**МЕЂУНАРОДНА ЗДРАВСТВЕНА САРАДЊА**

Литература:

1. Симић С. Социјална медицина. Београд: Медицински факултет Универзитета у Београду, 2012.
2. Цуцић В. Социјална медицина. Београд: Савремена администрација; 2000.
3. Закон о здравственој заштити („Сл. гласник РС", бр. *25/2019*)

Изазови глобалног здравља су бројни и комплексни, и тичу се заједничких проблема свих људи на планети. Бројни изазови глобалног здравља међусобно су повезани, као што је случај с глобалним загревањем и природним и човеком изазваним катастрофама, поплавама, недостатком пијаће воде и уништавањем шума, што доприноси губитку демографске равнотеже, економским поделама, сиромаштву, глади и угрожавањуб читавих популација.

Да би се активности земаља у области здравља и међународне здравствене сарадње координирале, интезивирале и успешно спроводиле, током 20. века оснивају се бројне међународне организације које се директно или индиректно баве здрављем. Mеђународна здравствена сарадња подразумева једну или више активности на превенцији, дијагнози и третману болести које траже комбинована разматрања и акције више од једне земље. Кључне функције међународних организација у области здравља јесу следеће:

1. Надзор и контрола болести које представљају регионалне или глобалне претње,
2. Међународни дијалог, промоција истраживања и технолошког развоја у вези са здравственим проблемима који имају глаобални значај,
3. Развој стандарда и норми за међународну сертификацију,
4. Заштита међународних избеглица и расељеног становништва
5. Заступање екстремно осетљивих популација које немају властите ресурсе

Међународне организације су трајни облици институционализованог деловања основани вишестраним уговорима три или више држава, с посебним статусом или сталним органима, у оквиру којих се одвијају процеси мултилатералног преговарања и заједничког одлучивања чланица у одговарајућим областима међународне сарадње.

Међу бројним међународним организацијама највећи значај несумњиво има Светска здравствена организација (СЗО), специјализована агенција Уједињених нација.

Још пре два века (новија историја), долазило је до сарадње међу државама при покушајима спречавања и сузбијања заразних болести; што је први пут и озваничено кроз формиран "Међународни здравствени савет" - 1838. године, у Цариграду - са задатком да усклади пограничну заштиту од куге и колере. Прва Међународна здравствена конференција, одржана је 1851. године у Паризу, - тема: "Сузбијање заразних болести". Прихваћена је међународна конвенција о карантину. 1907. године у Паризу, основан је "Међународни уред за јавну хигијену", са Оделењем за регистровање заразних болести и брзо пружање информација о њиховој појави и ширењу. Радио је и одбор за ревизију санитарних конвенција и за организовање међународних здравствених конференција. Уред се 1950. године укључио у Светску здравствену организацију.

Значајан помак у развоју организоване бриге о здрављу - глобално - догодио се 1921. године - када је основана "Здравствена организација лиге народа". Пред све земље света поставља се проблематика превентивне и социјалне медицине. Веома прогресивно се пропагирају нове идеје: о улози лекара; о рационалном начину исхране људи; о сузбијању акутних и хроничних масовних обољења; о утицају социјално - економских фактора на здравље популације. Значајан је рад у борби против злоупотребе опојних дрога. Велики број стручњака се преко ове организације усавршавао.

После Другог светског рата, - на првој конференцији Уједињених нација, у Сан Франциску - 1945. године, прихваћен је предлог о оснивању Светске здравствене организације.

19. јуна 1946. године у Nеw Yоrк-у је одржана конференција на којој је усвојен Статут будуће Светске здравствене организације.

07. априла 1948. године, 26 земаља света је тај Статут ратификовало, чиме је он заживео. Због тога се 07. април обележава као Дан оснивања Светске здравствене организације, и Светски дан здравља.

24. јуна 1948. године у Женеви је одржана Прва здравствена скупштина, сада већ са 53 земље чланице. Председавао је др Андрија Штампар.

Светска здравствена организација почиње активно са радом 01. септембра 1948. године. Она данас има:

Преко 200 земаља чланица (са једнаким правима и обавезама, без кбзира на будџетски допринос),

Руководећа тела - а највише је Светска здравствена скупштина - и састаје се једанпут годишње,

Извршни одбор (од 30 чланова) који руководи радом организације између две скупштине,

Стручну службу организације - са својим секретаријатом, на чијем челу се налази генерални директор (као стручни и административни руководилац).

