

Standardi u javnom zdravstvu i EU-Poglavlje 28



*Autor analize: Simo Vuković
Konsultant za zdravstvo*

Retke su prilike kada se zdravstvo, zdravstveni sistem i javnozdravstvena politika nađu u fokusu šire javnosti, pa čak i ključnih donosilaca odluka. Paradoks percepcije važnosti javnog zdravstva ogleda se u činjenici da, u gotovo svim ispitivanjima javnog mnjenja, lično zdravlje građani stavljaju na neko od prvih mesta, dok se u prepoznavanju i rangiranju najbitnijih društvenih problema javno zdravstvo često ne nalazi ni u prvih deset prioriteta. Upravo prirodne i nepredviđene katastrofe, poput aktuelne pandemije COVID-19, kada se očekuje efikasan odgovor javnozdravstvenog sistema na izazov, dovode do konvergenције pomenutih prioriteta. Time se može i objasniti kolektivno iščuđavanje nad stanjem Klinike za infektivne i tropske bolesti Univerzitetskog kliničkog centra Srbije, nedostatkom lekara i medicinskih sestara, niskim platama u zdravstvu ili nedostatkom respiratora i druge osnovne medicinske i zaštitne opreme s početka epidemijske krize. Stiče se utisak da su navedeni problemi nastali preko noći, a ne da su rezultat decenijskog nagomilavanja problema i suštinski ignorisane javne zdravstvene delatnosti. Zbog toga se i aplauzi za “bele mantile” u prvim nedeljama epidemije mogu posmatrati i kao svojevrsni cinizam javnosti.

Kakvo zdravstvo danas ima Srbija? Da li zadovoljava minimum standarda efikasnosti i kvaliteta u odnosu na nivo zdravstvenih sistema zemalja EU? Iako je zainteresovana javnost sklona pojednostavljenim ocenama i crno-belim slikama, odgovori na ova pitanja nisu jednostavni. U zavisnosti na koji način posmatramo i analiziramo performanse srpskog javnog zdravstva, dobijamo i širok dijapazon slika, od optimističnih do onih koje izazivaju opravdanu zabrinutost u pogledu dostupnosti i priuštivosti bezbedne i kvalitetne zdravstvene zaštite. Naime, tekući investicioni ciklus u bolničku infrastrukturu i opremu (samo za četiri klinička centra iznosi 450 miliona evra), pokrivenost više od 97% populacije obaveznim zdravstvenim osiguranjem, respektabilan broj zdravstvenih ustanova, postelja, lekara i medicinskih sestara u odnosu na javna izdvajanja za zdravstvo, dostupnost nezanemarljivog broja lekova i ugradnog materijala na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja te nabavka visoko sofisticirane dijagnostičke i terapijske opreme (PET skener, gama nož, linearni akceleratori) odaju utisak stabilnog zdravstvenog sistema koji se modernizuje u skladu sa standardima savremene medicine 21. veka. Sa druge strane, nasledeni i zastareli kapaciteti, strukturni problemi u planiranju, finan-

siranju i upravljanju kompromituju efikasnost zdravstvenog sistema i njegovu sposobnost da odgovori na zdravstvene potrebe građana.

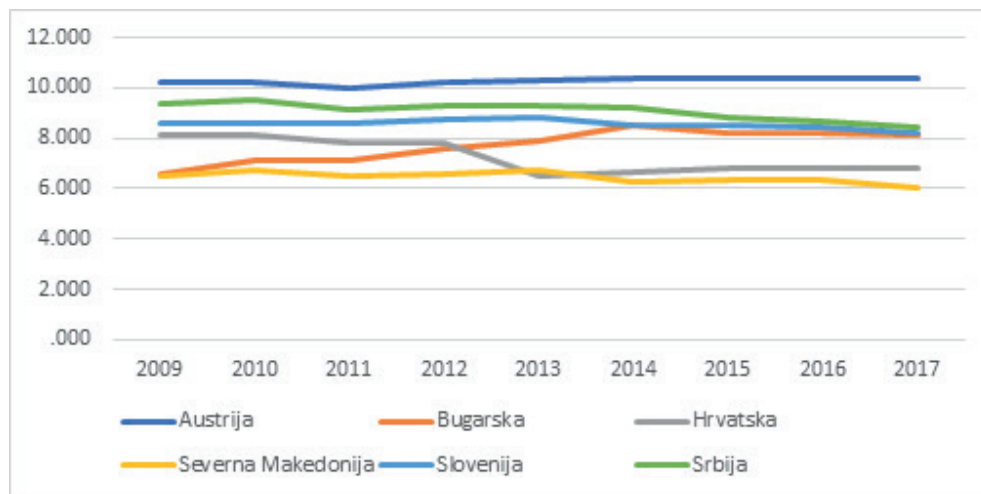
Ako bismo kao meru standarda srpskog javnog zdravstva uzeli pregovaračko poglavlje 28, naišli bismo na slične protivrečnosti. Počev od načina na koji se posmatra ovo poglavlje koje se odnosi na zaštitu potrošača i zdravlja u procesu evrointegracija u odnosu na druga pregovaračka poglavlja, u smislu njegove marginalizacije, često se tretira kao jedno od „lakših” i posledično sa manje efekata na reforme i kreiranje novih politika. Zbog toga će biti interesantno da kroz analizu pojedinih segmenata poglavlja 28, posebno u odnosu na nalaze i zaključke eksplanatornog skrininga, sprovedenog krajem 2014. godine i bilateralnog sastanka iz februara 2015. godine, problematizujemo pitanje postojećih standarda u oblasti javnog zdravstva Srbije.

Finansijska održivost

„Ukupna finansijska održivost zdravstvenog sektora i dalje je ozbiljno ugrožena zbog teške finansijske situacije javnog fonda za zdravstveno osiguranje“¹

Finansijska održivost javnog zdravstva je višedecenijski strukturni problem. Široka prava na zdravstvenu zaštitu, zagarantovana Ustavom i Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, ponekad predstavljaju spisak lepih želja u odnosu na ukupna i javna izdvajanja za zdravstvo. Iako je udeo ukupne potrošnje za zdravstvo u okviru BDP relativno visok (8,43% u 2017. godini)²,

Ukupni izdaci za zdravstvo kao % BDP-a



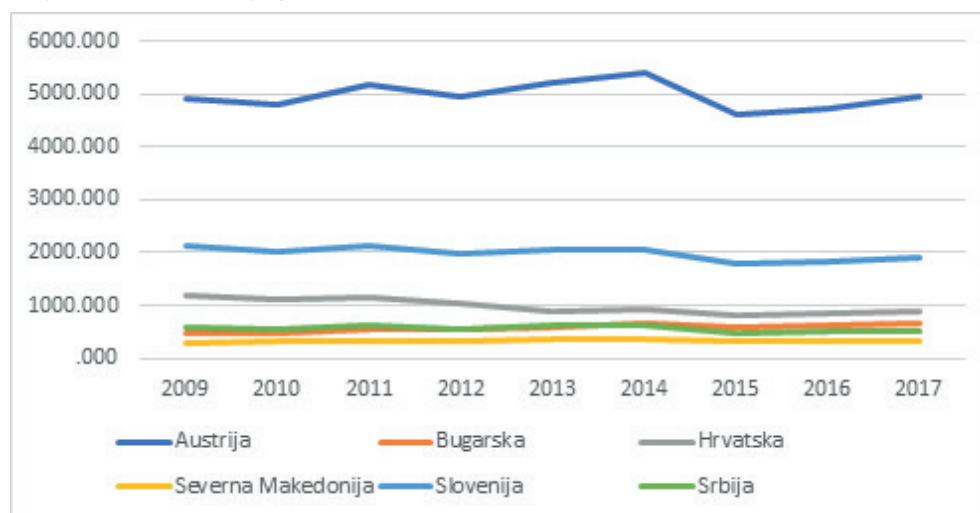
Izvor: Svetska zdravstvena organizacija

u apsolutnom iznosu je to izuzetno nisko izdvajanje u odnosu na zemlje EU–27 (529 USD po glavi stanovnika u 2017. godini) s obzirom na nizak BDP.

1 https://eupregovori.bos.rs/progovori-o-pregovorima/uploaded/pg28_skrining_izvestaj.pdf

2 <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

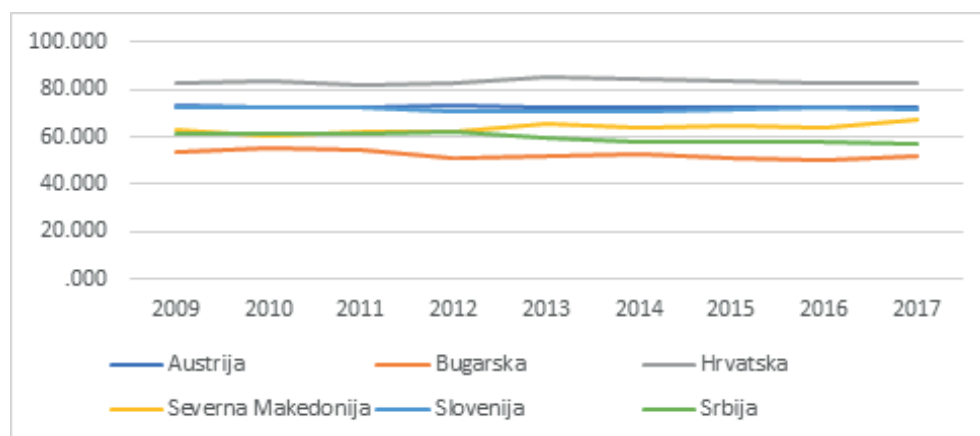
Ukupni izdaci za zdravstvo po glavi stanovnika, u USD



Izvor: Svetska zdravstvena organizacija

Kada analiziramo potrošnju za zdravstvo, unutar ukupne potrošnje ćemo uočiti još alarmantniji podatak da je udeo javnih izdvajanja za zdravstvo svega 57% (u 2017. godini), što nas sa Bugarskom (52%) svrstava u red evropskih zemalja sa najnižim javnim izdvajanjima za zdravstvenu zaštitu.

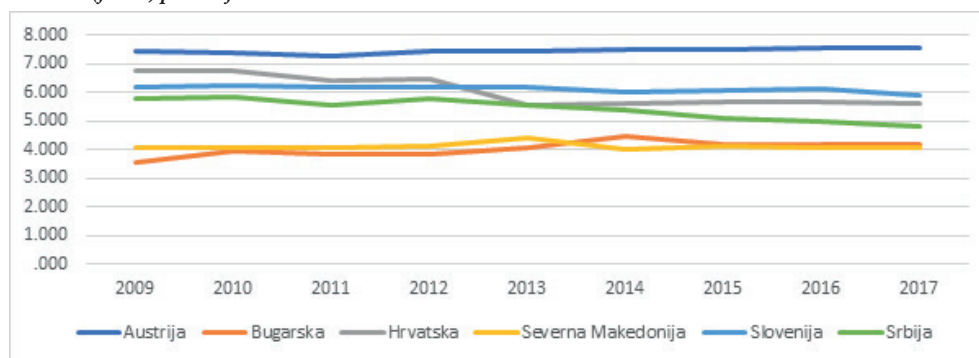
Državna (javna) potrošnja na zdravstvo kao % ukupnih izdataka za zdravstvo



Izvor: Svetska zdravstvena organizacija

Ovaj problem je vidljiviji ako posmatramo udeo javne potrošnje na zdravstvo kao % BDP-a, koji je u Srbiji (u 2018. godini) bio 5,1% što je veći rezultat od Bugarske i Severne Makedonije, ali uz kontinuirani pad, posebno nakon 2013, zbog čega se može postaviti pitanje prioriteta koje zdravstvo ima unutar javne potrošnje i javnih politika. Poređenja radi, prosečna javna izdvajanja za zdravstvo u EU-27 zemljama su u 2018. godini iznosila 7,9% od značajno većih BDP.

