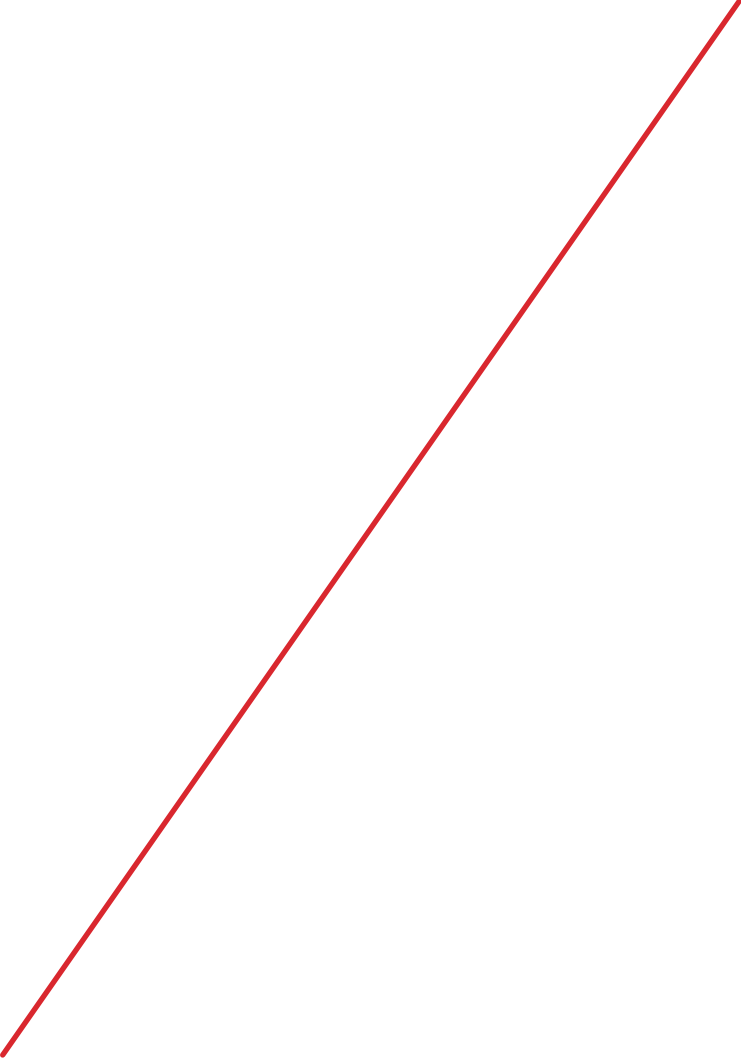


K A K O

IZLEČITI

ZDRAVSTVO

Zašto smo došli do ovde i šta dalje?



Izdavač:

Centar za politike emancipacije
www.pe.org.rs

Tekst je rezultat rada na istraživačkom projektu pod skupnim naslovom „Ka levoj alternativi“ u okviru kojeg je već objavljen zbornik radova „Vratimo socijalizam u igru: elementi za promišljanje socijalističke alternative“ (2015).

Dizajn i prelom:

KURS

Štampa:

Pekograf, Beograd, 2016.

Tiraž:

500

Publikaciju nije dozvoljeno prodavati.

Podržano od strane *Rosa Luxemburg Stiftung Southeast Europe*, sredstvima nemačkog *Saveznog ministarstva inostranih poslova*. Ova publikacija ili njeni delovi mogu biti besplatno korišćeni uz odgovarajuću referencu na originalnu publikaciju.

Sadržaj publikacije je isključivo odgovornost *Centra za politike emancipacije* i ne odražava nužno poziciju *RLS*.



centar
za politike
emancipacije



ROSA
LUXEMBURG
STIFTUNG
SOUTHEAST
EUROPE



**K A K O
I Z L E Č I T I
Z D R A V S T V O**

Zašto smo došli do ovde i šta dalje?

SADRŽAJ:

- 7** UVOD
- 11** KRATAK PREGLED SISTEMSKIH PROMENA
- 15** ŠTA SU NAM DONELE OVE PROMENE?
- 19** MERE ŠTEDNJE U EVROPI
- 23** ŠTA SE DEŠAVA U SRBIJI?
- 37** TEŠKO JE SAČUVATI ZDRAVLJE U DRUŠTVU KOJE JURI PROFIT!
- 59** DODATAK 1: LJUDSKA PRAVA NA NORMATIVNOM PLANU
- 63** DODATAK 2: PREGLED ZDRAVSTVENOG SISTEMA U SRBIJI
- 71** ABSTRACT IN ENGLISH



UVOD

Publikacija koja se nalazi pred vama nastala je tokom dvogodišnjeg rada grupe aktivistkinja i aktivista, istraživačica i istraživača okupljenih oko Centra za politike emancipacije na projektu „Ka levoj alternativi“. Prva publikacija izdata u okviru ovog projekta, „Vratimo socijalizam u igru: elementi za promišljanje socijalističke alternative“, rezultat je jednogodišnjeg zajedničkog učenja, diskutovanja, analize politika i modela i istraživanja tema ekonomske demokratije, javnog duga, fiskalne politike, ekosocijalističkih alternativa, javnog sektora, koncepta osnovnog dohotka, radničkih saveta i samoupravljanja, participativne demokratije.

Nakon toga želeli smo da se fokusiramo na dve oblasti u kojima je situacija alarmantna i svima vidljiva – vode i zdravstvo – a kojima se u domaćoj javnosti uglavnom pristupa iz menadžerske/neoliberalne perspektive. Ideja je bila mapirati stanje na terenu i skicirati okvir za progresivne politike i prakse koje u centar stavljaju javni interes ispred profita. Istraživačka grupa je podeljena na dva tima pred kojima je bio zadatak da kontekstualizuju probleme u ovim domenima sa kojima se dobar deo populacije susreće, ukažu na sistemske uzroke i domete aktuelnih politika te prikupe iskustva i ideje za artikulaciju levih politika. Rezultat ovog rada predstavljaju dva izdanja: „Voda je zajedničko dobro: prilog za borbu protiv privatizacije vodosabdevanja“¹ i, publikacija koju čitate, „Kako izlečiti zdravstvo: zašto smo došli do ovde i šta dalje?“.

Želeli smo da uvežemo akademski i iskustveni nivo, olabavimo rigidnu formu akademskih istraživanja i učinimo teorijske uvide prijemčivije široj javnosti. Tokom rada na publikaciji održano je nekoliko javnih preliminarnih prikaza nalaza i obavljeno nekoliko razgovora sa zdravstvenim radnicama i radnicima iz različitih krajeva Srbije. U prvom delu rada dat je kratak pregled sistemskih promena uz uvođenje ključnih teorijskih pojmova. U nastavku smo adresirali najčešće mitove i ideološke mantre u vezi sa širim sistemskim promenama, jer sektor zdravstva ne funkcioniše u vakuumu i važno je razumeti na koji način je povezano sa ostalim sferama. Posebno je istaknut uticaj mera štednje na zdravstvo: predstavljajući evropsko iskustvo želeli smo da razvejemo ideju da je u „razvijenoj Evropi“ situacija nužno bolja kao i da ukažemo na to da su neoliberalne politike zadale velike udarce i drugim evropskim

[1] Publikacija „Voda je zajedničko dobro: prilog za borbu protiv privatizacije vodosabdevanja“, dostupna je na sledećoj adresi: http://pe.org.rs/wp-content/uploads/2017/12/Vode-je-zajedni%C4%8Dko-dobro_WEB-CPE-2017-1.pdf

zemljama. Sledeći njihov primer, iako drugačijim tempom, Srbija je prihvatanjem neoliberalnog modela doprinela dodatnom urušavanju zdravstvenog sistema i dodatno povećala zdravstvene rizike po stanovništvo. Pored statističkih pokazatelja do kojih su došla domaća i strana istraživanja, predstavili smo i zabeležene stavove zdravstvenog osoblja i korisnika zdravstvenih usluga.

Pored predstavljenih statistika, trendova i teorijskih objašnjenja ponuđen je narativ koji ovakvu situaciju smešta u domaću postsocijalističku svakodnevicu. Uz svest da se nijedan sektor ne može popravljati parcijalno, bilo nam je važno da istaknemo međupovezanosti sa drugim važnim činionicima i politički pozicioniramo zahtev za odbranom zdravstva kao deo korenitih sistemskih promena. Odbijajući ideju o „apolitičnom“ menadžerskom pristupu čije efekte upravo trpimo na svojoj koži, želimo da podaci, iskustva, preporuke i zahtevi izneti u ovoj publikaciji, koji nisu iscrpni i finalni, budu shvaćeni i korišćeni kao deo šire političke borbe za pravednije društvo. Razgovore koje smo obavili sa zdravstvenim osobljem nije bilo moguće sistematično predstaviti, s obzirom na veliki strah da se javno govori o uslovima rada, tako da smo dobijene informacije uvrstili u liste predloga i zahteva za menjanje aktuelnog reda stvari i uspostavljanje održivog i humanog sistema zdravstvene zaštite.

Na kraju rada, ponuđen je uvid u listu prava koja bi trebalo da imamo shodno tome na šta se Srbija sve obavezala, a što u praksi ne poštuje. Time nismo želeli ostaviti dojam da je glavni problem odsustvo toliko zazivane „pravne države“, već da je pravo na zdravstvo i zdravo okruženje, nemoguće potpuno ostvariti u sistemu čija je logika da juri ka maksimizaciji profita, a ne maksimizaciji kolektivne ljudske dobrobiti – jer se ta dva međusobno isključuju. To naravno ne znači da ne treba državu pozivati na odgovornost i zahtevati politike koje će nam zaista i omogućiti poštovanje tih prava. Na samom kraju se nalazi kratak pregled

zdravstvenog sistema: njegova struktura, pravni okvir i podsetnik koje su nam mogućnosti za minimalnu borbu u ovako zadatom okviru kada je reč o pristupu zdravstvenim uslugama.

U ovoj publikaciji nećete naći recept za rešavanje mapiranih problema, jer niti ga ima, niti je na maloj grupi da ga stvori. Takođe nećete naći ni izlizane lamente i „ocene“ po kojima je Srbija intrinzično nesposobna da upravlja javnim sektorom, pa time i zdravstvenim sistemom. Ova publikacija umesto toga ukazuje na sistemske neoliberalne procese iz kojih Srbija nije mogla biti izostavljena u datoj političko-ekonomskoj konstelaciji snaga. Naslanjajući se na višegodišnje rasprave, analize, proteste i zagovaranja levo orijentisanih organizacija i kolektiva, ova publikacija daje mali doprinos za zajedničko promišljanje kuda dalje sa sindikatima u zdravstvu i zainteresovanom zajednicom.

KRATAK PREGLED SISTEMSKIH PROMENA

U periodu posle Drugog svetskog rata, dolazi do širenja ideja o potrebi za sveobuhvatnom socijalnom zaštitom, bilo da govorimo o socijalističkim ili kapitalističkim državama. Socijalističke države su putem društvenog ili državnog vlasništva i kontrole nad sredstvima za proizvodnju nastojale da obezbede neposrednije zadovoljenje ljudskih potreba – javni sektor je široko postavljen i proizvodi za društvo. Kapitalističke države, sa druge strane, razvijaju srazmerno veliki javni sektor uspostavljanjem države blagostanja.

Neoliberalni trendovi, koji se na globalnom planu odvijaju tokom poslednje četiri decenije, uticali su na razgradnju kako koncepta države blagostanja tako i mogućnosti sprovođenja socijalističkih politika. Nameće se ideja da je tržište idealni regulator socijalnih servisa, odnosno zadovoljenja ljudskih potreba, da je jedini način za opšte uvećanje bogatstva i podizanje životnog standarda uspostavljanje slobodnog tržišta i omogućavanje takmičenja između slobodnih individua.

Šira slika i ključni politički procesi koji su doprineli razvoju evropskog zdravstva oslikani su na primeru Velike Britanije u filmu *The Spirit of '45* režisera Kena Louča (Ken Loach).

Dominantna neoliberalna ekonomska politika postepeno je zahvatala još tokom 1980-ih godina i nekadašnje socijalističke države. Njene glavne crte podrazumevale su:

- liberalizaciju: smanjenje uloge države u regulisanju i pružanju usluga, najpre onih koje spadaju u javni sektor,
- privatizaciju: izmeštanje usluga javnog sektora u privatni sektor, odnosno ove usluge prestaju da budu politički određeno javno dobro i postaju roba koju privatni proizvođači plasiraju na tržište.

Odustajanje od politika javnog dobra i prebacivanje usluga koje spadaju u javno dobro u okvir privatno obezbeđene robe odvija se putem procesa komodifikacije. Ovaj proces ne podrazumeva samo privatizaciju usluga ili rasprodaju javne imovine. U pitanju je sistemsko stavljanje u prvi plan razmenske vrednosti robe, na štetu upotrebne vrednosti. Dok je svrha upotrebne vrednosti da zadovolji neku ljudsku potrebu, razmenska vrednost robe omogućava njenom vlasniku da je na tržištu razmeni za novac. U kapitalističkim društvima tako maksimalno uvećanje razmenske vrednosti postaje glavni cilj proizvodnje, dok stvaranje upotrebne vrednosti postaje samo sredstvo za ostvarenje tog cilja. Bez obzira da li je reč o robama i uslugama koje se prodaju na tržištu za profit ili se radi o proizvodima i uslugama javnog sektora, apsolutni prioritet postaje smanjenje troškova proizvodnje (zarad uvećanja profita ili smanjenje državnih izdataka), a ne zadovoljstvo korisnika i dostupnost usluga.