Седиште је у Женеви. У Светској здравственој организацији је запослено приближно 5.000 људи, углавном стручњака, а по потреби се ангажују консултанти за одређене области рада и спровођење програма. Основни принцип у раду је децентрализација, будући да је њен рад организован на регионалном принципу, према географским и политичким критеријумима, у шест региона света: афрички, амерички, европски, југоисточно азијски, источномедитерански и западнопацифички. Сваки регион има свој регионални комитет, регионалног директора; свој регионални програм, произишао из специфичности региона; и свој буџет издвојен из буџета Светске здравствене организације. Финансирање активности СЗО одвија се на основу буџета који се планира за две године унапред и усваја се на скупштини ове организације. За разлику од других специјализованих агенција УН, овај буџет је независан и није део глобалног буџета. Извори средстава у буџету су земље чланице, а износ се одређује на основу величине, броја становника и економског богатстав сваке земље.

Светска здравствена организација има свој Устав у коме је дефинисан начин рада и координација међународне сарадње у области здравља. Сама дефиниција здравља Светске здравствене организације која каже да је "Здравље, стање комплетног физичког, психичког и социјалног благостања, а не само одсуство болести и онеспособљености" - по својој суштини детерминише и основне активности, које су бројне. Најважније су следеће:

* Формулисање глобалне здравствене политике и постављање општих стандарда за здравље, уз тежњу да се смање разлике у нивоу здравствене заштите народа између појединих држава, и појединих региона унутар одређене државе.
* Међудржавна сарадња, размена искустава, информација и технологије у унапређивању здравствених метода.
* Помаже земље чланице у развијању и јачању националних здравствених служби.
* Значајан је рад на развијању информативног система у области здравствене заштите, развој епидемиолошких и статистичких служби, међународна стандардизација за храну, биолошке и фармацеутске препарате, рад на ерадикацији ендемских и епидемијских болести (нпр. - ерадикација полиомиелитиса до 2000. године). Сталне су активности у борби против старих (ТБЦ) и нових заразних болести (Ебола, АИДС за који је донет глобални програм 1987. године), затим спречавање настајања повреда и других видова инвалидности. Опште присутна је тежња ка унапређивању услова: становања, рада, учења, начина исхране са аспекта здравља појединаца. Значајна је превентивна и приоритетна здравствена заштита - циљаним пројектима - вулнерабилних популационих група. Ту су и све значајније активности у борби против масовних хроничних незаразних болести од којих се као најзначајније помињу: хроничне кардиоваскуларне болести, малигне и хроничне респираторне болести. Незаобилазне су и глобалне активности на заштити човекове животне средине од свих штетних агенаса плодова савремене цивилизације. Све ово је само део активности Светске здравствене организације, које се спроводе кроз одређене програме.

У различитим државама, приоритети у активностима превасходно зависе од економске развијености земље, јер је њој компламентарна и проблематика у вези са очувањем и унапређењем здравља народа. Неразвијене земље, као најзначајнији проблем, још увек имају заразне болести, неисхрањеност. За високо развијене земље, најзначајнија је здравствена и економска проблематика масовних хроничних незаразних болести - њихова превенција, лечење и психосоцијална рехабилитација. Високо развијене земље морају да брину о заштити од потенцијалних опасности које доноси рад са високо развијеном технологијом и о заштити од могућег акцидента. Поменимо укратко: радиоактивни отпад и његово одлагање, јонизујућа зрачења, електромагнетна зрачења, феномен "стаклене баште", разне врсте токсина, пестицида и бпојни други агенаси, који могу имати штетне последице на здравље људи.

Светска здравствена организација неуморно промовише програме и делатности у сврху заштите здравља и подизања квалитета људског живота на свим нивоима, за све људе света - и регионално и глобално. Најпознатији програми - са сажетим називима су: "Здрав начин живота", "Здрави градови", "Здрава села", "Здрава острва", "Здрава школа", "Здрава радна места", "Здраве болнице", "Заједница без дуванског дима", "Очишћен ваздух за дисање", "Безбедна вода за пиће", "Бабy фриендлy" - програм у сарадњи са УНИЦЕФ-ом, сарадња Светске здравствене организације у интернационалном програму на "Хемијској безбедности".

Основни свој циљ Светска здравствена организација је реафирмисала у Алма Ати 1979. године, када је сачињена "декларација о примарној здравственој заштити". 1981. године, формулисана је стратегија "здравље за све до 2000.", која се базира на примарној здравственој заштити уз активно учешће и одговорност: сваког појединца, социјалне групе, али и целог друштва и државе која покреће полуге без којих нема реализације овог циља до којег је пут веома сложен. Здравље за све, подразумева да сваки појединац добије шансу да има квалитетнији живот у свим аспектима.

