

PRISTUP ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI NEKOVID PACIJENATA
TOKOM TRAJANJA EPIDEMIJE
VIRUSA KORONA U SRBIJI

Urednik : Marko Milenković

**PRISTUP ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI NEKOVID PACIJENATA
TOKOM TRAJANJA EPIDEMIJE VIRUSA KORONA U SRBIJI**

Urednik

Marko Milenković

Izdavač

Udruženje pravnikā za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije – SUPRAM
<http://www.supram.org.rs/>

Za izdavača

Dr Marta Sjeničić

Urednik

Dr Marko Milenković

Priprema i štampa

Dosije studio

Lektura i korektura

Irena Popović Grigorov

Tiraž

100 primeraka

ISBN 978-86-80456-03-4

Ova studija je nastala uz pomoć Fondacije za otvoreno društvo u okviru projekta „Pristup zdravstvenoj zaštiti za osobe koje nisu neposredno pogođene vanrednom situacijom – pouke kovid 19 krize u Srbiji“

**PRISTUP ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI NEKOVID PACIJENATA
TOKOM TRAJANJA EPIDEMIJE
VIRUSA KORONA U SRBIJI**

**Urednik
Marko Milenković**

SADRŽAJ

- 7 | I Uvod
- 13 | II Izazovi nekovid pacijenata sa nezaraznim oboljenjima u pandemiji izazvanoj novim virusom korona
Dragan Miljuš
- 51 | III Pristup zdravstvenoj zaštiti i pandemija iz ugla prava nekovid pacijenata
Hajrija Mujović
- 65 | IV Pandemija i pristup zdravstvenoj zaštiti – komparativna iskustva
Marta Sjeničić
- 85 | V Dostupnost zdravstvene zaštite tokom pandemije virusa korona: slučaj pacijenata obolelih od hroničnih nezaraznih bolesti
Isidora Jarić, Miloš Milenković
- 115 | VI Zaključci i preporuke
- 123 | Appendix

I UVOD – KOVID 19 KAO NAJVEĆA ZDRAVSTVENA KRIZA OD POČETKA VEKA

Kriza izazvana pandemijom kovida 19 (COVID-19) najveći je zdravstveni izazov na globalnom nivou od početka ovog veka – uzrokovala je velike gubitke ljudskih života, narušila zdravlje miliona ljudi i nanela ogromne ekonomske štete širom planete. Kriza je, osim nezabeleženog opterećenja zdravstvenog sistema izazvanog neophodnošću hitnog zbrinjavanja velikog broja osoba zaraženih virusom korona (SARS-CoV-2), konsekvntno značajno ograničila mogućnosti pacijenata sa drugim hroničnim ili akutnim stanjima da na adekvatan način ostvare pravo na zdravstvenu zaštitu. Zbog svoje hronične (i ponekad doživotne prirode), pacijentima koji boluju od nezaraznih bolesti često je neophodno ponovljeno i kontinuirano angažovanje zdravstvenog sistema u dužem periodu sa ciljem dijagnostike, pristupa lečenju i rehabilitaciji. Osim toga, mnogi od tih pacijenata su tokom pandemije kovida 19 izloženi ne samo izazovu pristupa adekvatnoj nezi za svoja osnovna stanja nego i riziku od težih oblika te bolesti (videti više u delu II).

Uporedno istraživanje uticaja pandemije na tretman pacijenata sa neinfektivnim hroničnim bolestima (Chang *et al.* 2021) pokazalo je da su oni podneli nesrazmerno visok teret u poređenju sa mnogim drugim segmentima stanovništva. Slična situacija je bila i u našem regionu i Srbiji. Kako se ističe: „Pandemija COVID-19 i mere za njeno obuzdavanje pogoršale su već postojeće zdravstvene, socijalne i ekonomske ranjivosti, posebno za grupe koje su već bile marginalizovane pre početka pandemije u zemljama Zapadnog Balkana. Pandemija je nesrazmerno pogodila siromašna i ugrožena domaćinstva koja imaju manje ušteđevine i više zavise od samozapošljavanja i neformalnog, nesigurnog rada, zbog čega su manje otporna na socijalne i ekonomske šokove“ (WHO 2021, 6).

Uporednim istraživanjem stepena izdržljivosti zdravstvenih sistema u 28 zemalja ustanovljena su četiri ključna elementa po kojima se razlikuju oni sistemi koji su bili u stanju da izdrže pritisak pandemije i oni koji to nisu uspjeli. Te zemlje su: 1) Pružile sveobuhvatan odgovor, koji je podrazumevao formiranje radnih grupa ili komiteta koji su objedinjavali više ministarstva ali i celu Vladu; obuku o kovidu, uključujući prevenciju i kontrolu infekcija svih zdravstvenih radnika; sklapanje ugovora unapred i učestvovanje u traganju za novim medicinskim rešenjima; uspostavljanje mehanizama aktivnog nadzora, testiranja i praćenja kontakata; uspostavljanje mreže objekata za karantin i izolaciju; deljenje informacija na rutinskim konferencijama za štampu i putem redovnog ažuriranja servisa za praćenje situacije. 2) Prilagodile su kapacitete zdravstvenog sistema, orijentisale se na isplativa, odgovorna i transparentna rešenja, pružile finansijsku i socijalnu podršku zdravstvenim radnicima; preraspodelile i zaposlile dodatne zdravstvene radnike, uključujući one koji su u penziji, studente i pripravnike; omogućile pristup digitalnim tehnologijama; ustanovile nove zdravstvene ustanove ili adaptirale postojeće civilne objekte; odložile izborne procedure; 3) Očuvale su funkcije i resurse zdravstvenog sistema isplativim nabavkama, na primer formiranjem konzorcijuma za nabavke, izdavanjem jasnih smernica za racionalnu upotrebu i očuvanje medicinskih resursa, ulaganjem u domaća istraživanja, razvoj i proizvodnju neophodne opreme, omogućavanjem ispunjavanja funkcije javnog zdravlja izvan velikih centara, očuvanjem primarne, tekuće i rutinske nege i uključivanjem zajednice u planiranje pružanja zdravstvenih usluga. 4) Smanjile su nivo vulnerabilnosti mehanizmima finansiranja pomoći preduzećima, pojedincima i porodicama, korišćenjem veština i znanja lidera na nivou zajednice (npr. omladinske grupe, verske grupe) da dopru do opšte populacije i rizičnih subpopulacija, jačanjem lanaca proizvodnje i snabdevanja, proaktivnim testiranjem i sprovođenjem strategije praćenja kontakata, komunikacionim strategijama koje dopiru do ljudi gde god da se nalaze, na primer, putem društvenih medija i javnih kampanja (Halldane *et al.* 2021, 977). Sagledavanje u kojoj meri je Srbija uspjela da odgovori na sve te izazove ostaje izvan domena ove studije, ali fokusiranjem na pružanje usluga pacijentima koji boluju od nehroničnih zaraznih bolesti moguće je proceniti koliko je naš sistem spreman, odnosno koliko je bio spreman da odgovori na mnoge od tih izazova.

Opšti cilj projekta „Pristup zdravstvenoj zaštiti za osobe koje nisu neposredno pogođene vanrednom situacijom – pouke kovid 19 krize u Srbiji“, koji je, uz pomoć Fondacije za otvoreno društvo Srbija, realizovalo Udruženje pravnik za zdravstveno i medicinsko pravo Srbije SUPRAM u periodu oktobar 2021 – oktobar 2022, bilo je sagledavanje osnovnih prepreka za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu u kontekstu vanredne situacije (konkretno krize izazvane kovidom 19) i definisanje preporuka za unapređenje pristupa zdravstvenoj zaštiti za sve kategorije pacijenata u kontekstu vanrednih situacija i opterećenja zdravstvenog sistema. U studiji su primenjeni različiti metodi i pristupi multidisciplinarnog tima – javnozdravstveni, pravni i sociološko-antropološki, čime smo težili da sveobuhvatno razumemo fenomen pristupa zdravstvenoj zaštiti u okolnostima pandemije. Značajno ograničenje je proisteklo iz nedostupnosti podataka o važnim trendovima i agregatnim brojkama u domenu javnog zdravlja, odnosno njihove obrađenosti i objavljivanja, što je onemogućilo dobijanje kompletne slike. Iz tog razloga su posmatrani podaci o pružanju usluga za pacijente koji boluju od hroničnih nezaraznih bolesti uz poređenje usluga pruženih u prvih šest meseci 2020. (koje obuhvataju prvi talas pandemije i najrigoroznije mere zatvaranja u Srbiji) i u prvih šest meseci 2019. godine. Još jedan izazov je bila relativna nedostupnost donosilaca odluka i rukovodstava glavnih zdravstvenih ustanova u zemlji za učešće u ovakvoj vrsti istraživanja (primećen je visok stepen neodzivanja menadžmenta zdravstvenih ustanova). Na osnovu vrednih zapažanja dobijenih tokom pripreme ove studije, uviđa se potreba da se ispituju i druge perspektive o pristupu zdravstvenoj zaštiti za nekovid pacijente – zdravstvenih radnika, odnosno donosilaca odluka i sistema zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja. Uočava se i potreba da se izdvoje konačne pouke nakon završetka pandemije i da se uradi dodatna analiza podataka onog trenutka kada budu postali dostupni.

Nakon uvoda, iznosi se analiza pruženih zdravstvenih usluga na primarnom i stacionarnom nivou zdravstvene zaštite, uz korišćenje raspoloživih podataka Centra za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite Instituta za javno zdravlje Srbije za prvih šest meseci 2019. i 2020. godine. Na osnovu te analize sagledani su neki od izazova sa kojima su bili suočeni nekovid pacijenti sa hroničnim oboljenjima tokom pandemije. U trećoj celini su analizirani pristup zdravstvenoj zaštiti i pandemija

iz ugla prava nekovid pacijenata, počev od generalnog koncepta pristupa zdravstvenoj zaštiti, a potom su sagledani opšti položaj pacijenata za vreme pandemije i položaj nekovid pacijenata u zdravstvu Srbije. Zatim je pristup zdravstvenoj zaštiti tokom pandemije obrađen iz komparativne perspektive, uz navođenje brojnih iskustava evropskih i neevropskih zemalja. U petom delu su predstavljeni rezultati kvalitativnog istraživanja pristupa zdravstvenoj zaštiti za nekovid pacijente iz perspektive samih pacijenata, koji su zasnovani na obavljenim intervjuima sa fokus grupama iz različitih kategorija pacijenata sa hroničnim nezaraznim bolestima. Na kraju studije ponuđeni su zaključci i preporuke za donosiocce odluka.

LITERATURA

- Chang, Andrew Y. *et al.* 2021. The impact of novel coronavirus COVID-19 on noncommunicable disease patients and health systems: a review. *Journal of internal medicine* 289.4: 450–462.
- Haldane, Victoria *et al.* 2021. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nature Medicine* 27.6: 964–980.
- WHO Regional Office for Europe. 2021. Roadmap for health and well-being in the Western Balkans (2021–2025). European Programme of Work (2020–2025) – United Action for Better Health, 6. Copenhagen.

II IZAZOVI NEKOVID PACIJENATA SA NEZARAZNIM OBOLJENJIMA U PANDEMIJI IZAZVANOJ NOVIM VIRUSOM KORONA

Dragan Miljuš*

Prema procenama Svetske zdravstvene organizacije (SZO), danas su nezarazni poremećaji zdravlja vodeći uzroci umiranja u svetu, koji svake godine izazovu smrt više ljudi nego svi drugi uzroci zajedno. Ljudi svih uzrasnih grupa, regiona i zemalja pogođeni su nezaraznim bolestima. Od 58 miliona ljudi, koliko godišnje umre širom sveta od svih uzroka smrti, 41 milion (71%) umre od posledica tih oboljenja. Prema istom izvoru (WHO 2022a, 2022b, 2013; Institut za javno zdravlje Srbije 2022), u narednom periodu očekuje se porast smrtnosti od tih oboljenja, a najveći broj umrlih biće iz nerazvijenih i zemalja u razvoju.

Kardiovaskularne bolesti (srčani i moždani udar), maligni tumori, hronične respiratorne bolesti (hronična opstruktivna bolest pluća i astma), dijabetes i povrede vodeće su nezarazne bolesti. Širom sveta te četiri grupe bolesti uzrokuju preko 80% svih prevremenih smrti od nezaraznih bolesti u uzrastu od 30 do 69 godina (WHO 2022a, 2022b). Skoro tri četvrtine (77%) svih smrtnih slučajeva od nezaraznih poremećaja zdravlja i 85% od 16 miliona ljudi koji su širom sveta umrli prerano potiču iz zemalja sa niskim i srednjim prihodima (WHO 2022a, 2022b, 2013; Institut za javno zdravlje Srbije 2022).

Socijalno-ekonomski troškovi tih zdravstvenih posledica čine prevenciju i kontrolu pomenutih bolesti glavnim razvojnim imperativom u

* Dr sci. med. Dragan Miljuš, naučni saradnik, načelnik Odeljenja za hronične nezarazne bolesti Instituta za javno zdravlje Srbije „Milan Jovanović Batut“.

21. veku. Da bi se ispunili globalni ciljevi za smanjenje tereta zaraznim bolestima, SZO danas obezbeđuje vođstvo i bazu dokaza za međunarodnu akciju nadzora, prevencije i kontrole zaraznih bolesti. Rano otkrivanje, skrining i lečenje tih bolesti, kao i palijativno zbrinjavanje, ključne su komponente odgovora na rast epidemije zaraznih bolesti (WHO 2022a, 2022b, 2013; Institut za javno zdravlje Srbije 2022).

