у удаљеним областима. У ту сврху, да се побољша сарадња између сектора, као што су иноватори/предузећа и истраживачи, пружаоци услуга и заштићена подручја, ради ефикаснијег и кооперативног пружања услуга.

4.2.2 Посебан задатак

- Управљање: побољшати капацитет заштићених подручја да се баве дуготрајном популацијом на међусекторски и интегрисан начин, који се бави здравственим и социјалним питањима.
- „Telecare“ (здравствена и социјална заштита на даљину): омогућавање и ширење (техничких (ИКТ) решења и организационих (протоколи, нормативних, институцијских поставки, итд.) опција за пружање неге људима на даљину, имају за циљ избегавање социјалних диспаратитета, смањење дужине боравка у болници, побољшање ефикасности мобилности до здравствених установа и смањење издатака за јавни здравствени систем.

- Индивидуално Паметно становање и планирање старења: да се повећа квалитет живота људи у смислу дужине времена током којих остају независни и да се одложи потреба за подршком од других; на пример, индивидуално планирање за старење, ширење паметног живота/становања (код куће или касније у заједници) и, уопште, социјална инклузија.

Меркурова визија и циљеви

Циљ је да пројекат буде одржив, односно да резултати проистекли из пилот пројекта нађу своју примену у пракси. У сарадњи са институцијама биће интегрисани у програм здравствене заштите и заштите Министарства здравља Републике Србије.

Шта су наши циљеви?

1. Пилот активности.
2. Развој ИКТ алата и протокола за пружање подршке старијим особама са дијабетесом.
3. Увођење иновативних инструмената за контролу здравља и лекарско саветовање старих лица од куће.
4. Увести новине у лечењу старих лица у постојећи здравствени систем Србије.
5. Развој политике.
6. Допринос стварању институционалног оквира.
7. Допринос изради ADRION стратегије.
8. Пратеће активности и дугорочни утицај.

Остваривање ових циљева води ка остварењу главног циља самог пројекта SI4CARE, а то је креирање транснационалне стратегије за побољшање квалитета живота старијих за читаву Јадранску регију.

4.3 TC „pillars & flagships“

Стубови TC су дефинисани на основу првих резултата Statusa quo и изазова (инпута из WPT1), описа пилота и исхода прве дискусије међу ПП и стејкхолдера, а идентификовани су на следећи начин:

- Дигитална транзиција социјалне и медицинске заштите
- Процес дигитализације
- Економске и финансијске импликације
- Управљање и политике
- Заједница SI4CARE опсерваторија и форум.

4.3.1 Специјална болница Меркур користила је следеће „pillars-е“ и „flagships“

Табела 11- Стубови и водећи

Pillars	Flagships
Pillar 1 Дигитална транзиција социјалне медицинске заштите	- Flagship 1.2 - Праћење старијих путем ИКТ технологија Иновативна примена за олакшавање приступа старијих здравствених установа било би њихово праћење путем ИКТ технолошких уређаја у свакодневном животу и сопственом дому. На пример, уређаји за праћење би се могли применити на сектор здравствене заштите старијих који би промовисали самосталан живот кроз нпр . подсетнике на лекове, статус виталних биомаркера, препоруке за безбеднија путовања у кућу и ван ње. Flagship 1.3 - Нега на даљину Рехабилитација-физичка активност; исхрана; здраво старење и планирање Нега на даљину била би погодна решење како би се покриле не само потребе лекарског прегледа, већ и промовисало пружање услуга које би се могле сматрати нефармацеутским. Нега на даљину развијена је као алтернативни метод за пружање висококвалитетних и иновативних здравствених услуга које би могле да покрију празнине које настају због потешкоћа у приступачности старијим особама.
Pillar 2 - Процес дигитализације	Flagship 2.1 - Изградња основне дигиталне инфраструктуре - Развој и промоција екосистема дигитализације Са дигиталном трансформацијом здравствених система, стари људи су ти који се највише боре са иновацијама као што су модерне интернет информације и апликације. Стога је важно смањити ризик од брзе дигитализације у здравству и развоја е-здравствених услуга које би могле да изграде људе којима је најпотребнија. Дакле, опремање домаћинстава и здравствених установа ИКТ инфраструктуром и приступом интернету омогућава једнаку доступност и високу доступност услуга е-здрoвства како за пацијенте тако и за пружаоце здравствених услуга. Flagship 2.4 - Трансфер знања (образовање; обука; свест...) Едукативне радионице на тему е-здрoвства и инкорпорација истих у едукацију здравствених радника, пре свега, прошириће и унапредити примену и коришћење дигиталних здравствених услуга. Такође, континуирана обука здравственог особља о коришћењу нових дигиталних технологија и истовремено унапређење дигиталне писмености старијих резултираће оснаживањем служби социјалне заштите и интеграцијом здравствене мреже. Подизање свести свих грађана о дигиталној трансформацији у здравству и њеној интероперабилности уз подстицање коришћења е-здравствених услуга повећаће квалитет здравственог система и подстаћи осећај сигурности посебно у прекограничној здравственој заштити.
Pillar 3 Економске финансијске импликације	- Flagship 3.2 - Финансијски аспекти интегрисаних услуга дуготрајне неге Неопходно је развити нове економске и социјалне програме који би омогућили нове могућности програма смештаја и збрињавања и развој новог вида управљања објектима у урбаним срединама. Стамбене потребе старијих особа су задовољене ако је стамбена јединица посебно пројектована да задовољи физичке, емоционалне, рекреативне, здравствене и социјалне потребе старијих кохорти.