Највиднији резултати на глобалном плану који су настали претходних година постојања и рада СЗО су свакако у ерадикацији појединих заразних болести (сматра се да су велике богиње ерадициране 1980. године). Сматра се да је допринос СЗО у ерадикацији великих богиња довољно изузетан да већ сам по себи оправдава њено постојање на глобалној сцени. Глобална достигнућа СЗО виде се и у решавању проблема других болести, имплементацији превентивних здравствених услуга, и у стварању међународних јавних докумената који представљају јавно добро (на пример, Међународни здравствени правилник, Међународна класификација болести, повреда и узрока смрти)

Достигнућа СЗО

|  |  |
| --- | --- |
| Година | Достигнуће |
| 1974. | Проширени програм имунизације за заштиту деце од полиомијелитиса, малих богиња, дифтерије, великог кашља, тетануса и тбц. |
| 1977. | Резолуција ″Здравље за све до 2000″ |
| 1978. | Декларација о примарној здравственој заштити, Alma-Alta |
| 1980. | Проглашена ерадикација великих богиња, чији је последњи случај регистрован 1977. у Етиопији |
| 1981. | Глобална стратегија ″Здравље за све до 2000″ |
| 1984. | Програм развоја вакцине |
| 1986. | Повеља о унапређењу здравља |
| 1987. | Глобални програм за АИДС |
| 1998 | Здравље за све у 21. Веку |

Друге организације које се баве међународном здравственом сарадњом

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Назив | Година оснивања | Седиште |
| **UNICEF**  Међународни фонд Уједињених нација за помоћ деци | 1946 | Њујорк |
| **ILO**  Бави се заштитом здравља радника и предлаже мере за остваривање њихове здравствене и социјалне сигурности | 1946. | Женева |
| **FAO**  Бави се проблемима исхране и болестима које се преносе храном | 1945. | Рим |
| **UNESCO**  Орг. Ујед.Нација за просвету (здр. васпитање и школовање здравствених радника) | 1946. | Париз |
| **UNHCR**  Високи комесаријат Уједињених нација за избеглице | 1948. | Женева |

**МЕЂУНАРОДНА КЛАСИФИКАЦИЈА БОЛЕСТИ, ПОВРЕДА И УЗРОКА СМРТИ**

Историјски развој класификационих система у медицини

Први покушаји да се узроци смрти класификују датирају из 17. Века, када је Џон Граунт покушао да на основу извештаја о узроку смрти групише и опише узроке умирања деце до шест година старости. Резултат таквих покушаја било је публиковање књигњ Природнословна и политичка разматрања на основу извештаја о узроку смрти, 1662. године.

Развој класификационих система болести датира из 18. Века. Пионири у овој области били су статистичар Џорџ Нибс, Франсоа Босије де Лакроа и методолог Лнеус. У овом периоду објављене су студије о Класификацијама болести и Родовима болести.

Потерба за јединственом класификацијом узрока смрти била је препознатана првом међународном конгресу статистике, који је одржан у Бриселу 1853. Године. Тада је од Вилијама Фара и Марка Д’Еспина затраженоо да припреме међународно примењиву, јединствену класификацију узрока смрти. На Другом конгресу статистике у Паризу 1855. Године, они предлажу две одвојене класификације, засноване на различитим принципима. Фарова класификација била је организована у пет група: заразне болести, опште болести, локалне болести у складу са анатомским положајем, развојне болести и болести које су директна последица насиља. Д’Еспина је класификовао болести према њиховој природи (костобоља, болести крви и друге). Конгрес је направио компромис усвајањем класификације са 139 узрока смрти. Иако класификација никада није универзално прихваћена, представља основу Међународне листе узрока смрти.

Међународна листа узрока смрти – МКБ

Извештај са листом узрока смрти, Жака Бертијона, била је прихваћена на састанку Међународног завода за статистику у Бечу 1891. Године, Листа узрока смрти је сдржала: скраћену листу са 44 узрока смрти, листу са 99 узрока и детаљну листу са 161 узроком смрти. Оваква листа узрока добила је општу сагласност и усвојили су је у неколико земаља. Америчко Удружење за јавно здравље, на састанку у Отави, 1898. Године препоручило је усвајање Бертијонове листе и предложило да се на сваких десет година врши ревизија.