Nezarazne bolesti već decenijama dominiraju u našoj nacionalnoj patologiji. Vodeći uzroci umiranja u Srbiji gotovo su identični onima u razvijenim delovima sveta (WHO 2022a, 2022b; Miljuš 2021). One su u našoj sredini vodeći uzroci obolevanja, invalidnosti i prevremenog umiranja.

Pandemija kovida 19 je najveći svetski zdravstveni izazov u ovom veku. Do sada je prozorovala velike gubitke zdravlja i ljudskih života i ogromne finansijske gubitke u nacionalnim ekonomijama širom sveta. Sve zemlje se suočavaju sa mogućnošću širenja infekcije, što može izazvati nova opterećenja zdravstvenog sistema i dodatno usporavanje privrednih tokova.

U decembru 2019. godine u Kini su se pojavili slučajevi upale pluća nepoznatog uzroka, a 7. januara 2020. potvrđeno je da je virus SARS-CoV-2 uzročnik tog oboljenja. Svetska zdravstvena organizacija zvanično je 11. marta 2020. godine proglasila pandemiju virusa korona. Od pojave tog oboljenja do 15. septembra 2022. godine u svetu je ukupno evidentirano 607.745.726 slučajeva obolelih i 6.498.747 umrlih osoba od tog virusa. Od 6. marta 2020, kada je registrovan prvi slučaj kovida 19 u Srbiji, do 15. septembra 2022. godine, u našoj zemlji je ukupno registrovan 2.327.601 slučaj obolevanja i 16.855 umrlih osoba od virusa korona (WHO 2022c; Ministarstvo zdravlja Republike Srbije 2022).

Oboljenje može biti bez vidljivih simptoma ili se može ispoljiti kao lako, srednje teško ili teško oboljenje sa kašljem, nedostatkom daha, otežanim disanjem, povišenom telesnom temperaturom, upalom pluća i drugim simptomima i znacima (nagli gubitak mirisa, ukusa ili promena ukusa, glavobolja, jeza, bolovi u mišićima, umor, povraćanje i/ili proliv). Prosečna dužina inkubacije je pet do šest dana (maksimalna 14 dana). Oboljenje se prenosi među ljudima, obično posle bliskog direktnog kon-

takta sa zaraženom osobom, kapljicama ili indirektnim kontaktom (sveže kontaminiranih ruku ili predmeta). Period zaraznosti traje od jednog do tri dana pre pojave simptoma i do 14 dana nakon početka bolesti kod najvećeg broja obolelih (Ciotti *et al.* 2020; World Bank 2021).

Infekcija izazvana virusom SARS-CoV-2 je nova bolest, koja je globalno postavila mnogobrojne izazove. I dalje postoje ograničeni podaci i informacije o uticaju mnogih zdravstvenih stanja u kojima je povećan rizik od težeg oblika infekcije kovid 19 (Ciotti *et al.* 2020; World Bank 2021; Minhua 2020). Zbog izbijanja pandemije izazvane novim sojem virusa korona, zdravstvene institucije širom sveta su prvenstveno preusmerile svoj rad na prijem i lečenje pacijenata obolelih od kovida 19 (Hacker *et al.* 2021; Filsinger and Freitag 2022).

Na osnovu onoga što trenutno znamo, odrasli bilo kog uzrasta koji imaju neko od hroničnih nezaraznih oboljenja mogu biti izloženi povećanom riziku od težeg oblika infekcije kovid 19 (World Bank 2021; Minhua 2020; Hacker *et al.* 2021; Filsinger and Freitag 2022). Postoji konsenzus da osobe sa hroničnim oboljenjima (hronična opstruktivna bolest pluća, bronhijalna astma i fibroza pluća, bolesti srca i krvnih sudova, maligne bolesti, dijabetes tipa 1, cistična fibroza, imunodeficijencije, teški metabolički poremećaji, bolesti jetre, gojaznost, demencije i druga) mogu imati veći rizik od razvoja težih oblika infekcije kovid 19 (Lancet 2020; Clark *et al.* 2020; Palmer *et al.* 2020).

Pandemija kovida 19 imala je direktne i indirektne efekte na osobe sa hroničnim bolestima. Osim morbiditeta i mortaliteta, visoke stope širenja infekcije i različiti napori za ublažavanje, uključujući i preporuke za ostanak kod kuće, poremetili su svakodnevne životne aktivnosti i stvorile socijalne i ekonomske poteškoće (Nicola *et al.* 2020). Pandemija je izazvala i poteškoće u pristupu zdravstvenoj zaštiti, što se posebno odnosi na bezbednost odnosno prevenciju zaražavanja u samom zdravstvenom sistemu (Czeisler *et al.* 2020), i smanjila sposobnost prevencije ili kontrole hroničnih bolesti.

Namera autora je bila da, analizom dostupnosti pojedinih pruženih zdravstvenih usluga na primarnom i stacionarnom nivou zdrav-

stvene zaštite u Srbiji, sagleda neke od izazova nekovid pacijenata sa hroničnim oboljenjima tokom pandemije. U analizi sadržaja pruženih zdravstvenih usluga na primarnom i stacionarnom nivou zdravstvene zaštite korišćeni su raspoloživi podaci Centra za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite Instituta za javno zdravlje Srbije za prvih šest meseci 2019. i 2020. godine. Ostvarivanje sadržaja prava osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu u našoj zemlji analiziran je indeksom, odnosno pokazateljem odnosa broja pruženih zdravstvenih usluga u prvoj polovini 2020. i broja pruženih zdravstvenih usluga u prvoj polovini 2019. godine.

Analizirane zdravstvene usluge definisane su aktuelnim Pravilnikom o nomenklaturi zdravstvenih usluga na primarnom nivou zdravstvene zaštite¹ i Pravilnikom o nomenklaturi zdravstvenih usluga na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite².

Glavni kriterijum za izbor zdravstvenih usluga definisanih tim pravilnicima bio je pokazatelj opterećenosti bolestima (*Burden of disease by cause*), koje najviše opterećuju stanovništvo Srbije. Mereno godinama života korigovanim u odnosu na nesposobnost (*Disability-adjusted life years – DALY*) 2019. godine, zapaženo je da su nezarazne bolesti i povrede bile uzrok 93,8% opterećenja našeg društva (IHME 2020). Prema aktuelnim podacima, gotovo tri četvrtine (72,4%) svih vodećih uzroka tereta bolestima u Srbiji činili su: bolesti sistema krvotoka (31,9%), tumori (20,1%), dijabetes i hronične bubrežne bolesti (6,5%), poremećaji mišićno-skeletnog sistema (5,7%), neurološke bolesti (4,3%) i druge nezarazne bolesti (3,9%).

Osim podataka o ukupnom broju zdravstvenih usluga koje su pružene na nivou primarne i sekundarne/tercijarne zdravstvene zaštite, analizirane su i učestalosti izabranih zdravstvenih usluga prema nivoima zdravstvene zaštite u oblasti dijagnostike, lečenja i rehabilitacije u oblasti bolesti krvnih sudova, tumora, dijabetesa, muskuloskeletnih poremećaja zdravlja, neuroloških bolesti i retkih poremećaja zdravlja.

1 Sl. glasnik RS 70/2019 i 42/2020.

2 Sl. glasnik RS 70/2019.

Odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju³ i Pravilnika o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji⁴ definisani su prava, obim i sadržaj zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, koji se odnose na metode dijagnostike, lečenja i rehabilitacije radi sprečavanja, suzbijanja, ranog otkrivanja i lečenja bolesti i drugih poremećaja zdravlja.

Utvrđivanje nivoa ostvarenih prava u zdravstvenim ustanovama sa primarnom i stacionarnom delatnošću u našoj zemlji definisan je Uredbom o Planu mreže zdravstvenih ustanova⁵ i odnosi se na sagledavanje ostvarenog sadržaja prava osiguranih lica na primarnu i stacionarnu zdravstvenu zaštitu, obavezne skrining preglede, zdravstvenu zaštitu žena u vezi sa trudnoćom i porođajem, preglede, lečenja u slučaju bolesti i medicinsku rehabilitaciju, kao i na ostvarivanje prava na lekove, medicinska sredstva, proteze i druga medicinsko-tehnička pomagala.

Prava na zdravstvenu zaštitu na primarnom nivou zdravstvene delatnosti utvrđena su Pravilnikom o nomenklaturi zdravstvenih usluga na primarnom nivou zdravstvene zaštite⁶ i odnose se na zdravstvenu delatnost u oblasti zdravstvene zaštite predškolske, školske dece, omladine, žena i odraslih.

Usluge koje se pružaju u delatnosti zdravstvene zaštite predškolske, školske dece i omladine obavljaju se u pedijatrijskim službama za predškolsku i školsku decu, patronažnim službama, dečjoj stomatologiji, razvojnim savetovalištim i savetovalištim za mlade. Najčešće zdravstvene usluge koje se pružaju u tim službama su: preventivni i kontrolni pregledi novorođenčadi, odojčadi, dece od jedne godine do polaska u školu, školske dece i omladine; imunizacije; utvrđivanje opšte zdravstvene sposobnosti dece od šest do 14 godina života za bavljenje sportskim aktivnostima; prvi i kontrolni pregledi radi lečenja dece; timski pregledi dece u razvojnom savetovalištu i druge.

3 *Sl. glasnik RS* 25/19.

4 *Sl. glasnik RS* 7/19.

5 *Službeni glasnik RS* 111/17 i 114/17 – ispr., 13/18, 15/18 – ispr. i 68/19.

6 *Sl. glasnik RS* 70/2019 i 42/2020.

Delatnost u oblasti zdravstvene zaštite žena pruža se u službama ginekologije i akušerstva. Najčešće zdravstvene usluge u tim službama su: preventivni ginekološki pregledi, preventivni i kontrolni pregledi trudnice, posete patronažne sestre novorođenčetu, porodilji i porodici, skrining radi ranog otkrivanja raka grlića materice i druge.

Zdravstvena zaštita odraslih obavlja se u službama opšte medicine, medicine rada, specijalističkim službama (interne medicine, pneumoftizilogije, otorinolarinologije, oftalmologije, dermatovenerologije, psihijatrije, sportske medicine, fizikalne medicine i rehabilitacije, rendgen i ultrazvučne dijagnostike, laboratorije), hitne medicinske pomoći, kućnog lečenja i nege i u preventivnim centrima. Najčešće zdravstvene usluge koje se pružaju u tim službama su: prvi i ponovni pregledi odraslih radi lečenja, sprovođenje imunizacije, lekarski pregledi na terenu, skrining radi ranog otkrivanja dijabetesa tipa 2, ciljani pregledi obolelih od dijabetesa sa procenom rizika za nastanak komplikacija dijabetesa, skrining radi ranog otkrivanja kardiovaskularnog rizika i depresije, skrining radi ranog otkrivanja raka debelog creva i dojke, prvi i ponovljeni specijalistički pregledi, laboratorijski, rendgenski, ultrazvučni i drugi dijagnostički pregledi.

1. UKUPNO OSTVARENE POSETE U DOMOVIMA ZDRAVLJA I STACIONARNIM ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA, PREMA PRUŽENIM IZABRANIM USLUGAMA

Struktura ukupno pruženih zdravstvenih usluga koje su analizirane na primarnom i sekundarnom/tercijarnom nivou zdravstvene zaštite prikazane su na tabelama 1 i 2. U prvoj polovini 2020. godine ukupno su evidentirane 75.310.242 usluge na primarnom nivou zdravstvene zaštite. U poređenju sa ukupnim brojem pruženih usluga 2019. godine, u prvih šest meseci 2020. godine uočen je pad realizovanih zdravstvenih usluga od 21% (tabela 1). Najveći pad u broju izabranih pruženih zdravstvenih usluga (tabela 1) uočen je u oblasti onkologije (54%), zdravstvene zaštite muskuloskeletnih poremećaja zdravlja (38%), neuroloških bolesti (36%) i dijabetesa (30%), a najmanji u oblasti retkih poremećaja zdravlja (9%) i bolesti krvnih sudova (5%).

Tabela 1. Ostvarene posete u domovima zdravlja, prema pruženim izabranim uslugama u oblasti zdravstvene zaštite u Republici Srbiji, prvih šest meseci 2019. i 2020.

Izabrane usluge u oblasti zdravstvene zaštite	Godina		Indeks 2020/2019
	2019	2020	
Bolesti krvnih sudova	2742700	2615420	0,95
Tumori	485487	221357	0,46
Dijabetes	1675658	1178519	0,70
Muskulo-skeletni poremećaji zdravlja	3053408	1882749	0,62
Neurološke bolesti	283996	182621	0,64
Retki poremećaji zdravlja	475364	434133	0,91
UKUPNO – sve usluge	95500388	75310242	0,79

Izvor: Podaci o pruženim zdravstvenim uslugama na primarnom nivou zdravstvene zaštite, prvih šest meseci 2019–2020, Centar za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite, Institut za javno zdravlje Srbije, 2022.

U prvih šest meseci 2020. godine ukupno su evidentirane 76.401.054 usluge na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite. Poređenjem sa ukupnim brojem pruženih usluga 2019. godine, u posmatranom period je uočen pad realizovanih zdravstvenih usluga od 38% (tabela 2). Pad u broju izabranih pruženih zdravstvenih usluga 2020. godine (tabela 2) bio je najizraženiji u oblasti zdravstvene zaštite musku-loskeletnih poremećaja zdravlja (43%), neuroloških bolesti (32%) i retkih poremećaja zdravlja (32%), a najmanji u oblasti dijabetologije (29%), onkologije (30%) i bolesti krvnih sudova (17%).

Tabela 2. Ostvarene posete u stacionarnim zdravstvenim ustanovama, prema pruženim izabranim uslugama u oblasti zdravstvene zaštite u Republici Srbiji, prvih šest meseci 2019. i 2020.