Državna (javna) potrošnja na zdravstvo kao % BDP-a



Izvor: Svetska zdravstvena organizacija

Prevedeno u monetarnu vrednost, to čini skromnih 287 USD po glavi stanovnika i uz Bugarsku i Severnu Makedoniju nas svrstava na samo začelje evropskih zemalja.

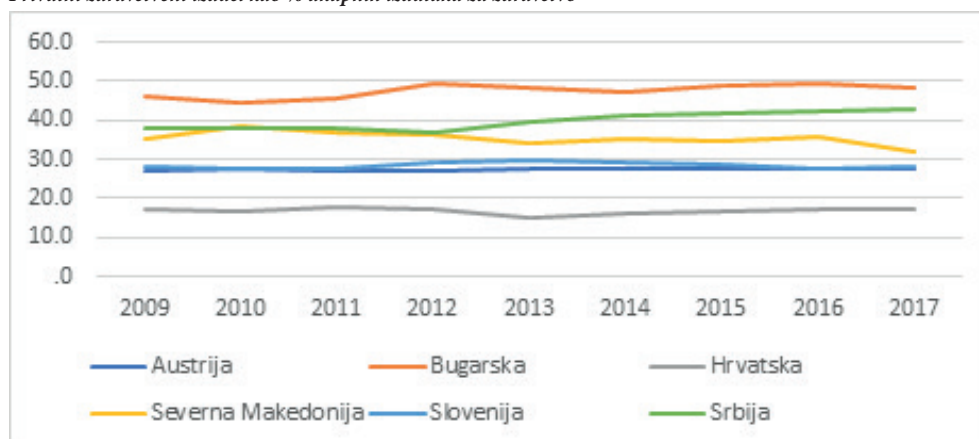
Javna izdvajanja za zdravstvo po glavi stanovnika u USD

Zemlja	2016
Austrija	3,400
Bugarska	310
Hrvatska	692
Severna Makedonija	208
Srbija	287
Slovenija	1,326

Izvor: Svetska banka

Sledeće pitanje koje se otvara iza navedenog glasi: koliki su onda privatni izdaci za zdravstvo, jer je očigledno da čine i do 43% ukupnih troškova? Privatna potrošnja je direktna posledica nemogućnosti zdravstvenog sistema da zadovolji potrebe građana za zdravstvenom zaštitom ili nezadovoljstva građana efikasnošću ili kvalitetom zdravstvene zaštite koja se pruža u okviru javnih zdravstvenih ustanova. Druga obeshrabrujuća činjenica jeste podatak da su u okviru privatnih izdvajanja za zdravstvo troškovi privatnog zdravstvenog osiguranja zanemarljivi (oko 2%) i da lavovski deo potrošnje čini tzv. plaćanje „iz džepa” i ono iznosi preko 40% (2017) ukupnih izdvajanja za zdravstvo u Srbiji. Uz Bugarsku sa 48% plaćanja „iz džepa” u ukupnoj potrošnji, Srbija ima više nego dvostruku potrošnju u odnosu na zemlje EU.

Privatni zdravstveni izdaci kao % ukupnih izdataka za zdravstvo



Izvor: Svetska zdravstvena organizacija

Ukoliko se prikazani trendovi nastave, tj. ne dođe do bitnije prioritizacije javnog zdravstva unutar javnih politika, odnosno značajnijeg povećanja javnih izdvajanja za zdravstvo, jednostavnom interpolacijom možemo uočiti projekciju da će već 2026. godine privatna potrošnja za zdravstvo u Srbiji premašiti javna izdvajanja i otvoriti pitanje ostvarivanja ustavno definisane univerzalne zdravstvene zaštite. Sa stanovišta socijalne ugroženosti i nejednakosti koju stvara ovakav način finansiranja zdravstva, posebno treba istaći njegov uticaj na pojedine grupe stanovništva, gurajući ih ispod granice siromaštva. To se odnosi na tzv. katastrofalna plaćanja (kada trošak za zdravstvene usluge iznosi više od 10% ukupne potrošnje domaćinstva ili više od 40% potrošnje domaćinstva koja ne obuhvata troškove za hranu)³. Još 2007. godine u studiji zasnovanoj na Anketi o životnim uslovima publikovan je podatak da 2% do 2,4% građana Srbije je bilo izloženo katastrofalnim plaćanjima za zdravstvo⁴.

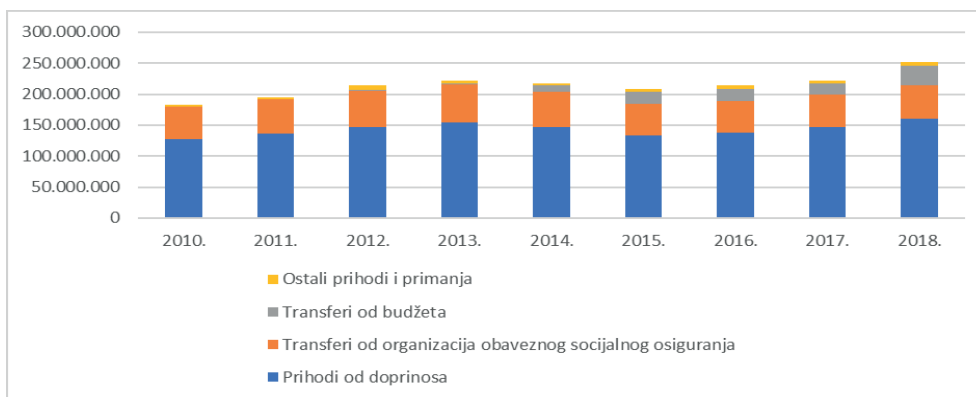
Sa druge strane, finansijsku održivost javnog zdravstvenog sistema treba posmatrati i kroz strukturu finansiranja i likvidnosti Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (RFZO), centralne institucije za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja. Prema podacima iz 2018. godine, ukupna pokrivenost građana Srbije obaveznim zdravstvenim osiguranjem bila je preko 97%. Međutim, od ukupno 6,7 miliona osiguranika, zaposleni nosioci osiguranja predstavljaju samo 26%, dok su penzioneri, njih 1.962.002, činili 25% osiguranika (transfer iz Fonda PIO). Najveći teret u kasi obaveznog zdravstvenog osiguranja čini 1.326.651 (13% osiguranika) građana čije pravo na zdravstvenu zaštitu pokriva državni budžet kroz transferna sredstva⁵. Činjenica da je zdravstvena kasa tokom sprovođenja mera fiskalne konsolidacije (smanjenjem stope doprinosa sa 12,3% na 10,3%) u avgustu 2014. godine „olakšana” za više od 200 miliona evra (ukupan budžet RFZO iznosi oko 2,14 milijardi evra), uz pomenute transfere za 1,3 miliona osiguranika, zahtevalo je i povećanje su budžetskih transfera za obezbeđenje finansijske stabilnosti RFZO (samo u 2018. godini uvećani za 66,9%). Zbog toga se postavlja pitanje da li Srbija još uvek ima tradicionalni Bizmarkov sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja (čije finansiranje dominantno počiva na prikupljenim doprinosima osiguranja od zaposlenih) jer je udeo prihoda RFZO od doprinosa spao na 64%, transferi iz Fonda PIO 21,5%, dok su budžetski transferi dostigli rekordan udeo od 12,4% u odnosu na ukupne prihode. Uz tradicionalno nestabilnu naplatu doprinosa od strane poljoprivrednika i samozaposlenih, ova direktna zavisnost kase obaveznog zdravstvenog osiguranja od budžeta preči dugoročnom nestabilnošću i cirkularnom akumulacijom dugovanja te posledičnom nelikvidnošću RFZO i javnih zdravstvenih ustanova.

3 Akinkugbe O, Chama-Chiliba CM, Tlotlego N. Health financing and catastrophic payments for health care: evidence from household-level survey data in Botswana and Lesoto, 2011

4 Jelena Arsenijević, Milena Pavlova, Wim Groot (2014). “Measuring the catastrophic and impoverishing effect of household health care spending in Serbia”. *Social Science & Medicine* 78 (2013), 22

5 <http://rfzo.rs/index.php/broj-osiguranika-stat>, Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju iz 2019. godine, to su deca ispod 18 godina, školska deca i studenti do kraja školovanja i najkasnije do 26. godine, kao i osobe starosti 65 godina + (čl. 16).

Kretanje glavnih grupa prihoda RFZO, u '000 RSD

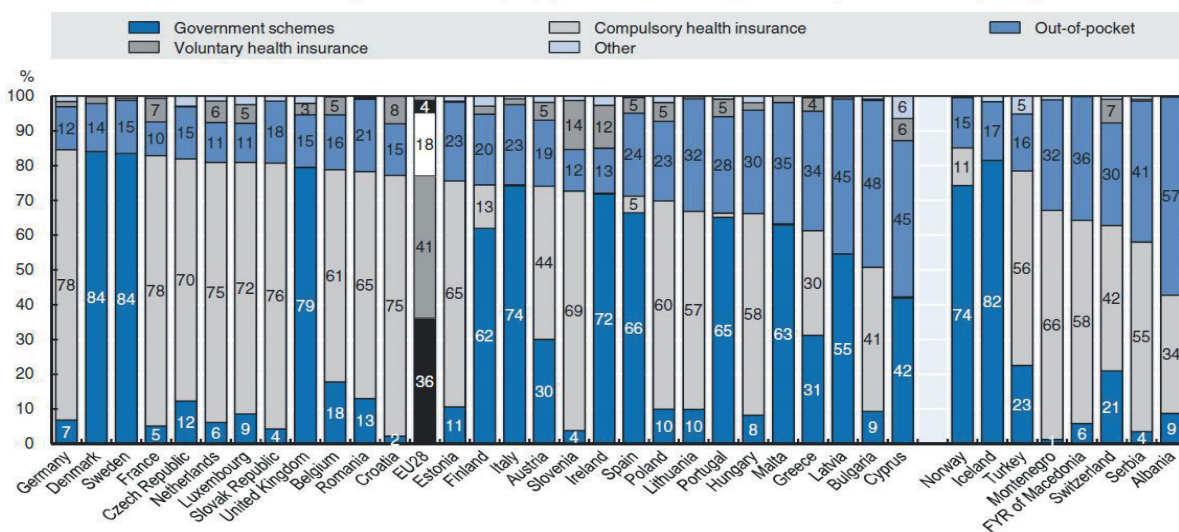


Izvor: Republički fond za zdravstveno osiguranje

Neposredan dokaz za strukturno uzrokovanim dugovanjima RFZO jeste kretanje obaveza u periodu od 2010. do 2018. godine, u kojoj se uočava pomenu-ta cikličnost i ponavljana potreba za „resetovanjem” dugovanja iz budžetskih izvora. Naime, dugovanja koja su krajem 2011. godine dostigla rekordnih 200 miliona evra i svedena do 2015.godine na podnošljivih 55 miliona, doživela su rapidan porast tokom 2016. (82%) i 2017. (87%) čime su obaveze RFZO dostigle iznos od 180 miliona evra.