Француска влада сазвала је 1900. Године у Паризу Прву међународну конференцију за ревизију Бертијонове Међународне листе узрока смрти. На овој конференцији усвојене су детаљна листа, која је садржала 179 узрока смрти, и скраћена листа, са 35 узрока. Ревизије су спроведене1909. и 1920. године.

Шеста Међународна конференција за ревизију Међународне листе узрока смрти одржана је у Паризу 1948. Године. За ову, али и за све наредне ревизије била је одговорна СЗО. Међународна листа узрока смрти добија нов назив: **Међународна класификација болести, повреда и узрока смрти- МКБ**, пошто је поред морталитета, проширена на табелирање морбидитета, и од ове до десете ревизије садржи 17 група болести. Ова ревизија први пут је укључила и класификацију менталних поремећаја.

Критеријуми за класификацију унутар група били су према:

* Етиологији обољења (инфективне и паразитарне болести)
* Анатомској локализацији или системима органа где се болест јавља
* Морфологији (неоплазме) и
* Околностима почетка болести или узрока смрти.

Десета конференција за ревизију МКБ одржана је у Женеви 1989. Годне, када класификација добија ново име – **Међународна статистичка класификација болести и здравствених проблема,** али задржава утврђену скраћеницу МКБ. У већини земаља ступила је на снагу 20003. године, а у Србији се примењује од 1997. године. Нумеричку шему кодирања заменила је алфанумеричка шема (**алфанумеричка шифра** са словом на првом и бројем на другом, трећем и четвртом месту). Први знак (прво место) MKБ шифре је слово. За словну ознаку узета је енглеска абецеда, а свако слово означава одређену групу болести, изузев:

* слова D које се користи у Групи II (Тумори) и Групи III (Болести крви и болести крвотворних органа и поремећаја имунитета) и
* Слова H koje се користи у Групи VII (Болести ока и припоја ока) i Групи VIII (Болести ува и болести мастоидног наставка)
* Четири групе (Групе I, II, XIX i XX) користе више од једног слова на првом месту.

Од 26 слова абецеде искоришћено је 25. Слово „ U“ остало је празно за будућа додавања нових болести непознате етиологије, као и за будућа истраживања.

Поредак група у десетој ревизији приближно је исти као у деветој. Две додатне класификације укљућене су у тело саме класификације, тако да класификација има **21 групу**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Група I | Заразне и паразитарне болести | A00-B99 |
| Група II | Тумори | C00-D48 |
| Група III | Болести крви и болести крвотворних органа и поремећаја имунитета | D50-D80 |
| Група IV | Болести жлезда са унутрашњим лучењем, исхране и метаболизма | E00-E90 |
| Група V | Душевни поремећаји и поремећаји понашања | F00-F99 |
| Група VI | Болести нервног система | G00-G99 |
| Група VII | Болести ока и припоја ока | H00-H59 |
| Група VIII | Болести ува и болести мастоидног наставка | H60-H95 |
| Група IX | Болести система крвотока | I00-I99 |
| Група X | Болести система за дисање | J00-J99 |
| Група XI | Болести система за варење | K00-K93 |
| Група XII | Болести коже и болести поткожног ткива | L00-L99 |
| Група XIII | Болести мишићно-коштаног система и везивног ткива | MOO-M99 |
| Група XIV | Болести мокраћно-полног система | N00-N99 |
| Група XV | Трудноћа, рађање и бабиње | O00-O99 |
| Група XVI | Стања у порођајном периоду | P00-P96 |
| Група XVII | Урођене наказности, деформације и хромозомске ненормалности | Q00-Q99 |
| Група XVIII | Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази | R00-R19 |
| Група XIX | Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора | S00-T98 |
| Група XX | Спољашњи узроци обољевања и умирања  Саобраћајни удеси  Други спољашњи узроци повређивања  Компликације медицинског и хирушког лечења | V01-Y98  V01-V99  W00-X59  Y40-Y48 |
| Група XXI | Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом | Z00-Z99 |

Из ове класификације настале су класификације које се користе за посебне намене или су поједине земље направиле своје модификације.

Током досадашње примене МКБ- 10 уочени су неки недостаци: заснива се на морталитеу и листама за пријаву смрти, не користи се у свим земљама (117 од 193 земље) за званичну статистику, њено коришћење је ограничено на вебу и није оперативна у електронској здравственој документацији.

Једанаеста ревизија је у току.