Izabrane usluge u oblasti zdravstvene zaštite	Godina		Indeks 2020/2019
	2019	2020	
Bolesti krvnih sudova	2419097	2006927	0,83
Tumori	195890	137864	0,70
Dijabetes	6985725	4974657	0,71
Muskulo-skeletni poremećaji zdravlja	13880103	7939110	0,57
Neurološke bolesti	5617605	3843047	0,68
Retki poremećaji zdravlja	86545	59113	0,68
UKUPNO – sve usluge	106651865	76401054	0,72

Izvor: Podaci o pruženim zdravstvenim uslugama na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, prvih šest meseci 2019–2020, Centar za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite, Institut za javno zdravlje Srbije, 2022.

2. BOLESTI KRVNIH SUDOVA

Kardiovaskularne bolesti su najzastupljenije bolesti savremenog sveta. Bolesti srca i krvnih sudova su rasprostranjen javnozdravstveni problem širom sveta. Hipertenzija, ishemijske bolesti srca, cerebrovaskularne bolesti i ostale bolesti srca ujedno su i vodeći uzrok smtnog ishoda u svetu. Kao najteži oblik ishemijskih bolesti srca, akutni koronarni sindrom (akutni infarkt miokarda, nestabilna angina pektoris i iznenadna srčana smrt) vodeći je zdravstveni problem u razvijenim zemljama sveta, a poslednjih nekoliko decenija i u zemljama u razvoju. Bolesti krvnih sudova najviše opterećuju stanovništvo naše zemlje, od kojih su 2020. godine u proseku dnevno umirale 152 osobe.

U odnosu na prvu polovinu 2019. godine, u istom periodu 2020. godine zabeležen je pad od 5% u broju ukupno pruženih izabranih zdravstvenih usluga u oblasti krvnih sudova u domovima zdravlja (tabela 3).

Rano otkrivanje kardiovaskularnog rizika definisano je Uredbom o nacionalnom programu prevencije, lečenja i kontrole kardiovaskularnih bolesti do 2020. godine⁷. U uslugama ranog otkrivanja kardiovaskularnog rizika u domovima zdravlja u tom periodu evidentiran je pad od 22%, dok je u drugim prikazanim izabranim zdravstvenim uslugama dijagnostike bolesti krvnih sudova zabeležen porast od 4%, pre svega kao rezultat učestalijeg merenja krvnog pritiska u prvoj polovini 2020. godine za 16% (tabela 3). Međutim, uočeno je da su i nekovid i kovid pacijenti merili krvni pritisak u domovima zdravlja.

Tabela 3. Ostvarene posete u domovima zdravlja, prema pruženim izabranim uslugama u oblasti zdravstvene zaštite bolesti krvnih sudova u Republici Srbiji, prvih šest meseci 2019. i 2020.

Izabrane usluge u oblasti zdravstvene zaštite bolesti krvnih sudova	Godina		Indeks 2020/2019
	2019	2020	
Skrining/ rano otkrivanje kardiovaskularnog rizika	45141	35074	0,78
Test funkcije kardiovaskularnog sistema sa tumačenjem testa opterećenja i dr. testova funkcije srca i krv. sudova	10906	8001	0,73
Elektrofiziološko snimanje i očitavanje vezano za kardiovaskularni sistem (elektrokardiogram – EKG, Holter, ...)	869748	701805	0,81
Merenje krvnog pritiska	1798529	2093682	1,16
Doppler scan regija (ultrazvučni pregled magistralnih krvnih sudova)	18376	10876	0,59
Dijagnostika bolesti krvnih sudova	2697559	2814364	1,04
UKUPNO – sve izabrane usluge	2742700	2615420	0,95

Izvor: Podaci o pruženim zdravstvenim uslugama na primarnom nivou zdravstvene zaštite, prvih šest meseci 2019–2020, Centar za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite, Institut za javno zdravlje Srbije, 2022.

7 Sl. glasnik RS 11/2010.

Struktura izabranih zdravstvenih usluga koje su analizirane u oblasti zdravstvene zaštite bolesti krvnih sudova u stacionarnim zdravstvenim ustanovama prikazana je u tabeli 4. U prvoj polovini 2020. godine ukupno je evidentirano 2.006.927 izabranih usluga u oblasti dijagnostike i lečenja bolesti krvnih sudova u stacionarima naše zemlje. U poređenju s ukupnim brojem izabranih pruženih usluga i usluga dijagnostike bolesti krvnih sudova 2019. godine, u prvih šest meseci 2020. uočen je pad od 17%.

Angiografije i koronarografije su minimalno invazivne dijagnostičke metode za snimanje krvnih sudova, dok se koronarografije primenjuju kod pacijenata kojima nije sa sigurnošću dijagnostikovana aterosklerotska bolest koronarnih arterija. U Srbiji se te usluge obezbeđuju dinamikom koja je u skladu sa stepenom hitnosti. Indikacije prema kojima osiguranim licima treba obezbediti pružanje tih usluga (odmah po prijemu ili u roku od trideset dana) navedene su Pravilniku o listama čekanja⁸.

Tokom prvih šest meseci 2020. godine ukupno je pruženo 10.411 zdravstvenih usluga iz grupe ovih procedura, što je manje za 31% u odnosu na broj tih usluga u prethodnom analiziranom periodu (tabela 4).

U prvoj polovini 2020. godine zabeležen je pad od 30% u broju intratorakalnih procedura na koronarnim arterijama, odnosno bajpas intervencija na arterijama srca (tabela 4).

Tabela 4. Ostvarene posete u stacionarnim zdravstvenim ustanovama, prema pruženim izabranim uslugama u oblasti zdravstvene zaštite bolesti krvnih sudova u Srbiji, prvih šest meseci 2019. i 2020.

Izabrane usluge u oblasti zdravstvene zaštite bolesti krvnih sudova	Godina		Indeks 2020/2019
	2019	2020	
Vađenje krvi u dijagnostičke svrhe	1480999	1168606	0,79
Praćenje sistemskog arterijskog pritiska	629005	647729	1,03
Praćenje krvnog pritiska u srčanim šupljinama	43011	11999	0,28

8 Službeni glasnik RS 107/05, 109/05 – ispr., 57/11, 110/12 – US i 119/12.

Kardiovaskularni stres test – test opterećenja	24711	21054	0,85
Ultrazvučni dupleks pregled ekstrakranijalnih, karotidnih i vertebralnih krvnih sudova	i 33285	5748	0,17
Ultrazvučni dupleks pregled arterija ili bajpasa donjih ekstremiteta, obostrano	8297	7992	0,96
Ultrazvučni dupleks pregled vena donjih ekstremiteta, dvostrano	12299	7992	0,65
Posmatranje efektivnog rada srca ili krvnog protoka, neklasifikovano na drugom mestu	15366	9046	0,59
Ambulatorno kontinuirano EKG snimanje	32064	28418	0,89
Holter ambulatorno kontinuirano EKG snimanje	25225	14906	0,59
Angiografija magnetnom rezonancom grudnog koša	131	51	0,39
Kompjuterizovana tomografija mozga	59426	48168	0,81
Kompjuterizovana tomografija mozga sa intravenskom primenom kontrastnog sredstva	13794	11553	0,84
Ultrazvučni dupleks pregled intrakranijalnih krvnih sudova	360	168	0,47
Magnetna rezonanca mozga	14907	11248	0,75
Angiografija magnetnom rezonancom glave ili vrata	2652	1801	0,68
Dijagnostika kardiovaskularnih oboljenja – ukupno	2393011	1996479	0,83

Implantacija permanentne endo- venske elektrode pejsmejkeru u pretkomoru	1595	1156	0,72
Testiranje atrioventrikularnog sek- vencijalnog, visoko osetljivog ili anti- tahikardijalnog srčanog pejsmejkeru	6294	4013	0,64
Kardioverzija	3087	2365	0,77
Leva angiokardiografija	40	18	0,45
Desna angiografija	58	34	0,59
Koronarna angiografija (koronaro- grafija)	409	234	0,57
Koronarna angiografija (koronaro- grafija)	14173	9933	0,70
Koronarna angiografija sa kateteri- zacijom desne	4	3	0,75
Koronarna angiografija sa kateteri- zacijom leve i desne	373	189	0,51
Angiografije/ koronarografije – ukupno	26033	17945	0,69
Bajpas koronarne arterije, uz upo- trebu > 2 LIMA transplantata	42	35	0,83
Ostale intratorakalne procedure na arterijama srca sa kardiopulmonal- nim bajpasom	11	2	0,18
Intratorakalne procedure na koro- narnim arterijama – ukupno	53	37	0,70
UKUPNO – sve izabrane usluge	2419097	2014461	0,83

Izvor: Podaci o pruženim zdravstvenim uslugama na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, prvih šest meseci 2019–2020, Centar za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite, Institut za javno zdravlje Srbije, 2022.

3. MALIGNI TUMORI

Širom sveta registrovano je 19,3 miliona novoobolelih ljudi i 9,9 miliona smrtnih slučajeva od malignih tumora 2020. godine (Ferlay 2020; Sung 2021). Iako Evropa ima samo šesnaestinu ukupne svetske populacije, ona ima skoro četvrtinu novoobolelih i petinu smrtnih ishoda od ukupnog broja registrovanih obolelih i umrlih od malignih bolesti u svetu. Maligni tumori u Srbiji, kao i u većini zemalja u razvoju, posle bolesti srca i krvnih sudova, predstavljaju vodeći uzrok obolevanja, odsustvovanja sa posla, invalidnosti i prevremenog umiranja (Miljuš 2021).

Poslednje dve decenije skoro svaki peti stanovnik naše zemlje umro je od posledica tih oboljenja (Miljuš 2021; Miljuš, Zivković Perišić, Božić 2022). U Srbiji je 2020. godine od malignih tumora obolelo 41.419, a umrlo 20.767 osoba. Među muškarcima u Srbiji maligni tumori su najčešće bili lokalizovani na plućima i bronhu, kolonu i rektumu i prostati, dok su naše žene najčešće obolevale i umirale od raka dojke, kolona i rektuma i pluća i bronha (Miljuš, Zivković Perišić, Božić 2022).

Redovni preventivni pregledi žena bar jednom godišnje imaju veliki značaj za rano otkrivanje bolesti. Ukoliko se otkriju pravovremeno, mnoge od tih bolesti mogu se preduprediti. Preventivni ginekološki pregledi podrazumevaju uzimanje anamnestičkih podataka, ginekološki pregled, uzimanje vaginalnog brisa na stepen čistoće, kolposkopski pregled, po proceni ginekologa slanje brisa na PAP test, palpatorni pregled dojki, procenu zdravstvenog rizika po zdravlje, ocenu zdravstvenog stanja, preduzimanje odgovarajućih mera u skladu sa nalazom i individualni zdravstveno-vaspitni rad, uključujući kontracepciju.

Rak grlića materice je oboljenje koje je potpuno izlečivo ako se otkrije u ranoj fazi bolesti. Međutim, veliki broj naših žena prvi put se javi ginekologu kada je bolest već uzela maha i kada je lečenje teško i neizvesno. Sa preko 1.100 novih slučajeva i 500 umrlih žena godišnje (Miljuš, Zivković Perišić, Božić 2022), naša zemlja je u samom vrhu evropskih zemalja po broju obolelih i umrlih žena od ove lokalizacije raka. Te činjenice su bile jedan od razloga da naša zemlja krajem 2012. godine uvede organizovani program za skrining raka grlića materice⁹. Skrining, rano

9 Uredba o Nacionalnom programu ranog otkrivanja karcinoma grlića materice, *Sl. glasnik RS* 73/2013 i 83/2013.

otkrivanje raka grlića materice sprovodi se kod žena uzrasta od 25 do 64 godina života, jednom u dve godine, i podrazumeva ginekološki pregled, kolposkopiju, uzimanje cervikalnog brisa, slanje na PAP test i saopštavanje rezultata.

U prvoj polovini 2020. godine evidentiran je 86.291 preventivni ginekološki pregled, što je u poređenju sa istim periodom u prethodnoj godini činilo pad od 42% (tabela 5).

Iako su službe za zdravstvenu zaštitu žena i odraslih u domovima zdravlja 2020. godine u većem obimu (20%) pozivali učesnike na skrininge/rano otkrivanje raka grlića materice¹⁰, raka dojke¹¹ i karcinoma debelog creva¹², uočen je pad ukupnih usluga u ranom otkrivanju raka grlića materice od 81%, debelog creva od 43% i raka dojke od 22% u odnosu na isti period 2019. godine (tabela 5). Smanjen obim pruženih zdravstvenih usluga ranog otkrivanja pomenutih lokalizacija raka rezultat je straha građana Srbije od nove infekcije izazvane virusom korona, ali i smanjene dostupnosti tih usluga zbog ograničene mogućnosti kretanja u prvih šest meseci 2020. godine.

Tabela 5. Ostvarene posete u domovima zdravlja, prema pruženim izabranim uslugama u onkološkoj zdravstvenoj zaštiti u Republici Srbiji, prvih šest meseci 2019. i 2020.

Izabrane usluge u onkološkoj zdravstvenoj zaštiti	Godina		Indeks 2020/2019
	2019	2020	
Skrining / rano otkrivanje raka – pozivanje učesnika na skrining	29505	35540	1,20
Preventivni ginekološki pregledi	149579	86291	0,58
Skrining/ rano otkrivanje raka grlića materice – PAP test	83431	46100	0,55

¹⁰ *Ibidem.*

¹¹ Uredba o Nacionalnom programu ranog otkrivanja raka dojke, *Sl. glasnik RS* 73/2013

¹² Uredba o Nacionalnom programu ranog otkrivanja kolorektalnog karcinoma, *Sl. glasnik RS* 73/2013.