Izvori i predlozi za čitanje:

Frangakis, Marica (et al.). 2009. Introduction: Privatisation and the Crisis of Social Europe, u: Frangakis, Marica (et al.) (ur.) ***Privatisation against the European Social Model: A Critique of European Policies and Proposals for Alternatives***. Basingstoke: Palgrave Macmillan

Hermann, Christoph. 2014. ***Komodifikacija: posljedice i alternative***. (Dostupno na: <http://pravonagrad.org/komodifikacija-posljedice-i-alternative/>)

Hjus, Ursula. 2012. Kriza kao kapitalistička prilika – nova akumulacija kroz komodifikaciju javnih usluga. u: Vesić, Darko (et al.) (ur.) ***U borbi za javno dobro***. Beograd: Centar za politike emancipacije. (Dostupno na: <http://pe.org.rs/wp-content/uploads/2013/01/U-borbi-za-javno-dobro-CPE-2012.pdf>)

Marks, Karl. 1978. ***Kapital, I tom, glava prva, "Roba"***. Beograd: Prosveta. (Dostupno na: https://libcom.org/files/karl_marks_kapital_prvi_tom.pdf)

Vesić, Darko (et al.). 2015. ***Vratimo socijalizam u igru: elementi za promišljanje socijalističke alternative***. Beograd: Centar za politike emancipacije. (Dostupno na: <http://pe.org.rs/wp-content/uploads/2016/10/Vratimo-socijalizam-u-igru-CPE-2016.pdf>)

ŠTA SU NAM DONELE OVE PROMENE?

Pod mantrom stvaranja opšteg boljitka ili unapređenja okoštalog sistema, zagovornici liberalizacije i privatizacije obećavaju manje troškove, veću efikasnost i veće zadovoljstvo korisnika usluga. Međutim, iskustva zemalja Evrope koja su pratile ove politike prikazuju drugačije posledice. Na ovom mestu, pružićemo pregled zaključaka istraživanja posledica liberalizacije i privatizacije u sektoru usluga od javnog značaja (železnice, pošta, vode i vodosnabdevanje, struja i elektrodistribucija, javni prevoz) u Švedskoj, Nemačkoj, Austriji i Velikoj Britaniji.

Atzmüller, Roland; Hermann, Christoph. 2005. *The Liberalisation of Services of Public Interest in the EU and in Austria. Effects on Employment, Working Conditions and Industrial Relations*. Vienna: Chamber of Labour.

Smanjenje troškova i veća efikasnost?

Opšte smanjenje troškova najčešće se vrši putem smanjenja izdataka za plate. Ovo se može obaviti ili direktnim smanjenjem osnovnih plata ili, češće, smanjenjem radničkih bonusa, naknada za bolovanje, prekovremenim radom ili radom vikendom. Takođe, uvođenje novih platnih razreda ili rada po učinku najčešće znače manju platu za isti ili veći rad, s obzirom na to da se na primer učinak postavlja kao maksimalni mogući učinak. Uz navedeno, novozaposlena radna snaga najčešće se zapošljava uz nepovoljnije ugovore o radu, odnosno za manju platu.

Drugi način za smanjenje troškova proizvodnje jeste smanjenje broja zaposlenih, bilo direktnim otpuštanjem, podsticanjem zaposlenih na odlazak u ranu penziju ili nuđenjem visokih otpremnina za dobrovoljni prekid radnog odnosa, itd. Takođe

se smanjuje broj mesta za obuku novih kadrova ili se angažuju neplaćeni praktikanti na koje se prebacuje značajan obim posla. U prilikama kada se preduzeće smanjuje samo na osnovnu delatnost, dok se sekundarne delatnosti odvajaju u zasebna preduzeća, višak radne snage koji se upućuje u novostvoreno preduzeće najčešće se zapošljava pod gorim ugovorima i uslovima zaposlenja nego ranije. U postojećim okolnostima, trpi i radno vreme – ono postaje fleksibilnije, što za konačnu posledicu ima i da je duže.

U neoliberalnim uslovima, radni odnosi su fleksibilni i individualizovani, atipični i prekarni. Radna snaga postaje sve više fragmentirana, a slabi i sindikalno organizovanje i kolektivno pregovaranje; pritisak kapitala sindikate gura u defanzivnu poziciju i pravljenje sve većih ustupaka.

Sve navedeno upućuje na zaključak da se ušteda i navodna efikasnost najčešće pokušavaju dostići intenziviranjem rada i kreiranjem okruženja u kome manji broj radnika i radnica obavlja više posla u okviru radnog vremena koje uz to postaje i duže. Maksimizacija profita, kao glavni cilj privatno vođenih preduzeća ili ustanova, ostvaruje se smanjenjem onih troškova koji se odnose na isplatu zarada ljudima koji taj rad zapravo i obavljaju.

Veće zadovoljstvo korisnika?

Projekat PIQUE (Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity), dostupno na: www.pique.at

Projekat PIQUE bavio se istraživanjem uticaja privatizacije javnih usluga na kvalitet, zapošljavanje i produktivnost. Istraživanje je obuhvatilo i stavove korisnika i korisnica o uslugama od opšteg (ekonomskog) značaja. Istraživanjem koje je trajalo od 2006. do

2009. godine obuhvaćena su četiri sektora (električna energija, poštanske usluge, lokalni javni prevoz i zdravstvo) u šest evropskih zemalja – Austriji, Belgiji, Nemačkoj, Poljskoj, Švedskoj, Ujedinjenom Kraljevstvu. Pored glavne teme, istraživano je i zadovoljstvo korisnika usluga. Istraživački tim utvrdio je da „ne postoji jasna veza između stepena liberalizacije i privatizacije i zadovoljstva korisnika i korisnica“, odnosno da „korisnici i korisnice mogu biti jednako zadovoljni ili nezadovoljni sektorima bez kompeticije i velikim udelom javnog vlasništva kao i onim sa intenzivnom kompeticijom i većinom pružalaca usluga u privatnom vlasništvu“. Takođe je pokazano na koji način reformske mere koje podrazumevaju liberalizaciju i privatizaciju utiču na smanjenje kvaliteta i dostupnost usluga – na primer, uvođenje cena za određene korisničke grupe, smanjenje količine i obima usluge, ukidanje određenih segmenta usluge, smanjenje investicija, itd.

Potrebno je pomenuti i još jedan nalaz istraživanja koji upućuje na stavove ispitivanih grupa prema liberalizaciji i privatizaciji javnih usluga. Većina ljudi ne podržava potpunu privatizaciju i smatra da bi država trebalo da određenim merama garantuje univerzalnu dostupnost jednog dela usluga. Dodatno, trebalo bi obratiti pažnju na razlike u stavovima viših i nižih slojeva (u pogledu obrazovanja, visine prihoda i profesionalnog statusa). Ljudi sa manjim primanjima, nižeg profesionalnog i obrazovnog statusa su nezadovoljniji uslugama i za ocenu usluge im je primarna cena, dok su oni višeg statusa zainteresovaniji za dimenziju kvaliteta.

Promene u ideološkom narativu (od zagovaranja javnog interesa do zagovaranja tržišnog nadmetanja i individualizma) i političko-ekonomskom opredeljenju za liberalizaciju i razmontiranje javnog sektora, dramatično su se odrazili i na zdravstveni sistem.

MERE ŠTEDNJE U EVROPI

U prethodnom delu opisane su glavni tokovi u okviru neoliberalnog pristupa javnom sektoru. Sa izbijanjem krize, oko 2008. godine, dolazi do ekonomskog kolapsa i pokušaja kapitalističkih država da nađu neka rešenja koja bi sanirala posledice krize. Ova rešenja, koja su zapravo podrazumevala intenzivnije sprovođenje neoliberalnih reformi putem uvođenja mera štednje, pored toga što nisu adekvatno odgovorila na aktuelne probleme, dovela su i do generisanja novih.

Odbor za građanske slobode, pravosuđe i unutrašnje poslove (LIBE) Evropskog parlamenta istraživao je uticaj mera štednje na osnovna ljudska prava u sedam evropskih zemalja (Belgija, Kipar, Grčka, Irska, Italija, Portugalija, Španija).

The impact of the crisis on fundamental rights across Member States of the EU – Comparative analysis. 2015. Brussels: European Parliament. Dostupno na:
[http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/510021/IPOL_STU\(2015\)510021_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/510021/IPOL_STU(2015)510021_EN.pdf)

Glavne reforme primenjivane u okviru mera štednji i njihove posledice po kvalitet usluga iz oblasti zdravstva, kao i posledice u vezi sa pristupom ljudi tim uslugama podrazumevale su:

Ograničavanje pristupa zdravstvenim uslugama

Između ostalog obuhvata i ukidanje univerzalnog zdravstvenog osiguranja i uvođenje osiguranja koje zavisi od statusa u pogledu zaposlenosti. Takođe se menjaju kriterijumi za besplatno zdravstveno osiguranje, uvođenjem praga za plaćanje osiguranja.

Uvođenje ili povećanje participacije koju plaćaju korisnici

U zemljama u kojima nije postojalo plaćanje participacije, ono se uvodi, dok se u onima gde je postojalo, cena participacije povećava.

Reorganizaciju zdravstvenih ustanova

Koncept reorganizacije uglavnom je značio smanjenje osoblja, smanjenje broja bolesničkih kreveta, i zatvaranje određenog broja bolnica, u svrhu obezbeđenja racionalizacije. Prva posledica ove mere svakako je i povećavanje pritiska na postojeće kapacitete. To često dovodi do toga da se pacijenti otpuštaju iz bolnice ranije, na kućno lečenje, odnosno pre nego što su potpuno izlečeni. U nekim drugim zemljama bolnice su se prosto zatvarale.

Slikovit je primer iz Bosne i Hercegovine, koji je doveo do organizovanja stanovništva u cilju odbrane bolnice. Za detaljnije upoznavanje pogledati FB grupu „NE DAMO NAŠU BOLNICU“.

Intervencije u vezi sa cenama lekova i drugih usluga

Uvode se ograničenja koja se tiču broja izdatih receptata po lekaru, a osmišljavaju se i sankcije za doktore koji to ne poštuju. U svrhu povećanja kontrole izdavanja receptata, odnosno smanjenja budžetskih troškova za lekove, uvode se elektronski recepti. Uvodi se ili povećava participacija za kupovinu lekova.

Mere koje pogađaju medicinsko osoblje

Podrazumevaju smanjenje broja zdravstvenih radnika, zamrzavanje plata u oblasti zdravstva, dok se sa druge strane povećava mobilnost osoblja uspostavljanjem fleksibilnih i part-tajm pozicija. Gubitak posla u javnom zdravstvu, zajedno sa zabranom povećanja plata odveo je veliki broj lekara u privatni sektor.

Ove tendencije imaju i šire posledice. Na opštem planu, mere štednje koje se i dalje sprovode u neoliberalnom ključu u velikoj meri su uticale na uništavanje prava na zdravstvo. Finansijski teret zdravstvene nege tako se sve više prebacuje na pojedince i porodice, čime se zapravo smanjuje pristup zdravstvenoj nezi za one sa nižom platežnom moći.

Mere koje dovode do smanjenja kapaciteta zdravstvenih ustanova dovode i do toga da se vreme čekanja na određene usluge (pregledi, operacije, itd) produžilo. Dodatni finansijski teret i liste čekanja utiču na to da su ljudi generalno demotivisani da idu kod lekara, što pokazuju istraživanja rađena u svim navedenim zemljama. S obzirom na povećanje finansijskog tereta, mnogi ljudi se u zemljama gde je to dostupno okreću samoorganizovanim socijalnim klinikama i apotekama u kojima medicinsko osoblje radi na volonterskoj bazi.

Rezovi u budžetu imaju negativni uticaj i na preventivne i protektivne mere. To se može ogledati u smanjenom broju dece koja se vakcinišu, povećanju broja suicida, HIV infekcija, tuberkuloze, ograničenju usluga koje su pre toga spadale u univerzalne, itd.

Navedene tendencije pogađaju celokupno stanovništvo, a posebno ranjive grupe populacije, u koje između ostalog spadaju osobe sa invaliditetom, mladi ljudi, porodice sa jednim roditeljem, stariji ljudi, osobe sa autizmom, siromašni, beskućnici, tražioci azila, ljudi koji žive u ruralnim područjima, itd. Prebacivanje tereta lečenja i brige o ne-moćnima na porodicu specifično pogađa ženski deo populacije koji uglavnom preuzima dodatne poslove u domaćinstvu.

ŠTA SE DEŠAVA U SRBIJI?

Kao i u drugim zemljama, neoliberalni procesi koji su uticali na ograničavanje ulaganje u sistem zdravstvene zaštite i sve veći broj ljudi ostavljali bez pristupa kvalitetnim zdravstvenim uslugama vidljivi su i u Srbiji. Zdravstvene usluge se sve više tretiraju kao roba čije troškove proizvodnje treba smanjiti, bez obaziranja na nivo zadovoljenih potreba onih koji nemaju da za njih plate.

