

PREDRAG ĐURIĆ

Na šta mislimo kada kažemo...

Novi zdravstveni sistem

Beograd, 2021.

EDICIJA TRG

Urednici edicije:

Ivica Mladenović, Srđan Prodanović i Gazela Pudar Draško

Naslov:

Na šta mislimo kada kažemo...
Novi zdravstveni sistem

Autor:

Predrag Đurić

Tim lider u GFA Consulting Group, gostujući profesor na Univerzitetu Polonia, počasni predavač na Univerzitetu Kraljica Margaret u Edinburgu (Queen Margaret University Edinburgh) - na Institutu za globalno zdravlje i razvoj (Institute for Global Health and Development).

Izdavač:

Institut za filozofiju i društvenu teoriju Univerzitet u Beogradu; Institut za demokratski angažman jugoistočne Evrope

Dizajn korica:

Nikola Stevanović

Prelom:

Sonja Nikolić, Tijana Baltić

Mesto i godina izdanja:

Beograd, 2021

ISBN:

978-86-80484-68-6

Štampa:

Colorgrafx

Tiraž:

100 primeraka



**INSTITUT
ZA FILOZOFIJU
I DRUŠTVENU
TEORIJU**



**FONDACIJA ZA
OTVORENO DRUŠTVO**
SRBIJA

Ova publikacija je nastala u okviru projekta "Angažuj, inspiriši, osnaži: Rizom angažovane demokratije" koji realizuje Institut za filozofiju i društvenu teoriju Univerziteta u Beogradu u partnerstvu sa Institutom za demokratski angažman jugoistočne Evrope, uz podršku Fondacije za otvoreno društvo. Stavovi izrečeni u tekstu predstavljaju stavove autora

SADRŽAJ:

Polazne pretpostavke.....	1
Radiografija stanja.....	7
Šta da se radi?.....	12

Na šta mislimo kada kažemo...

Novi zdravstveni sistem

Polazne pretpostavke

Zdravstveni sistem predstavlja složen koncept koji podrazumeva sve aspekte društvene brige o zdravlju, od pravnog okvira, vizije i strategije, preko finansiranja, izgradnje infrastrukture, do osoblja, odnosno zdravstvenih profesionalaca i njihovog obrazovanja, zdravstvene zaštite koju oni pružaju, itd. Zdravstvena zaštita, ono što građanin vidi kao proizvod zdravstvenog sistema, dakle, zavisi od brojnih drugih, ako ne i svih drugih, društvenih aspekata. Recimo, nedostatak zakonske regulative, ili ustavna i zakonska ograničenja koja nisu direktno vezana za zdravstvo, kao što su npr. rodna pitanja, diskriminacija na osnovu polnog, seksualnog ili nekog drugog identiteta, direktno utiču na zdravstvenu zaštitu, kao što je to slučaj i sa finansijskom moći, odnosno političkom sferom jednog društva.

Zbog njegove kompleksnosti, nije moguće u kratkim crtama objasniti osnovne elemente jednog zdravstvenog sistema, ali, iz perspektive građanina, on je postavljen na četiri temelja:

1. Prvo, *neophodno je da su na raspolaganju svi elementi pružanja zdravstvene zaštite*. Rendgen snimak butne kosti ne može se npr. obaviti bez rendgen aparata, pratećeg materijala, zdravstvenih radnika koji poseduju specijalizovano znanje, objekta u kojem će biti smešten aparat, itd.

2. Zatim, *potrebno je da zdravstvena zaštita - tržišnim rečnikom rogovatno nazvana „usluga“ - bude dostupna svakom građaninu i građanki*. To se odnosi i na starije ljude koji recimo žive u planinskim selima u kojima nema asfaltiranih puteva niti signala mobilne telefonije, koji nemaju zdravstveno osiguranje, niti stalnih primanja, najčešće žive sami, a često su i vrlo krhkog zdravlja (navedimo takođe slučaj kada porodični lekar upućuje pacijenta na pregled kod vaskularnog hirurga koji radi u kliničkom centru u kojem se pregledi zakazuju samo jednom mesečno i to u ličnom prisustvu; građaninu koji živi u mestu koje je 100 km udaljeno od kliničkog centra i nema sopstveno vozilo, iako efektivno nema ograničen pristup, objektivno je klinički centar nedostupan).

3. Čak i kada mogućnost sprovođenja zdravstvene zaštite postoji i zdravstvena zaštita je dostupna svima, pod jednakim okolnostima, *ona mora biti i prihvatljiva građanima*. Određeni oblik zdravstvene zaštite može za građanina biti neprihvatljiv zbog njegovih religijskih, etičkih i drugih ubeđenja.