Skrining/rano otkrivanje raka grlića materice – supervizijski pregled pločice	3487	3360	0,96
Skrining/rano otkrivanje raka grlića materice – ukupno	236497	45250	0,19
Inspekcija i palpatorni pregled dojki	35092	30227	0,86
Ultrazvučni pregled dojke	17270	14132	0,82
Skrining/ rano otkrivanje raka dojke	13159	7024	0,53
Prvo čitanje mamografije u organizovanom skriningu	6650	4691	0,71
Skrining/rano otkrivanje raka dojke – ukupno	72171	56074	0,78
Skrining/ rano otkrivanje raka debelog creve	69694	38739	0,56
Hemoglobin (krv) (FOBT) u fecesu – imunohemijski	71261	43721	0,61
Hemoglobin (krv) (FOBT) u fecesu – enzimski	6359	2033	0,32
Skrining/rano otkrivanje raka debelog creva – ukupno	147314	84493	0,57
UKUPNO – sve izabrane usluge	485487	221357	0,46

Izvor: Podaci o pruženim zdravstvenim uslugama na primarnom nivou zdravstvene zaštite, prvih šest meseci, 2019–2020, Centar za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite, Institut za javno zdravlje Srbije, 2022.

U tabeli 6 prikazane su izabrane zdravstvene usluge koje su analizirane u oblasti onkologije u stacionarnim zdravstvenim ustanovama. U prvoj polovini 2020. godine ukupno je evidentirano 148.295 izabranih usluga u oblasti dijagnostike i lečenja tumora u stacionarima naše zemlje. U poređenju sa ukupnim brojem izabranih pruženih usluga i usluga dijagnostike malignih bolesti 2019. godine, u prvih šest meseci 2020. uočen je pad tih zdravstvenih usluga od 29%.

Mamografija je bezbolna, neškodljiva, neinvazivna radiografska dijagnostička metoda kojom se identifikuju promene na dojci. To je metoda izbora u dijagnostikovanju ranog karcinoma dojke. U skladu sa Uredbom o Nacionalnom programu ranog otkrivanja raka dojke¹³, u Srbiji se organizovana skrining mamografija sprovodi od kraja 2012. godine. Analiza je pokazala da je u prvoj polovini 2020. godine obavljen ukupno 24.751 jednostrani i obostrani mamografski pregled (preventivni i dijagnostički). U poređenju sa prosečnim brojem mamografskih pregleda u istom periodu 2019. godine, u prvih šest meseci 2020. evidentiran je pad realizovanih mamografija od 38% (tabela 6).

Anaplastici su brojna grupa farmakoloških sredstva koja se koriste za sprečavanje ili zaustavljanje razvoja primarnog ili metastaskog tumora. Najčešće se koriste alkilirajuća i njima srodna sredstva, antimetaboliti, antitumorski antibiotici, biljni alkaloidi, hormonska i druga sredstva.

U prvoj polovini 2020. godine ukupno je evidentirano 120.851 aplikovanje antineoplastika, što, u poređenju sa prethodno posmatranim periodom, predstavlja pad od 27%. U toj grupi zdravstvenih usluga izdvaja se davanje antineoplastika intrakavitarnim načinom (ubrizgavanje sredstva u subarahnoidni prostor sa ciljem lečenja tumora centralnog nervnog sistema), koje su evidentirale porast od 14% (tabela 6).

Procedura bronhoskopije omogućava pregled unutrašnjosti disajnih puteva sa ciljem otkrivanja različitih bolesti pluća i disajnih puteva (zapaljenja, benignih i malignih tumora i dr.) ili lečenja (uklanjanja stranog tela iz disajnih puteva, uklanjanje tumora itd.).

U prvih šest meseci 2020. godine ukupno su obavljene 2.494 bronhoskopije, što u odnosu na isti period 2019. godine predstavlja pad od 27% (tabela 6).

13 *Sl. glasnik RS* 73/2013.

Jonizujući zraci (rendgenski, gama zraci i elektroni) često se koriste u onkologiji za lečenje tumora. Najčešće se koristi spoljno zračenje, gde se zraci usmeravaju na tumor kroz kožu, a ređe unutrašnje zračenje kojim se izvor zračenja uvodi u šupljinu nekog organa (materica, mokraćna bešika) i kombinacija više zračnih metoda.

U prvih šest meseci 2020. godine obavljeno je 199 površinskih radioloških tretmana (tabela 6), što je u odnosu na prvu polovinu 2019. godine pad od 42%.

Tabela 6. Ostvarene posete u stacionarnim zdravstvenim ustanovama, prema pruženim izabranim uslugama u onkološkoj zdravstvenoj zaštiti u Republici Srbiji, prvih šest meseci 2019. i 2020.

Izabrane usluge u oblasti onkološke zdravstvene zaštite	Godina		Indeks 2020/2019
	2019	2020	
Mamografija – jednostrana	1626	1114	0,69
Mamografija – obostrana	38489	23637	0,61
Mamografija – ukupno	40115	24751	0,62
Intramuskularno davanje farmakološkog sredstva, antineoplastično sredstva	13446	10160	0,76
Intratekalno davanje farmakološkog sredstva, antineoplastično sredstvo	378	271	0,72
Intravensko davanje farmakološkog sredstva, antineoplastično sredstvo	i 13824	10431	0,75
Subkutano davanje farmakološkog sredstva, antineoplastično sredstvo“	22772	21257	0,93
Intrakavitarno davanje farmakološkog sredstva, antineoplastično sredstvo	399	453	1,14

Oralno davanje farmakološkog sredstva, antineoplastično sredstvo	108254	74366	0,69
Neki drugi način davanja farmakološkog sredstva, antineoplastično sredstvo	6233	3913	0,63
Aplikacija antineoplastika – ukupno	165306	120851	0,73
Bronhoskopija	467	283	0,61
Bronhoskopija – fiberoptička	3196	1985	0,62
Bronhoskopija – kroz artefijalnu stomu	32	12	0,38
Bronhoskopija sa biopsijom	170	109	0,64
Bronhoskopija sa ekcijom lezija	84	105	1,25
Bronhoskopije – ukupno	3949	2494	0,63
Zračna terapija, frakcija, jedno polje	167	80	0,48
Zračna terapija, frakcija, dva i više polja	177	119	0,67
Površinski radiološki tretman – ukupno	344	199	0,58
UKUPNO – sve izabrane usluge	209569	148295	0,71

Izvor: Podaci o pruženim zdravstvenim uslugama na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, prvih šest meseci 2019–2020, Centar za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite, Institut za javno zdravlje Srbije, 2022.

4. DIJABETES (ŠEĆERNA BOLEST)

Dijabetes (šećerna bolest) jedna je od najčešćih nezaraznih bolesti. Broj obolelih od šećerne bolesti već duži niz godina raste i poprima razmere pandemije, i u našoj zemlji i širom sveta. Danas u svetu od dijabetesa boluje približno 537 miliona ljudi, a Svetska zdravstvena organizacija i Međunarodne federacije za dijabetes procenjuju da će broj obolelih od dijabetesa do 2045. godine biti čak 783 miliona. Iako se najviše incidencije registruju u razvijenim zemljama, najveći porast obolelih očekuje se u zemljama u razvoju.

Procenjuje se da danas u Srbiji (bez podataka za Kosovo i Metohiju) od dijabetesa boluje približno 600.000 osoba uzrasta 20 i više godina ili 8,3% populacije. Broj osoba sa dijabetesom tipa 2 je mnogostruko veći (95%) od broja obolelih od dijabetesa tipa 1. Dijabetes je u svetu peti, a u Srbiji treći vodeći uzrok umiranja od svih uzroka smrti i peti uzrok opterećenja bolešću. Na godišnjem nivou od tve bolesti u našoj zemlji umre približno 3.300 osoba. Od 2009. godine u Srbiji se sprovodi Program prevencije i rane detekcije tipa 2 dijabetesa¹⁴.

U prvoj polovini 2020, u odnosu na isti period 2019. godine, zabeležen je pad od 30% u broju ukupno pruženih zdravstvenih usluga u dijabetološkoj zdravstvenoj zaštiti, kao i u laboratorijskoj dijagnostici u domovima zdravlja (tabela 7).

U analiziranom periodu evidentiran je pad od 19% u broju usluga ranog otkrivanja i prevencije dijabetesa tipa 2 na primarnom nivou zdravstvene zaštite (tabela 7).

14 Uredba o nacionalnom programu prevencije i rane detekcije tipa 2 dijabetesa, *Sl. glasnik RS 17/2009*.

Tabela 7. Ostvarene posete u domovima zdravlja, prema pruženim izabranim uslugama u dijabetološkoj zdravstvenoj zaštiti u Republici Srbiji, prvih šest meseci 2019. i 2020.

Izabrane usluge u dijabetološkoj zdravstvenoj zaštiti	Godina		Indeks 2020/2019
	2019	2020	
Hemoglobin A1c (glikozilirani hemoglobin, HbA1c) u krvi	96036	64348	0,67
Glukoza u serumu – spektrofotometrija	1194121	823149	0,69
Glukoza u kapilarnoj krvi – POCT metodom	251047	188046	0,75
Glukoza tolerans test (test opterećenja glukozom, GTT-oralni) – glukoza u krvi	33438	20910	0,63
Laboratorijska dijagnostika – ukupno	1574642	1096453	0,70
Skrining/rano otkrivanje dijabetesa tipa 2	67979	47674	0,70
Ciljani pregled trudnice radi ranog otkrivanja gestacijskog dijabetesa	5880	9146	1,56
Ciljani pregled pacijenta sa pozitivnim rezultatom Upitnika procene rizika za dijabetes tip 2	4074	3389	0,83
Ciljani pregled stopala – procena rizika za nastanak komplikacija dijabetesa	15525	14980	0,96
Poseta izabranom lekaru u cilju prevencije dijabetesne retinopatije	7558	6877	0,91
Rano otkrivanje i prevencija dijabetesa tip 2	101016	82066	0,81
UKUPNO – sve izabrane usluge	1675658	1178519	0,70

Izvor: Podaci o pruženim zdravstvenim uslugama na primarnom nivou zdravstvene zaštite, prvih šest meseci 2019–2020, Centar za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite, Institut za javno zdravlje Srbije, 2022.

U posmatranom periodu, u stacionarnim zdravstvenim ustanovama (tabela 8) uočen je pad svih ukupno izabranih zdravstvenih usluga u dijabetologiji i usluga prevencije dijabetesa za 29%. U korekciji antihiperglikemijske terapije trudnica sa gestacijskim dijabetesom na osnovu profila glikemija u 9 tačaka evidentiran je pad za 89% u posmatranom periodu (tabela 8).

Terapija insulinom je jedan od najboljih načina za dobru regulaciju nivoa šećera u krvi obolelih od dijabetesa. U prvoj polovini 2020. godine evidentirano je ukupno 315.005 usluga aplikovanja insulina. U poređenju sa brojem davanja insulina 2019. godine, 2020. je uočen pad od 23% (tabela 8).

Tabela 8. Ostvarene posete u stacionarnim zdravstvenim ustanovama, prema pruženim izabranim uslugama u dijabetološkoj zdravstvenoj zaštiti u Republici Srbiji, prvih šest meseci 2019. i 2020.

Izabrane usluge u oblasti dijabetološke zdravstvene zaštite	Godina		Indeks 2020/2019
	2019	2020	
Korekcija antihiperglikemijske terapije kod trudnica sa gestacijskim dijabetesom na osnovu profila glikemija u 9 tačaka	152	17	0,11
Korekcije antihiperglikemijske terapije – ukupno	152	17	0,11
Intramuskularno davanje farmakološkog sredstva, insulin	997	387	0,39
Intratekalno davanje farmakološkog sredstva, insulin	109	1	0,01
Intravensko davanje farmakološkog sredstva, insulin	55103	52586	0,95

Subkutano davanje farmakološkog sredstva, insulin	353013	262011	0,74
Enteralno davanje farmakološkog sredstva, insulin	50	15	0,30
Neki drugi način davanja farmakološkog sredstva, insulin	224	5	0,02
Aplikacija insulina – ukupno	409496	315005	0,77
Specijalistički pregled prvi	3267246	2513221	0,77
Specijalistički pregled kontrolni	2086451	1147999	0,55
Preventivno savetovanje ili podučavanj	3 316617	231360	0,73
Savetovanje ili podučavanje o ishrani/dnevnom unosu hran	3 141748	125593	0,89
Savetovanje ili podučavanje o propisanim/samoizabranim lekovima	250726	219925	0,88
Savetovanje ili podučavanje o održavanju zdravlja i oporavk	u 494348	412170	0,83
Udružene zdravstvene procedure, edukacija o dijabetesu	18941	9367	0,49
Prevenција dijabetesa	6576077	4659635	0,71
UKUPNO – sve izabrane usluge	6985725	4974657	0,71

Izvor: Podaci o pruženim zdravstvenim uslugama na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, prvih šest meseci 2019–2020, Centar za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite, Institut za javno zdravlje Srbije, 2022.

5. MUSKULOSKELETNI POREMEĆAJI

Mišićno-skeletni poremećaji su velika heterogena grupa bolesti i povreda mišićnog i koštanog sistema, koje izazivaju funkcionalne poteškoće u pokretljivosti, što otežava normalno obavljanje svakodnevnih aktivnosti.

Rezultati poređenja su pokazali da je u prvoj polovini 2020. godine obavljeno ukupno 1.882.749 izabranih zdravstvenih usluga u oblasti dijagnostike i lečenja muskuloskeletnih poremećaja zdravlja, što je u poređenju sa brojem istih usluga u prvih šest meseci 2019. godine činilo pad od 38% (tabela 9). Taj pad je bio izraženiji (tabela 9) u pruženim rendgen-dijagnostičkim uslugama i fizikalnoj terapiji (52%), a nešto manji u zdravstvenim uslugama laboratorijske dijagnostike (71%).