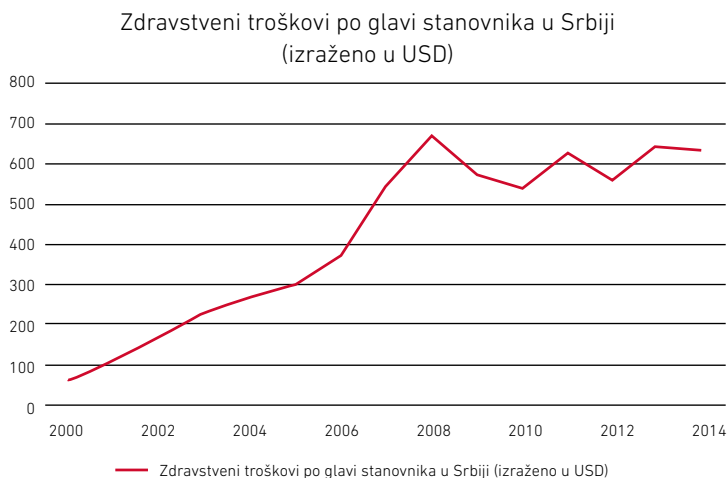
U Srbiji, sistemsko otvaranje prostora za osnivanje privatnih zdravstvenih ustanova počinje i tokom devedesetih godina XX veka. Međutim, situacija ratova, ekonomskih sankcija i potpunog raspada društva u kojoj je vlast pokušavala da osigura sopstvenu poziciju kupovinom socijalnog mira usporila je brži proces liberalizacije, privatizacije i komodifikacije mnogih delova javnog sektora, uključujući i zdravstvo.

Ipak, nakon 2000. godine ovaj proces biva ubrzan. Vlasti nastoje da što više smanje državne izdatke za javne usluge, a samim tim i za zdravstveni sektor. Ovi rezovi se nadomešćuju porastom privatnih troškova za zdravstvene usluge, do čega dolazi kroz niz promena koje se uvode. Tako je 2001. godine uvedeno plaćanje participacija za preglede, a dolazi i do promena obuhvata usluga u okviru primarne zdravstvene zaštite, poput izbacivanja stomatoloških usluga sa spiska usluga koje su pokrivenne zdravstvenim osiguranjem 2006. godine. Još jedna od mera koja se uvodi u sklopu neoliberalnih kretanja je i „pregled na sopstveni zahtev“ koji podrazumeva da pacijent može da uz doplatu zatraži specijalistički pregled za koji je inače potrebno čekati na slobodan termin. Takođe, porast cene medikamenata uticao je na opšte povećanje privatnih izdataka stanovništva.

Pregledom kretanja ulaganja u zdravstvo možemo videti da je na snazi proces prebacivanja troškova sa tereta državnog budžeta na

leđa korisnika/ca zdravstvenih usluga. Dok su za vreme socijalizma svi troškovi za zdravstvo bili javni, u periodu konsolidacije kapitalizma evidentan je progresivni trend povećanja privatnih izdataka.

Podaci o kretanju troškova za zdravstvo mogu se naći na sajtu Svetske banke: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP?locations=RS>



Izvor: Svetska banka, www.worldbank.org.

Prema podacima Svetske banke, zdravstveni troškovi po glavi stanovnika u Srbiji su se u periodu nakon 2000. godine, kada su iznosili 65,5 američkih dolara (USD) po glavi stanovnika, nalazili u fazi konstantnog rasta sve do 2008. godine kada dostižu vrhunac sa 672 USD. Nakon toga je usledio period blagog opadanja i rasta koji u konačnici dovodi do stagnacije. Godine 2014. zdravstveni troškovi po glavi stanovnika su iznosili 633 USD. Kao poređenje,

kretanje ovih troškova u Hrvatskoj je u istom period imalo sličnu putanju, ali su izdaci u apsolutnim brojevima gotovo duplo veći i 2014. godine su iznosili 1.050 USD. U zemljama Evrozone za zdravstvene usluge se 2014. izdvajalo čak 4.135 USD što govori o neuporedivo boljim uslovima kako za zdravstvene radnike i radnice, tako i za korisnike.



Izvor: Svetska banka, www.worldbank.org.

Najveći deo zdravstvenih troškova i dalje čine javni izdaci za zdravstvo. Međutim, od 2002. godine, kada je procenat javnih izdataka za zdravstvo iznosio 72% ukupnih zdravstvenih troškova, država Srbija procentualno izdvaja sve manji iznos za zdravstvene usluge. Godine 2014. ovaj procenat je opao na svega 62%. U zemljama evrozone javni troškovi su 2014. godine u proseku iznosili 78%, dok su u Hrvatskoj bili čak 82%.

Ovi podaci se podudaraju sa porastom privatnih troškova za zdravstvenu zaštitu, među koje spadaju donacije, novčana sredstva iz različitih projekata, privatno zdravstveno osiguranje i izdaci koje

građani izdvajaju direktno iz sopstvenih džepova. Procentualno troškovi iz džepa predstavljaju 96% ukupnih privatnih troškova. Početkom 2000-ih ovaj procenat je iznosio oko 85% što svedoči o tome da dolazi i do smanjivanja donacija i projektnog finansiranja zdravstvenih usluga, te dodatnog opterećivanja novčanika građanki i građana kada je u pitanju njihova zdravstvena zaštita.

Alarmanantna je činjenica da građani/ke iz godine u godinu pokrivaju iz sopstvenog džepa sve veći procenat zdravstvenih troškova. Ovaj tip izdataka se nalazi u konstatnom porastu od 2002. godine kada su činili oko 24%, do 2014. kada su iznosili čak 36,5%. U zemljama članicama Evrozone oni iznose 14% dok u Hrvatskoj svega 11%.



Izvor: Svetska banka, www.worldbank.org.

Osim toga što je smanjivanje javnih izdataka pogodilo korisnike/ce zdravstvenih usluga, ono je značajno uticalo i na zaposlene u ovom sektoru. Uz prateću primenu mera štednje, zabrana zapošljavanja i smanjenje zarada u javnom sektoru pogodili su i medicinsko osoblje.

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije (SZO) Srbija je 2014. godine imala jedan od najmanjih brojeva zdravstvenih

radnika i radnica po glavi stanovnika u Evropi (svega 2,46 na 1000 stanovnika). Poređenja radi, u Hrvatskoj ovaj broj iznosi 3,13, a u Grčkoj čak 6,26 na 1000 stanovnika. Već pomenuta zabrana zapošljavanjam, kombinovana sa prirodnim odlivom medicinskog osoblja usled odlaska u penziju, dovela je stanje u zdravstvu do nivoa zdravstvene katastrofe.

Izvor: Svetska zdravstvena organizacija:
http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en

U godišnjim izveštajima Instituta za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ može se pratiti kretanje broja zaposlenih u zdravstvu.

Godišnji izveštaji i analize IZJZS „Batut“ mogu se naći na sajtu ove ustanove: www.batut.org.rs

U periodu između 2010. i 2016. godine zdravstveni sektor je izgubio 10.664 radnog osoblja svih profila. Iako je već 2015. godine u skladu sa kadrovskim normativima nedostajalo 8.156 zdravstvenih radnika i radnica, u narednih godinu dana broj je porastao za dodatnih 4.396 što nas danas dovodi u situaciju da u zdravstvu imamo manjak od oko 12.500 radnika i radnica svih profila. Uzimajući u obzir podatak da broj poseta lekarima opšte medicine nije preživeo veće promene i 2016. godine je iznosio 26.535.198, lako je zaključiti da opterećenje za preostalo medicinsko i ostalo osoblje zaposleno u zdravstvenom sektoru konstantno raste.

Shodno tome, ne čude podaci koje prenose mediji o povećanju broja lekara na birou rada – u 2013. taj broj je iznosio 2.184, tokom 2014. godine 2.442, a 2017. godine 2.881.² U istom članku

[2] Na birou rada 2881 lekar, Politika, 02. 03. 2017, dostupno na: <http://www.politika.rs/sr/clanak/375335/Na-birou-rada-2-881-lekar>

Kretanje broja zaposlenih u zdravstvenom sektoru											
	Sve ukupno	Zdravstveni radnici								Ostali	
		Ukupno zdr. radnici	Doktori medicine	Doktori stomatologije	Farmaceuti	Saradnici VSS	Viša stručna sprema	Srednja stručna sprema	Niža stručna sprema	Administativno osoblje	Tehničko osoblje
Ukupno za Srbiju 2010	114432	86365	21052	2249	2063	1801	8570	50197	433	7534	20533
Ukupno za Srbiju 2015.	108164	83509	20413	1914	2154	1805	9318	47571	334	6898	17757
Ukupno za Srbiju 2016	103768	81376	19974	1698	2015	1781	9340	46266	302	6463	15929
UKUPNE PROMENE	-10664	-4989	-1078	-551	-48	-20	+770	-3931	-131	-1071	-4604

Izvor: IZJS „Batut“, www.batut.org.rs

navodi se i izjava jednog od nekadašnjih direktora Kliničkog centra Srbije kojom opisuje apsurdnost situacije: „kao direktor KCS iz meseca u mesec pisao sam sve veći broj prekovremenih sati, od 20.000 stiglo se do 70.000, jer nije bilo dovoljno lekara, a postoji zabrana da se zaposle novi“.

U datim okolnostima, poseban problem predstavlja i veliki odliv zdravstvenih radnika i radnica iz zemlje. Kako prenose mediji, prema navodima sindikata i komora zdravstvenih radnika/ca, skoro 2.000 zdravstvenih radnika i radnica odlazi da radi u inostranstvu, na godišnjem nivou.³

Istovremeno, nastavlja se sa razvojem procesa komercijalizacije zdravstva. Jedan od primera je i promocija medicinskog turizma. Za navedeno ilustrativno je pitanje privatizacije banja. Sistem banjskih lečilišta koji je do sada često korišćen za lečenje teško obolelih pacijenata o trošku Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (RFZO), a manje u turističke i privredne svrhe. Međutim, vlasti sve više u javnosti zagovaraju privatizaciju banja ili javno privatno partnerstvo u ovom sektoru. Razlog je veliki privredni potencijal – prema navodima medija, procenjena je moguća dobit od 100 miliona evra, što bi predstavljalo značajnu promenu od 40 miliona evra koliko trenutno banje prihoduju.⁴ Ove procene nisu zvanične ali ako se na umu imaju iskustva iz inostranstva (kao što su Hrvatska, Slovenija i najviše Austrija čije banje prave veću neto dobit nego celokupna privreda Srbije) ovakve procene nisu bez osnova. Zainteresovanost kako stranih tako i domaćih

[3] Odlazak lekara i sestara u Nemačku dobija razmere egzodusa, OzonPress, 03. 05. 2017, dostupno na: <http://ozonpress.net/zdravlje/odlazak-lekara-sestara-u-nemacku-dobija-razmere-egzodusa/>

[4] Kako do uspešnih banja, Radio-televizija Vojvodine, 24. 08. 2016. dostupno na: http://www.rtv.rs/sr_lat/ekonomija/aktuelno/kako-do-uspesnih-banja_749393.html

investitora je velika. Međutim, promena funkcija banja od lečilišta za najšire slojeve stanovništva u turističke centre doprinosi daljem redukovanju javno finansiranih zdravstvenih usluga, što za mnoge znači nedostupnost ovog vida lečenja. Prihodi koji bi se ostvarivali na ovaj način ne bi išli u javnu kasu, već u privatne ruke, zbog čega bi društvo bilo višestruko na gubitku.

U ovakvim uslovima neminovno trpi i kvalitet pruženih usluga kao i njihova dostupnost. Istraživanje o zdravlju stanovnika koje je tokom 2013. godine sproveo *Ipsos strategic marketing* navodi da čak 18,2% stanovnika u periodu od godinu dana od ispitivanja nije dobilo zdravstvenu zaštitu iako je imalo potrebu za njom. Prema iskazu ispitanika, potreba za zdravstvenom zaštitom najčešće je bila neostvarena u Vojvodini (22,6%) i Beogradu (22,8%), a ređe u Južnoj i Istočnoj Srbiji (17%) i Šumadiji i Zapadnoj Srbiji (11,4%). Kao najčešći problem u ostvarivanju zdravstvene zaštite navedeno je dugo čekanje, a kao drugi po redu pojavljuje se pitanje udaljenosti. Finansijski razlozi predstavljaju još jednu od prepreka – 25% ljudi u Srbiji navodi da je nedostatak finansijskih sredstava razlog zbog koga nisu u mogućnosti da ostvare potrebu za zdravstvenom zaštitom. Navedeno najčešće važi za stomatološke usluge, a zatim i dijagnostiku, lečenje, rehabilitaciju, nabavku lekova, usluge iz oblasti mentalnog zdravlja.

Ipsos Strategic Marketing. 2014. *Istraživanje zdravlja stanovnika republike Srbije*. Beograd: Ipsos Strategic Marketing. (Dostupno na: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2014/jul2014/Jul2014IzvestajPreliminarni.pdf>)

U vezi sa navedenim je i proces zamene zdravstvenih knjižica u zdravstvene kartice. Naime, problemi u masovnom izdavanju i uvođenju jedinstvene takse od 400 dinara najviše su pogodili upravo najsiromašnije slojeve društva. Prema istraživanju fonda-

cije *Friedrich Ebert*, s obzirom na to da je u drugoj polovini 2017. godine broj izdatih kartica i dalje bio za pola miliona manji od broja zdravstveno osiguranih lica, ova okolnost utiče i na smanjenje obuhvata stanovništva zdravstvenim osiguranjem i „veći broj lica ostavlja izvan nacionalnog sistema zdravstvene zaštite“.

Arandarenko, Mihail, Krstić, Gordana, Žarković Rakić, Jelena. 2017. *Dohodna nejednakost u Srbiji - Od podataka do politike*. Beograd: Friedrich Ebert Stiftung – Beograd. (Dostupno na: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/belgrad/13936.pdf>)

Istraživanje *Ipsos*-a takođe navodi neke pokazatelje zdravstvene slike populacije. Čak 40% stanovnika izvestilo je 2013. godine o postojanju neke dugotrajnije bolesti, tegobe ili zdravstvenog problema – 2006. godine, o ovim tegobama je izvestilo 25,3% građana Srbije. Alarmantan je podatak je da je među najsiromašnijim građanima najveća učestalost dugotrajnih bolesti i zdravstvenih problema. Mesto stanovanja i regionalne nejednakosti takođe utiču na opšte zdravlje stanovništva – dugotrajne zdravstvene tegobe nešto su učestalije među stanovnicima Južne i Istočne Srbije (43,6%) i Vojvodine (40,8%), dok su manje učestale među stanovnicima Beograda (36,9%).