4. Takođe, zdravstvena zaštita *mora uvek da uvažava dostojanstvo građanina, njegov lični integritet, posebnosti (etičke, običajne, jezičke, itd.) i da bude najbolja moguća*

u granicama postojećeg znanja i preventivnih, odnosno terapijskih mogućnosti. Za to je neophodno mnogo toga, od permanentnog podsticanja razvoja medicinske nauke i istraživanja, preko postojanja vodiča dobre prakse koji su zasnovani na dokazima, do obrazovanog zdravstvenog kadra uključenog u kontinuiranu medicinsku edukaciju, mehanizama kontrole kvaliteta, i slično.

Pojedine segmente zdravstvenog sistema čiji je značaj od posebne važnosti predstavljaju kvalifikovani i motivisani zdravstveni radnici, adekvatno opremljena i održavana infrastruktura, pouzdano snabdevanje lekovima i tehnologijama, primereno finansiranje, pravljenje dugoročnih planova i isticanje u prvi plan zdravstvene politike zasnovane na dokazima. Zadržaćemo se na dve oblasti: *finansiranju zdravstva i kadrovima*.

Kada je u pitanju finansiranje zdravstva, visina uložениh sredstava nije uvek srazmerna željenim ishodima. SAD tako izdvajaju za zdravstvo najviše u svetu i nesumnjivo je da u ovoj zemlji postoji vrhunska zdravstvena zaštita, ali ona nije ravnomerno distribuirana, tj. dostupna je prvenstveno privilegovanim klasama. Prema udelu koji se izdvaja za zdravstvo u BDP-u, Švajcarska, Norveška i Island slede SAD, dok se Srbija nalazi na 72. mestu, iza većine evropskih zemalja, kao i iza Urugvaja, Paname, Argentine, Kube, Brazila, Omana, ali ispred Rusije i Kine¹. Zemlje zapadne Evrope izdvajaju za zdravstveni sektor oko 12% BDP (SAD oko 17%, Srbija 8,5%),² a od toga oko 85% izdvajanja za zdravstvo

¹ Svetska banka. World Bank Open Data. Dostupno na: <https://data.worldbank.org> (pristupljeno 16. 4. 2021).

² Svetska banka. World Bank Open Data. Dostupno na: <https://data.worldbank.org> (pristupljeno 16. 4. 2021).

dolazi iz javnih prihoda³– budžeta i zdravstvenog osiguranja (u Srbiji je taj udeo 59%), dok se lična izdvajanja građana „iz sopstvenog džepa“⁴ kreću od 10 do 15% sa trendom opadanja (u Srbiji je to 38%, sa trendom porasta)⁵.

Već godinama postoji globalna kriza vezana za zdravstvene radnike. Zemlje Afrike decenijama nakon dekolonizacije imaju zapanjujuće mali broj dostupnih zdravstvenih radnika, a problem njihove opterećenosti prisutan je i u najrazvijenijim zemljama. Istraživanje⁶ u SAD pokazalo je da lekar u primarnoj zdravstvenoj zaštiti radi u proseku 51 sat nedeljno. U Novom Sadu, jedan izabrani lekar pruža zdravstvenu zaštitu u proseku 2700 pacijenata⁷. Da bi pružio kvalitetnu uslugu za 2500 pacijenata koje pokriva, izabrani lekar bi morao da radi 21,7 sati dnevno⁸. S obzirom da to nije moguće, kvalitet

³ Izdvajanja za zdravstvo mogu biti iz javnih izvora (obavezno zdravstveno osiguranje i budžet), iz privatnih (privatno zdravstveno osiguranje građana, doprinosi koje privatne firme uplaćuju za svoje zaposlene ili kroz državno–privatno partnerstvo), mogu biti takođe dodatna izdvajanja građana „iz sopstvenog džepa“ ili iz inostranih izvora finansiranja.

⁴ Plaćanje iz „sopstvenog džepa“ (*out of pocket*) podrazumeva direktno plaćanje građanina ili građanke za zdravstvenu uslugu pružaocu usluga. Plaća se pružanje zdravstvene zaštite koje nije pokriveno obaveznom.

⁵ Svetska zdravstvena organizacija. Global Health Expenditure. Dostupno na: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en (pristupljeno 19. 4. 2021).

⁶ The Physicians Foundations 2018 survey on American's physicians. Dostupno na: <https://physiciansfoundation.org/wp-content/uploads/2018/09/physicians-survey-results-final-2018.pdf> (pristupljeno 26. 4. 2021).