Tabela 9. Ostvarene posete u domovima zdravlja, prema pruženim izabranim uslugama u zdravstvenoj zaštiti muskuloskeletnih poremećaja zdravlja u Republici Srbiji, prvih šest meseci 2019. i 2020.

Izabrane usluge u oblasti zdravstvene zaštite muskulo-skeletnih poremećaja zdravlja	Godina		Indeks 2020/2019
	2019	2020	
C-reaktivni protein (CRP) u serumu – imunoturbidimetrijom	443714	350598	0,79
C-reaktivni protein (CRP) u krvi – POCT metodom	1985	504	0,25
Sedimentacija eritrocita (SE)	1071841	728888	0,68
Laboratorijska dijagnostika – ukupno	1517540	1079990	0,71
Rendgen grafija specijalna snimanja po sistemima u dva ili jednom pravcu	24250	13950	0,58
Složeni rendgen pregledi	3124	3411	1,09

Fizijatrijski pregled – prvi	255406	160608	0,63
Kineziterapija bolesti	1253088	624790	0,50
Dijagnostika i terapija – ukupno	1535868	802759	0,52
UKUPNO – sve usluge	3053408	1882749	0,62

Izvor: Podaci o pruženim zdravstvenim uslugama na primarnom nivou zdravstvene zaštite, prvih šest meseci 2019–2020, Centar za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite, Institut za javno zdravlje Srbije, 2022.

Sadržaj izabranih zdravstvenih usluga koje su analizirane u oblasti zdravstvene zaštite muskuloskeletnih poremećaja zdravlja u stacionarnim zdravstvenim ustanovama prikazana je u tabeli 10. U prvoj polovini 2020. godine ukupno je evidentirano 7.939.110 izabranih usluga u oblasti dijagnostike, lečenja i rehabilitacije ovih poremećaja zdravlja u stacionarima naše zemlje. U poređenju sa ukupnim brojem istih izabranih pruženih usluga u prvoj polovini 2019. godine, u prvih šest meseci 2020. godine uočen je pad od 43% (tabela 10). Pad je bio izraženiji (tabela 10) u pruženim uslugama lečenja i rehabilitacije (49%), a gotovo dvostruko niži u izabranim zdravstvenim uslugama laboratorijske i rendgen-dijagnostike (27%).

Tabela 10. Ostvarene posete u stacionarnim zdravstvenim ustanovama, prema pruženim izabranim uslugama u zdravstvenoj zaštiti muskulo-skeletnih poremećaja zdravlja u Republici Srbiji, prvih šest meseci 2019. i 2020.

Izabrane usluge u oblasti zdravstvene zaštite muskulo-skeletnih poremećaja zdravlja	Godina		Indeks 2020/2019
	2019	2020	
Specijalistički pregled prvi	3267246	2513221	0,77
Specijalistički pregled kontrolni	2086451	1147999	0,55
Vađenje krvi u dijagnostičke svrhe – reumatologija	1480999	1168606	0,79

Elektromiografija (EMG)	6748	4051	0,60
25-OH-vitamin D3 (holekalciferol) u serumu – ECLIA	16334	10637	0,65
Alkalna fosfataza (ALP) u serumu -spektrofotometrijom	445543	349511	0,78
C-reaktivni protein (CRP) u serumu – imunoturbidimetrijom	684030	609366	0,89
Reumatoidni faktor (RF) u serumu – imunoturbidimetrijom	15968	9938	0,62
Mokraćna kiselina u serumu – spektrofotometrija	335918	271817	0,81
Reumatoidni faktor (RF) u sinovijalnoj tečnosti	328	183	0,56
Antitela specifična za miozitis (Myositis profile) IgG klase u serumu – imunobloting	75	51	0,68
Radiografsko snimanje lakta	15181	12749	0,84
Radiografsko snimanje šake	46689	31880	0,68
Radiografsko snimanje lakta i humerusa	715	529	0,74
Radiografsko snimanje femura	9011	6934	0,77
Radiografsko snimanje kolena	58803	39495	0,67
Radiografsko snimanje gležnja	32868	25614	0,78

Radiografsko snimanje stopala	30806	22761	0,74
Radiografsko snimanje femura i kolena	2130	1221	0,57
Radiografsko snimanje noge, gležnja i stopala	16278	3485	0,21
Radiografsko snimanje ramena ili skapule	25971	19913	0,77
Radiografsko snimanje zgloba kuka	21614	13605	0,63
Dijagnostika muskulo-skeletnih oboljenja – ukupno	8599706	6263566	0,73
Terapija hladnoćom – reumatologija	79163	43151	0,55
Elektrostimulacija	181727	96728	0,53
Interferentne struje	523355	278004	0,53
Stabilna galvanizacija	213794	109151	0,51
Dijadinamičke struje	381075	186888	0,49
Subakvalni ultrazvuk	22776	15548	0,68
Elektromagnetno polje	502384	127543	0,25
Vakusak	25431	16738	0,66
Hidro-kinezi terapija	187819	99066	0,53
Aplikacija parafina po segmentu	250531	125850	0,50

Vežbe hoda u razboju	96677	48858	0,51
Aktivne vežbe sa pomagalicama	483759	250802	0,52
Laser po akupunkturnim tačkama	204328	120393	0,59
Elektroforeza leka	284959	148364	0,52
Terapija ramenog zgloba vežbanjem	137889	68522	0,50
Terapija mišića leđa ili vrata vežbanjem	449902	240841	0,54
Terapija mišića ruku vežbanjem	256582	158865	0,62
Terapija mišića ruku, ručnog zgloba ili zglobova prstiju vežbanjem	153809	77694	0,51
Terapija zgloba kuka vežbanjem	111872	57992	0,52
Terapija mišića nogu vežbanjem	291206	177905	0,61
Terapija zgloba kolena vežbanjem	118565	62400	0,53
Terapijski ultrazvuk	322794	164241	0,51
Lečenje i rehabilitacija muskulo-skeletnih poremećaja zdravlja	5280397	2675544	0,51
UKUPNO – sve izabrane usluge	13880103	7939110	0,57

Izvor: Podaci o pruženim zdravstvenim uslugama na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, prvih šest meseci, 2019–2020, Centar za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite, Institut za javno zdravlje Srbije, 2022.

6. NEUROLOŠKE BOLESTI

Neurološke bolesti su velika grupa različitih poremećaja zdravlja na nervnom sistemu. To su najčešće neurovaskularne bolesti (moždani udar i dr.), migrena, tumori na mozgu, epilepsija, multiplaskleroza, Parkinsonova bolest, Alchajmerova bolest, autizam i dr.

Poređenjem ukupno izabranih zdravstvenih usluga u oblasti neuroloških bolesti u domovima zdravlja, uočen je manji obim (za 36%) tih usluga u prvoj polovini 2020. godine (tabela 11).

Tabela 11. Ostvarene posete u domovima zdravlja, prema pruženim izabranim uslugama u zdravstvenoj zaštiti neuroloških bolesti u Republici Srbiji, prvih šest meseci 2019. i 2020.

Izabrane usluge u oblasti pružene zdravstvene zaštite neuroloških bolesti	Godina		Indeks 2020/2019
	2019	2020	
Neurološki pregled – prvi	86737	73857	0,85
Posebni fizijatrijski pregled	725	609	0,84
Transkutana elektro neuro stimulacija (TENS)	196534	108155	0,55
UKUPNO – sve izabrane usluge	283996	182621	0,64

Izvor: Podaci o pruženim zdravstvenim uslugama na primarnom nivou zdravstvene zaštite, prvih šest meseci 2019–2020, Centar za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite, Institut za javno zdravlje Srbije, 2022.

Sličan pad (za 32%) u realizovanim izabranim pruženim zdravstvenim uslugama u oblasti neuroloških bolesti uočen je i u stacionarima Srbije u prvoj polovini 2020. godine (tabela 12).

Tabela 12. Ostvarene posete u stacionarnim zdravstvenim ustanovama, prema pruženim izabranim uslugama u zdravstvenoj zaštiti neuroloških bolesti u Republici Srbiji, prvih šest meseci 2019. i 2020.

Izabrane usluge u oblasti zdravstvene zaštite neuroloških bolesti	Godina		Indeks 2020/2019
	2019	2020	
Specijalistički pregled prvi	3267246	2513221	0,77
Specijalistički pregled kontrolni	2086451	1147999	0,55
Elektroencefalografija (EEG)	29183	15726	0,54
Elektromiografija (EMG)	6745	4051	0,60
Ultrazvučni pregled glave	16880	12007	0,71
Neurološka procena	137222	106714	0,78
Procena nistagmusa	12229	2	0,00
Lumbalna punkcija	3416	2417	0,71
Prošireni skor stepena onesposobljenosti obolelih od multiple skleroze (EDSS)	-	20	-
Uvežbavanje veština u aktivnostima povezanim sa senzornom / senzo-motornom/senzo-neuralnom funkcijom	58233	40890	0,70
UKUPNO – sve izabrane usluge	5617605	3843047	0,68

Izvor: Podaci o pruženim zdravstvenim uslugama na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, prvih šest meseci 2019–2020, Centar za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite, Institut za javno zdravlje Srbije, 2022.

7. RETKE BOLESTI

Retke bolesti su grupa različitih oboljenja čije je osnovno zajedničko obeležje niska prevalencija. Prema definiciji koja je prihvaćena u Evropskoj uniji, retke bolesti su one sa stopom obolevanja od pet na 10.000 osoba (1: 2000). Tačan broj retkih bolesti u svetu nije poznat, procenjuje se da ima oko 7.000 različitih oboljenja, stanja i sindroma koji se definišu prema ovom kriterijumu. Smatra se da u Evropi ima oko 35 miliona osoba obolelih od retkih bolesti, što, uz činjenicu da su obično hronične, sa teškom kliničkom slikom i velikom stopom smrtnosti, ukazuje na njihov javnozdravstveni značaj. Procene su da 30% osoba obolelih od retkih bolesti umire u uzrastu do pet godina života i 12% u uzrastu do 15 godina.

Osim niske prevalencije, retke bolesti imaju i mnoga druga zajednička obeležja, pa se u zdravstvenom smislu mogu posmatrati kao jedinstvena grupa. Zajedničke karakteristike su kasna i komplikovana dijagnostika, neujednačenost i složenost samog lečenja, zdravstvene nege i pružanja zdravstvenih usluga.

Iako je istaknuto da retke bolesti imaju neke zajedničke karakteristike, one su heterogene po etiologiji, vremenu pojave, toku bolesti, lokalizaciji (pojedini organi, organski sistemi ili sindromi koji zahvataju više organa i sistema). Te bolesti su najčešće genetske, urođene, a neke su i stečene (neke maligne bolesti, retke infekcije, alergijske/autoimunske bolesti, trovanja i degenerativni poremećaji).

Klasifikacija i kodiranje retkih bolesti su izuzetno složeni jer je reč o izrazito heterogenoj grupi bolesti, ali i zbog toga što su retke bolesti faktički „nevidljive“ u zdravstvenom statističkom i informacionom sistemu. Primetno je da nedostaju odgovarajuće kodiranje i usaglašena klasifikacija.

Rezultati ove analize pokazali su da su u prvoj polovini 2020. godine obavljene ukupno 434.133 izabrane zdravstvene usluge u oblasti zdravstvene zaštite retkih bolesti u domovima zdravlja, što je u poređenju sa brojem usluga u prvih šest meseci u 2019. činilo pad od 9% (tabela 13). Važno je napomenuti da su izabrane zdravstvene usluge nespecifične za dijagnostiku retkih bolesti na primarnom nivou zdravstvene zaštite, s obzirom na to da se dijagnostika i terapija tih oboljenja obavlja na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite.

Tabela 13. Ostvarene posete u domovima zdravlja, prema pruženim izabranim uslugama u zdravstvenoj zaštiti retkih poremećaja zdravlja u Republici Srbiji, prvih šest meseci 2019. i 2020.

Izabrane usluge u oblasti pružene zdravstvene zaštite retkih bolesti	Godina		Indeks 2020/2019
	2019	2020	
Preventivni pregled novorođenčadi i odojčadi u prvoj godini života	260787	240378	0,92
Preventivni pregled dece od jedne godine do polaska u školu	202248	185405	0,92
Preventivni pregled školske dece i omladine	131525	74806	0,57
Kineziterapija dece sa smetnjama u razvoju	3414	1869	0,55
Defektološki tretman	8915	6481	0,73
UKUPNO – sve izabrane usluge	475364	434133	0,91

Izvor: Podaci o pruženim zdravstvenim uslugama na primarnom nivou zdravstvene zaštite, prvih šest meseci 2019–2020, Centar za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite, Institut za javno zdravlje Srbije, 2022.

Sadržaj izabranih zdravstvenih usluga koje su analizirane u oblasti zdravstvene zaštite retkih bolesti u stacionarnim zdravstvenim ustanovama prikazana je u tabeli 14. U prvoj polovini 2020. godine ukupno je evidentirano 59.113 izabranih usluga u oblasti dijagnostike retkih bolesti. U poređenju sa prvom polovinom 2019. godine, u prvih šest meseci 2020. uočen je pad tih zdravstvenih usluga od 32%.

Tabela 14. Ostvarene posete u stacionarnim zdravstvenim ustanovama, prema pruženim izabranim uslugama u zdravstvenoj zaštiti retkih poremećaja zdravlja u Republici Srbiji, prvih šest meseci 2019. i 2020.