Troškovi zdravstvene zaštite po tipu finansiranja uporedni prikaz (2016)

5.13. Health expenditure by type of financing, 2016 (or nearest year)



Note: Countries are ranked by government schemes and compulsory health insurance as a share of current health expenditure.
 Source: OECD Health Statistics 2018, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.
 StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933835573>

Izvor: Eurostat

Uspostavljanje finansijske održivosti javnog zdravstvenog sistema, pored neophodne optimizacije kapaciteta i unapređenja upravljanja, u kontekstu širokih zagaranovanih prava na zdravstvenu zaštitu podrazumeva temeljnu promenu strukture finansiranja i promenu nasledene paradigme o “besplatnom zdravstvu”. To podrazumeva povećanje javnih izdvajanja za zdravstvo, kao i jačanje udela privatnog dobrovoljnog, dopunskog ili dodatnog zdravstvenog osiguranja uz očekivano smanjenje direktnih privatnih plaćanja „iz džepa”. Verovanje u alhemijsku formulu da se kroz najniža javna izdvajanja za zdravstvo može dobiti zdravstvena zaštita po najvišim standardima, biva surovo demantovana kroz konstantno povećanje privatnih plaćanja, kroz ne-

zadovoljene zdravstvene potrebe značajnog dela populacije i osiromašenje već siromašnog stanovništva.

ADMINISTRATIVNI KAPACITETI I UPRAVLJANJE

„Neophodna je dalja izgradnja administrativnih kapaciteta, uključujući i obuke zdravstvenih radnika”⁶

Problem administrativnih kapaciteta unutar javnog zdravstva je višestruk. Najčešće se ističe veliki udeo tzv. nemedicinskih radnika u ukupnom broju zaposlenih. Od nešto više od 111 hiljada zaposlenih u srpskom zdravstvu, nemedicinski radnici čine 21%, uprkos nastojanju države da ovaj udeo i ograniči propisima na 15%⁷. Najveći broj zaposlenih nemedicinskih radnika čine oni u tehničkim službama (15,2%), dok administracija čini 5,8% ukupno zaposlenih u zdravstvu. Tako je umesto planiranog odnosa administrativni radnici naspram zdravstveni radnici 1:7, ovaj odnos 1:4,2 na nivou celokupnog javnog sistema. Pored toga, starosna struktura zdravstvene administracije prati nepovoljnu strukturu svih zaposlenih, gde gotovo 65% zaposlenih ima više od 45 godina. Uz često nepostojanje definisanih kapaciteta za upravljanje ljudskim resursima unutar zdravstvenih ustanova, nepovoljna starosna i kvalifikaciona struktura te nedostatak finansijskih podsticaja, umnogome onemogućavaju modernizaciju administracije, unapređenje znanja i usvajanje novih tehnologija, posebno u delu informacionih tehnologija. Upravo je nedostatak ljudskih resursa u oblasti IT u javnim zdravstvenim ustanovama često kamen spoticanja za planirane reforme i unapređenje administrativnih kapaciteta.

Mnogo dublji problem jeste sistem upravljanja u okviru javnog zdravstvenog sistema. Snažan i odlučujući uticaj politike na izbor upravljačkih struktura u zdravstvenim institucijama, ostavio je zacrtanu profesionalizaciju menadžmenta kao mrtvo slovo na papiru, kao karakteristiku celokupnog javnog sektora. Takođe, isti faktor dovodi do česte fluktuacije menadžera, nezavisno od postignutih rezultata. Takav ukupni ambijent onemogućava uspostavljanje solidne zdravstvene menadžerske strukture koja poseduje odgovarajuće kompetencije za upravljanje zdravstvenim ustanovama, uprkos uspostavljenim pravnim i obrazovnim kapacitetima za oblast zdravstvenog menadžmenta. Zbog uspostavljenog visokocentralizovanog sistema odlučivanja (Ministarstvo zdravlja), finansiranja (RFZO) i planiranja (IJZS Batut), postojeći rukovodioci zdravstvenih ustanova imaju ograničenu autonomiju u svim aspektima upravljanja sa zadržanim pritiskom odgovornosti. Usled nedostatka kompetencija, ograničene autonomije, nefleksibilnog načina planiranja i ugovaranja zdravstvene zaštite zastarelih i inertnih administrativnih kapaciteta, menadžeri u javnim zdravstvenim ustanovama su često demotivisani za promene u pravcu odlučivanja zasnovanog na podacima i dokazima, aktivnog planiranja, nagrađivanja za učinak i racionalnog upravljanja. Započete reforme u ovom segmentu javnog zdravstva, definisane u brojnim vladinim dokumentima, zahtevaju objedinjavanje u okviru krovne Strategije razvoja zdravstva do 2035. godine čije se donošenje od strane Vlade očekuje. Za prelazak sa deklarativne na stvarnu opredeljenost za standard zdravstvenog sistema u čijem centru je pacijent, građanin, podrazumeva sinhronizovano sprovođenje

6 https://eupregovori.bos.rs/progovori-o-pregovorima/uploaded/pg28_skrining_izvestaj.pdf

7 Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama I drugim oblicima zdravstvene službe, član 17.

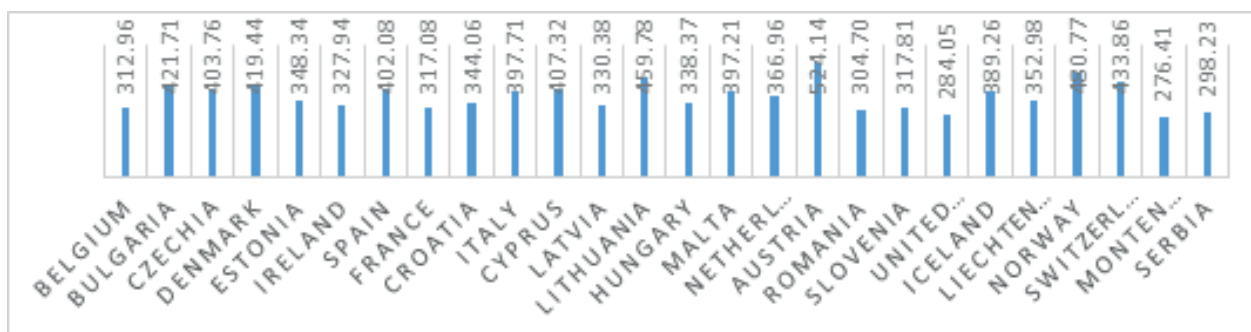
reformi u oblasti planiranja (planiranje zdravstvene zaštite na osnovu zdravstvenih potreba građana a ne kapaciteta zdravstvenih ustanova), ugovaranja (ugovorni odnos između RFZO i javnih zdravstvenih ustanova trebalo bi da proističe iz stvarnog pregovaračkog procesa i utvrđenih potreba, a ne ponude „uzmi ili ostavi”), finansiranja (plaćanje za postignute ishode, kvalitet, efikasnost, umesto plaćanja kapaciteta zaposlenih i postelja) i kontinuiranog unapređenja znanja u upravljanju sa uspostavljenim kriterijumima za merenje postignutih rezultata.

RADNA SNAGA

„...podmlađivanje radne snage u zdravstvu bi trebalo da se usvoji prilikom planiranja kako bi se garantovali kontinuitet rada javnog zdravstva kao i bolja koordinacija planiranja radne snage...”⁸

Prema podacima kojima raspolažemo, javni zdravstveni sistem Srbije postepeno ulazi u zonu zabrinjavajućeg deficita zdravstvenih radnika (lekara, medicinskih sestara i tehničara). Nedostatak preciznih podataka o spoljašnjoj migraciji u inostranstvo, kao i unutrašnjoj, u privatne zdravstvene ustanove, onemogućava pouzdana predviđanja u pogledu zdravstvene radne snage. Po broju lekara, Srbija sa oko 300 na 100.000 stanovnika se nalazi u grupi zemalja koje su ispod proseka zemalja EU (376 na 100.000)⁹.

Broj doktora na 100.000 stanovnika (2018)



Izvor: Eurostat¹⁰

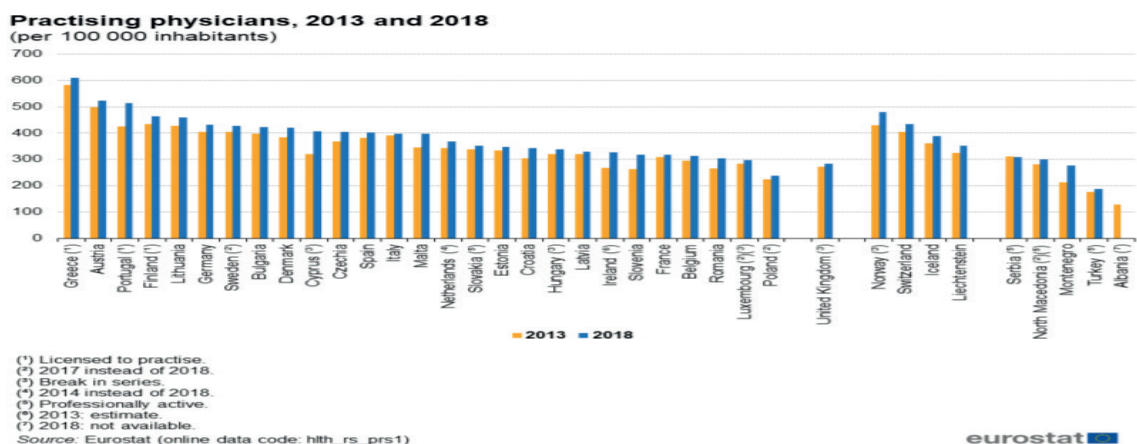
Na prvi pogled, posmatrajući ovako standardizovan prosečan broj lekara, u Srbiji se u periodu od 2013. broj lekara zadržao na istom nivou, dok je u većini zemalja EU ovaj broj rastao.

8 https://eupregovori.bos.rs/progovori-o-pregovorima/uploaded/pg28_skrining_izvestaj.pdf

9 <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/14272.pdf>

10 https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals

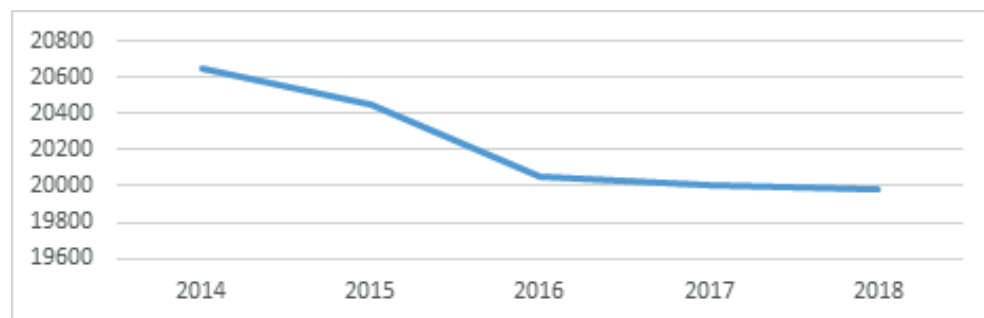
Usporedni broj lekara 2013 i 2018 – Evropa



Izvor: Eurostat¹¹

Međutim, ukoliko se uzme u obzir trend depopulacije, jasno je da se apsolutni broj lekara u Srbiji smanjuje, čemu su posebno doprinele mere zabrane zapošljavanja u javnom sektoru od 2014. godine, kao i prirodan odliv lekara koji odlaze u penziju.