⁷ Institut za javno zdravlje Vojvodine. Zdravstveno stanje stanovništva Grada Novog Sada 2019. godine. Dostupno

⁸ Truls Østbye, Kimberly S. H. Yarnall, Katrina M. Krause, Kathryn I. Pollak, Margaret Gradison & J. Lloyd Michener, „Family physicians as team leaders: ‘time’ to share the care“, *Prev Chronic Dis*, 2009, vol. 6, br. 2, str. 59.

zdravstvene zaštite je nezadovoljavajući. Na globalnom nivou, prosečno trajanje posete lekaru traje manje od pet minuta⁹.

Altskuler i dr.¹⁰ procenili su da u SAD jedan izabrani lekar može adekvatno da pruži zdravstvenu zaštitu 983 pacijenata, odnosno nešto preko 1000 ako deo svoje odgovornosti podeli sa drugim članovima svog tima. Pri tome se smatra da lekar radi 43 sata nedeljno i nešto više od 47 nedelja godišnje. Ako pođemo od pretpostavke o poželjnom smanjenju radnog vremena i produženju godišnjeg odmora, kao deo opšte strategije manje profesionalizacije i veće humanizacije sfere rada (čovjek radi da bi živeo, a ne živi da bi radio!), kao i od potrebe da zdravstveni radnik deo radnog vremena provodi u sticanju novih znanja i naučnoistraživačkom radu, odnosno apstrahujući specifične zdravstvene probleme stanovništva i uticaj pandemije Covid-19, jedan izabrani lekar, da bi bio dovoljno efikasan po pacijenta, treba da snosi odgovornost za 500 građana, radi šest sati dnevno i četiri dana u nedelji.

Dodatan problem predstavlja centralizacija specijalizovane zdravstvene zaštite u velikim centrima, što otežava njenu dostupnost, a demotiviše lekare primarne zdravstvene zaštite da svoju karijeru grade van velikih centara. Rešenje bi se moglo tražiti u osnaženim domovima zdravlja pod okriljem lokalne samouprave¹¹, kroz kombinaciju pružanja

⁹ Greg Irving, Ana Luisa Neves, Hajira Dambha-Miller, et al., „International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries“, *BMJ Open*, vol. 7, 2017.

¹⁰ Justin Altschuler, David Margolius, Thomas Bodenheimer, Kevin Grumbach, „Estimating a reasonable patient panel size for primary care physicians with team-based task delegation“. *Ann Fam Med*, vol. 10, br. 5, 2012, str. 396-400.

¹¹ Geoffrey Meads, „Finland: world class primary care“, *Quality in Primary Care*, vol. 14, 2006, str. 107-10

zdravstvene zaštite iz opšte medicine i specijalističkih usluga: svaki izabrani lekar bio bi tako i specijalista iz određene oblasti, jedan deo radnog vremena provodio bi sa pacijentima koji su ga odabrali kao svog lekara, a drugi deo pružajući specijalističke usluge kako svojim, tako i pacijentima kolega drugih specijalnosti kojima su oni izabrani lekari.

Kada je reč o broju zdravstvenih radnika na svim nivoima, razlike u svetu su ogromne. U mnogim afričkim zemljama imamo jednog lekara i svega nekoliko medicinskih i akušerskih sestara i tehničara na 10000 stanovnika ; u Švajcarskoj ih je 218 na 10000 ; u Norveškoj 211; Nemačkoj 175; SAD 172. U Srbiji radi 90 zdravstvenih radnika na 10000 stanovnika. Kada je reč o lekarima, najviše ih na 10000 stanovnika ima Kuba – 84 (Srbija 29), dok je najviše tehničara na 10000 stanovnika u Švajcarskoj – 175 (u Srbiji 61)^{12,13}.

Dakle, da bi bio održiv i društveno efikasan, zdravstveni sistem zahteva izdvajanje od 15 do 20% BDP-a, uz najmanje 90% sredstava pokrivenih iz javnih prihoda, uz 400 zdravstvenih radnika na 10000 stanovnika (od čega jedan lekar i 3 tehničara). Pri tome, jedan izabrani lekar treba da pokriva 500 stanovnika i bavi se kombinovano opštom medicinom i specijalizovanom zdravstvenom zaštitom, učestvuje u stručnom usavršavanju i naučnoistraživačkom radu, uz decentralizovanu zdravstvenu zaštitu približenu građanima.

¹² Svetska zdravstvena organizacija. World Health Statistics 2020. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf> (pristupljeno 16. 4. 2021).

¹³ Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Zdravstveno statistički godišnjak Srbije 2019, dostupno na: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2019a.pdf> (pristupljeno 22. 4. 2021).