Izabrane usluge u oblasti pružene zdravstvene zaštite retkih bolesti	Godina		Indeks 2020/2019
	2019	2020	
Konzilijarni pregled bolesnika – 5 učesnika	57958	41643	0,72
Genetska procena	2354	2121	0,90
Konsultacije za postavljanje genetičke dijagnoze	3868	2430	0,63
Genetsko savetovanje ili podučavanje	7346	4483	0,61
Detekcija genskih mutacija kod naslednih i drugih bolesti (leukemije, tumori i dr) MLPA metodom	2450	109	0,04
Kortizol u serumu – CMIA odnosno ECLIA	12042	7919	0,66
Kariotip iz kulture ćelija kostne srži	527	408	0,77
UKUPNO – sve izabrane usluge	86545	59113	0,68

Izvor: Podaci o pruženim zdravstvenim uslugama na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, prvih šest meseci 2019–2020, Centar za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite, Institut za javno zdravlje Srbije, 2022.

Zbog svoje hronične i ponekad doživotne prirode, nezarazne bolesti često zahtevaju ponovljene interakcije sa zdravstvenim sistemom u dužem

periodu. To podrazumeva efikasno upravljanje tim bolestima, uključujući nesmetan pristup uslugama dijagnostike, osnovnim lekovima i rehabilitaciji. Smanjena dostupnost potrebne dijagnostike i nege često ima neposredne razarajuće posledice po osobe koje žive sa nezaznim bolestima, ali može da ima i ekonomske posledice po pojedinca, domaćinstva i cele zemlje.

8. ZAKLJUČAK

Tokom pandemije kovida 19, nekovid pacijenti sa hroničnim oboljenjima izloženi su kompleksnim izazovima. Neometani dijagnostički put za pacijente sa hroničnim oboljenjima u pandemiji kovida 19 izuzetno je bitan. Uz brzo širenje te infekcije širom sveta, virus je izazvao velike poremećaje u sposobnosti svih zemalja da efikasno kontrolišu nezazne bolesti, pre svega u dostupnosti i korišćenju zdravstvenih usluga za te poremećaje zdravlja. Poremećaji dostupnosti i korišćenja zdravstvenih usluga posebno su problematični za one sa nezaznim bolestima kojima je potrebna redovna nega. Bez obzira na uzrast, osobe sa određenim hroničnim oboljenjima i zdravstvenim stanjima imaju povećan rizik od težeg oblika infekcije kovida 19. Teži oblik te infekcije znači da će osobi možda biti potrebna hospitalizacija, intenzivna nega ili pomoć respiratora. Među odraslima, rizik od težeg oblika kovida 19 i smrtnog ishoda raste sa uzrastom. Deca sa pojedinim hroničnim nezaznim bolestima i zdravstvenim stanjima (teški genetski i neurološki poremećaji, nasledni metabolički poremećaji, kongenitalna oboljenja, dijabetes, hronična bolest bubrega, hronične opstruktivne bolesti pluća i astma, imunodeficijencije, gojaznost i druge) mogu biti u većem riziku od infektivne bolesti kovid 19.

Primeri iz pojedinih zemalja pokazuju kako su smanjena dostupnost i korišćenje zdravstvenih usluga direktno uticali na ljude. Na primer, za vreme pandemije kovida 19, sistem skrininga raka i identifikacija malignih bolesti u populaciji bez simptoma rezultirali su u značajnom smanjenju dijagnostikovanih malignih tumora (Jones *et al.* 2020). Zbog smanjenja prijema pacijenata sa akutnim koronarnim sindromom u bolnicu često se povećava broj vanbolničkih smrtnih ishoda i dugotrajnih komplikacija nakon infarkta miokarda (Mafham *et al.* 2020).

Poremećaj dostupnosti i korišćenja usluga rehabilitacije za osobe sa hroničnim nezaraznim bolestima u različitim zemljama potencijalno je uticao na njihove funkcionalne ishode te je posledično povećao teret nege (Negrini *et al.* 2020).

U mnogobrojnim studijama (Jones *et al.* 2020; Mafham *et al.* 2020; Negrini *et al.* 2020) istaknut je negativan efekat pandemije kovida 19 na korišćenje usluga za hronične nezarazne bolesti širom sveta. Gotovo tri četvrtine zemalja sveta u svim regionima Svetske zdravstvene organizacije, koje pripadaju različitim grupama zdravstvenih sistema po razvijenosti, prijavile su značajan stepen smanjenja i poremećaja korišćenja zdravstvenih usluga za hronične nezarazne bolesti. To smanjenje je bile posebno izazovno za pacijente sa nezaraznim bolestima kojima je potrebna redovna ili dugotrajna nega.

I pre izbijanja pandemije kovida 19, zdravstveni sistemi na Zapadnom Balkanu suočavali su se sa ozbiljnim izazovima u finansiranju i pružanju usluga. Rashodi za zdravlje po glavi stanovnika znatno su niži od proseka EU. To ovaj region čini osetljivim na oboljenja koja predstavljaju opasnost po javno zdravlje, naročito kada se u obzir uzme veća ranjivost pacijenata sa hroničnim bolestima. Posebni izazovi za zdravstvene sisteme svih država bili su: nabavka zaštitne opreme, obezbeđenje kapaciteta: kardiovaskularnih (manji broj internista, pulmologa, anesteziologa, epidemiologa i dr.), posteljnih (ograničen broj bolesničkih kreveta, povremeni prelazak rada zdravstvenih ustanova u kovid režim rada), terapijskih (protokoli i lekovi) i preventivnih (monoklonska antitela, vakcine itd.), ali i smanjena mogućnost odlaska u zdravstvenu ustanovu i akumulirane odložene zdravstvene usluge i intervencije, nastale kao posledica pandemijskih uslova rada.

Ova analiza je pokazala u kojoj meri su se smanjeno koristile usluge pacijenata sa nezaraznim bolestima u našoj zemlji tokom pandemije izazvane infekcijom kovid 19. Alternativne strategije za obezbeđenje kontinuiteta u dostupnosti usluga za pacijente sa tim poremećajima zdravlja, koje su usvojile mnoge od zemalja, kao što su brze trijaže na nekovid – kovid pacijente i telemedicina, pokazale su se vrlo delotvornim u rešavanju poremećaja korišćenja osnovnih zdravstvenih usluga za osobe sa nezaraznim bolestima. Izrada strategije odgovora na pandemiju predstavlja

imperativ u kontroli te bolesti u Srbiji. Neki od mogućih odgovora te strategije bili bi: prilagođavanje rada javnih zdravstvenih ustanova sa ciljem povećavanja dostupnosti usluga; saradnja sa privatnim zdravstvenim sektorom radi obezbeđenja dodatnih kapaciteta za usluge dijagnostike i lečenja; vakcinacija i korišćenje telemedicine sa ciljem savetovanja, praćenja stanja i prilagođavanja terapija nekovid pacijenata.

Sva društva treba da se pozabave uticajima hroničnih nezarazanih oboljenja u svojim zemljama, da razviju planove za reagovanje na kovid 19 i ojačaju zdravstvene sisteme sa integrisanom brigom o osobama sa nezaraznim bolestima (Jones *et al.* 2020). Prevencija i upravljanje nezaraznim bolestima je polisa osiguranja za poboljšanje zdravlja stanovništva koja može značajno da ublaži uticaj svake buduće krize.

LITERATURA

- Ciotti, M., M. Ciccozzi, A. Terrinoni, W. C. Jiang, C. B. Wang and S. Bernardini. 2020. The COVID-19 pandemic. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences* 57: 6, 365–388. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10408363.2020.1783198>.
- Clark, A., M. Jit and Centre for the Mathematical Modelling of Infectious Diseases COVID-19 working group. Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. *Lancet Glob Health* 8: e1003. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7295519>.
- Czeisler, M. É., K. Marynak, K. E. N. Clarke, Z. Salah, I. Shakya *et al.* 2020. Delay or avoidance of medical care because of COVID-19-related concerns – United States, June. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 69 (36): 1250–1257. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32915166/>.
- Ferlay, J., M. Ervik, F. Lam, M. Colombet, L. Mery, M. Piñeros *et al.* 2020. *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon: International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/today>, accessed February 2021.

- Filsinger, M., M. Freitag. 3/2022. Pandemic threat and authoritarian attitudes in Europe: An empirical analysis of the exposure to COVID-19. *SAGE journals, European Union Politics* 23, March 3. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/14651165221082517>.
- Hacker, K. A., P. A. Briss, L. Richardson, J. Wright, R. Petersen. 2021. COVID-19 and Chronic Disease: The Impact Now and in the Future. *Prev Chronic Dis.* 18: 210086. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8220960>.
- IHME. 2022. Global Burden of Disease. <https://ourworldindata.org/burden-of-disease#the-disease-burden-from-non-communicable-diseases>.
- Institut za javno zdravlje Srbije. 2022. Zdravlje stanovnika Srbije 2001–2020 (u štampi). Beograd. https://www.batut.org.rs/index.php?category_id=9.
- Jones, D., R. D. Neal, S. R. G. Duffy, S. E. Scott, K. L. Whitaker, K. B. Jones. 6/2020. Impact of the COVID-19 pandemic on the symptomatic diagnosis of cancer: the view from primary care. *The Lancet Oncology* 21: 748. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32359404>.
- Mafham, M. M., E. Spata, R. Goldacre, D. Gair *et al.* 2020. COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England. *Lancet* 396, 10248: 381–389. [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)31356-8/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)31356-8/fulltext).
- Miljuš D. 2021. Non-communicable diseases. 422–442. *Health Statistical Yearbook of Republic of Serbia 2020*, eds. V. Jovanovic, I. Ivanovic, M. Krstic, A. Medarevic. Beograd: Institute of Public Health of Serbia. <https://www.batut.org.rs/index.php?content=77>.
- Miljuš D. 2021. Non-communicable diseases. 422–442. *Health Statistical Yearbook of Republic of Serbia 2020*, ed. V. Jovanovic, I. Ivanovic, M. Krstic, A. Medarevic. Beograd: Institute of Public Health of Serbia. <https://www.batut.org.rs/index.php?content=77>.
- Miljuš D., S. Zivković Perišić, Z. Božić. 2022. Malignant tumours in Republic of Serbia – 2020. Beograd: Institute of Public Health of Serbia, Serbian Cancer Registry. <https://www.batut.org.rs/index.php?content=2096>.

- Minhua, P. 2020. *Outbreak of COVID-19: An emerging global pandemic threat*. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 129, September, 110499 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0753332220306922>.
- Negrini, S., K. Grablievec, P. Boldrini, C. Kiekens et al. 3/2020. *Up to 2.2 million people experiencing disability suffer collateral damage each day of COVID-19 lockdown in Europe*. *Eur J Phys Rehabil Med*. 56: 361–365. <https://www.wfot.org/assets/resources/rehab-covid-negrini-EJPRM-30-marzo-2020.pdf>.
- Nicola, M., A. Z. Alsafi, Z. A. Al-Jabir, M. Agha C. Iosifidis et al. 2020. *The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): a review*. *Int J Surg* 78: 185–193. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7162753/#__ffn_sectitle.
- Palmer, K., A. Monaco, M. Kivipelto, G. Onder, S. Maggi, J. P. Michel, R. Prieto, G. Sykara and S. Donde. 2020. *The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing*. *Aging Clinical and Experimental Research* 32: 1189–1194 <https://link.springer.com/article/10.1007/s40520-020-01601-4>.
- Sung H., J. Ferlay, R. L. Siegel, M. Laversanne, I. Soerjomataram, A. Ahmedin Jemal, F. Bray. 3/2021. *Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries*. American Cancer Society. *CA A Cancer Journal for Clinicians* 71, May/June. <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21660>.
- The Lancet. 2020. *COVID-19: a new lens for non-communicable diseases*. September 5–11, 396 (10252): 649. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7470688>.
- World Bank. 2021. *How to End the COVID-19 Pandemic by March 2022*. World Bank Policy Research Working Paper 2021, 47. Pages Posted: 19 Apr 2021. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3826499.
- World Health Organization. 2013. *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020*, World Health Organization. May 27. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>.

WHO. 2020. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334136>.

World Health Organization, Department of Noncommunicable Diseases. 2022a. Noncommunicable diseases, Fact sheets, World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/non-communicable-diseases>.

World Health Organization, Department of Noncommunicable Diseases. 2022b. Toolkit for developing a multisectoral action plan for noncommunicable diseases. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases>.

WHO. 2022c. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Update: 15. 9. 2022. <https://covid19.who.int>.

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Institut za javno zdravlje Srbije. Update: 15. 9. 2022. <https://covid19.rs>.

III PRISTUP ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI I PANDEMIJA IZ UGLA PRAVA NEKOVID PACIJENATA

Hajrija Mujović*

1. UVOD

U analizi nedavne zdravstvene krize, sagledavanje položaja pacijenata, pre svega nekovid pacijenata, generalno zavisi najpre od faktora vremena. Naime, položaj tih pacijenata nije bio isti na početku, tokom i krajem pandemije. To se smatra bitnom odrednicom. Rizik zaražavanja menjao se periodično, a nadalje su se primenjivale mere imunizacije, uvedene su propusnice za kretanje, kodovi i druge slične mere nadzora. Problematiku prava pacijenata, bez obzira na to o kojoj kategoriji pacijenata je reč, treba posmatrati celovito jer svaka odvojena slika, a naročito suprotstavljena slika (na primer da su kovid pacijenti uzrok nesreće ili krivice za nekovid pacijente i obrnuto) ne daje dobar odgovor. Kada je o pristupu reč, važno je sagledati i širi kontekst. Zdravstveni sistem je u vreme pandemije bio u obavezi da izađe u susret potrebama i jednih i drugih pacijenata, a jasno je da položaj obe grupacije ne može biti isti kao pre pandemije od koje svi trpe, neki manje, neki više (Bradaš, Reljanović, Sekulović 2020, 107; NALED 2020, 15; Đurić 2021, 5; Vuković *et al.* 2022). Uvek treba proceniti šta nosi prevagu: koncept javnog (narodnog) zdravlja, to jest javnih interesa, naspram individualnih interesa. Zaštita prava pacijenata za vreme pandemije bila je posvećena pitanjima pristupa, naročito kada je to podrazumevalo ograničenja individual-

* Dr Hajrija Mujović, naučna savetnica Instituta društvenih nauka, potpredsednica Udruženja pravnika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije SUPRAM.

nih prava, pa se predlagalo rešenje koje upućuje na poštovanje principa srazmernosti uvođenja mera. Treba odmeriti koristi i štete takvih mera i držati se ograničenja, a ne ukidanja prava koja su ustavom garantovana (Ustav RS, član 18).