Kretanje broja lekara u periodu 2014-2018



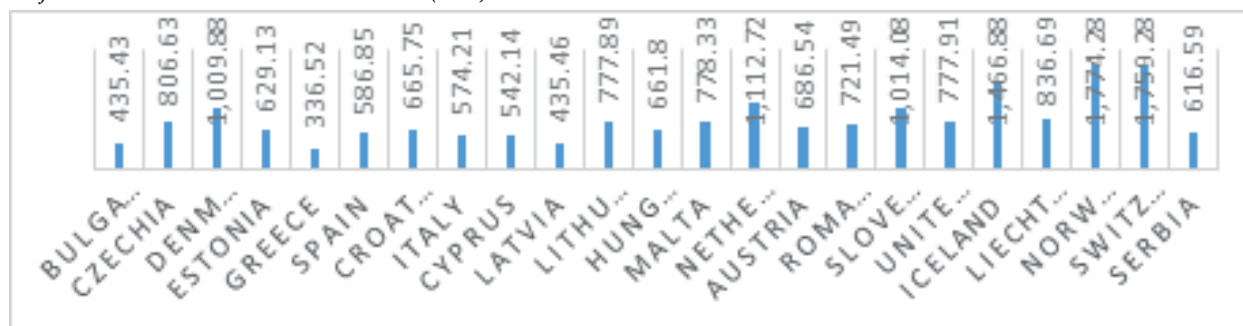
Problem koji posebno potencira budući nedostatak lekara jeste nepovoljna starosna struktura. Po broju lekara u životnoj dobi od 55 do 64 godine Srbija se nalazi među šest zemalja sa najvećim udelom ove starosne grupe, sa istovremeno malim udelom mladih lekara (mlađih od 35 godina) u odnosu na zemlje EU-27.

Broj medicinskih sestara i tehničara na 100.000 stanovnika takođe je ispod evropskog proseka i Srbiju svrstava u grupu zemalja koje se suočavaju sa ozbiljnim udaljavanjem od očekivanih standarda u pogledu obezbeđenosti populacije ovom vrstom medicinskih profesionalaca.

11 <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/37382.pdf>

12 Kadrovski_izveštaj 1 - Instituta za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut"

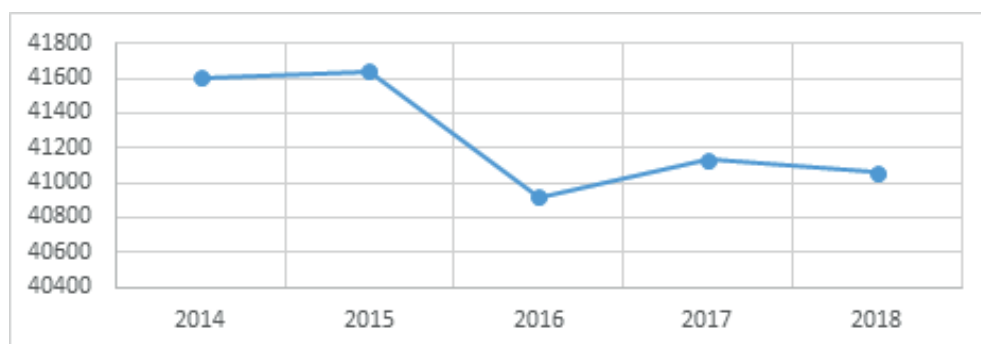
Broj medicinskih sestara na 100.000 stanovnika (2018)



Izvor Eurostat¹³

Već pomenuti uzroci migracije, prirodnog odliva i zabrane zapošljavanja doprineli su da i broj medicinskih sestara i tehničara bude u padu poslednjih pet godina.

Kretanje broja medicinskih sestara u periodu 2014-2018



Izvor: IZJZS Batut

Slični nepovoljni trendovi odnose se i na druge medicinske profile kao što su stomatolozi, farmaceuti, biohemičari itd. Pored nepovoljne starosne strukture, primetni su i trendovi deficita zdravstvenih radnika van velikih centara, u manjim sredinama gde se i očekuje prvo suočavanje sa ozbiljnijim posledicama nedostatka kadra. Jasno je da se kao jedan od ključnih izazova i prioriteta javne zdravstvene politike nameće dugoročno i konzistentno planiranje ljudskih resursa, koje mora odgovoriti na pomenute izazove i obezbediti odgovarajući standard pokrivenosti, dostupnosti i kvaliteta zdravstvene zaštite u pogledu broja i obučenosti zdravstvenih profesionalaca. Kreiranje adekvatnog ambijenta za rad zdravstvenih radnika, podrazumeva ne samo značajno uvećanje plata i poboljšanje uslova rada, već uspostavljanje podsticajnih mehanizama za nagrađivanje učinka i profesionalno napredovanje.

13 https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals

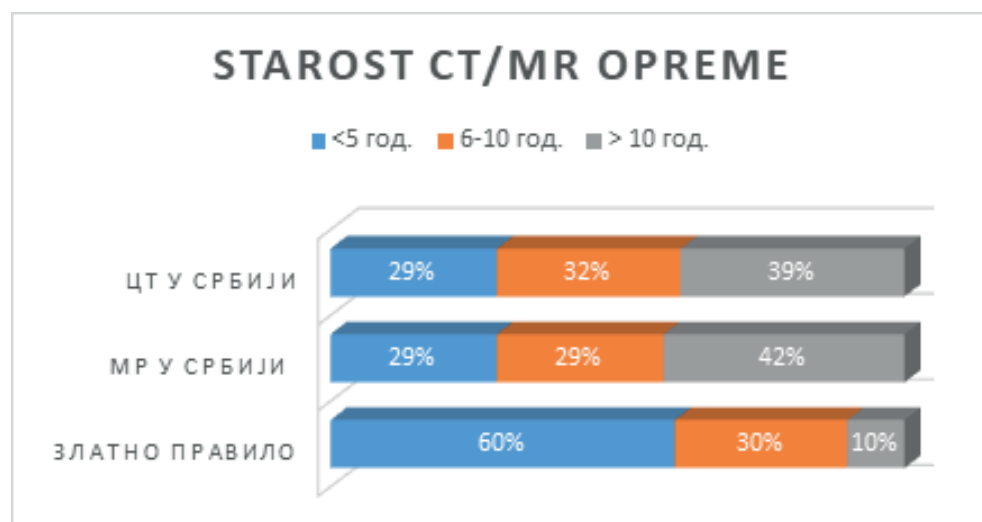
IZGRADNJA INFRASTRUKTURE I OPREMANJE

„Osnovni okvir i infrastruktura u oblasti javnog zdravlja postoje u Srbiji. Neophodna je dalja izgradnja kapaciteta...”¹⁴

Osnovu infrastrukture javnog zdravstva čini 313 zdravstvenih ustanova definisanih Uredbom o planu mreže zdravstvenih ustanova (Sl. glasnik RS br. 88/2020). Nasleđeni kapaciteti su umnogome predimenzionirani, arhitektonski prevaziđeni i zastareli, često energetska neefikasni, nepodesni za opremanje savremenom medicinskom i IT opremom. Procenjuje se da oko 40% objekata javnih zdravstvenih ustanova zahteva hitnu građevinsku rekonstrukciju ili intervenciju na objektima.

U pogledu medicinske opreme, starost opreme prati kontekst stanja infrastrukture. Široko prihvaćeni evropski standard prihvatljive starosti opreme, poznat kao COCIR „zlatno pravilo”, podrazumeva da najmanje 60% opreme ne sme biti starije od 5 godina, 30% starosti od 6 do 10 godina, a svega 10% medicinske opreme bi trebalo da bude starije od 10 godina.¹⁵ Poređenjem starosti skenera (CT) i magnetnih rezonanci (MR), zaključujemo da se Srbija nalazi daleko izvan utvrđenih standarda zemalja EU, sa velikom potrebom u obnavljanju zastarele opreme.

Poređenje COCIR „zlatnog pravila” starosti opreme sa stanjem opreme u Srbiji (2018)



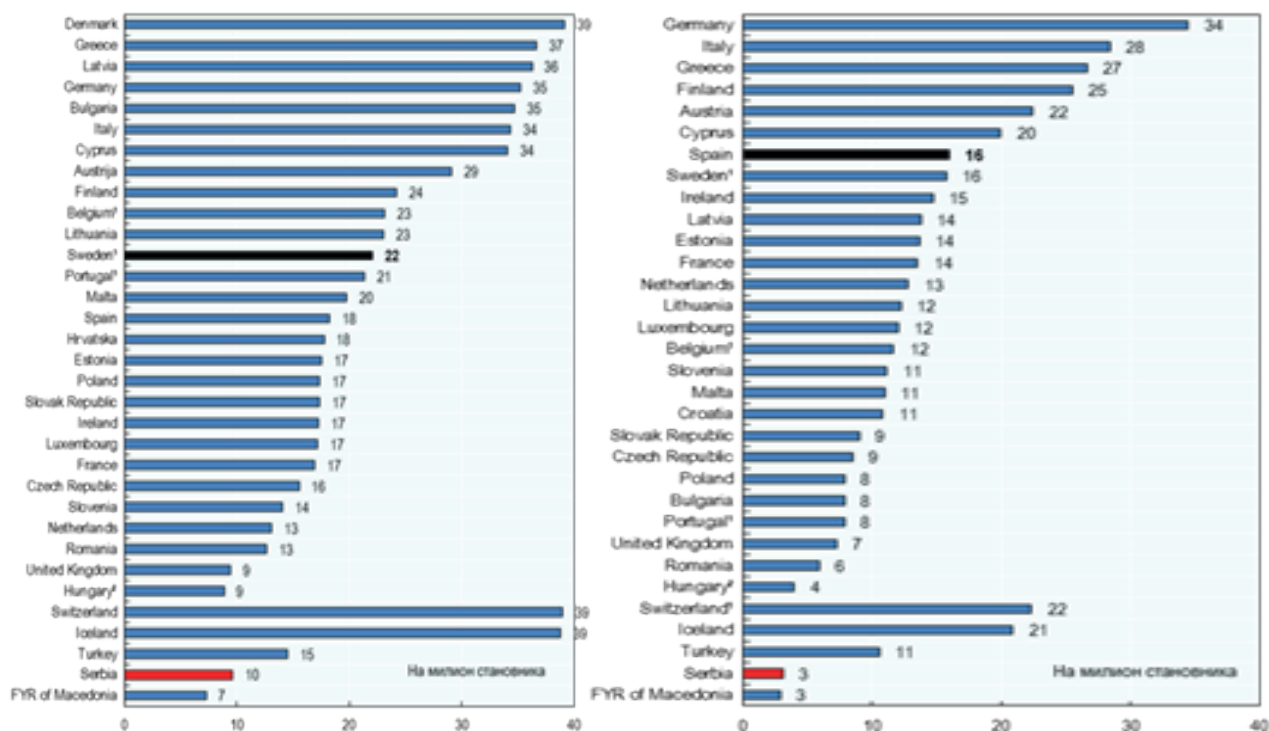
Izvor: IJZS Batut

Takođe, broj medicinskih uređaja u najvećem delu je daleko ispod standarda zemalja EU, što doprinosi daleko većem pritisku da dijagnostičke i terapijske procedure i stvaranju lista čekanja. Samo u pogledu broja CT i MR uređaja, za kojima evidentno postoji velika potreba građana, Srbija se nalazi na samom začelju evropskih zemalja.