Radiografija stanja

Jugoslavija je imala specifično iskustvo sa organizacijom zdravstvene zaštite i posledice ovih specifičnosti duboko su ukorenjene u postjugoslovenske zdravstvene sisteme. Prema viziji Andrije Štampara, još pre Drugog svetskog rata, počevši od 1923. godine, pristupilo se uspostavljanju domova narodnog zdravlja, da bi se nakon završetka rata i ukidanja privatne prakse, akcenat stavio na domove zdravlja osnovane za teritorije opština. Decentralizacijom zdravstvene zaštite, uz postavljanje primarne zdravstvene zaštite u centar zdravstvenog sistema, težilo se približavanju zdravstvene zaštite građanima, posebno tokom 1970-ih godina prošlog veka¹⁴. Uvođenje sistema samoupravljanja u istoj deceniji imalo je za cilj da radnici preuzmu veću odgovornost za upravljanje društvenim delatnostima, u šta je spadalo i zdravstvo. Tako su samoupravne interesne zajednice zdravstva na opštinskom nivou – inače sačinjene kako od onih koji su pružali zdravstvenu zaštitu, tako i od onih koji su bili korisnici – razvijale sopstvene zdravstvene programe, koje su usvajale skupštine samoupravnih interesnih zajednica^{15,16}.

Zdravstveni sistem u Jugoslaviji imao je izuzetna dostignuća. Tako je obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom porastao sa jedne četvrtine 1952. godine na preko 80% u 1984. godini; broj lekara je porastao sa 8136 u 1955. na 45869 u 1987. godini, a višestruk porast je zabeležen i

¹⁴ „Primary health care in Yugoslavia“, *European Journal of Public Health*, Vol. 2, br. 3–4, 1992, str. 211.

¹⁵ Donna E. Parmelee, „Whither the State in Yugoslav Health Care?“, *Social Science & Medicine*, vol. 21, br. 7, str. 719–728.

¹⁶ Momčilo Dimitrijević, „Osnovna pitanja konstituisanja i funkcionisanja samoupravnih interesnih zajednica“, u: *Zbornik Pravnog fakulteta u Nišu*, Niš : Pravni fakultet, 1976, str. 149–167.

u ukupnom broju zdravstvenih radnika¹⁷. Broj bolničkih ležajeva je porastao više nego dvostruko između 1955. i 1987. godine, mnoge zarazne bolesti koje su u prvoj polovini XX veka predstavljale značajan uzrok smrtnosti eliminisane su ili je broj obolelih i umrlih drastično smanjen. Zdravstvena zaštita je kroz razvijanje principa solidarnosti u okviru sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja, postala dostupna za svakoga.

Međutim, zdravstveni sistem u Jugoslaviji nije funkcionisao bez poteškoća. Enormne razlike između urbanih i ruralnih sredina u smislu dostupnosti zdravstvene zaštite nisu eliminisane. Takođe, bile su vidljive velike razlike u dostupnosti i kvalitetu zdravstvene zaštite između republika i pokrajina. Recimo, Slovenija je imala gotovo tri puta više lekara i bolničkih postelja u odnosu na broj stanovnika nego Kosovo. Dok se u Sloveniji gotovo svaki porođaj dešavao u prisustvu kvalifikovanog medicinskog osoblja, na Kosovu se to dešavalo u svega 60% slučajeva¹⁸. Između 1965. i 1970. godine trećina onih koji su završili medicinski fakultet potražila je posao u inostranstvu¹⁹.

Uopšte uzevši, najveći doprinos unapređenju zdravstvene zaštite u Jugoslaviji ogledao se kroz sistem obaveznog uključivanja u zdravstveno osiguranje uz princip solidarnosti, oslanjanje na primarnu zdravstvenu zaštitu kroz domove zdravlja i decentralizaciju, ali su efekti bili ograničeni nemotivisanošću zdravstvenih radnika za rad u ruralnim sredinama i sporim smanjenjem nejednakosti između republika i pokrajina i ruralnih i urbanih sredina.

¹⁷ Glenn Eldon Curtis, *Yugoslavia: a country study*, Washington: Library of Congress, 1992.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ *Ibidem*.

Kada je u pitanju Srbija, domaći zdravstveni sistem je tokom prethodne tri decenije kontinuirano urušavan uz različite motive i od različitih političkih grupacija. Urušavanje tokom devedesetih godina prošlog veka bilo je deo sveopšte destrukcije društva, koja se odrazila i na zdravstvo. S jedne strane, značajan broj zdravstvenih radnika odselio se u inostranstvo, rukovođenje zdravstvom prepušteno je stranačkim kadrovima, stručno usavršavanje otežano je usled prekida komunikacije sa svetom, a partijski kriterijumi etablirani su kao presudni za stručno napredovanje. To je bio i period prvih većih finansijskih malverzacija u zdravstvu.