Sva aktuelna pitanja koja je nametnula praksa mogu se razmotriti imajući u vidu skoriju uporednopravnu i medicinsku literaturu sa istom ili sličnom tematikom (Song *et al.* 2020; Hassan and Arawi 2020; Rupasinghe *et al.* 2020). Uočava se da su poteškoće pristupa uslugama zdravstvene zaštite svuda postale problem ne samo zbog veličine krize nego zbog manje ili više neadekvatnih postupanja zdravstvenih službi. Naime, tokom pandemije, fokus brige o pacijentima prvenstveno je pomeren na tretiranje slučajeva kovida 19 i hitnih medicinskih ili hirurških slučajeva, a izbegavane su bilo kakve intervencije koje nisu hitne („hladni programi“). To je u osnovi promenilo praksu pružanja zdravstvene nege. Značajno je smanjen broj ambulantnih poseta, elektivnih i hitnih operacija, uz značajno smanjenje ambulantnih i ortopedskih operacija za vreme pandemije, posebno tokom perioda izolacije (Núñez *et al.* 2021, 1–12; WHO 2020). Kada je reč o nerazvijenim područjima, ograničen je pristup zdravstvenoj zaštiti u udaljenim ruralnim oblastima. Siromaštvo, nedostatak obrazovanja i preovlađujuće komorbitetne bolesti, ž pogoršali su uslove pristupa za pacijente i pružaoce zdravstvenih usluga (Shifat 2020). Kod ozbiljnih i hitnih hirurških intervencija za posebne slučajeve, kao što su transplantacija jetre i bubrega, urgentna neurohirurgija, kardiohirurgija i hirurška onkologija, preduzimaju se dužne mere opreza. One se obavljaju kao mere spasavanja života, bez čekanja da se pandemija koja je u toku povuče jer bi odlaganje lečenja imalo velike posledice, pa i smrtne ishode.

Ako se sa zdravstvene strane sagleda položaj pacijenata koji nemaju kovid 19, tu se ubrajaju uobičajene bolesti, uključujući respiratorne, bolesti želuca, hipertenziju i najučestalije hronične bolesti. Pružaoци usluga su evidentirali razne usluge prevencije, dijagnostike i lečenja, kao i dobro iskorišćen prenatalni skrining i programe imunizacije. Na mnogim sajtovima farmaceuti i prodavci lekova bili su ključni pružaoци lečenja i saveta za lakša oboljenja. Službe za mentalno zdravlje i one koje

se bave rodno zasnovanim nasiljem bile su manje dostupne. Pandemija je izazvala poremećaj u pristupu, i to najviše u vidu smanjenja odlazanja na preglede osim onih hitnih. Usluge su prijavljene na svim nivoima, uključujući i preventivne službe. Trošak zdravstvene zaštite je povećan, dok su prihodi domaćinstva smanjeni. Stanovnici su imali teškoće da dođu do zdravstvenih ustanova. Istraživanja su pokazala da je strah od dijagnoze bolesti kovid 19 obeshrabrio traženje zdravstvene zaštite. Bilo je pokušaja da se nastala situacija ublaži pružanjem zdravstvene zaštite putem telefonske veze, dok su apotekari i oni koji prodaju lekove pojačano radili sa stanovništvom koje prima državnu pomoć ili besplatne lekove, što je nekad bilo nedovoljno. Šanse siromašnijih slojeva stanovništva da dobiju takve usluge, koje nisu kovid, umnogome su se smanjile, naročito za vreme karantina. Da bi se podstakla zdravstvena zaštita, bile su potrebne veća informisanost i jasna komunikacija o tome šta je dostupno i da li postoji kontrola infekcije. Kreatori politike to nisu mogli potpuno da osiguraju.

Posebne studije o problemima pristupa zdravstvenoj zaštiti rađene su u razvijenim sistemima (SAD), i to u vezi sa troškovima usluga koji padaju na teret pojedinca. Osim cena usluga, podaci su pokazali da pacijenti nisu dobili potrebnu medicinsku negu, između ostalog, zbog otkazanih termina, smanjenja mogućnosti prevoza, straha od odlaska u hitnu pomoć ili altruističke želje da ne budu teret za zdravstveni sistem.

Mnoge medicinske specijalnosti usvojile su smernice za privremeno otkazivanje elektivnih operacija. Istovremeno, bilo je moralno zbujujuće da postojeće smernice, što je ranije bilo nezamislivo, ograničavaju medicinsku zaštitu i negu, odlažući potrebne operacije. Osim toga, treba imati u vidu da povlačenje već predviđenog tretmana za pacijente koji nisu oboleli od kovida 19 može da bude dugoročno nepovoljno za zdravstvene sisteme. Zbog toga raste broj pacijenata, a njihova zaštita može ući u beskonačni ciklus nedostatka usluga zdravstvene zaštite. Izazov takođe predstavlja zadatak da bolnice vode evidenciju i kontaktiraju sa odbijenim ili odloženim pacijentima, koji su možda bili lečeni negde drugde.

2. KONCEPT PRISTUPA ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Objašnjenje relevantnih pitanja pristupa uslugama zdravstvene zaštite zavisi od toga na koje se segmente taj pristup odnosi i koliko se daleko ide u pravnoj analizi. Naime, polazi se od šire koncepcije pristupa zdravstvenoj zaštiti, prema kojoj je pristup složen pojam na čije oblikovanje utiču dokumenta međunarodne zdravstvene regulative. Takav pristup podrazumeva (Leveskue *et al.* 2013): 1) odnos koji je promenljiv; proces koji se odvija između onih koji traže zdravstvene usluge (pojedinci, domaćinstva, zajednice) i onih koji ih pružaju i obezbeđuju (zdravstveni radnici, organizacije, politike); 2) finansijsku pristupačnost; 3) geografsku odnosno fizičku dostupnost; 4) prihvatljivost zdravstvenih usluga sa sociokulturne i zakonske tačke gledišta. Planiranjem, finansiranjem i sprovođenjem rada lokalnih službi diferenciraju se takođe makro, mezo i mikro nivoi pristupa (Shifat 2020, 17). Kada se pređe na užu sliku, odnosno na implementaciju nacionalnih propisa, ovde je konkretno reč o Zakonu o pravima pacijenata Republike Srbije, kojim se propisuje pravo pacijenta na dostupnost zdravstvene zaštite (član 6).

Imajući u vidu široko zadati koncept i važeće propise, već u momentu nastupanja pandemije postalo je očigledno da će ona uticati na ostvarivanje prava pacijenata. Mnogim osobama sa zdravstvenim problemima postalo je teško da dođu do zdravstvenih ustanova, naročito u uslovima karantina. Primećeno je da se zbog straha od dijagnoze pacijenti ne javljaju lekaru i odustaju od pristupa zdravstvenoj ustanovi. Neki posebni medicinski programi i zahvati su prekinuti, na kraće ili duže vreme. Neke bolnice su otpustile pacijente. Nedovoljne su bile usluge prevencije, dijagnostike i lečenja, uključujući kasnije i program imunizacije. Farmaceuti koji izdaju lekove u nekim situacijama, pre svega u slučaju lakših simptoma, postali su ključni pružaoci lečenja i saveta. Može se pretpostaviti da je, konsekvntno, pojava samolečenja bila izražena u znatno većoj meri nego ranije.

Pandemija je uticala i na ekonomsku sposobnost pojedinaca da pristupe zdravstvenoj zaštiti. Povećani su izazovi u fizičkom pristupu zdravstvenim ustanovama. Uvođenje strogih mera (*lockdown*) smanjilo je mogućnost ljudi da se kreću, čak i u hitnim slučajevima, zbog obustavljanja javnog saobraćaja ili zabrane kretanja u periodu „zaključavanja“. Pojačana

je nevoljnost stanovnika da traže zdravstvenu zaštitu zbog straha od infekcije i stigme. Strah od infekcije je bio jedan od razloga da se lekaru ne ide zbog lakših tegoba, kao što su prehlada i groznica (Shifat 2020, 17).¹

3. PACIJENTI

3.1. Položaj pacijenata za vreme pandemije – opšti pogled

Različite grupacije pacijenata kao korisnika usluga zdravstvene zaštite mogu se posmatrati na osnovu određene klasifikacije prema osobenosti- ma njihovog zdravstvenog stanja. Pacijenti se najpre mogu podeliti na kovid i nekovid (van-Covid) pacijente, posmatrano u celokupnoj populaciji korisnika na skali različitih zdravstvenih usluga. Tu ulaze oboleli po određenim dijagnozama, ali i zdrave asimptomatske osobe, kao i zdrave osobe u riziku u odnosu na preventivne zdravstvene usluge (na primer, zaštita članova porodice u kojoj je jedan član oboleo od kovida² i sl.). Druga podela bi mogla da bude prema vrsti tegoba, to jest zdravstvenog stanja pacijenata koji nisu oboleli od kovida, pri čemu se oni, prema određenim specifičnostima, mogu podeliti na: teže i lakše pacijente, hronične i sa akutnim stanjem, pacijente uključene u posebne medicinske postupke (na primer, programi VTO, program transplantacije i dr.) itd.

Za sagledavanje uslova pružanja zdravstvenih usluga karakteristični su sledeći elementi koji se odnose na prava pacijenata: uticaj pandemije na položaj pacijenata; zahtevi prema pacijentima (uslovljavanje testom, vakcinalnim statusom i dr.); da li su obezbeđene dodatne usluge, kao što su usluge mentalnog zdravlja ili usluge koje treba da preveniraju pojavu porodičnog i drugog nasilja, koje se povećava u kriznoj situaciji kakva je pandemija; da li postoje novi organizacioni oblici rada u zdravstvenoj praksi, koje je nametnula novonastala situacija (na primer, da li su ra-

1 Iznet je podatak da je zdravstvenu ustanovu dnevno posetilo samo oko 10 do 15 pacijenata. Radi promene nepovoljnog stanja pacijenti su pozvani da koriste svoje telefone na vezama za konsultacije i hitnu pomoć (razgovor sa zdravstvenim radnikom za nezarazne bolesti i za pitanja samolečenja). Samo ako simptomi potraju, onda se zove na prijem u ustanovu primarne zaštite ili najbližu bolnicu.

2 Videti na primer WHO 2020, 12.

zvijeni oblici telekonsultacija i video-konsultacija u vezi sa zdravstvenim stanjem, pružanje informacija, psihološka podrška, savetovališta i sl.).

3.2. Pandemija i položaj nekovid pacijenata u zdravstvu Srbije

Poznato je da se zdravstveni sistem Srbije i pre izbijanja pandemije oboljenja kovid 19 suočavao sa ozbiljnim izazovima u finansiranju i pružanju usluga, te je u vreme pandemije ostvarivanje prava pacijenata na pristup uslugama još više otežano, a nekad i onemogućeno.³ Kao što je naglašeno, pravo na pristup zdravstvenoj zaštiti jedno je od osnovnih prava pacijenata, koje postoji u uporednoj teoriji, zakonodavstvu i praksi. Imajući u vidu pravo pacijenta na pristup uslugama zdravstvene zaštite, Zakon o pravima pacijenata, koji je na snazi u Srbiji, u članu 6 propisuje pravo na dostupnost zdravstvene zaštite.⁴ Naime, predviđa se da svaki pacijent treba da ima pravo na dostupnu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu, u skladu sa svojim zdravstvenim stanjem i u granicama materijalnih mogućnosti sistema zdravstvene zaštite. U postupku ostvarivanja te zaštite, pacijent ima pravo na jednak pristup zdravstvenoj službi, bez diskriminacije u odnosu na finansijske mogućnosti, mesto stanovanja, vrstu oboljenja, vreme pristupa službi ili neku drugu različitost koja može da bude uzrok diskriminacije. Pacijent ima pravo na odgovarajuće zdravstvene usluge radi očuvanja i unapređenja zdravlja, sprečavanja, suzbijanja i ranog otkrivanja bolesti i drugih poremećaja zdravlja. Zdravstvena ustanova ima obavezu da sprovodi preventivne mere, podizanjem svesti ljudi i obezbeđivanjem zdravstvenih usluga u odgovarajućim intervalima, za grupacije stanovništva koje su izložene povećanom riziku obolevanja, u skladu sa zakonom. Smatramo da samo pravo na zdravstvenu zaštitu podrazumeva da ustanove zdravstvene zaštite treba da budu lako dostupne svakome i da pacijenti mogu da koriste usluge kontinuirano. To dalje znači da treba da postoji dovoljan broj lekara u odnosu na broj stanovnika u jednoj oblasti, da do lekarske ordinacije može da stigne svako, čak i ako, na primer, nema sopstveno prevozno sredstvo, i da u svako doba bude obezbeđeno pružanje hitne medicinske pomoći.

3 Više o organizaciji zdravstva i uticaju pandemije videti u Đurić 2020, 5; NALED 2020, 15; Pravni skener 2020, 1–30; Mujović 2022.