U pogledu mesta stanovanja, dugotrajne zdravstvene tegobe nešto su učestalije među stanovnicima Južne i Istočne Srbije (43,6%) i Vojvodine (40,8%), dok su manje učestale među stanovnicima Beograda (36,9%). Takođe, veća učestalost dugotrajnih tegoba ili zdravstvenih problema zabeležena je među osobama ženskog pola (45,1%) u odnosu na osobe muškog pola (34,6%).

Na opštem planu, u 2013. godini 29,9% odrasle populacije imalo je dugotrajnih ograničenja u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Ovaj problem u većoj meri pogađa žene i stanovnike/ce ruralnih oblasti.

Navedeni podaci predstavljaju rast u odnosu na 2006. godinu, kada je o ovoj vrsti tegoba izvestilo 15,2% odraslog stanovništva.

Kako korisnici/ce zdravstvenih usluga opisuju stanje

Jedno od istraživanja stavova građana/ki o javnim uslugama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti sproveli su *Evropski pokret u Srbiji* i *Centar za evropske politike*. Istraživanje je sprovedeno u periodu između 6. i 29. decembra 2016. godine na slučajnom, stratifikovanom i reprezentativnom uzorku za celu Srbiju.

Stavovi građana o zadovoljstvu javnim uslugama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. 2017. Beograd: Evropski pokret u Srbiji, Centar za evropske politike. (Dostupno na <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2017/April/analiza.pdf>)

Stavovi građana/ki o sistemu javne zaštite su sledeći:

31% građana/ki ima pozitivan stav

35% odgovaraju da im stav nije ni pozitivan ni negativan

33% građana/ki ima negativan stav

Možemo reći da je samo trećina ispitanika zadovoljna sistemom javne zaštite.

Na pitanje o funkcionisanju domova zdravlja, odgovarano je na sledeći način:

5% smatra da domovi zdravlja dobro funkcionišu i ne treba da se menjaju,

9% smatra da nikako ne funkcionišu i moraju skroz da se menjaju,

28% da ne rade dobro i mnoge stvari moraju da se menjaju,

59% da u suštini dobro funkcionišu, ali neke stvari treba da se menjaju.

Stanovništvu najviše smetaju sledeće stvari:

24% smatra da su najveći problem čekanja i redovi,

14% smatra da je sistem zakazivanja pregleda loš,

8% smatra da je opremljenost ustanova nedovoljna,

8% smatra da je komunikacija zdravstvenog osoblja i pacijenata loša,

7% smatra da su doktori nemotivisani,

6% smatra da je etički kodeks ponašanja lekara i medicinskog osoblja loš.

Prema mišljenju ispitivanog stanovništva, najvažniji aspekti zdravstvenih usluga su:

- » kompetentni i profesionalni lekari,
- » pružanje brze usluge,
- » ljubaznost lekara,
- » jednostavnost procedura,
- » kratko čekanje na pregled.

Kada je reč o zloupotrebama, percepcija građana/ki o zastupljenosti različitih aspekata zloupotreba u sistemu primarne zdravstvene zaštite je sledeća:

31% - korupcija,

16% - diskriminacija (po bilo kom osnovu),

15% - nepoštovanje ljudskog dostojanstva, ugleda i časti,

13% - loša zaštita ličnih podataka pacijenta,

11% - prekomerna upotreba verbalne agresije (povišen ton u komunikaciji).

Romski deo populacija, siromašni i nezaposleni percipirani su kao tri grupe koje teže dolaze do potrebnih zdravstvenih usluga u odnosu na druge grupe (40% smatra za siromašne, 33% za nezaposlene i 30% za romsku populaciju). Istovremeno, trudnice, političari i rođaci i prijatelji zaposlenih najviše su viđeni kao oni koji lakše od običnih građana dolaze do potrebnih zdravstvenih usluga. Zanimljivo je da za skoro sve navedene kategorije stanovništva, mladi

više u odnosu na ostale starosne grupe prepoznaju teškoće dolaska do potrebnih zdravstvenih usluga.

Kako zaposleni u zdravstvenim ustanovama opisuju stanje

U nastavku teksta, prikazaćemo rezultate ankete *Regionalne lekarske komore za jugoistočnu Srbiju* za 2015. godinu. Anкета je obuhvatila ukupno 10% zaposlenih u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, u državnom sektoru.

Zadovoljstvo lekara statusom. 2016. Niš: Regionalna lekarska komora za jugoistočnu Srbiju. (Dostupno na: <http://www.rlkjjs.rs/index.php/89-glavne-vesti/686-anketa-lekara>)

- » Preko 50% lekarskog osoblja nije zadovoljno svojim poslom sveukupno ga sagledavajući (odnos rad, materijalne i ostale mogućnosti).
- » Preko 80% lekarskog osoblja je nezadovoljno svojom platom.
- » Preko 70% lekarskog osoblja je nezadovoljno statusom koji ima u društvu.
- » Preko 65% lekarskog osoblja nezadovoljno je radom ministarstva zdravlja.

- » Više od 80% lekarskog osoblja smatra da kreatori zdravstvenih politika u Srbiji ne uvažavaju iskustva prakse.
- » Više od 80% lekarskog osoblja smatra da lekar u bolnicama i klinikama nema realne mogućnosti (vreme, ograničenja od strane RFZO, nedostupnost zdravstvene zaštite na primarnom nivou) da se bavi zdravstvenim problemima građana kako je to definisano od strane SZO.

- » Preko 80% lekara odgovara sa NE na pitanje „Da li smatrate da se bolesnik istinski nalazi u centru zdravstvenog sistema u Republici Srbiji?“
- » Preko 50% lekara je nezadovoljno uslovima rada.
- » Preko 45% lekara je nezadovoljno vremenom koje ima na raspolaganju za pregled svakog pacijenta.

Faktori stresa koje zaposleni u zdravstvenim ustanovama ocenjuju kao izuzetne u velikom procentu su:

- » vremensko ograničenje za pregled pacijenata,
- » pritisak vremenskih rokova za izvršenje zadataka,
- » loša organizacija posla,
- » nedovoljan broj zaposlenih,
- » neadekvatan radni prostor,
- » neadekvatna materijalna finansijska sredstva za normalan rad,
- » neadekvatna lična primanja,
- » dvadesetčetvoročasovna odgovornost,
- » nemogućnost odvajanja profesionalnog i privatnog života,
- » sukobi sa bolesnicima ili članovima njihove porodice,
- » preopterećenost poslom,
- » činjenica da su prinuđeni da često obavljaju dežurstva zbog nedostatka kadrova i malih plata.

Kada je reč o uticaju na kvalitet zdravstvene zaštite koja se pruža stanovništvu, lekarsko osoblje smatra da na nju utiče dnevna preopterećenost pacijentima (oko 80%), preobimno vođenje ne-medicinske administracije, fakturisanje (oko 80%), neadekvatna materijalna naknada za rad (50%).

Na osnovu prethodnih podataka jasno je da vlada visoko nezadovoljstvo sistemom zdravstvene zaštite, kako iz ugla korisnika i korisnica usluga, tako i iz ugla medicinskih radnika i radnica. Loši uslovi rada, preopterećenost, niska primanja i nemogućnost većeg uticaja na uslove u struci, utiču na performanse

medicinskog osoblja što ima direktne posledice po pacijente i njihovo zadovoljstvo zdravstvenim uslugama. Tako uzroci nezadovoljstva zaposlenih i korisnika imaju iste korene – nedovoljno i neadekvatno ulaganje u sistem javne zdravstvene zaštite koje vodi njegovom urušavanju.

TEŠKO JE SAČUVATI ZDRAVLJE U DRUŠTVU KOJE JURI PROFIT!

Kako je zalaganje za bolju zdravstvenu zaštitu povezana sa ekonomijom, pravom, politikom, ekologijom, obrazovanjem, medijima i drugim oblastima i zašto nisu moguće promene samo na jednom polju?

Zašto je zdravlje političko pitanje?

Situacija u zdravstvenom sistemu ne zavisi samo od načina upravljanja, kadrovskih rešenja i raspoloživih sredstava. Da li će neko imati uslova da se leči u svom selu ili će morati da ide u veći grad, da li će postojati preduge liste čekanja, da li će se favorizovati privatne umesto državnih zdravstvenih ustanova, koji lekovi, vakcine, zdravstvena pomagala i oprema će se koristiti, da li će zdravstvene ustanove biti dostupne osobama sa invaliditetima, da li će biti bezbedne, da li će se pacijenti tretirati kao na pokretnoj traci ili će im biti posvećeno dovoljno pažnje i date sve potrebne informacije, da li će se poštovati pravo privatnosti ili će se zdravstveni kartoni prosleđivati poslodavcima, ove i mnoge druge stvari su prvenstveno stvar **političke odluke**. Političke odluke bazirane na **vrednostima** (da li se zalažemo za dobrobit običnih ljudi, solidarnost i javni interes ili se zalažemo za dobrobit kapitala i društvo u kojem se individue nadmeću za ograničene resurse), **prioritetima** (da li je prioritet ulagati u zdravstvo, školstvo, čisto okruženje, javu infrastrukturu ili u militarističke politike, predimenzionirane novogodišnje ukrase, fontane i Potemkinova sela uopšte), **odgovornosti** u odnosu na javni interes i **moći** (da li vladajuće strukture imaju moć da se odupru međunarodnim pritiscima da se sprovede mere štednje i sve sfere društva izbace na tržište, odnosno da li postoje organizovane snage – sindikati, udruženja, pokreti, partije, koje bi mogle da vrše pritisak na vlast i kontrolišu njene poteze da se poštuje javni interes). Kad postoji politička volja, može se

diskutovati kakve napore je potrebno preduzeti da se na najbolji mogući način prikupe i upotrebe raspoloživa **sredstva** za brigu o zdravlju stanovništva.

Zdravstveni sistem, zdravstvena zaštita i zdravlje ljudi povezani su sa svim ostalim podsistemima društva i na njih utiče kako konstelacija političkih snaga u zemlji, tako i spektar globalnih i institucionalnih procesa i faktora.

» **Ratovi, vanredna stanja i slom društva**

Stanje rata ili sankcija ostavlja dugoročne fizičke i psihičke posledice na ljude, ali i na zdravstvene ustanove. Promena vlasničke strukture (iz društvene u državnu, pa u privatnu svojinu) utiče na funkciju i dostupnost usluga javnog sektora. Privatizacije koje su drastično izmenile radne uslove, dovele ljude u stanje neizvesnosti i rezultovale masovnim otpuštanjima ostavile su negativne posledice po zdravlje ljudi zabrinutih za egzistenciju i uskraćene za resurse za brigu o sebi. Nefunkcionisanje institucija ili funkcionisanje na štetu građana, afere bez sankcija i ignorisanje potreba običnih ljudi stvaraju nepoverenje, apatiju ili pogrešno usmerenu agresiju. Tako su recimo afere sa problematičnim uvoznim vakcinama i razmontiravanje Instituta za virusologiju, vakcine i serume „Torlak“ stvorili opravdanu bojazan roditelja koja je onda otišla u pogrešnom smeru – umesto da se zahteva odgovornost nadležnih i održi civilizacijska tekovina obavezne imunizacije dece, raste broj nevakcinisane dece i rizik od epidemija.

Urušavanje stambene infrastrukture kao i gradnja novih jedinica po upitnim standardima neretko rezultuju nezdravim životnim okruženjem – bilo da govorimo o buđi usled propalih vodoinstalacija ili o toksičnoj novogradnji, fizičko i psihičko zdravlje bivaju narušeni. Previše ljudi ne može sebi da obezbedi stanove te žive u neformalnim naseljima ili na ulici. Neadekvatno sklonište pored

zdravstvenih rizika nosi sa sobom i stigmatu zbog koje i kada dođu u zdravstvene ustanove ovi ljudi dobijaju lošiji tretman.

Loša ishrana usled smanjene kupovne moći, upitni standardi kvaliteta i bezbednosti prehrambenih namirnica i lekova predstavljaju dodatne faktore urušavanja zdravlja.

Kada se postojeće institucije razgrađuju, ljudi se ili vraćaju ranijim modelima, normama i praksama ili izmišljaju nove. Tako usled nedostatka sredstava za lečenje dolazi do ekspanzije „alternativne“, odnosno nenaučne medicine, čije metode, verovanja i sredstva neretko budu čista prevara ili u najmanju ruku kontraproduktivna (iako naravno postoje i narodni lekovi koji su bezbedni i efikasni).