Prva decenija novog milenijuma bila je obeležena agresivnom neoliberalnom politikom u svim društvenim sferama, uključujući i zdravstvo, koje je viđeno kao budžetski potrošač. Na tom tragu je ne samo otežavano zapošljavanje, nego su zaposleni podsticani da napuste državne zdravstvene ustanove, koje počinju da pružaju usluge i na komercijalnoj osnovi. Stomatološka zdravstvena zaštita gotovo je potpuno izbačena iz državnih ustanova, a kasnije se krenulo i sa izdvajanjem i privatizacijom apotekarskih ustanova. Farmaceutska industrija u državnom vlasništvu gotovo je potpuno uništena i/ili privatizovana. Zabranom specijalizacija za doktore medicine pokušano je rešavanje problema neravnomerne raspodele kadra. Neki fakulteti počeli su da nude studije zdravstvene nege, ali je položaj onih koji su završili ove programe ostao neregulisan. Istovremeno je propuštena prilika da se rukovođenje zdravstvom departizuje, odnosno da prestane da bude element partokratskog načina upravljanja društvenim resursima.

U drugoj deceniji ovog veka nastavljen je neoliberalni trend, uz dodatnu centralizaciju. Osnivačka prava nad domovima zdravlja preneti su na republiku, čime je ukinuta mogućnost direktnije odgovornosti građanima. Novim,

tzv. „master planom“ – koji je predviđen za narednih 8–15 godina – planirana je dodatna centralizacija, čime će 196 od postojećih 313 zdravstvenih ustanova prestati da postoji integrisanjem u svojevrstne *mastodonte*. I na ovom planu je centralizacija neravnopravna: dok će se u Beogradu broj zdravstvenih ustanova smanjiti za 24%, u Vojvodini će se smanjiti za 4, 2 puta, a u ostatku Srbije za 3, 3 puta²⁰.

Poslednje tri decenije u Srbiji obeležene su i nužnim ličnim izdvajanjima građana za zdravstvenu zaštitu „iz svog džepa“ (pored izdvajanja za obavezno zdravstveno osiguranje i – indirektno – kroz poreze), pa je već u 2000. godini izdvajanje za zdravstvo „iz sopstvenog džepa“ građana iznosilo skoro 30%. Samo u prve dve godine nakon petooktobarskih promena došlo je do malog poboljšanja na ovom planu, da bi već od 2003. godine bilo nastavljeno s negativnim trendom rasta izdvajanja za zdravstvo „iz džepa“ građana. Učešće sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u ukupnim izdacima za zdravstvo tako je palo sa 67% iz 2003. na 47% u 2015, uz blagi porast nakon toga, tako da se 2018. približilo učešću od 50%. Istovremeno, izdvajanja iz budžeta za zdravstvo pala su sa 5, 39% u 2003. godini na 2, 76% ukupnih izdataka za zdravstvo u 2010. godini. Od 2014. godine ipak učešće budžetskih sredstva raste i poslednjih godina iznose 9–10% ukupnih izdataka za zdravstvo²¹.

Poslednje dve decenije obeležene su i pogubnom politikom po zdravstveni kadar. Višegodišnje „zamrzavanje“ odobravanja novih specijalizacija ne samo da je dovelo do nedostatka specijalista u nekim oblastima, već je i veoma demotivišuće delovalo na lekare generalno. Višegodišnje

²⁰ Optimizacija mreže zdravstvenih ustanova u Srbiji. Dostupno na: <https://optimizacijazdravstva.rs> (pristupljeno 16. 4. 2021).

²¹ Svetska zdravstvena organizacija. Global Health Expenditure. Dostupno na: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en (pristupljeno 16. 4. 2021).

volontiranje mladih lekara na klinikama postala je praksa. Ograničenje zapošljavanja, niske zarade, rigidan hijerarhijski odnos, male mogućnosti za stručno usavršavanje, nepotizam i strančarenje, kao i sveopšta destimulirajuća klima za intelektualce i stručnjake opredelili su mnoge zdravstvene radnike da nastave karijeru u inostranstvu. Prema podacima Instituta za javno zdravlje Srbije, samo u periodu od 2010. do 2019. broj zdravstvenih radnika i saradnika u Srbiji smanjen je za 7% – sa 85363 na 79485, uključujući 1170 lekara (od kojih 728 specijalista) i 3161 medicinsku sestru i tehničara manje^{22,23}.