14 https://eupregovori.bos.rs/progovori-o-pregovorima/uploaded/pg28_skrining_izvestaj.pdf

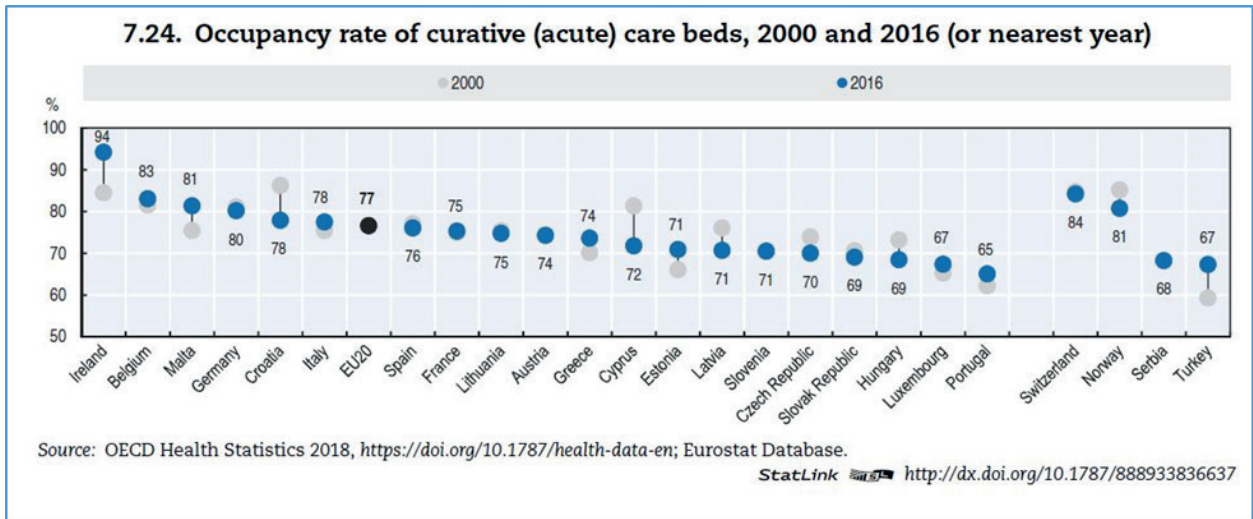
15 https://cocir.org/fileadmin/Publications_2003/ageprofile2003.pdf

Broj CT i MR uređaja na milion stanovnika – uporedni prikaz (2018)



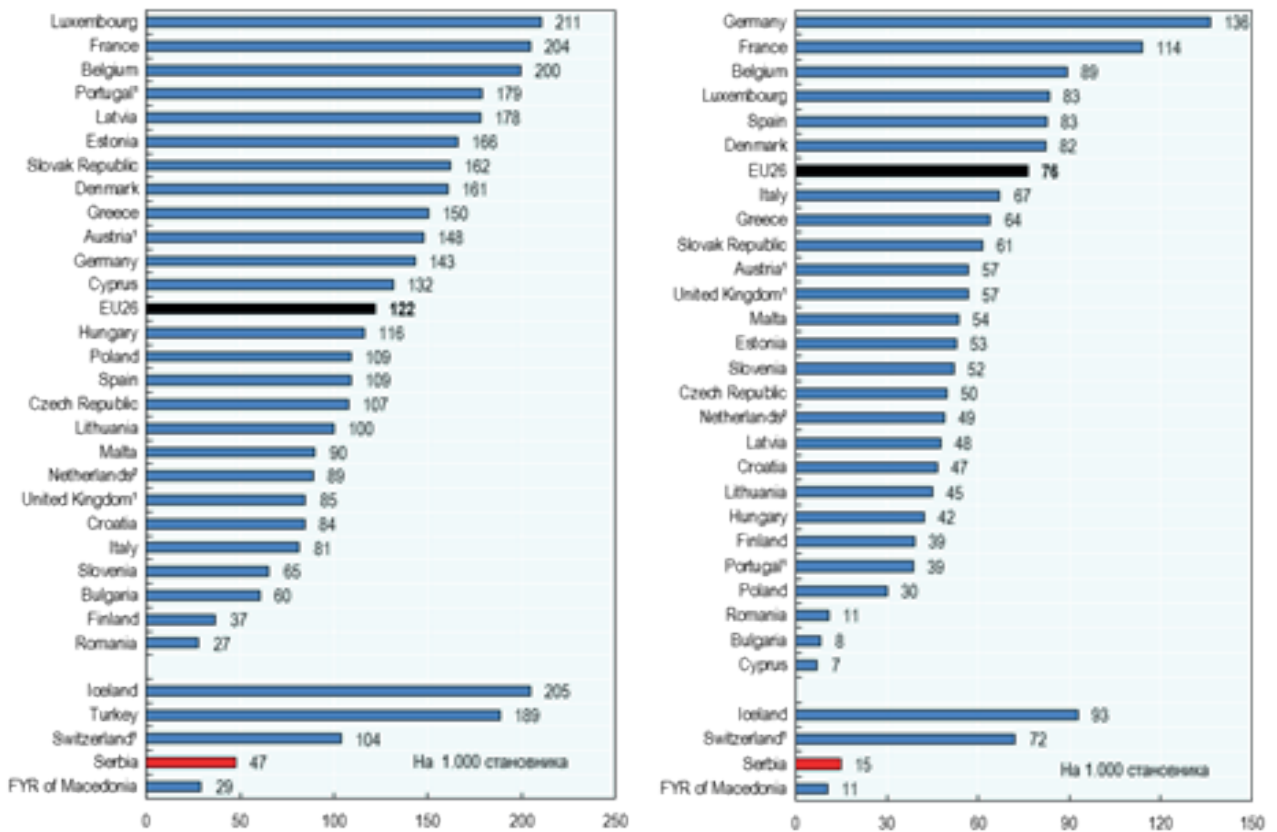
Izvor: Eurostat

Polazeći od navedenih činjenica, u potpunosti je opravdan investicioni ciklus pokrenut od strane države 2016. godine. U okviru tog procesa izvršena je, u toku je ili je planirana rekonstrukcija i opremanje 126 objekata javnih zdravstvenih ustanova u vrednosti od blizu 180 miliona evra (sa planom da ova vrednost dostigne 450 miliona evra), pod upravom Kancelarije za javna ulaganja i iz sredstava državnog budžeta i zajmova. Istovremeno, u toku je projekat rekonstrukcije i opremanja četiri klinička centra sa izgradnjom novih objekata, u vrednosti od 430 miliona evra. U cilju optimalnog iskorišćavanja uložених sredstava neophodno je u planiranju i donošenju odluka izbeći pristupe koji nisu bazirani na precizno utvrđenim potrebama građana, odnosno na dokazima. Istovremeno je potrebno obezbediti dugoročno održavanje objekata i servisiranje opreme, kao i odgovarajuće stručne kadrove. Poseban zadatak države, odnosno Ministarstva zdravlja kao osnivača, jeste da obezbedi upravljačke mehanizme koji će omogućiti i adekvatno iskorišćavanje ovih skupih kapaciteta. Ilustrativne su činjenice da se u pogledu zauzetosti bolničkih postelja i efikasnosti u korišćenju opreme kao standardnih pokazatelja iskorišćenosti kapaciteta, i pored lista čekanja i nedovoljnog broja CT i MR uređaja, Srbija takođe nalazi na začelju evropskih zemalja.



Izvor: OECD

Broj CT i MR pregleda na 1000 stanovnika – uporedni pregled (2018)



Izvor: Eurostat



Izvor : IJZS Batut

Sveobuhvatni plan optimizacije mreže zdravstvenih ustanova (tzv. masterplan), čija je izrada u toku od strane Ministarstva zdravlja iz sredstava zajma Svet-ske banke, trebalo bi da ponudi, pored redefinisavanja ukupnih kapaciteta javnih zdravstvenih ustanova, i odgovarajući plan ulaganja u infrastrukturu i opremu i definiše savremene standarde u gradnji i opremanju zdravstvenih ustanova.

KONTROLA DUVANA

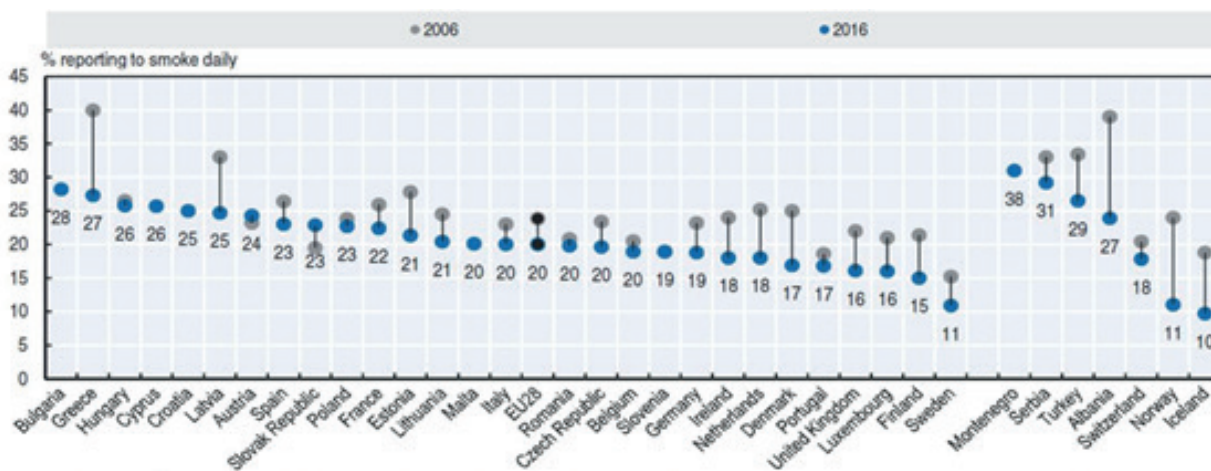
*„Predlažemo da Srbija razmotri zabranu prodaje duvana na daljinu, korišćenje promotivnih proizvoda i uzoraka duvana, uvođenje mera informisanja u vezi sa troškovima reklamiranja, marketingom i promovisanjem i smanjenje sponzorisavanja bilo kakvih događaja”.*¹⁶

Iako se rak pluća i hronična opstruktivna bolest pluća (HOPB) nalaze među deset vodećih uzroka smrtnosti u Srbiji sa učešćem od 5,08%, odnosno 2,35%¹⁷, te da je nastanak ovih bolesti nedvosmisleno povezan sa pušenjem, rezultati borbe protiv pušenja, koja uključuje i tzv. kontrolu duvana, gotovo su bez rezultata. Po broju pušača koji svakodnevno konzumiraju duvan Srbija se nalazi na samom vrhu evropskih zemalja.

16 https://eupregovori.bos.rs/progovori-o-pregovorima/uploaded/pg28_skrining_izvestaj.

17 https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf

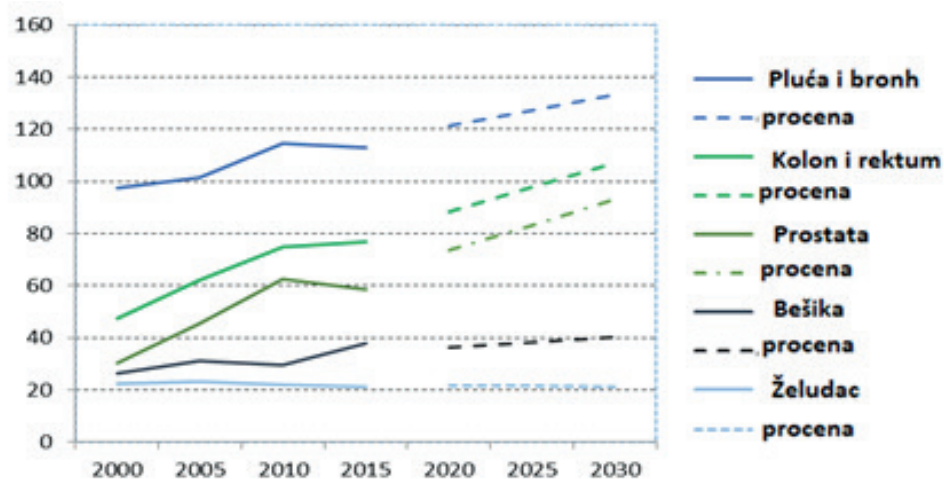
Promene u stopi svakodnevnih pušača među odraslima (2006 i 2016)



Izvor: OECD

U pomenutoj činjenici bi trebalo tražiti objašnjenje za visoku zastupljenost raka u pluća kao uzroka smrti i u muškoj i u ženskoj populaciji, sa zabrinjavajućim trendovima rasta.