5 Регионалне акције

Табела 12- Списак радњи

Акција 1 - Кампања ширења и подизања свести о предностима коришћења нових технологија у здравственој заштити старијих

Повезани циљ и позадина (изазов) Недостатак људских ресурса, дуга листа чекања, недостатак кућне неге, нова технологија није уграђена.

Опис акције Организовање кампања и радионица за информисање циљних група о пружању здравствених и социјалних услуга путем ИКТ технологија које се користе у Меркур пилоту, са циљем лакшег усвајања дигиталних решења и већег степена спремности за коришћење нових технологија. Такође, кључни актери ће бити ангажовани учешћем у националним и локалним мрежама, савезима или партнерствима, који су релевантни за пројекат и процес проширења.

Поравнање TC pillars-a / flagships-a Pillar 2 - Процес дигитализације / Flagship 2.4 - Трансфер знања (образовање; обука; свест...)

Привезак за кључеве Министарство за рад , запошљавање, борачка и социјална питања
Министарство здравља
Републички фонд за здравство

Процењени трошкови - Ниска - до 50 000 €

Утицај (низак, средњи, висок) - средње

Процењено време - краткорочно - завршетак пројекта 05/2023

Очекивани почетак имплементације - 05/2023

Могући извори финансирања - Национални

KPI - 1 Студија изводљивости примене телемедицине у здравственом систему Србије

Акција 2 - Израда финансијских шема за проширење пилот пројекта у СБ Меркур

Повезани циљ и позадина (изазов)	Дигитална писменост (код корисника услуге) Ниска примања старијих
Опис акције	Биће припремљени документи за брифинг који ће доносиоцима одлука и заинтересованим странама пружити концизне информације о резултатима пилот пројекта и факторима који олакшавају или ометају процес имплементације, а заговарање код донатора и других извора финансирања ће укључивати захтеве за подршку за прелазак са пилот пројекта на имплементацију већег обима.
Поравнање TC Pillars-a / Flagships-a	Pillar 1 - Дигитална транзиција социјалне и медицинске заштите / Flagship 1.2 - Праћење старијих путем ИКТ технологија / Flagship 1.3 - Нега на даљину Рехабилитација-физичка активност; исхрана; здраво старење и планирање Pillar 2 - Процес дигитализације / Flagship 2.4 - Трансфер знања (образовање; обука; свест...)
Привезак за кључеве	Министарство за рад , запошљавање, борачка и социјална питања Министарство здравља Републички фонд за здравство
Процењени трошкови	Средњи - до 200 000 €
Утицај	- средње
Процењено време	- дугорочно - крај 05/2025
Очекивани почетак имплементације	- 05/2023
Могући извори финансирања	- Национални
KPI	- 1 Нови пилот пројекат у СБ Меркур

Акција 3 - Обезбедити правни оквир за телемедицину

Повезани циљ и позадина (изазов)	Питања приступачности руралних подручја Ковид 19
Опис акције	Покренути активности за промене политика, закона, прописа, буџета, стандарда, сервисних протокола и других компоненти здравствених система за бољи регулаторни оквир за е-здравствене услуге и уређаје, . На пример, могу бити потребне промене у набавци, финансирању, управљачким информационим системима, надзору, наставним плановима и програмима обуке, запошљавању, подстицајима добављача и клијената, информацијама, едукативним и комуникационим материјалима, итд. за постепено увођење дигиталних решења у области интегрисаних дуготрајних -повремене неге које су посебно релевантне за старију популацију - у градској средини и руралним срединама
Поравнање TC pillars-a / flagships-a	Pillar 1 - Дигитална транзиција социјалне и медицинске заштите / Flagship 1.3 - Нега на даљину Рехабилитација-физичка активност; исхрана; здраво старење и планирање Pillar 2 - Процес дигитализације / Flagship 2.1 - Изградња основне дигиталне инфраструктуре - Развој и промоција екосистема дигитализације Pillar 3 - Економске и финансијске импликације / Flagship 3.2 - Финансијски аспекти интегрисаних услуга дуготрајне неге
Привезак за кључеве	Министарство за рад , запошљавање, борачка и социјална питања Министарство здравља Републички фонд за здравство
Процењени трошкови	- средње
Утицај	- високо
Процењено време	- средњи рок
Очекивани почетак имплементације	- 05/2023
Могући извори финансирања	- Национални
KPI	- 1 Правни оквир за телемедицину

6 План мониторинга и евалуације

Табела 13- Праћење акција

Акција бр	Назив акције	KPI	Јединица	Баселине	Таргет	Коначна вредност	Очекивани датум завршетка	Извор података (Како ће се мерити?)	Фреквенција (Колико често ће се мерити?)	Извештавање (Где ће бити пријављено?)
1.	Ширење и подизање свести о предностима коришћења нових технологија у здравственој заштити старијих	Студија изводљивости примене телемедицине у здравственом систему Србије	Не	0	1	постићи	12/2023	Извештај након спроведеног пројекта	На крају завршеног пројекта	Министарство здравља
2.	Израда финансијских шема за проширење пилот пројекта у СБ Меркур	Нови пилот пројекат у СБ Меркур / Старији	Не	0	1/200	постићи	05/2025	ИКТ алати	месечно	Министарство здравља
3.	Обезбедите правни оквир за телемедицину	Правни оквир за телемедицину	Не	0	1	постићи	05/2024	Извештај након спроведеног пројекта	На крају завршеног пројекта	Министарство здравља