Jedan od relevantnih pokazatelja zdravstvenog stanja stanovništva je i pretpostavljeni broj godina života koje prosečni šezdesetogodišnjak može da očekuje da će poživeti u zdravlju. Ovaj indikator odraz je i kvaliteta zdravstvenog sistema, ali i životne okoline (zagađenje vazduha, vode, tla), ishrane, itd., a mogao bi se tumačiti i kao mera uspešnosti očuvanja zdravlja (nasuprot efekata lečenja), odnosno prevencije. Vodeće zemlje prema ovom pokazatelju su zemlje Istočne Azije (Japan, Singapur, Republika Koreja), mediteranske zemlje (Francuska, Španija, Italija, Kipar, Malta), Švajcarska, Irska i skandinavske zemlje. Presedan čini Kostarika, koja se nalazi na 12. mestu. Nasuprot Japanu (gde ljudi koji imaju 60 napunjenih godina mogu očekivati da će živeti još 20, 4 godine), sa 13, 9 očekivanih godina života Srbija se nalazi na 86. mestu u svetu, tj. na samom evropskom začelju (lošije su plasirane još jedino Moldavija,

²² Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Zdravstveno statistički godišnjak Srbije 2019. Dostupno na: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2019a.pdf> (pristupljeno 14. 4. 2021).

²³ Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Zdravstveno statistički godišnjak Srbije 2019. Dostupno na: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2010.pdf> (pristupljeno 16. 4. 2021).

Gruzija, Severna Makedonija i Azerbejdžan, dok je Slovenija na 24. mestu, Hrvatska na 36, Albanija na 44, Rumunija na 79, Bosna i Hercegovina na 77, Bugarska na 78, Crna Gora na 85. mestu)²⁴.

Pandemija Covid-19 2020. u Srbiji potvrdila je i potpuni nedostatak integriteta rukovodilaca zdravstvenih ustanova (recimo u pogledu informisanja javnosti, zaštite zaposlenih koji se ne slažu sa vladajućom politikom, problem nedostatka zaštitne opreme na početku pandemije, itd.), kao posledicu zavisnosti zdravstvenog sistema od vlasti, ne samo kroz finansiranje, već najviše i kroz izbor rukovodilaca, upravnih i nadzornih odbora. Kao i u drugim sferama, poslušnost je osnovna poželjna karakteristika rukovodioca zdravstvene ustanove u Srbiji. To nije sistem koji je uspostavljen pod ovom vlašću, već predstavlja vrhunac, odnosno usavršenu verziju onoga što živimo poslednjih 30 i više godina.

Šta da se radi?

Postoje brojni preduslovi za uspešnu reformu zdravstvenog sistema: promena postojeće neoliberalne ideološke matrice i prihvatanje zdravlja kao apsolutnog prioriteta, uspostavljanje održivog finansiranja zdravstva, učešće građana u definisanju lokalne zdravstvene politike, izgradnja kvalitetnog zdravstvenog kadra, adekvatno upravljanje zdravstvenim sistemom, integrisanje zdravstvene zaštite koja se nalazi u privatnoj svojini, kao i postavljanje građanina u centar zdravstvenog sistema. Izazovi koji prate reformu su takođe brojni i vode ka tome da su retke one reforme koje su uspešne do kraja. Oni uključuju mogućnost kontinuirane

²⁴ Svetska zdravstvena organizacija. The Global Health Observatory. Dostupno na: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-age-60> (pristupljeno 19. 4. 2021).

medicinske edukacije i učešće zdravstvenih radnika u naučno-istraživačkom radu, uticaj i značaj socijalnih determinanti zdravlja, kao i odgovarajući položaj građanina/građanke u društvenom sistemu, u lokalnoj zajednici i na radnom mestu.

Poslednjih decenija početnu prepreku reformama čini dominantna neoliberalna ideološka matrica, koja odgovornost potpuno prebacuje na pojedinca, bez uzimanja u obzir socio-ekonomskih faktora koji na njega utiču. Zdravlje stanovništva može da se posmatra kao najbitniji resurs čovečanstva, a briga o zdravlju, koja se sprovodi kroz zdravstveni sistem, kao prioritet kojem se prilagođavaju sve ostale društvene delatnosti. Ali, zdravstvo, kao skup elemenata zdravstvenog sistema, posmatra se kao značajan „budžetski potrošač“, koji blokira sredstva koja bi se mogla uložiti u razvoj privrede i, uz školstvo i kulturu, najčešće postaje prvi izbor za sve vlasti koje bi da sprovedu tzv. „stezanje kaiša“ u budžetu. Nakaradni socio-darvinistički pseudoargumenti, koje oni koji su ekonomski uspešni u društvu proglašavaju superiornim jer im potvrđuju samouverenje da su sopstvenim talentima, a ne privilegovanim položajem, stigli do bogatstva, građane narušenog zdravlja često etiketiraju kao krivce za svoje stanje zbog nezdravih životnih navika. Time se prenebregavaju činjenice da štetne navike nisu uzrok, nego posledica društvene marginalizacije, ekonomske inferiornosti, nemogućnosti školovanja, adekvatnog stanovanja i ishrane, dakle dubokih društvenih nejednakosti. Promena ove pogrešne mantre i *prihvatanje ideje o zdravlju kao apsolutnom prioritetu, pri čemu se ulaganje u zdravstvo ne vidi kao trošak, nego kao investicija u kvalitetniji život i pojedinca i zajednice, neophodan je preduslov za bilo kakvu reformu.*