» **Klimatske promene, prljava industrija i nefunkcionalna naselja**

Prljave industrije i nepostojanje primenljive strategije prelaska ka zelenim industrijama i čistoj energiji doprinose klimatskim promenama, čiji efekti permanentno ugrožavaju ljudsko zdravlje – od preteranog UV zračenja do elementarnih nepogoda. Posledice neulaganja u sisteme odbrane od poplava videli smo prethodnih godina. Nekontrolisana seča šuma stvara klizišta koja izmeštaju ljude iz njihovih domova, povećavajući nivo stresa i izloženosti raznim bolestima. Lokalne vlasti i gradska zelenila koja seku gradske drvorede zarad proširenja saobraćajnica, bez da zasade dovoljan broj novih sadnica i unaprede zelene površine, doprinose izlaganju stanovništva nepovoljnim vremenskim prilikama, zbog čega stanovništvo sve češće dobija toplotne udare, oboljenja respiratornih organa, probleme sa kožom prekomerno izloženom suncu i tako unedogled. Ogromna količina otpada koji se ne reciklira završava u našim rekama, zemlji, odnosno vodi koju pijemo, hrani koju konzumiramo, vazduhu koji udišemo. Hemijska sredstva koja koristimo u domaćinstvu, pored toga što kod dela

ljudi izazivaju alergije, završavaju u otpadnim vodama pa u našim rekama i zemljištu. Prekomerna ambalaža puni deponije koje nastaju uništavanjem staništa životinja i koje truju životnu sredinu. Komunalna preduzeća čistoće, pogođena merama štednje, rade smanjenim kapacitetima i ne uspevaju da održe gradove čistim pa dolazi do povećanja šansi za zaraze. Loš javni transport doprinosi povećanju privatnih vozila, čime se stvaraju dodatne gužve u saobraćaju, povećava stres učesnika u saobraćaju, kao i saobraćajne nezgode, a o izduvnim gasovima i njihovim posledicama na respiratorni sistem da ni ne govorimo. Nivoi buke u gradovima su narasli preko granice zvučnog zagađenja, onemogućavajući san i stvarajući psihološke poremećaje.

» Vrednosti, norme, urušavanje obrazovnog sistema i sistema informisanja

Neinformisanost o prevenciji, pravima i mogućnostima i pogrešna informisanost (teorije zavere, prevarantska „alternativna“ medicina i sl.), delimično su rezultat nefunkcionalnog obrazovnog sistema u okviru kojeg bi se kroz predmete kao što su fizičko vaspitanje, biologija, hemija, građansko vaspitanje, ustav i prava građana, sociologija, mogla sticati znanja o fizičkom i mentalnom zdravlju, supstancama važnim ili štetnim za naše zdravlje, prevenciji bolesti, pravima u oblasti zdravstva i sl.

Urušavanje obrazovnog sistema u okviru kojeg se ne uči kako reagovati u situacijama prirodnih nepogoda niti kako pružiti prvu pomoć, doprinosi povećanju žrtava u ovakvim situacijama. Nepostojanje seksualnog obrazovanja je direktno odgovorno za visoke stope nezaštićenih seksualnih odnosa, polno prenosivih infekcija, partnerskog nasilja i visoke stope abortusa, pogotovo među mlađim devojkama i onima iz nižih slojeva koje teže dolaze do informacija o mogućnostima zaštite. Tabu teme i stigme koje se vezuju za fizičke i mentalne bolesti dovode do negiranja zdrav-

stvenih problema, izostanak blagovremenog reagovanja i (samo) isključivanje iz društvenih dešavanja.

Nesenzibilisanost za različite potrebe ljudi čini da mnogi prostori i sadržaji ostaju nedostupni osobama sa invaliditetom, informacije nedostupne, a javni službenici neobučeni i nespremni za rad sa različitim društvenim grupama koje imaju različite potrebe.

Neadekvatno reagovanje institucija i nadležnih organa na nasilje u društvu, posebno na rodno zasnovano nasilje, u kombinaciji sa *kulturom ćutanja*, vode konstantnom ugrožavanju ženskog fizičkog i psihičkog zdravlja.

Agresivno reklamiranje proizvoda i životnih stilova štetnih po zdravlje, normalizuje nezdrave životne stilove.

Stereotipi, predrasude, tabui, rasizam, homofobija i neinformisanost uopšte, rezultuju time da mnoge marginalizovane grupe nerado odlaze kod lekara i prikrivaju informacije od značaja za dobijanje adekvatne zdravstvene zaštite.

» **Loši uslovi rada**

Među najznačajnijim međunarodnim dokumentima, iako pravno neobavezujućim su:

Deklaracija iz Alma Ate iz 1978. godine (eng. *Declaration of Alma-Ata*)

Definiše zdravlje kao stanje sveukupnog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo kao odsustvo bolesti ili nemoći te kao temeljno ljudsko pravo i najvažniji društveni cilj. (Dostupno na http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

Deklaracija iz Džakarte iz 1997. godine (eng. *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*)

Ističe mir, dom, obrazovanje, socijalnu sigurnost, društvene odnose, hranu, prihode, osnaživanje žena, stabilni ekosistem, održivu eksploataciju resursa, socijalnu pravdu, poštovanje ljudskih prava i jednakost kao ključne faktore zdravlja. Kao najveću pretnju zdravlju navodi siromaštvo. (Dostupno na: http://www.who.int/healthpromotion/milestones_jakarta.pdf)

Zahtevni fizički poslovi, celodnevno stajanje ili celodnevno sedenje ispred računara, minimalne pauze i brzi obroci nikako ne čine dobro našem zdravlju. Zakon o radu koji je smanjio radna prava i nepostojanje sankcija za poslodavce koji ne poštuju i ono malo standarda radnih prava i zaštite na radu dovode radnu populaciju u stanje permanentnog stresa i iscrpljenosti. Zaposleni neretko nemaju vremena da odu kod lekara, a mnogima se protivzakonito uskraćuje bolovanje pod pretnjom otkaza i sl. Preduga čekanja, čak i kada pacijent ima zakazan termin, mnoge obeshrabruju da odu na pregled, jer je sve više poslodavaca koji ne tolerišu odsustva čak ni kada su zdravstveni razlozi u pitanju. U takvoj situaciji ljudi nemaju ni vremena ni mogućnosti da se bave svojim zdravljem. Da ne pominjemo ogroman broj ljudi kojima poslodavci ne uplaćuju doprinose i koji su ostavljeni bez zdravstvenog osiguranja i bez zaštite države.

Zašto ne možemo zahtevati bolji zdravstveni sistem, a ignorisati ostale društvene promene?

- » Kad država postane zavisna od međunarodnih institucija koje sprovode neoliberalne reforme pod mantrom

„demokratskih promena“, vlasti pristaju da sprovede mere štednje i smajuju javni sektor. Dolazi do talasa otpuštanja radnica i radnika pod izgovorom da „zaštićeni beli medvedi u javnom sektoru ne rade ništa“. Umesto da se zapošljavaju stručni i odgovorni kadrovi, pojednostavljaju procedure i unapređuje infrastruktura, ta tzv. „racionalizacija“ javnog sektora dovela nas je do toga da završimo sa manjim brojem javnih službenika po glavi stanovnika nego što je evropski prosek, uključujući i zdravstvene radnike/ce. Oni malobrojni koji su ostali da brinu o našem zdravlju ne mogu da postignu da odgovore na potrebe svih, posebno jer im je rad dodatno birokratizovan. Dobijanje zdravstvenih knjižica podrazumeva višemesečno čekanje, a zakazivanje pregleda i praćenje stanja pacijenata i dalje je haotično i neujednačeno. Neke od zdravstvenih ustanova imaju blokirane račune ili su na udaru izvršitelja. Mnoge zdravstvene službe jedva da funkcionišu usled nedostatka sredstava za njihov rad.

- » Kada država privatizuje svoje kompanije, infrastrukturu i prirodne resurse koji donose prihode, dolazi do smanjenja priliva sredstava u državnu kasu, a samim tim je sve manje novca za finansiranje usluga javnog sektora, uključujući i zdravstvo. Time država postaje zavisna od međunarodnih projekata i nepovoljnih kredita za finansiranje određenih aspekata u polju zdravlja, kao i od prioriteta i agendi međunarodnih donatora/finansijera koji ne moraju biti u saglasju sa prioritetima lokalnog stanovništva na tom planu.
- » Finansijske probleme prate proceduralni problemi. Kada ne reagujemo na korupciju u bilo kojoj oblasti, ona se preliva na sve ostale domene društva. Kada reagujemo, a policija i ostali organi ne reaguju adekvatno, odustajemo

i gubimo poverenje u zdravstveni sistem. Kada se lekarima nosi kafa i ostale stvari „u znak zahvalnosti jer se tako valja“, time se stvaraju očekivanja da smo nešto dužni zdravstvenom osoblju, koje zapravo treba da radi svoj posao na osnovu poreza koji plaćamo i koji se odvaja i za njihove usluge. Kada pristanemo da platimo ispod stola zdravstvenom osoblju u javnim zdravstvenim ustanovama za određenu uslugu, činimo sebi medvedu uslugu, jer to postaje „normalno“ – zakonske procedure i profesionalne norme padaju u vodu, a neformalne ekonomske transakcije se očekuju i od drugih. Time pristup zdravstvenoj zaštiti još dodatno otežavamo svima.

- » Kada glasamo ili podržavamo partije čiji je cilj sopstvena ili korist njihovih finansijera, ili ne podržavamo njihov rad, a ne pružamo otpor (organizovanjem protiv ovakvog stanja, širenjem informacija o tome, podrškom onima koji se aktivno bore, itd), pristajemo da javne zdravstvene ustanove budu korišćene u privatne i partijske svrhe umesto da služe javnom dobru. Takođe pristajemo na to da oni koji treba da brinu o našem zdravlju budu postavljeni po partijskoj liniji, a ne na osnovu stručnosti.
- » Kada slegnemo ramenima na privatizaciju domaće farmaceutske industrije pristajemo na uvozne višestruko skuplje lekove i vakcine i pristajemo da ljudi koji su do sada doprinosili našem zdravlju ostanu bez posla ili postanu resurs kompanija čiji se profit ne sliva u državnu kasu. Važno je ne izgubiti iz vida da je njihov prevashodni cilj uvećanje profita, a ne briga o zdravlju. Kada nas ne interesuje šta se dešava sa banjama pristajemo na skuplje lečenje u spa centrima u koje će ići ko može da plati, a ne oni kojima su tretmani preko potrebni.

- » Kada pustimo religiju da uđe u javne institucije u zemlji koja je po Ustavu sekularna država, otvaramo prostor da zdravstvene radnice i radnici nameću svoja religijska ubeđenja i vrednosti pacijentima (npr. tretiranje pacijenta u skladu sa patrijarhalnim rodnim ulogama – očekivanja da žena mora da rađa i svođenje njenog ginekološkog zdravlja na puku reprodukciju, diskriminacija osoba neheteroseksualne orijentacije, diskriminacija osoba druge etničke grupe, verispovesti, itd).
- » Nereagovanje na medijski mrak i pristajanje na sadržaje koje nude vladajući senzacionalistički/huškački/kontrolisani mediji znači da nećemo biti (adekvatno) informisani o dešavanjima u zdravstvenom sistemu – šta se, kako i zašto reformiše, ko to plaća, koji su benefiti i koji troškovi za građane, da li je svima dostupno, koje su procedure, ko i kako kontroliše njihovo sprovođenje, koliko novca odlazi zdravstvu i kako se troši, kako se zapošljavaju ljudi, kako se sankcionišu prestupi. Oslanjanjem na ovakve medije pristajemo na zloupotrebu incidenata u zdravstvu kroz senzacionalističko i neprofesionalno izveštavanje, sve u svrhe skupljanja političkih poena i profitiranja na tuđoj nevolji.
- » Preorijentacija na humanitarne organizacije i akcije sporadičnog prikupljanja novca za ljude kojima je potrebno lečenje, bez da se vrši pritisak na nadležne institucije i vlasti znači da smo odustali od zdravstvenog sistema u koji je stanovnišтво decenijama ulagalo kroz poreze i doprinose i koje i dalje finansiramo bez da znamo kako se tačno troši naš novac.

Problema je beskonačno. Činjenica je da loše stanje u bilo kojoj drugoj sferi društva direktno ili indirektno utiče na opšte

zdravlje stanovništva i pristup zdravstvenim uslugama. U većini gorepomenutih slučajeva smo uglavnom prinuđeni da uradimo stvari koje inače ne podržavamo. Ne može se od pojedinačnih individua očekivati da promene izvitoperena pravila i norme. Ipak, individue mogu da izaberu da podrže akcije protiv ovakvih štetnih mera i ponašanja – da podele svoja iskustva, priključe se timovima (pokretima, grupama, organizacijama) koji pokušavaju da reše neke od problema, doniraju, prošire informacije. Da bismo odbranili i unapredili zdravstvo, potrebno je da pratimo, razumemo i reagujemo na dešavanja u društvu, podržimo one koji rade na progresivnim promenama u ostalim sferama, pozivamo na odgovornost vlasti, međusobno se informišemo i ne odustajemo od onoga što je naše.

Šta hoćemo od države?

Potrebna nam je država kojoj je prioritet zadovoljenje potreba društva. Ovo nije moguće ostvariti putem primene mera koje imaju za cilj stvaranje uslova za uvećanje privatnih profita. Neophodno je da sistemska rešenja budu posvećena obezbeđivanju, očuvanju i razvoju javnog interesa. Ljudi u državnim institucijama i na pozicijama moći moraju ispred interesa stranih investitora, međunarodnih donatora i institucija, privatnih kompanija i privatnih lica staviti interes zajednice i običnih ljudi. Jedan od preduslova za sprovođenje progresivnih politika jeste i postojanje širokog društvenog pokreta koji je u mogućnosti da vrši pritisak i sprovodi kontrolu ljudi na odgovornim pozicijama.