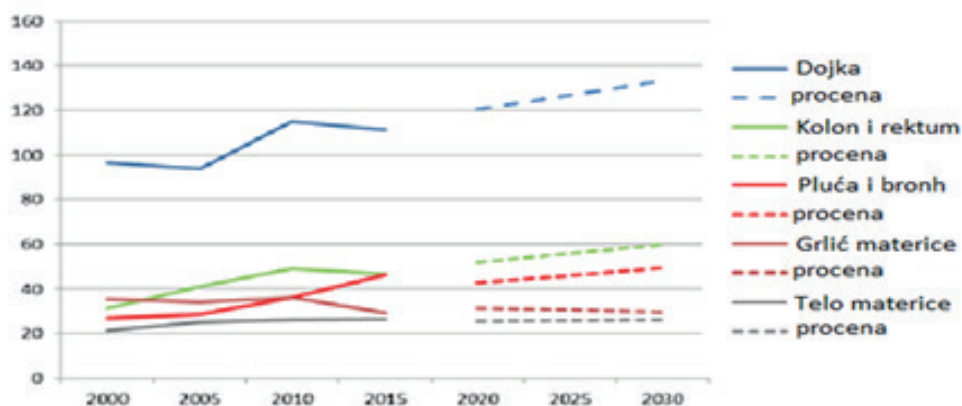
Stopa incidencije raka na 100.000 stanovnika prema vodećim lokalizacijama – muškarci, Centralna Srbija 2000–2015, sa projekcijama do 2030.



Izvor: IZJZS Batut¹⁸

18 Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Incidencija i mortalitet od raka u centralnoj Srbiji, 2015. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/Incidencija%20i%20mortalitet%20od%20raka%202015.pdf>

Stopa incidencije karcinoma na 100,000 stanovnika prema vodećim lokalizacijama – žene, Centralna Srbija 2000–2015, sa projekcijama do 2030.



Izvor: IZJZS Batut

Okvirna konvencija o kontroli duvana Svetske zdravstvene organizacije, koju je Srbija ratifikovala još 2006. godine i dovela do usvajanja Nacionalne strategije o kontroli duvana 2007–2015, imala je samo inicijalni doprinos u prvim godinama sprovođenja. S obzirom na izuzetno štetan uticaj na javno zdravlje, javnozdravstvena politika u oblasti kontrole duvana mora biti jedna od prioritetnih javnih politika države, koja će se sprovoditi dugoročno i konzistentno, sa jasno postavljenim rezultatima u kontekstu standarda zemalja EU u ovoj oblasti.

PREKOGRANIČNE OPASNOSTI

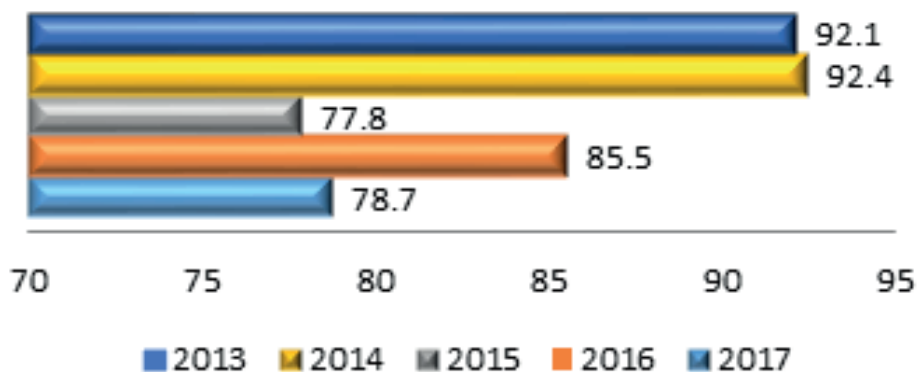
„Srbija ima uspostavljene kapacitete za obavezno prijavljivanje 70 zaraznih bolesti i uspostavljen sistem za rano upozoravanje i odgovor (ALERT). Od 2010. godine uspostavljen je Centar za obaveštavanje, sa funkcijom nadzora, procene rizika, odgovora i obaveštavanja i koji je povezan sa svetskom zdravstvenom organizacijom i Evropskim centrom za prevenciju i kontrolu bolesti.”

Pandemija izazvana virusom COVID-19 iskazala je sve slabosti zdravstvenih sistema pa i međunarodnih organizacija na polju zajedničkog odgovora i upravljanja krizom, posebno u prvim mesecima. Nedostaci na koje je ukazano tokom eksplanatornog skrininga, a koji se odnose na nepostojanje mogućnosti da se analiziraju regionalni podaci koji postoje i da na nacionalnom nivou i pored znanja podaci nisu pouzdani ili ne postoje. Takođe je tada istaknuta potreba za objedinjavanjem različitih sistema u centralizovan informacioni sistem za rano upozoravanje i brzo uzbunjivanje (EWRS), uključujući objedinjavanje laboratorijskih podataka svih javnih i privatnih zdravstvenih ustanova¹⁹. Navedeni deficiti sa višegodišnjim kadrovskim i organizacionim zapostavljanjem i marginalizacijom javnozdravstvenih ustanova i službi doprineli su otežanom upravljanju krizom i uspostavljanju mehanizama za efikasne odgovore na opasnost koja još uvek traje.

¹⁹ https://eupregovori.bos.rs/progovori-o-pregovorima/uploaded/pg28_skrining_izvestaj

Poseban rastući problem predstavlja pad obuhvata dece obaveznom imunizacijom, čime se opasnost za pojavu zaraznih bolesti značajno uvećava, a Srbija postaje time i ugrožavajući faktor za prenošenje zaraznih bolesti na evropskom kontinentu. Samo za poslednjih pet godina obuhvat dece do 15 godina starosti obaveznom imunizacijom je opao za više od 15%, odnosno na nivo od 78,7%, čime se ugrožava uspostavljeni kolektivni imunitet.

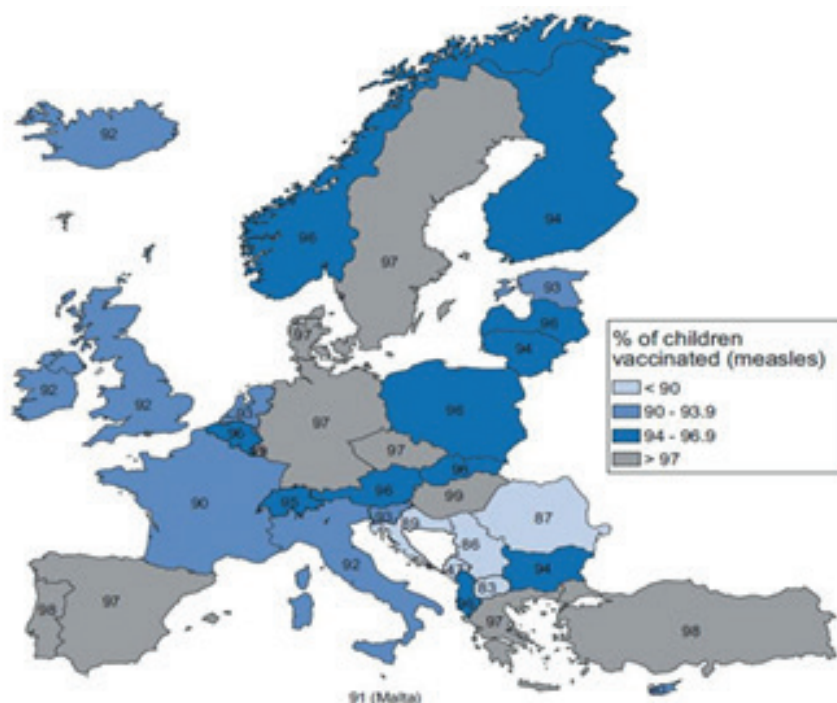
Pokrivenost (%) dece starosti 15 totalnom imunizacijom



Izvor: IJZS²⁰

Globalni i lokalni uticaj antivakcinalne kampanje najpogubnije efekte je ostavio na obuhvatu dece MMR vakcinom, tj. obaveznom imunizacijom protiv malih boginja, zauški i rubeole, svrstavajući Srbiju u red evropskih zemalja sa najnižim procentom obuhvata, odnosno ispod 85%.

Procenat dece u prvoj godini vakcinisanih protiv malih boginja po zemljama Evrope (2017 ili najbliža godina)



Izvor: Svetska zdravstvena organizacija²¹

20 Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Izveštaj o unapređenju kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama Republike Srbije u 2017. godini. http://www.batut.org.rs/download/publikacije/Izvestaj_kvalitet_2017.pdf

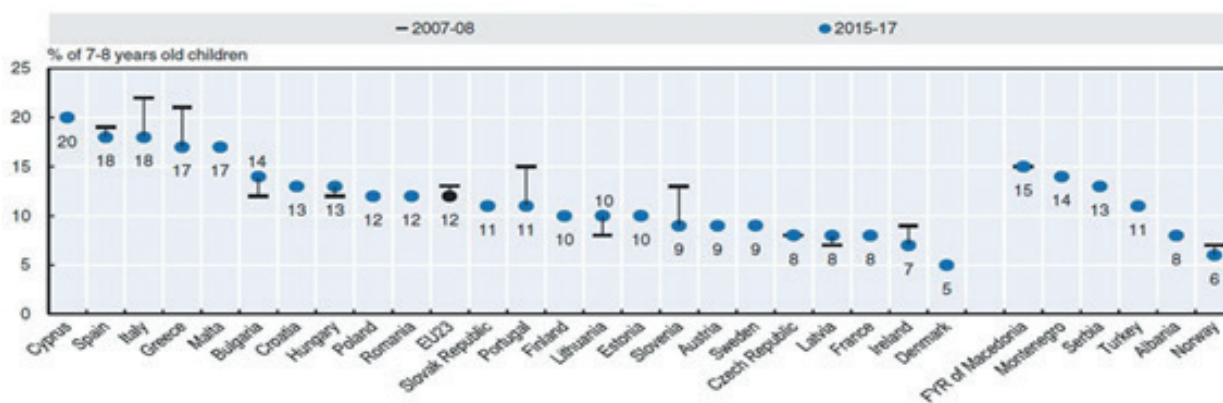
21 https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf

PREVENCIJA GOJAZNOSTI I KONZUMACIJA ALKOHOLA

„...treba osmisлити strategije prevencije bolesti kako bi se borilo protiv loše ishrane i nedostatka fizičke aktivnosti u cilju poboljšanja zdravlja građana...”

Rezultati merenja iz Nacionalnog istraživanja zdravstvenog stanja stanovništva u Srbiji 2013.²² su pokazali značajan porast udela gojazne populacije između dve godine istraživanja – 2006. i 2013. (od 17,3% do 21,2%). Poslednji nalazi istraživanja pokazuju da više od jedne polovine (56,3%) populacije ima prekomernu težinu (predgojazni (35,1%) i gojazni (21,2%).²³ Podaci o gojaznosti kod dece takođe navode na zabrinutost za zdravlje populacije u budućnosti, posebno u delu koji se odnosi na povećanje tereta hroničnih nezaraznih bolesti, kao vodećeg uzroka oboljevanja i smrtnosti.