Održivo finansiranje zdravstva sledeći je preduslov. Kao što

je u ranijim primerima navedeno, kvalitet zdravstva jedne države nije nužno direktno srazmeran njenom ukupnom bogatstvu. Međutim, jasno je da siromašne države teško mogu obezbediti kvalitetan zdravstveni sistem. Javni izdaci za zdravstvo morali bi da iznose najmanje 90% ukupnih izdataka za zdravstvo, uz udeo od najmanje 15% BDP-a koji bi se alocirao za zdravstvo, sa tendencijom povećanja u narednim decenijama ka 20%. Efikasnost zdravstva ne bi trebalo tražiti u smanjenju novca namenjenog zdravstvu, smanjenju zdravstvenog kadra i u centralizaciji zdravstvenog sistema, kao što je to trenutno slučaj. Značajne uštede mogu se napraviti kroz stimulisanje inovacija u zdravstvu i primene savremenih tehnologija (recimo, digitalna medicina, odnosno medicina na daljinu), prioritizacija prevencije, a ne kurativne medicine, stimulisanje i podrška lokalnoj proizvodnji lekova, sanitetskog materijala, opreme, unapređenje postupka javnih nabavki, itd.

Učešće građana u definisanju lokalne zdravstvene politike je neophodan preduslov zdravstva koje bi bilo u službi građana, a ne tržišta i špekulanata. Umesto centralizacije zdravstva, treba sprovesti dalju decentralizaciju, kako bi građani većinu zdravstvenih usluga dobili u sredini u kojoj žive i od zdravstvenih radnika sa kojima kroz direktan i intenzivan kontakt mogu razvijati dugotrajan partnerski odnos.

Izgradnja kvalitetnog zdravstvenog kadra je sledeći preduslov društveno poželjnog zdravstvenog sistema. U Srbiji je školovanje zdravstvenih radnika, posebno lekara, postavljeno na elitistički način, koji se npr. vidi i u upisnoj politici na fakultetima. Kao i zdravstvo u celini, i školovanje zdravstvenih radnika treba decentralizovati i narednih godina otvoriti nove medicinske fakultete u novim sredinama (Subotica, Pančevo, itd.). Brojnost nastavnog kadra na postojećim fakultetima i više je nego dovoljna za otvaranje novih fakulteta, a tokom prvih godina rada lokalni stručnjaci dobili bi priliku za uključivanje u nastavni

i naučni rad. Zdravstveni radnici sa završenom visokom stručnom spremom koji nisu lekari trebalo bi da preuzmu deo odgovornosti i obaveza lekara i postanu ravnopravni partneri u sprovođenju zdravstvene zaštite.

Adekvatno upravljanje zdravstvenim sistemom takođe je jedan od neophodnih uslova poboljšanja stanja u ovoj oblasti društva i države. Potrebno je uspostaviti mehanizme koji bi omogućili nezavisnost zdravstvenih ustanova, kao i transparentan i nezavisan proces izbora rukovodilaca, upravnih i nadzornih odbora, zasnovan na kompetentnosti i integritetu, uz učešće izabranih predstavnika lokalnih zajednica u upravljačkim telima zdravstvenih ustanova.

Da bi zdravstveni sistem Srbije zadovoljio postojeće društvene potrebe, nužno je u njega potpuno reintegrirati zdravstvenu zaštitu koja se trenutno nalazi u privatnoj svojini. Oblik vlasništva ne bi trebalo da bude niti prednost, niti ograničenje. Drugim rečima, zdravstvena zaštita u privatnoj svojini trebalo bi da funkcioniše kao neprofitna, odnosno niskoprofitna delatnost koju finansira obavezno zdravstveno osiguranje, a svaki građanin mora imati pravo da izabere usluge one zdravstvene ustanove koja najviše odgovara njegovim potrebama. Pružanje zdravstvene zaštite i njen kvalitet ne bi smeli biti povezani sa ekonomskim ili radnim statusom građana. Svaka zdravstvena usluga, bilo da se sprovodi u državnoj ili privatnoj ustanovi, plaćala bi se iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, a nedostajuća sredstva bila bi pokrivena iz budžeta. Stomatološku zdravstvenu zaštitu takođe treba reintegrirati u domove zdravlja, kao i apotekarske ustanove.