Sledeći korak je obezbeđivanje i blagovremeno raspoređivanje dovoljno sredstava, tako da sve zdravstvene ustanove imaju uslova za nesmetan rad. To je stvar fiskalne politike (izbora poreskih politika – npr. progresivno oporezivanje) i redistribucije budžeta, odnosno opredeljivanja dovoljno sredstava za zdravstvo. Država

mora da sankcioniše poslodavce koji ne uplaćuju redovno doprinose, a takođe i sama mora blagovremeno izvršavati uplate u RFZO za one građane čije troškove ona pokriva (npr. penzionere, slobodne umetnike, nezaposlene, itd). Nedovoljne i neblagovremene uplate u RFZO rezultuju daljim kašnjenjem uplata bolnicama i drugim pružaocima zdravstvenih usluga, koji onda kasne sa uplatama svojim dobavljačima, što ugrožava rad samih ustanova i blagovremen pristup kvalitetnim zdravstvenim uslugama.

Država mora da stvori uslove za razvijanje domaće industrije lekova i vakcina, instituta za proučavanje lekovitog bilja, te industrije zdravstvenih pomagala i opreme, odnosno da strogo kontroliše kvalitet i cene uvezenih lekova, vakcina i opreme. Neophodno je da stanovništvo povрати poverenje u vakcinaciju, da ima dostupne potrebne generičke i inovativne lekove, kao i pristup savremenim dijagnostičkim metodama i mogućnostima za lečenje i rehabilitaciju. Privatne kompanije moraju potpisati Ugovor o etičnom oglašavanju, proći rigorozne provere pre nego što se njihovi lekovi nađu na listi lekova, odnosno uđu u sistem javnih nabavki (i to samo u slučajevima kada državne kompanije ne mogu odgovoriti na potrebe zdravstvenog sistema i pacijenata) i moraju biti sankcionisane u slučajevim pravljenja dilova sa zdravstvenim radnicima.

Umesto forsiranja zdravstvenog turizma za strance, pod mandatom da će se na taj način generisati sredstva za funkcionisanje zdravstvenog sistema, država mora na prvo mesto da stavi razvoj i unapređenje zdravstvene infrastrukture za domaće stanovništvo, a ne da izbacuje na tržište kvalitetnije kapacitete i time ih izmiče van dohvata najugroženijih koji više ne mogu da ih priušte ili stignu na red. Da je tržišni model funkcionalan i svima dostupan, ne bi ljudi iz drugih zemalja gde je zdravstvo već u znatnoj meri privatizovano i delom urušeno (suprotno popularnom mišljenju da u „razvijenom svetu“ baš sve bolje funkcionišu) dolazili u Srbiju da dobiju jeftinije, a kvalitetne zdravstvene

usluge. Zdravstveni turizam morao bi biti strogo kontrolisan, nikako na uštrb lokalnog stanovništva koje mora imati prednost u odnosu na turiste u dobijanju kvalitetnih zdravstvenih usluga, a generisani profit bi morao biti uložen u unapređenje zdravstvene infrastrukture, posebno u slabije razvijenim krajevima, te u usavršavanje zdravstvenih radnika i radnica.

S tim u vezi je ukidanje zabrane zapošljavanja u javnom sektoru, umesto koje se mora nametnuti politika zapošljavanja adekvatnih kadrova svuda gde su trenutno zaposleni preopterećeni i ne uspevaju da odgovore na potrebe stanovništva. Prioritet je stvaranje povoljnih uslova da stručni ljudi ostaju da rade u zemlji, da imaju priliku da doprinesu društvu i da ne budu pod pritiscima ukoliko nisu članovi vladajuće stranke. Zaposleni u zdravstvu ne smeju biti preopterećeni, jer se mogućnost greške kod zdravstvenih radnika i radnica, koji nemaju dovoljno vremena za odmor, uvećava usled iscrpljenosti i dekoncentracije.

Umesto smanjivanja broja zaposlenih, pod mantrom o „predimenzioniranom javnom sektoru“ i „viškovima“, potrebno nam je više zdravstvenog osoblja koje može da odgovori na zdravstvene potrebe celokupne populacije. S tim u vezi, potrebno je stvoriti podsticajne uslove za lekare u manjim mestima i one koji rade sa deprivilegovanom i višestruko marginalizovanom populacijom. Država takođe mora da ulaže u kontinuirane edukacije zdravstvenog osoblja kako bi se suzbilo diskriminatorno ponašanje spram starijih, rasizam, homofobija i uopšte reprodukovanje patrijarhalnih očekivanja i praksi.

Potreba za zdravstvenim radnicima i radnicama svakako postoji, kadrovi postoje i u njihovo školovanje već su uložena značajna sredstva, stoga ne možemo puštati tržište i liberalne međunarodne finansijske institucije da diktiraju u kojoj meri i na koji način će biti zadovoljene zdravstvene potrebe stanovništva.

Dodatno, država mora da osigura mehanizme da se zdravstveni i administrativni radnici i radnice u zdravstvu, kao ni u drugim oblastima, ne menjaju sa svakom promenom vlasti kada novovladajuća stranka postavlja svoje ljude. Niko ne sme biti zaposlen preko veze, već na osnovu realno procenjenih potreba, kvalifikacija i znanja.

Takođe, moraju postojati funkcionalni mehanizmi za sankcionisanje diskriminacije na radu, mobinga, kao i koruptivnih aktivnosti. Bezbedno radno okruženje je preduslov za dobar rad lekara i dobar odnos sa pacijentima i širom zajednicom.

Zaposleni u zdravstvu ne smeju svoje pacijente preusmeravati na privatne prakse (sa kojima sarađuju u cilju ostvarivanja dobiti) i takva ponašanja moraju biti sankcionisana. Pacijentima treba da bude omogućeno da sve analize i tretmane obave u javnim zdravstvenim ustanovama, bez predugog čekanja i dodatnih opterećujućih troškova. Takođe, zdravstvene ustanove treba da obezbede vakcine, lekove, tretmane svojim pacijentima umesto da ljudi budu prepušteni sami sebi i prinuđeni da idu od jedne do druge ustanove u potrazi za istim, što stvara dodatne troškove i gubitak vremena. Neprihvatljivo je da pacijenti ili čak sami medicinski dokupljuju materijale za rad medicinskog osoblja jer su računi zdravstvenih ustanova u blokadi ili ustanove nisu redovno snabdevene materijalima i lekovima.

Za potrebe dijagnostike i lečenja u inostranstvu država je dužna da obezbedi sredstva i odgovarajuće sporazume sa izabranim zdravstvenim ustanovama. Komisije moraju efikasno donositi odluke o upućivanju pacijenata na dijagnostiku/lečenje u inostranstvo i to u skladu sa međunarodno garantovanim pravima. Procedure odlučivanja moraju biti u skladu sa situacijom na terenu, a ne kamen spoticanja zbog kojeg ljudi ostaju prepušteni sebi. Neprihvatljivo je da se novac troši na subvencije stranim

investitorima koji plaćaju minimalne poreze, za pompezne projekte i glomaznu potrošnju onih na vrhu vlasti, a nema ga za lečenje ljudi.

Svi objekti u kojima se pružaju zdravstvene ustanove moraju u svakom trenutku biti dostupni svim licima, bez obzira na tip invaliditeta ili poteškoće. Hitne službe moraju blagovremeno i primereno reagovati na svaki poziv.

Niko ne zaslužuje da čeka u zagušljivim neočišćenim čekaonicama ili pak na promaji jer su prozori pokvareni. Sve zdravstvene ustanove moraju ispunjavati u svakom trenutku najviše higijenske standarde. Ne sme biti pacijenta koji leže u memljivim, neprovetrenim ili nedovoljno zagrejanim prostorijama, sa prljavom posteljinom ili bez pidžame. Pacijentima na bolničkom ili banjском lečenju, kao i porodiljama treba obezbediti kvalitetnu ishranu, prilagođenu njihovom zdravstvenom stanju, uz poštovanje njihovih etičkih vrednosti (npr. obezbediti vegansku hranu odgovarajuće nutritivne vrednosti).

U XXI veku imamo mogućnosti više nego ikad ranije da pojednostavimo procedure i unapredimo zdravstveni sistem. Sve se može digitalizovati tako da podaci o pacijentu mogu biti dostupni zdravstvenom osoblju gde god da se pacijent zatekne. Čekanja i redovi se mogu smanjiti, a zdravstveno osoblje rasteretiti nepotrebne papirologije. Nije nemoguće održavati preglednu evidenciju o zdravstvenom stanju pacijenta i posvetiti mu dovoljno vremena, bez ikakvih ograničenja na koliko stvari može da se požali po jednoj poseti lekaru i sl. Umesto kontraproduktivne papirologije, država treba da razvije sisteme koji će omogućiti zdravstvenom osoblju da budu umreženi tako da mogu da prate svoje pacijente i blagovremeno reaguju i konsultuju se, skraćujući proces šetanja između lekara radi dobijanja uputa, nošenja rezultata i slanja na dalje lečenje. Važno je i stvoriti atmosferu saradnje u kojoj se

zdravstveno osoblje međusobno konsultuje i podržava, a ne nadmeće. Takođe, važno je da pacijenti imaju mogućnosti da dobiju drugo mišljenje kako bi mogli da donesu odluku o svom zdravlju.

Imajući na umu da je Srbija sekularna država, ni u jednoj zdravstvenoj ustanovi ne treba da stoje bilo kakvi religijski simboli. U zdravstvenim ustanovama se ne smeju stvarati uslovi da se neko oseća nelagodno na temelju verske (ne)pripadnosti, nijedan zdravstveni radnik ili radnica ne smeju iznositi bilo kakva mišljenja na osnovu sopstvene veroispovesti, već se moraju držati isključivo naučnih principa. Svi moraju biti podjednako dobro tretirani bez obzira na veroispovest. Ukoliko određene prakse/navike pacijenata koje proizilaze iz njegove vere na bilo koji način ugrožavaju njegovo zdravlje ili zdravlje ljudi u okruženju, zdravstveni radnici i radnice su dužni da ukažu na to, usmere pacijenta ka zdravim i bezbednim praksama, ukažu na dobrobiti drugačijeg ponašanja, bez da omalovažavaju pacijenta.

Zdravstvenim radnicima i radnicama je potrebna podrška i drugih stručnjaka. Država mora da stvori uslove za funkcionalnu saradnju zdravstvenog osoblja sa psiholozima, pedagogima, andragozima, socijalnim radnicima, aktivistima i aktivistkinjama koji pružaju razne dodatne usluge u drugim institucijama i zajednici (kao što je na primer asistiranje životu za osobe sa intelektualnim teškoćama, rad u zajednici sa ljudima sa traumama ili mentalnim problemima, rad na prevenciji nasilja, bolesti zavisnosti, zaraznih bolesti, rad sa marginalizovanim grupama, rad na podizanju svesti o prevenciji bolesti, zdravstveno i seksualno obrazovanje i sl).

Od države se očekuje i da stvori zakonski prostor da zdravstvene institucije postanu otvorenije prema zajednici: raskrštanje sa konzervativnim modelima institucionalizacije pacijenata (npr. zatvaranje osoba sa psihičkim problemima u institucije koje primenjuju prevaziđene nehumane metode „lečenja“) i razvijanje

modela saradnje sa relevantnom zajednicom (npr. kroz razvijanje javno-civilnih partnerstava kroz koje će stručnjaci iz institucija u saradnji sa stručnjacima iz civilnog sektora pružiti najbolju moguću zdravstvenu zaštitu i negu bez da se osoba isključuje iz zajednice). To bi naravno moralo biti dostupno svima prema potrebama. Već postoje inicijative u okviru zajednica koje su pokrenuli roditelji osoba sa različitim zdravstvenim problemima i stručnjaci kako bi stvorili podsticajno životno i radno okruženje za ovu populaciju. Primere dobre prakse treba podržati, proširiti i učiniti ih održivim.

Potrebno je da država obezbedi adekvatne istrage kako bi se uspostavila osnova za sistem u koji će ljudi imati poverenja i koji će raskrstiti sa ranijim protivzakonitim radnjama: gde će se rasvetliti i adekvatno sankcionisati ranije kriminalne i koruptivne radnje u zdravstvu (npr. istrage o krađi beba, slučajevima nesavesnog lečenja, itd).

Ovo nisu nemoguće stvari, to je stvar prioriteta – da li se daju subvencije stranim investitorima koji više novca izvuku nego što donesu u zemlju ili se novac strateški ulaže u dobrobit društva, odnosno u javni sektor i infrastrukturu koji su važni da bi se svima obezbedili elementarni uslovi za dostojanstven život.

Neprihvatljivo je vraćanje unazad i smanjivanje nivoa dostignutih socijalnih standarda i ljudskih prava. Model univerzalne zdravstvene zaštite, koji je izboren i uspostavljen nakon Drugog svetskog rata, treba nadograditi novim tehnologijama i inovativnim pristupima, kao što su javno-civilna partnerstva, gde je to moguće. Time se ustanove i zajednica čvršće povezuju, zajedno odlučuju o strateškim stvarima i zajedno se razvijaju. Na taj način se sprečava da institucije i ustanove postanu rigidne i otuđene, bez kontrole građana i da ne odgovaraju adekvatno na potrebe stanovništva.

Šta hoćemo od zdravstvenih radnika i radnica?

Svakoj zajednici trebaju zdravstveni radnici i radnice koji vole svoj posao i veruju da mogu da učine dobro za nju. Želimo da lekari poštuju Hipokratovu zakletvu. Njihov angažman je važan kako na podizanju svesti o prevenciji bolesti i zdravim stilovima života, tako i na saniranju posledica bolesti. Zdravstveno osoblje ne sme biti marioneta farmaceutskih kompanija koja služi za reklamiranje i distribuiranje njihovih skupih lekova i zdravstvenih pomagala.

- » Potrebni su nam zdravstveni radnici i radnice kojima su obezbeđeni uslovi da kontinuirano rade na svom znanju: prate stručne rasprave, nova dostignuća, učestvuju na simpozijumima i kongresima i implementiraju stečena znanja na svom radnom mestu, deleći naučeno sa kolegama.