Promene u stopi gojaznosti među decom uzrasta 7-8 godina (2007-08 i 2015-17)



Izvor: Svetska zdravstvena organizacija

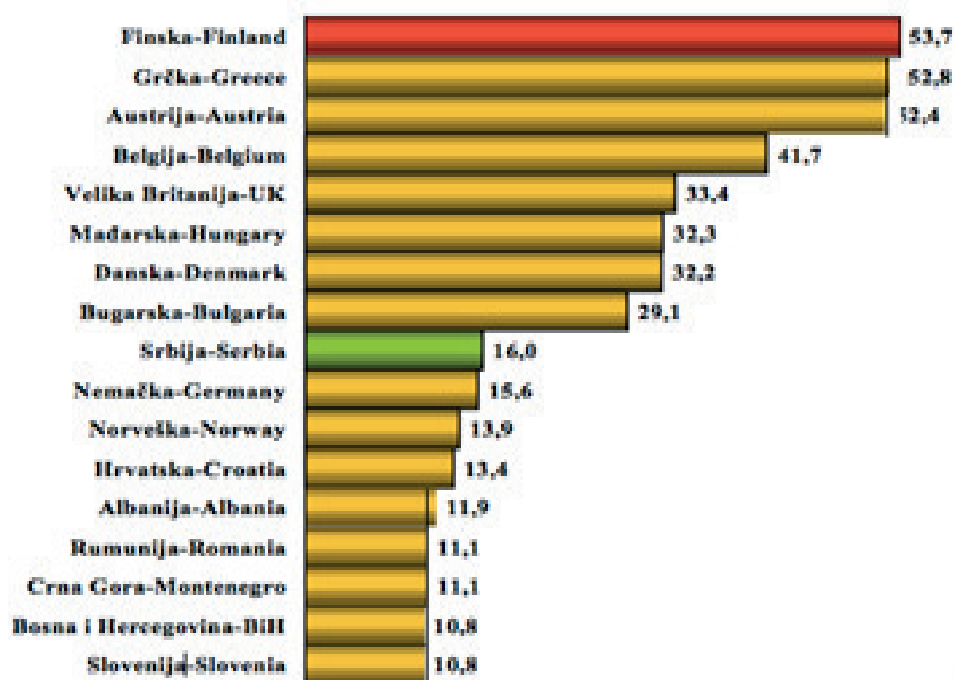
Rezultati istraživanja pokazuju da je u 2013. u Srbiji 4,7% stanovništva konzumiralo alkoholna pića na dnevnom nivou.²⁴ Poseban rizik je prekomerno pijeње (više od 6 alkoholnih pića po prilici), zabeleženo u Srbiji među opštom populacijom i među adolescentima. Prema RAPS4 (Rapid Alcohol Problems Screen skrining test za probleme sa alkoholom) 13,3% ispitanika (22,1% i 4,6% muškaraca i žena, respektivno) ispunilo je kriterijume za rizičnu kategoriju (obebeđujući bar jedan pozitivan odgovor na RAPS skali), što odgovara broju od 580–664 hiljada rizičnih alkoholičara među odraslim, većina njih (77%) su muškarci. Problematično alkoholisanje (2 ili više pozitivnih odgovora u RAPS) je povezano sa 6,2% populacije (10,6% muškaraca i 1,7% žena), tj. od 257–318 hiljada ljudi u apsolutnim ciframa (većina njih su muškarci i približno 1/3 su mladi, starosti 18–34 godine).

22 Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Incidencija i mortalitet od dijabetesa u Srbiji, 2017. Dohvaćeno sa: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/2017Izvestaj%20dijabetes.pdf>

23 Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Incidencija i mortalitet od dijabetesa u Srbiji, 2017. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/2017Izvestaj%20dijabetes.pdf>

24 Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Incidencija i mortalitet od dijabetesa u Srbiji, 2017. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/2017Izvestaj%20dijabetes.pdf>

Procenat stanovništva koji je u poslednjih 12 meseci najmanje jednom mesečno konzumirao 6 ili više pića u toku jedne prilike, Srbija (podatak iz 2013. godine) i izabrane zemlje, 2010. godina



Izvor: Svetska zdravstvena organizacija²⁵

Navedeni faktori rizika, uz podatke o fizičkoj aktivnosti, da samo polovina populacije Srbije (50,2%) provodi najmanje 30 minuta u hodu ili da se tek svaka jedanaesta osoba bavi rekreacijom tri puta nedeljno,²⁶ imaju za posledicu ogroman teret oboljevanja i prevremene smrtnosti od hroničnih nezaraznih oboljenja za zdravstveni sistem Srbije sa očekivanim negativnim epidemiološkim trendovima na dugi rok.

SKRININZI

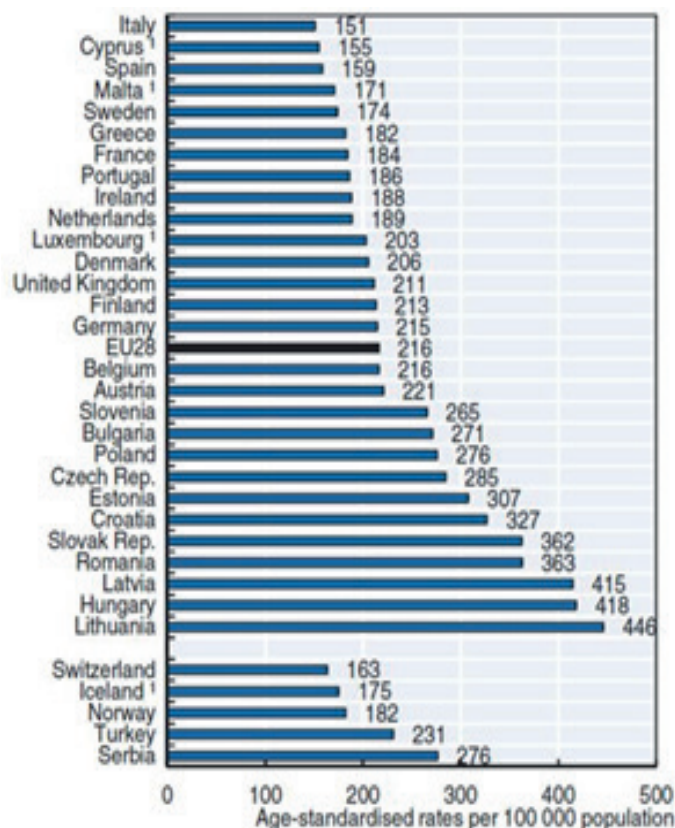
„Odgovarajuća obuka osoblja je preduslov visokokvalitetnog skrininga, isto kao i dovoljno ljudskih i finansijskih resursa”.²⁷

25 Baza podataka opservatorije globalnog zdravlja, SZO Data

26 Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Incidencija i mortalitet od dijabetesa u Srbiji, 2017. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/2017Izvestaj%20dijabetes.pdf>

27 https://eupregovori.bos.rs/progovori-o-pregovorima/uploaded/pg28_skrining_izvestaj

Stopa smrtnosti od preventabilnih bolesti – uporedni prikaz po zemljama (2015)

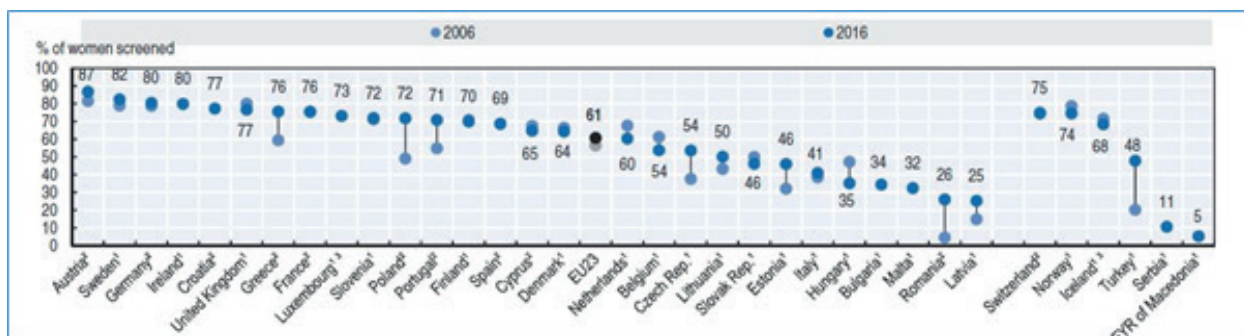


Izvor: Eurostat²⁸

Polazeći od činjenice da Srbija već decenijama pripada grupi evropskih zemalja u kojoj je umiranje od preventabilnih, dakle, izlečivih bolesti iznad evropskog proseka, činjeni su naponi da se u okviru Nacionalnog programa „Srbija protiv raka” uspostavi sistem masovnog, organizovanog i ciljanog ranog otkrivanja bolesti koje se u ranom stadijumu mogu lečiti, a predstavljaju neke od vodećih uzroka smrtnosti u populaciji (rak grlića materice, rak dojke i rak debelog creva). Uz snažnu podršku EU uspostavljeni su administrativni kapaciteti (Kancelarija za skrining u okviru IJZS Batut), pravni okvir i stručni standardi, ali se organizacija nacionalnih skrining programa, kao i u većini zemalja, pokazala kao ogroman izazov i pre svega pitanje političkog prioriteta, organizacije javnog zdravstvenog sistema i održivog finansiranja. Izuzev skromnih rezultata u odnosu na skrining za rak debelog creva, do sada nisu postignuti zadovoljavajući rezultati. Kao primer navodimo skrining raka grlića materice koji je u organizovanom obliku započeo 2013. godine u jednom delu populacije, i ostao bez efekta u smanjenju stope smrtnosti.