Napokon, građanin mora da bude u centru zdravstvene zaštite, što je moguće postići samo promenom odnosa između zdravstvenog radnika i pacijenta, odnosno preovlađujuće kulture u kojoj građanin mora da bude zahvalan što uopšte

dobija zdravstvenu uslugu, ali i uz stvaranje društvenih uslova u kojima će sami zdravstveni radnici biti motivisani za rad. Samo zdravstveni radnik koji ima dovoljno vremena da se posveti pacijentu, neophodna sredstva za rad da mu pruži odgovarajuću uslugu i za svoj rad je adekvatno nagrađen (ne isključivo materijalno), može razviti adekvatan human i partnerski odnos sa pacijentom.

Iako su krucijalni, kvalitet zdravstvene zaštite ne zavisi samo od navedenih faktora, već je potrebno raditi na razvijanju dodatna dva elementa: kontinuiranoj medicinskoj edukaciji i naučnoistraživačkom radu. Zdravstveni radnik preopterećen poslom neće imati dovoljno vremena da im se posveti, stoga je neophodno uvođenje drugačijeg pristupa radu, pri čemu će jedan radni dan zdravstvenog radnika nedeljno biti posvećen isključivo praćenju najnovijih saznanja iz medicine, kao i učestvovanju u naučnoistraživačkom radu. Preduslov je upošljavanje novog zdravstvenog kadra i smanjenje radnog vremena, koje će omogućiti zdravstvenim radnicima, kao i svim drugim zaposlenima, dovoljno vremena za privatni život, odmor i usavršavanje. Praćenje kvaliteta zdravstvene zaštite treba da postane sastavni element zdravstvenog sistema, sa osnovnim ciljem da se unapredi zdravstvena zaštita.

Posebno je značajno učiniti vidljivom činjenicu da zdravlje nije odraz kvaliteta samo zdravstvenog sistema. Čovek je u stalnoj interakciji sa prirodom i društvom i ova interakcija dovodi do očuvanja, unapređenja ili narušavanja zdravlja. Svi naponi zdravstvenog sistema biće slabo delotvorni u uslovima zagađenja životne sredine, nemogućnosti da se obezbedi redovna i zdrava ishrana i voda za piće, adekvatni uslovi stanovanja i mogućnost rekreacije, razonode i učešća u kulturnim i društvenim delatnostima. Za očuvanje zdravlja neophodno je da se svaki pojedinac oseti prihvaćenim u svojoj zajednici, da mu se omogući da ostvaruje društvene

interakcije, da sklapa prijateljstva, izgrađuje partnerstva i porodicu prema svom izboru, kao i da nesmetano vodi brigu o starijim članovima porodice. Podjednako je važno takođe da pojedinac ima mogućnost promene zajednice, odnosno slobodu kretanja i promene prebivališta.

Očuvanje zdravlja na radnom mestu ne svodi se samo na fizičku bezbednost, već i na stvaranje stimulativnog okruženja, u kojem zaposleni može da iskaže svoje mogućnosti, da bude cenjen i da učestvuje u odlučivanju.

Osnovni oblik pružanja zdravstvene zaštite trebalo bi da bude partnerstvo stvoreno na lokalnom nivou. Prvi oblik partnerstva je ono koje građani stvaraju između sebe – tiče se očuvanja životne sredine, uvažavanja pojedinca i razlika. Sledeće je ono između građana i zajednice – kroz svoje delegirane predstavnike, ali i lično, kada građani učestvuju u definisanju lokalne zdravstvene politike i potpomažu sprovođenje zdravstvenih programa. Zdravstveni radnici u zajednici stvaraju treći oblik partnerstva. Prvi prsten tog partnerstva predstavlja ono između lekara i drugih zdravstvenih radnika, koji čine zdravstveni tim. Drugi prsten partnerstva čini ono između izabranih lekara određenih specijalnosti. Kroz to partnerstvo, svaki izabrani lekar radi 2–3 dana nedeljno kao izabrani lekar za svoje pacijente, a 1–2 dana kao specijalista za svoje i pacijente svojih kolega-partnera. Četvrti oblik partnerstva je onaj između zdravstvenih radnika i zajednice, kroz koje oba segmenta doprinose unapređenju obima i kvaliteta zdravstvene zaštite.

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

614.2
351.77

ЂУРИЋ, Предраг, 1974-

Na šta mislimo kada kažemo ---. Novi zdravstveni sistem / Predrag Đurić. - Beograd : Institut za filozofiju i društvenu teoriju, Univerzitet : Institut za demokratski angažman jugoistočne Evrope, 2021 (Beograd : Colorgrafx). - 17 str. ; 18 cm. - (Edicija Trg)

Tiraž 100. - "Ova publikacija je nastala u okviru projekta 'Angažuj, inspiriši, osnaži: Rizom angažovane demokratije.'" --> kolofon. - Tiraž 100. - Napomene i bibliografske reference uz tekst.

ISBN 978-86-80484-68-6

а) Здравство

COBISS.SR-ID 41536009