- » Kako bi se razvio i očuvao demokratski karakter institucija i ustanova i njihova svrsishodnost, važno je da zaposleni, u ovom slučaju zdravstveni radnici i radnice, učestvuju u donošenju odluka na svojim radnim mestima. To ne bi smelo da bude dodatno opterećenje, već mogućnost da se aktivno učestvuje u funkcionisanju zdravstvenih ustanova. S tim u vezi je i reagovanje na nepravilnosti, kao što je npr. nenamensko trošenje javnog novca, partijsko i nepotističko zapošljavanje, neetički odnos prema pacijentima, mobing i sl.

- » Od zdravstvenog osoblja se očekuje da bez izuzetka poštuju pacijente bez obzira na njihovo poreklo, status, seksualnu orijentaciju, invaliditet, rod i sl.

Zdravstveni radnici i radnice su dužni da objasne pacijentu koje lekove, terapije i procedure predlažu, zašto baš njih, kako se one

izvode, koji su efekti i kontraefekti. Neretko pacijenti dolaze u situaciju da gube kontrolu nad svojim telom jer ih zdravstveno osoblje podvrgava procedurama bez da unapred objasni šta će se dešavati i bez da pacijenti imaju vremena da se psihički pripreme i razmisle o tome. Lekari ne smeju tražiti od pacijenata da potpišu da prihvataju da lekari nisu odgovorni u slučaju komplikacija/nepredviđenih okolnosti (kao što se često dešava u porodiljskoj sali u situaciji kada su žene u trudovima) – lekari moraju biti odgovorni za sve što se dešava kao posledica njihovog rada, kao i same zdravstvene ustanove za sve što se dešava u njima, bilo da je posledica rada zdravstvenog osoblja ili stanja zgrade i opreme u kojoj pacijent boravi.

Lekari treba da pristupe pacijentu holistički, uzimajući u obzir celo njegovo telo, psihu, okruženje. Lečenje se ne sme svesti na saniranje simptoma, bez traganja za prvobitnim uzrocima bolesti/poremećaja i bez razumevanja različitih faktora koji utiču na dato stanje.

Svaki zdravstveni radnik mora biti profesionalan u komunikaciji sa pacijentima i licima koja ih prate – strpljiv, otvoren, da daje sve potrebne informacije o uzrocima i simptomima bolesti, da upozna pacijenta sa svim opcijama i ukaže na pozitivne i negativne strane, da dá savete za unapređenje stanja i kvaliteta života uopšte, da razume da ne može imati iste zahteve u pogledu lečenja od osoba koje imaju dovoljno sredstava za život i onih koji žive u neuslovnim okolnostima sa minimalnim ili nikakvim primanjima i u stalnim rizicima po zdravlje, bezbednost i život.

Zdravstveni radnici ne smeju odavati informacije o svojim pacijentima, njihovom zdravlju i životu, osim ako ne postoji zakonom regulisan razlog kada su dužni da određene informacije dostave zakonom definisanim licima/telima.

Sve ovo su zdravorazumska očekivanja i zahtevi, no u situaciji razorenog društva i izneverenih očekivanja neophodno je ponovo ih istaći kao imperativ i raditi na njihovom ostvarenju. Institucionalne promene su neodvojive od individualnih napora i obrnuto, a svi oni su u znatnoj meri uslovljeni širim društvenim kretanjima. Za početak je važno izgraditi mreže poverenja i solidarnosti između korisnika zdravstvenih usluga i zdravstvenih radnika i radnica kako bi se zajedničkim naporima došlo do zdravstvenih ustanova i institucija koje odgovaraju na potrebe svih – i pacijenata i zaposlenih.

LJUDI ISPRED PROFITA!

Zdravstvo je društveno dobro

NA NAČELNOM PLANU potrebno je odustati od komodifikacije javnih usluga i privatizacije zdravstva.

Svaka osoba treba da ima pristup kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti, bez izuzetka – bez obzira na radni status, poreklo, materijalnu situaciju ili bilo koju drugu karakteristiku. Pacijent nije klijent! Pacijent nije potrošač zdravstvenih usluga! Pacijent je pripadnik društva u okviru kojeg u skladu sa svojim mogućnostima doprinosi finansiranju zdravstvenog sistema i ima međunarodno priznata prava da mu se prema potrebama obezbedi adekvatna zdravstvena zaštita.

Svaka država treba da ulaže dovoljno sredstava u održavanje i unapređenje postojeće zdravstvene infrastrukture i izgradnju nove prema potrebama, tako da ljudi iz svih krajeva imaju pristup zdravstvenim uslugama. Svakoj državi, takođe, treba kontrolisana farmaceutska industrija i industrija medicinske opreme sa jakim standardima, kontrolisanim kvalitetom i pristupačnim cenama. Prateći resursi za rekreaciju i oporavak, kao što su na primer banje, moraju biti tretirani kao zajedničko dobro i kao takvi neotuđivi od zajednice i društva.

Zdravstvene usluge ne smeju biti prepuštene tržištu, jer veliki broj ljudi ne može da priušti zdravstvenu zaštitu po tržišnim cenama, posledično se javljaju epidemije, skraćuje životni vek i urušava kvalitet života. Zdravstvo ne sme biti prepušteno ni korumpiranoj državi. Korupcija se ne može rešavati van promene sistema društvenih odnosa i demokratizacije društva – ljudi moraju imati kontrolu nad činovnicima i zdravstvenim radnicima koje plaćaju kroz poreze i svi prestupi moraju biti adekvatno sankcionisani. Dakle, treba nam drugačija demokratija, gde su

ljudi informisani o dešavanjima, znaju svoja prava i kako da ih ostvare i kako mogu učestvovati u donošenju odluka i praćenju alokacije javnih sredstava za potrebe zdravstva, odnosno realizaciju projekata u zdravstvu.

Zdravlje je političko pitanje. Pristup zdravstvenim uslugama je stvar političke volje i političkih prioriteta. Zato nam je potrebna drugačija politika ka zdravlju i zdravstvu.

DODATAK 1:

LJUDSKA PRAVA NA NORMATIVNOM PLANU

Na šta se Srbija obavezala?

Srbija je potpisnica više međunarodnih dokumenata kojima se propisuju određeni standardi ljudskih prava, pa i prava u domenu zdravstva:

Univerzalna deklaracija o ljudskim pravima (član 25):

Svako ima pravo na standard života koji obezbeđuje zdravlje i blagostanje, njegovo i njegove porodice, uključujući hranu, odeću, stan i lekarsku negu i potrebne socijalne službe, kao i pravo na osiguranje u slučaju nezaposlenosti, bolesti, onesposobljenja, udovištva, starosti ili drugih slučajeva gubljenja sredstava za izdržavanje usled okolnosti nezavisnih od njegove volje.

Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (član 12):

- 1. Države članice ovog pakta priznaju pravo koje ima svako lice na najbolje psihičko i mentalno zdravlje koje može da postigne.*
- 2. Mere koje će države članice ovog pakta preduzeti u cilju obezbeđenja punog ostvarenja ovog prava treba da obuhvate mere potrebne radi obezbeđenja:*
 - a) smanjenja broja mrtvorodne dece i smrtnosti dece, kao i zdrav razvitak deteta;*
 - b) poboljšanja svih vidova higijene sredine i industrijske higijene;*
 - c) profilaksije i lečenja epidemičkih, endemičkih, profesionalnih i drugih oboljenja, kao i borbu protiv ovih bolesti;*
 - d) stvaranja uslova za obezbeđenje svima lekarskih usluga i pomoći u slučaju bolesti.*

Međunarodna konvencija o ukidanju svih oblika rasne diskriminacije (član 5):

... države članice se obavezuju da zabrane i da ukinu rasnu diskriminaciju u svim njenim oblicima i da garantuju pravo svakome na jednakost pred zakonom bez razlike na rasu, boju ili nacionalno ili etničko poreklo, naročito u pogledu uživanja sledećih prava:

...

iv) prava na zdravlje, lekarsku pomoć, socijalno osiguranje i korišćenje socijalnih službi;

...

Međunarodna konvencija o ukidanju svih oblika diskriminacije žena (član 12):

1. Države članice preduzimaju odgovarajuće mere radi eliminisanja diskriminacije žena u oblasti zdravstvene zaštite kako bi, na osnovi ravnopravnosti žena i muškaraca, obezbedile dostupnost zdravstvenih usluga, uključujući one koje se odnose na planiranje porodice.

2. Bez obzira na odredbe stava 1 ovog člana, države članice obezbeđuju odgovarajuće zdravstvene usluge ženama za vreme trudnoće, porođaja i u periodu posle rođenja deteta, obezbeđivanjem besplatnih usluga, kada je to potrebno, kao i odgovarajuće ishrane za vreme trudnoće i dojenja.

Konvencija o pravima deteta (član 24):

1. Države članice priznaju pravo deteta na najviši nivo zdravstvene i medicinske zaštite i na rehabilitaciju. Države članice će nastojati da ni jednom detetu ne bude uskraćeno pravo na takvu zdravstvenu zaštitu.

2. Države članice će se zalagati za potpuno ostvarivanje ovog prava i, posebno, preduzimati odgovarajuće mere za:

(a) smanjenje smrtnosti odojčadi i dece;

- (b) obezbeđenje neophodne medicinske pomoći i zdravstvene zaštite svoj deci, s naglaskom na razvoj primarne zdravstvene zaštite;*
- (c) suzbijanje bolesti i pothranjenosti, uključujući u okviru primarne zdravstvene zaštite, između ostalog primenu lako dostupne tehnologije i obezbeđujući adekvatne hranjive namirnice i čistu vodu za piće, uzimajući u obzir opasnosti i rizik zagađenja životne sredine;*
- (d) obezbeđenje odgovarajuće zaštite majke pre i posle rođenja deteta;*
- (e) omogućavanje svim segmentima društva, posebno roditeljima i deci, da budu informisani i da im se pruži podrška u korišćenju osnovnih znanja o zdravlju, ishrani deteta, prednostima dojenja, higijeni i higijenskim uslovima životne sredine, kao i sprečavanju nesreća;*
- (f) razvoj preventivne zdravstvene zaštite, savete roditeljima i obrazovanje i pružanje usluga u vezi s planiranjem porodice.*

3. Države članice preduzimaju sve efikasne i odgovarajuće mere za ukidanje tradicionalne prakse koja šteti zdravlju dece.

4. Države članice preuzimaju na sebe obavezu da unapređuju i podstiču međunarodnu saradnju u cilju postepenog postizanja potpune realizacije prava iz ovog člana. U tom pogledu, posebno će se uzeti u obzir potrebe zemalja u razvoju.

Konvenciju o pravima osoba sa invaliditetom (član 25):

Države strane ugovornice priznaju osobama sa invaliditetom pravo na ostvarivanje najvišeg mogućeg zdravstvenog standarda bez diskriminacije zasnovane na invaliditetu. Države strane ugovornice će preduzeti sve odgovarajuće mere kako bi osobama sa invaliditetom omogućile pristup zdravstvenim uslugama, vodeći računa o polu, uključujući rehabilitaciju u vezi sa zdravljem. Države strane ugovornice posebno će:

- (a) obezbediti osobama sa invaliditetom isti izbor, kvalitet i standard besplatne ili pristupačne zdravstvene zaštite i programe koji se nude drugim licima, uključujući u oblasti polnog ili reproduktivnog zdravlja i javnih zdravstvenih programa namenjenih širokoj populaciji;*

- (b) obezbediti one zdravstvene usluge koje su konkretno potrebne osobama sa invaliditetom zbog njihovog invaliditeta, uključujući rano otkrivanje i intervenciju, po potrebi, i usluge namenjene svodenju na najmanju meru i sprečavanju daljeg invaliditeta, uključujući među decom i starijim osobama;
- (c) obezbediti ove zdravstvene usluge što je moguće bliže zajednicama gde ljudi žive, uključujući seoske sredine;
- (d) zatražiti od profesionalnih zdravstvenih radnika da obezbede isti kvalitet lečenja osobama sa invaliditetom kao i drugima, uključujući na osnovu slobodne i informisane saglasnosti, između ostalog, širenjem saznanja o ljudskim pravima, dostojanstvu, autonomiji i potrebama osoba sa invaliditetom putem obuke i usvajanjem etičkih standarda za javnu i privatnu zdravstvenu zaštitu;
- (e) zabraniti diskriminaciju prema osobama sa invaliditetom prilikom obezbeđenja zdravstvenog osiguranja i životnog osiguranja ukoliko je takvo osiguranje dozvoljeno nacionalnim zakonodavstvom, koje će se obezbediti na pravedan i razuman način;
- (f) sprečiti diskriminatorsko uskraćivanje zdravstvene zaštite ili zdravstvenih usluga ili hrane ili tečnosti na osnovu invaliditeta.

DODATAK 2: **PREGLED ZDRAVSTVENOG SISTEMA U SRBIJI**

RELEVANTNE INSTITUCIJE

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

Zaduženo je za zdravstvenu politiku, pitanja zdravstvenog osiguranja, uspostavljanja standarda rada i kvaliteta zdravstvenih usluga, kontrole zdravstvenih službi, kao i realizaciju projekata u domenu zdravstva kroz saradnju sa različitim akterima (npr. međunarodni donatori, organizacije civilnog društva, kompanije i sl.).

www.zdravlje.gov.rs

Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović – Batut”

Prati zdravstveno stanje i zdravstvenu pismenost populacije, rizike po zdravlje stanovništva, posebno u vanrednim situacijama, organizaciju rada i stanje zdravstvenih službi, predlaže mere za unapređenje socijalno-medicinske situacije, posebno elemenata zdravstvene politike (od unapređenja zdravlja stanovništva do razvoja kadra, zdravstvene infrastrukture, snabdevanja lekovima i unapređenja mera). Pod njegovu delatnost spada i saradnja sa zajednicom, koordinisanje stručnog rada mreže instituta i zavoda za javno zdravlje Srbije, učešće u radu Republičkih stručnih tela, kao i saradnja sa međunarodnim organizacijama. Takođe pruža i određene preventivne, dijagnostičke i druge zdravstvene usluge.