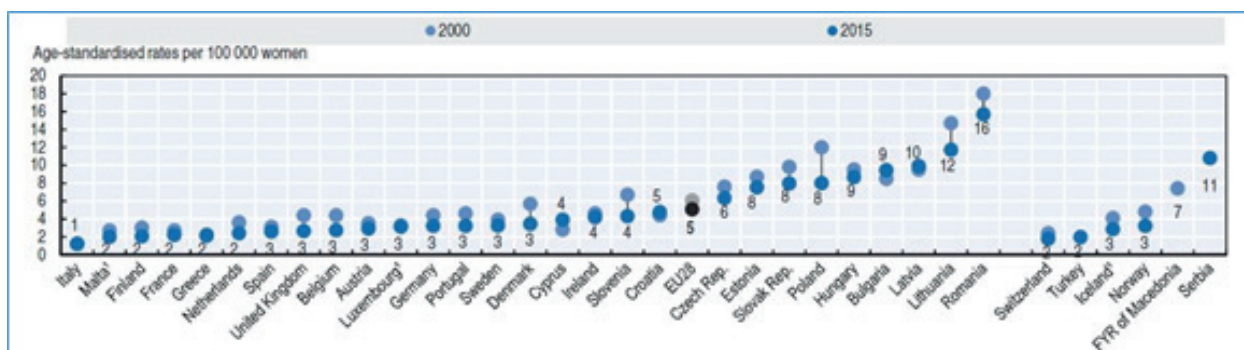
28 https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf

Procenat žena u starosnoj dobi od 20–69 godina obuhvaćenih skriningom na rak grlića materice u poslednje tri godine (2006 i 2016)



Izvor: OECD²⁹

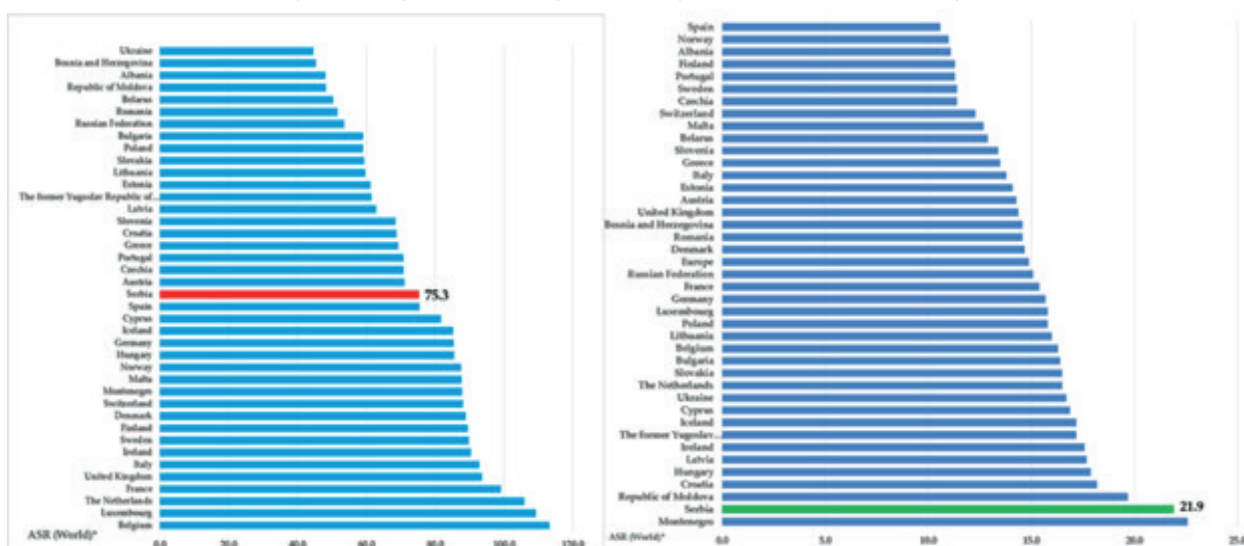
Stopa smrtnosti od raka grlića materice na 100.000 žena (2000 i 2015)



Izvor: Eurostat³⁰

Za razumevanje značaja skrininga u učinku i standardima zdravstvenog sistema Srbije najslikovitiji primer je rak dojke. Po broju novoobolelih žena od raka dojke Srbija se nalazi u evropskom proseku, ali se po smrtnosti od iste bolesti nalazi sa Crnom Gorom i Severnom Makedonijom na neslavnom vrhu evropskih zemalja. Jednostavnije rečeno, žene obolele od raka dojke u većini zemalja EU imaju veću šansu za preživljavanje od obolelih žena u Srbiji.

Stopa incidencije za karcinom dojke, 2018 i Stopa mortaliteta od karcinoma dojke, 2018



Izvor: Globocan³¹

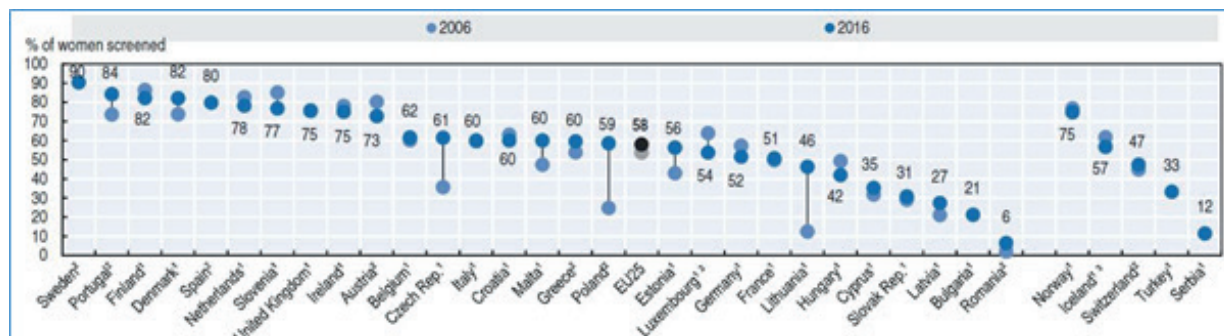
29 https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf

30 https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf

31 Globocan, 2018. <http://gco.iarc.fr/>

Zbog toga bi trebalo analizirati uzroke i potrebe za unapređenjem skrininga raka dojke jer je uspeh pojedinih zemalja u smanjenju smrtnosti od ove preventabilne bolesti evidentan u kontekstu uspešnog organizovanog skrininga, kao u slučaju skandinavskih zemalja. Srbija se u pogledu obuhvata ciljane ženske populacije mamografijom kao skrining metodom nalazi na začelju Evrope.

Procenat žena starosne dobi od 50–69 godina obuhvaćenih mamografskim skriningom u poslednje dve godine (2006 i 2016)



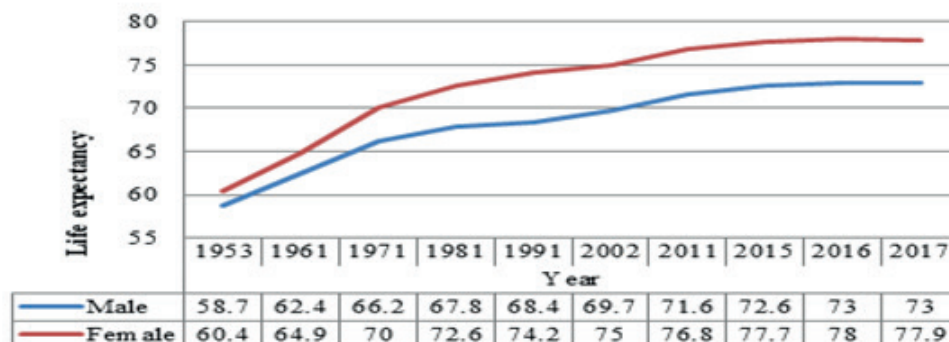
Izvor: OECD³²

ISHODI – OGLEDALO ZDRAVSTVENOG SISTEMA

Standardi u zdravstvenom sistemu postoje da bi se merili učinak i kvalitet zdravstvene zaštite. Zbog toga su u prethodnom izlaganju prikazani neki od indikatora neposredno povezanih sa pojedinim poljima iz pregovaračkog poglavlja 28.

Kao najgrublje opšte pokazatelje uspeha sprovođenja javnih zdravstvenih politika možemo posmatrati očekivano trajanje života i opštu stopu smrtnosti. Oba pokazatelja su izrazito nepovoljna u Srbiji. Prema podacima Svetske banke, očekivana dužina života u Srbiji u 2018. godini je bila 75,89 godina,³³ što je znatno niže u odnosu na 81,0 godinu, koliko iznosi vrednost ovog pokazatelja za zemlje EU–27³⁴. U odnosu na produžetak životnog veka koji je zabeležen u drugoj polovini 20. veka, poslednjih dvadeset godina, usled brojnih nepovoljnih faktora, uključujući i neefektivne mere javne zdravstvene politike, Srbija značajno zaostaje za razvijenim zemljama Evrope.

Očekivano trajanje života u Srbiji (1953-2017)



Izvor: IJZS Batut

32 https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf

33 <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=RS>

34 https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics

Drugi važan pokazatelj je opšta stopa smrtnosti, koja ima kontinuiran rast u poslednjih pedeset godina. Po podacima IJZS Batut stopa smrtnosti u Srbiji je imala rast od 9,2 na 1.000 stanovnika u 1969. godini na 13,2 u 2018. godini, sa prosečnim godišnjim rastom od 0,73%. Svakako da razloge za ovako nepovoljan trend možemo tražiti u progresivnom starenju stanovništva i masovnoj migraciji mlađe (zdrave) populacije, ali to ne isključuje preispitivanje efikasnosti zdravstvenog sistema, kao i efektivnosti mera javne zdravstvene politike. Preispitivanje standarda prevencije i lečenja može se započeti kroz analizu oboljevanja i smrtnosti od pojedinih bolesti. Naime, odnos stope novoobolelih i specifične stope smrtnosti od istog oboljenja (iskazan kao MIR indeks) može dati dobar putokaz za definisanje prioriteta i mera javne zdravstvene politike. Iz prikaza odnosa incidence i mortaliteta za pojedine maligne tumore u Srbiji i zemljama Zapadne Evrope uočava se da je broj novoobolelih slučajeva raka, tj. incidenca, približno ista. Za razliku od toga, stope smrtnosti su daleko više u Srbiji i tu treba tražiti uzroke neuspeha u ranom otkrivanju i standardima lečenja bolesnika.

Uporedna analiza stopa incidence i mortaliteta za vodeće maligne bolesti po polu MIR (Srbija i Zapadna Evropa)³⁵

Male	Serbia		Western Europe (WE)		Male	Incidence rates
	Incidence rates	Mortality rates	Incidence rates	Mortality rates		
All cancers	339,3	190,90	363,50	130,00	0,56	0,36
Lung	71,60	61,10	44,00	35,30	0,88	0,80
Prostate	35,40	13,10	85,80	10,70	0,37	0,12
Colorectal	49,00	23,30	39,10	13,30	0,53	0,34
Women	Incidence rates	Mortality rates	Incidence rates	Mortality rates	MIR (SRB)	MIR (WE)
All cancers	284,80	118,50	292,10	84,40	0,42	0,29
Breast	75,30	21,90	92,60	15,50	0,29	0,17
Colorectal	26,40	11,60	23,70	8,00	0,44	0,34
Lung	30,90	21,90	25,70	17,00	0,71	0,66
Cervical	20,30	7,00	6,80	2,10	0,34	0,31

Vraćajući se na početak ovog teksta, a koji se odnosi na poziciju zdravstva u prioritarnim javnim politikama, više je nego očigledno da zdravstva i zdravstveni sistem zahtevaju najviši stepen prioritizacije. Aktuelna pandemija je uzrokovala da se jačanje zdravstva nađe među šest prioriteta nove Vlade Republike Srbije, i to je dobra vest. Međutim, ključno je pitanje da li će se proklamovana podrška zdravstvenom sistemu kretati samo u okvirima ulaganja u infrastrukturu i opremu bez neophodne analize i definisanja mera, standarda i merljivih ciljeva zdravstvene zaštite. Ukoliko to bude slučaj, što je već decenijska tradicija, ne možemo očekivati poboljšanja u zdravlju populacije niti značajnije zadovoljavanje potreba građana za zdravstvenom zaštitom najvišeg nivoa i standarda najrazvijenih zemalja EU. U tom smislu, pregovaračko poglavlje 28 trebalo bi posmatrati kao izuzetno efektivan instrument ili smernicu za reforme, a ne kao puku administrativnu barijeru u procesu pristupanja EU.

B | T | D The Balkan Trust
for Democracy
A PROJECT OF THE GERMAN MARSHALL FUND



Ovo je autorski tekst koji izražava stavove autora i ne predstavlja mišljenje ni Balkanskog fonda za demokratiju niti Ambasade Kraljevine Norveške u Beogradu.

Tekst je napisan u okviru projekta koji se realizuje uz finansijsku pomoć Balkanskog fonda za demokratiju Nemačkog Maršalovog fonda SAD (Balkan Trust for Democracy of the German Marshal Fund of the U.S.- BTD) i Ambasade Kraljevine Norveške u Beogradu.

Prilikom umnožavanja obavezno navesti autora i izvor (Fondacija Centar za demokratiju).

Beograd, decembar 2020.