<http://www.batut.org.rs>

Republički zavod za zdravstveno osiguranje

Bavi se finansijskim i organizacionim pitanjima obezbeđivanja usluga iz obavezne zdravstvene zaštite, uključujući upućivanje osiguranih lica na lečenje u inostranstvo: evidentira naplate doprinosa za zdravstveno osiguranje, upravlja imovinom, sklapa ugovore sa zdravstvenim ustanovama u javnom i privatnom sektoru i finansira sve nivoe zdravstvene zaštite. Pod njegovom nadležnošću

su filijale i Pokrajinski fond i rad lekarskih komisija. Fond izdaje isprave o zdravstvenom osiguranju, treba da bude na raspolaganju osiguranicima i pruži im stručnu pomoć u vezi sa ostvarivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja i zaštita njihovih interesa po osnovu osiguranja i nadležan je za naknadu štete u sprovođenju zdravstvenog osiguranja.

www.rfzo.rs/

* Republički fond za penzijsko i invalidsko osiguranje

Pokriva oblast invalidskog osiguranja i bavi se evidencijom osiguranika, utvrđivanjem osnovice za plaćanje doprinosa u skladu sa Zakonom, alociranjem sredstava za ostvarivanje prava u ovom domenu za lica koja su osigurana, primenjuje međunarodne sporazume.

www.pio.rs/

STRUKTURA ZDRAVSTVENOG SISTEMA

Zavisno od tipa zdravstvenih usluga, možemo govoriti o primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti.

primarna	sekundarna	tercijarna
domovi zdravlja i savetovaništa	opšte bolnice	klinički centri
studentske poliklinike	specijalne bolnice za akutna i hronična stanja	klinike
apoteke	specijalne bolnice za rehabilitaciju	instituti
zavodi na primarnom nivou zdravstvene zaštite		kliničko-bolnički centri
hitne i patронаžne službe		
*zavodi i instituti na više nivoa zdravstvene zaštite: instituti za javno zdravlje, zavodi za javno zdravlje, zavodi za transfuziju / sudsku medicinu / medicinu rada...		

RELEVANTNI ZAKONI

- » Prema podacima Ministarstva zdravlja iz 2017. godine, relevantni zakoni za ovu oblast su:
- » Zakon o zdravstvenoj zaštiti
- » Zakon o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva
- » Zakon o izmeni Zakona o zdravstvenoj zaštiti
- » Zakon o lekovima i medicinskim sredstvima
- » Zakon o zdravstvenoj zaštiti
- » Zakon o pravima pacijenata
- » Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama
- » Zakon o zdravstvenoj zaštiti
- » Zakon o zdravstvenom osiguranju
- » Zakon o komorama zdravstvenih radnika
- » Zakon o lekovima i medicinskim sredstvima
- » Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti
- » Zakon o vodama
- » Zakon o zdravstvenom nadzoru nad životnim namirnicama i predmetima opšte upotrebe
- » Zakon o sanitarnom nadzoru
- » Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu
- » Zakon o psihoaktivnim kontrolisanim supstancama
- » Zakon o supstancama koje se koriste u nedozvoljenoj proizvodnji opojnih droga i psihotropnih supstanci

KOJA PRAVA IMAMO?

Zakon o pravima pacijenata definiše sledeća prava:

*(*izdvajamo neke od članova ili stavova u okviru članova koji se odnose na dato pravo, a koji se neretko ne poštuju u praksi, za više informacija pogledajte celi zakon dostupan na sajtu Ministarstva zdravlja)*

» Pravo na dostupnost zdravstvene zaštite

• Član 6.

(2) U postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite, pacijent ima pravo na jednak pristup zdravstvenoj službi, bez diskriminacije u odnosu na finansijske mogućnosti, mesto stanovanja, vrstu oboljenja, vreme pristupa zdravstvenoj službi ili u odnosu na neku drugu različitost koja može da bude uzrok diskriminacije.

» Pravo na informacije

• Član 7.

(1) Pacijent ima pravo na sve vrste informacija o stanju svoga zdravlja, zdravstvenoj službi i načinu kako je koristi, kao i na sve informacije koje su na osnovu naučnih istraživanja i tehnoloških inovacija dostupne.

(2) Pacijent ima pravo na informacije o pravima iz zdravstvenog osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava.

(3) Pacijent ima pravo da informacije iz st. 1. i 2. ovog člana, dobije blagovremeno i na način koji je u njegovom najboljem interesu.

(4) Pacijent ima pravo na informaciju o imenu i prezimenu i profesionalnom statusu zdravstvenih radnika, odnosno zdravstvenih saradnika koji učestvuju u preduzimanju medicinskih mera i postupku njegovog lečenja uopšte.

» Pravo na preventivne mere

» Pravo na kvalitet pružanja zdravstvene usluge

» Pravo na bezbednost pacijenta

• Član 10.

(3) Pacijent ne može trpeti štetu prouzrokovanu neadekvatnim funkcionisanjem zdravstvene službe.

» Pravo na obaveštenje

• Član 11:

(3) Obaveštenje iz st. 1. i 2. ovog člana nadležni zdravstveni radnik dužan je dati pacijentu i bez traženja.

(4) Obaveštenje daje nadležni zdravstveni radnik usmeno i na način koji je razumljiv pacijentu, vodeći računa o njegovoj starosti, obrazovanju i emocionalnom stanju. Ako nadležni zdravstveni radnik proceni da pacijent, iz bilo kog razloga, ne razume dato obaveštenje, obaveštenje se može dati članu pacijentove uže porodice.

(5) Ako pacijent ne poznaje jezik koji je u službenoj upotrebi na teritoriji zdravstvene ustanove, mora mu se obezbediti prevodilac, a ako je pacijent gluvonem, mora mu se obezbediti tumač, u skladu sa zakonom.

» Pravo na slobodan izbor

» Pravo na drugo stručno mišljenje

» Pravo na privatnost i poverljivost

» Pravo na pristanak

• Član 16.

(3) Pacijenta ne obavezuje pristanak kome nije prethodilo potrebno obaveštenje u skladu sa članom 11. ovog zakona, a nadležni zdravstveni radnik koji preduzima medicinsku meru, u tom slučaju snosi rizik za štetne posledice.

(4) Pristanak na predloženu medicinsku meru pacijent može opozvati (usmeno ili pismeno), sve dok ne započne njeno izvođenje, kao i za vreme trajanja lečenja, pod uslovima propisanim ovim zakonom.

- » Pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju
- » Pravo na poverljivost podataka o zdravstvenom stanju pacijenta

U ovom zakonu takođe su definisana i:

- » Pravo pacijenta koji učestvuje u medicinskom istraživanju
- » Pravo deteta u stacionarnim zdravstvenim ustanovama
- » Pravo pacijenta da na sopstvenu odgovornost napusti stacionarnu zdravstvenu ustanovu
- » Pravo na olakšavanje patnji i bola
- » Pravo na poštovanje pacijentovog vremena
- » Pravo na prigovor
- » Pravo na nadoknadu štete
 - Član 31.

(2) Pravo na naknadu štete ne može se unapred isključiti ili ograničiti.

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja definisana su **Zakonom o zdravstvenom osiguranju** i to su:

- » Pravo na zdravstveni zaštitu
- » Pravo na nadoknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad
- » Pravo na naknadu troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite

KOME SE OBRATITI U SLUČAJU USKRAĆIVANJA PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU I NEREGULARNOSTI?

1. U zdravstvenim centrima pacijenti se mogu obratiti **zaštitniku prava osiguranika**.
2. U opštini se pacijenti mogu obratiti **savetniku za prava pacijenata**. Na sajtu e-uprave može se naći obrazac za prigovor savetniku.

3. Prijave i žalbe u vezi sa ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, osigurana lica mogu dostaviti putem e-maila: prijave.osiguranika@rfzo.rs ili faxes 011/2053-885

KADA NISTE SIGURNI KAKO DA OSTVARITE RAZLIČITA PRAVA U OKVIRU ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA, STOJE VAM NA RASPOLAGANJU BROŠURE I VODIČI:

Na sajtu Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje dostupne su brošure i uputstva iz sledećih oblasti:

- » Ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja
- » Zamena zdravstvenih knjižica zdravstvenim karticama - uputstvo za poslodavce
- » Participacija
- » Ostvarivanje prava na lečenje u inostranstvu
- » Refundacija troškova zdravstvene zaštite
- » Ostvarivanje prava na medicinsko – tehnička pomagala koja se izdaju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja
- » Ostvarivanje prava na medicinsku rehabilitaciju u stacionarnim zdravstvenim ustanovama specijalizovanim za rehabilitaciju
- » Promena pola iz medicinskih razloga
- » Ostvarivanje prava na lečenje hiperbaričnom oksigenacijom

Dostupno na adresi: http://www.rfzo.rs/index.php?option=com_content&view=article&layout=edit&id=859

ABSTRACT IN ENGLISH

This publication is a result of two-year project Towards the left alternative. It focuses on health care system as one of most severely attacked by neoliberal reforms and austerity measures and in the same time one of the most important for reproduction of society. The publication presents results of international and local researches on situation in the healthcare system and contextualizes them in broader neoliberal politics. By comparing situation in Serbia with that in Europe we wanted to point to the logic and long-term outcomes of austerity measures. In continuation we advocate for systemic changes and connect issue of public health with other spheres like educational system, system of public information, economic and political measures, etc. which all should provide public and environmental wellbeing. Publication also offers framework for progressive politics that puts the well-being of the people and public interest first. The last part contains preview of human rights related to health, that are supposed to be guaranteed, but are violated by neoliberal politics, and a preview of the healthcare system in Serbia as a brief guide for navigation through it.

Keywords: healthcare system, austerity measures, commodification, liberalization, Serbia, workers' experiences, users' experiences, demands and alternatives

O istraživanju:

Ovaj tekst rezultat je rada na istraživačkom projektu pod skupnim naslovom „Ka levoj alternativni“ koji je započeo 2015. godine uz podršku *Rosa Luxemburg Stiftung Southeast Europe*, a u okviru kojeg je ranije objavljen zbornik radova „Vratimo socijalizam u igru: elementi za promišljanje socijalističke alternative“. Cilj projekta bilo je promišljanje politike i ekonomije s onu stranu dominantnog poretka, ali i istraživanje konkretnih alternativa iza kojih bi levica u Srbiji danas mogla da stane.

Istraživačku grupu projekta „Ka levoj alternativni“ činili su: Andraš Juhas, Darko Vesić, Dušan Maljković, Iva Marković, Jelena Veljić, Marija Jakovljević, Miloš Baković Jadžić, Tanja Vukša, Vladimir Simović.

Istraživačku grupu „Kako izlečiti zdravstvo “ činili su: Jelena Veljić, Marija Jakovljević, Darko Vesić i Dušan Maljković. Realizacija teksta: Jelena Veljić, Marija Jakovljević i Darko Vesić.

Centar za politike emancipacije (CPE) je organizacija nastala u Beogradu 2011. godine. Naš rad je posvećen promociji političkih i ekonomskih koncepata koji za cilj imaju ukidanje društvenih nejednakosti nastalih kao proizvod kapitalističkog društva. Kapitalistički način proizvodnje teži maksimizaciji profita što se postiže reprodukcijom različitih oblika eksploatacije i dominacije. Stavljanje profita u prvi plan, tako, onemogućava puno zadovoljenje potreba ljudi.

Politike emancipacije, nasuprot tome, u prvi plan ističu potpuno novu definiciju politike koja naglašava neophodnost egalitarnog uređenja celokupnog društvenog života, zasnovanog na principima solidarnosti. Stoga, CPE kroz svoj rad insistira na podsticanju borbe za neposrednu demokratiju u politici i ekonomiji. U tom smislu osnovni pravac razvoja, kakvim ga mi vidimo, predstavlja izgradnja društva demokratskog socijalizma koje jedino može maksimizirati zadovoljenje potreba ljudi i omogućiti pun razvoj potencijala svih pojedinki i pojedinaca, odnosno društva u celini.

U tom cilju, CPE se kroz svoj rad trudi da ponudi okvir za kritički pristup i sveobuhvatnu analizu aktuelnih društveno-ekonomskih uslova i političke situacije, kako u lokalnom tako i u globalnom kontekstu. Aktivnosti koje CPE sprovodi uključuju različite vrste obrazovnih i javnih programa, a sve u cilju omogućavanja stalnog protoka progresivnih ideja, teorijskih koncepata i aktivističkih praksi usmerenih ka pronalaženju alternative kapitalizmu kao dominantnom društveno-istorijskom sistemu.

Pored razmene znanja i iskustva, jedan od glavnih ciljeva aktivnosti organizovanih od strane CPE jeste i osnivanje zajedničke platforme za mobilizaciju i potencijalnu saradnju pojedinaca, grupa, inicijativa, organizacija i pokreta na lokalnom, regionalnom i međunarodnom nivou, po pitanju suprotstavljanja aktuelnim dominantnim politikama i izgradnje društva demokratskog socijalizma.