4 Više u Mujović Zornić, Sjeničić, Milenković 2016.

Blisko povezana sa pravom pacijenta na pristup zdravstvenoj zaštiti jeste sloboda pacijenta u pogledu izbora ustanove (bolnice, klinike, ordinacije) u kojoj želi da bude lečen i izbora lekara koji će ga lečiti, bez obzira na to kojoj ustanovi teritorijalno pripada po mestu stanovanja (čl. 12 Zakona o pravima pacijenata). Ipak, nekad postoje objektivna ograničenja tog izbora, na primer kad neophodnu medicinsku intervenciju nije moguće izvesti u odabranoj instituciji ili kad odabrana institucija nije u mogućnosti da primi više pacijenata u datom trenutku (liste čekanja). Liste, odnosno redosled zakazivanja i prijema pacijenata treba da se ustanove na osnovu medicinskih kriterijuma koji su nepristrasni i nediskriminatorni, a pacijenti treba da budu obavešteni o načinu na koji su ograničena sredstva raspoređena.

Saglasno Zakonu o pravima pacijenata, pravo pacijent ima pravo na slobodan izbor doktora medicine, zdravstvene ustanove i slobodan izbor predloženih medicinskih mera, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast zdravstvene zaštite i zakonom kojim se uređuje oblast zdravstvenog osiguranja. Osim toga, postoji i pravo pacijenta da od lekara koji nije direktno učestvovao u pružanju zdravstvene usluge zatraži drugo stručno mišljenje o stanju svoga zdravlja, a to pravo se ostvaruje na lični zahtev (čl. 13 Zakona o pravima pacijenata). Zdravstvena ustanova je dužna da na vidnom mestu istakne i redovno ažurira spisak organizacionih jedinica i medicinskih profesionalaca, koji pružaju zdravstvene usluge u toj organizacionoj jedinici. Osim informacija o stanju zdravlja, pacijent ima pravo da zatraži i informacije o zdravstvenim uslugama (na primer, kojoj bolnici da se obrati), o proceduri u konkretnoj bolnici, o imenima i položaju zdravstvenih radnika, lekara i medicinskih sestara koji ga leče, o pravima pacijenata i organizacijama koje ta prava štite.

Posebna odredba Zakona posvećena je pravu na informacije. Tom odredbom je predviđeno da 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 dostupne na osnovu naučnih istraživanja i tehnoloških inovacija. Pacijent ima pravo na informacije o pravima iz zdravstvenog osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava. Ima pravo da informacije dobije pravovremeno i na način koji je u njegovom najboljem interesu. Ima pravo i 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.

Za praksu pristupa i lečenja nekovid pacijenata u Srbiji sprovedeno je istraživanje u fokus grupama u nekoliko gradova (videti detalje u delu V ove studije). Razmatrana su iskustva građana iz te kategorije pacijenata u periodu pre pojave kovida 19, za vreme i nakon ukidanja vanrednog stanja. Pojedina iskustva su skopčana sa subjektivnim svojstvima i snalaženjem, što se ipak ne može prihvatiti kao opšti stav i pre bi se reklo da su iskustva različita i da su uslovljena vremenom, organizacijom i postojećim kapacitetima da se osigura dostupnost zdravstvene zaštite. Pojedinci sa dijabetesom su izloženi povećanom riziku od teškog oblika bolesti kovid 9 i potencijalnih komplikacija iz više razloga. Značajan uticaj je pretrpela i oblast kardioloških usluga. Postojala je potreba da se održi kontinuitet lečenja i nege kod pacijenata sa malignim bolestima, što važi i za retke bolesti, i da se njima efikasno upravlja tokom pandemija ili drugih velikih kriza. Stiče se utisak da su nekovid pacijenti bili „u drugom planu“, što je uzrokovano jačinom i raširenošću pandemije, s jedne strane, i slabostima zdravstvenih službi, s druge strane. Usluge prate faktor iznenađenja, oslanjanje prevencije na pojedince više nego na službe i propusti u organizaciji na različitim nivoima pružanja usluga ili njegovog izostanka.

Iskazi ispitanika svedoče i o nekim značajnim elementima njihovog položaja, kao što su: pozitivna iskustva koja zavise od faktora pristupa; funkcionisanje sistema zakazivanja pregleda i stari/novi nedostaci; čest izostanak i različito shvatanje preventive; traženje usluga privatne prakse (uz povećanu potrebu za psihološkim savetovaništima); povećana potrošnja suplemenata i vitamina; testiranje o sopstvenom trošku; nedovoljan obuhvat vakcinama; kolizija informacija; pomoć udruženja pacijenata svojim članovima kao znak boljeg pristupa i jednog vida organizacije; problem sa primenom propisa i poštovanjem zakona (generalno, onda kada se ograničavaju ili uskraćuju prava pacijenata).

Ti stavovi se mogu uporediti sa nalazima sličnih istraživanja, prema kojima zdravstveni sistem tokom vanrednog stanja nije funkcionisao tako da pruži potrebnu negu svima, a moguće je da je upravo ograničenost pristupa zdravstvenoj zaštiti u nekim slučajevima dovela do smrti najteže pogođenih.⁵ Takve nalaze potvrđuje, na primer, i istraživanje sprovedeno

5 Više u Čalić 2020. Indikativan je primer pacijenta iz Niša koji je bio privremeno primljen u Vojnu bolnicu u Nišu, odakle su ga otpustili posle tri dana jer nije vojni

2020. godine o ranjivim grupama, a posebno osobama koje žive sa HIV-om, kojima je „bio onemogućen ili smanjen pristup zdravstvenoj zaštiti, između ostalog zbog umanjene mogućnosti za testiranje, kao i zbog primene terapije koju koriste osobe koje žive sa HIV-om u postupku lečenja Covid-19 pacijenata“.⁶ Zato se zaključuje da je postojao povećan rizik tih pacijenata za pristup zdravstvenoj zaštiti. Nije bio omogućen redovan pristup lekarima i testiranju, kao ni kontrolnom testiranju koje je potrebno kako bi imali uvid u efikasnost terapije.

U istraživanju organizacionog modela, takođe, došlo se do zaključka da su neefikasni modeli pružanja usluga oni koji prioritet daju bolničkoj zdravstvenoj zaštiti. Taj pristup je skup i nedovoljno usklađen sa profilom stanja kojim dominiraju hronične nezarazne bolesti. Ne samo što to dovodi do kašnjenja i odlaganja usluga koje su stalno na čekanju, već svedoči o tome da se u primarnu zdravstvenu zaštitu, prevenciju i javno zdravlje ne ulaže dovoljno. Usled toga se smatra da je zdravstveni sistem osetljiviji na pandemije, iako u redovnim okolnostima postoje efikasni načini da se obezbedi pravovremena zdravstvena zaštita (Rupasinghe *et al.*, 1–10). U tom kontekstu treba sagledati i činjenicu da ekonomska kriza ima uticaj na sposobnost pacijenta da samostalno finansira troškove zdravstvenih usluga. Po pravilu, to dalje otvara pitanje ravnopravnosti, odnosno jednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama kad je pacijentu takva pomoć neophodna (Rupasinghe *et al.*, 1–10).

U nekim istraživanjima su istaknuti, kao bitni, problem nepoštovanje propisa u ustanovama primarne zdravstvene zaštite i problem u primeni propisa i neusklađenosti informacija na internet prezentacijama zdravstvenih ustanova sa instrukcijama Ministarstva zdravlja (Pravni skener 2020, 27).

osiguranik. Upućen je u Klinički centar Niš, ali tamo nije bilo ni lekara ni opreme da bi se adekvatno lečio, pa je ubrzo umro. Ne možemo da znamo da li bi pacijent preminuo i da je bio hospitalizovan, ali je evidentno da on nije zbrinut u KC Niš jer nije bilo uslova, što je očigledan primer ograničenosti zdravstvene zaštite o kojoj govorimo. Čalić podseća i na medijske izveštaje o studentu iz Kenije koji je takođe preminuo jer kao nekovid pacijent nije dobio adekvatnu negu. <https://www.yucom.org.rs/korona-progutala-i-ne-kovid-pacijente/>.

- 6 Citirano prema fusnoti 131. Saopštenje Svetske zdravstvene organizacije, Pristup tretmanima za HIV ozbiljno ugrožen usled odgovora na COVID-19, u: Bradaš, Reljanović, Sekulović 2020, 71.

4. ZAKLJUČAK

Kratka analiza sa stanovišta prava pacijenata pokazuje da je tokom pandemije kovida 19 znatno smanjen pristup uslugama zdravstvene zaštite. Kao i u drugim državama, pristup zdravstvenoj zaštiti za vreme pandemije u Srbiji postao je daleko složeniji. Institucije zdravstvenog sistema nastojale su da ograniče prenošenje virusa pre svega između pacijenata na bolničkom lečenju. Kao posledica toga, odlagane su rutinske procedure i one koje nisu hitne. Danas postoji ogroman broj zaostalih slučajeva u zdravstvenom sistemu, što čini dalje lečenje pacijenata složenim i otežanim.

Uočen je veliki broj spornih situacija u ostvarivanju prava na pristup zdravstvenoj zaštiti za pacijente koji nisu oboleli od korone, a imali su druge zdravstvene potrebe te im je bila neophodna zdravstvena zaštita. Pri tome se ima u vidu da je nemogućnost pristupa uslugama dovela do narušavanja zdravlja pojedinih kategorija pacijenata, a te posledice se i dalje osećaju. Nekovid pacijenti su imali naročito umanjen pristup uslugama u vreme sprovođenja najstrožijih mera ograničenja kretanja u vreme vanrednog stanja, ne samo organizaciono već i finansijski, jer su morali da traže usluge privatne medicinske prakse i ovlašćenih laboratorija radi ostvarivanja pristupa i uopšte kretanja (pristup javnim događajima, manifestacijama, putovanja i sl.). Siromašnije kategorije stanovništva su, po pravilu, zbog troškova usluga privatne prakse odustajali od zdravstvene zaštite.

Iz nalaza istraživanja zaključuje se da su, i pored nekih pozitivnih i atipičnih primera, u većini slučajeva bile neophodne bolja komunikacija i informisanost nekovid pacijenata o tome koje usluge, koje ustanove i u koje vreme su dostupne i da li i u kojoj meri postoji kontrola rizika od zaražavanja u zdravstvenoj ustanovi ili drugom pružaocu usluge zdravstvene zaštite i nege. Veći doprinos je dalo interesno povezivanje građana pacijenata tamo gde su bili povezani sa udruženjima prema vrstama oboljenja. Bitne odrednice položaja nekovid pacijenata uglavnom su sistemske prirode i vezuju se za opšta mesta statusa pacijenata u kriznim situacijama, na čemu treba kontinuirano raditi.

Aktivnosti na kojima treba istrajati:

- u kontekstu zdravstvenih kriza, usredsrediti se na veću podršku pacijentima i ne uskraćivati im prava, bilo da je reč o kovid ili nekovid pacijentima;
- obezbediti pristup i ravnopravnu zastupljenost svih nivoa zdravstvene zaštite u tretmanu i zbrinjavanju pacijenata;
- posebno zaštititi osetljive kategorije pacijenata;
- obezbediti kontinuitet u lečenju naročito teških stanja, kakva su, na primer, maligne i retke bolesti;
- raditi na većem obuhvatu edukacije svih učesnika u zdravstvu, pružalaca usluga i pacijenata;
- bolje informisati sve učesnike u zdravstvenoj zaštiti.
- obezbediti veća ulaganja u razvoj usluga zdravstvene službe, naročito dijagnostiku i opremu;
- dalje razvijati preventivne službe, i to na ekstenzivniji način, uz bolju komunikaciju sa pacijentima (npr. kada su u pitanju elektronski kartoni, video-posete i telesaveti zdravstvenih službi).

LITERATURA

- Bashar, Hassan, Thalia Arawi. 2020. The Care for Non-COVID-19 Patients: A Matter of Choice or Moral Obligation? *Front. Med.* October. Beirut, Lebanon: American University of Beirut Medical Center. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.564038>.
- Bradaš, Sarita, Mario Reljanović, Ivan Sekulović. 2020. Posledice Kovid-19 na položaj osetljivih grupa i grupa u riziku – uzroci, ishodi i preporuke. Projekat *Surge II*. Beograd: Kancelarija za ljudska prava Ujedinjenih nacija (OHCHR), Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva RS.
- Ćalić, D. Korona progutala i ne-kovid pacijente. YUCOM, 14 jul 2020. <https://www.yucom.org.rs/korona-progutala-i-ne-kovid-pacijente/>
- Đurić, Predrag. 2021. *Na šta mislimo kada kažemo... Novi zdravstveni sistem*. Beograd: Institut za filozofiju i društvenu teoriju, Univerzitet u Beogradu.

- Grupa autora. 2020. Stanje primarne zdravstvene zaštite u Srbiji. 1–30. *Analiza zdravstvenog sistema i zaštita prava pacijenata*. Novembar. Beograd: Pravni skener.
- Levesque, JF., M.F. Harris, G. Russell. 2013 Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*.
- Mujović Zornić, H., M. Sjeničić, M Milenković. Prava pacijenata i zakonodavne promene u Srbiji. *Teme* 1/2016: 35–51.
- Mujović, H. 2/2022. Aktuelna i sporna pitanja medicinskog prava u vreme Covid-19 pandemije. *Svet rada: časopis za pitanja bezbednosti i zaštite zdravlja na radu, medicine rada i zaštite životne sredine* 19: 91–104. ISSN 1451–7841
- Núñez, A, S. D. Sreenganga, A. Ramaprasad. 18/2021. Access to Healthcare during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, ed. M. Wendel and Gaberiel Jones, Jr., 14 March: 1–12. Department of Management Control and Information Systems, School of Economics and Business, Universidad de Chile, Santiago.
- Posledice Kovid-19 na položaj osetljivih grupa i grupa u riziku – uzroci, ishodi i preporuke. 2020. Istraživanje *Surge II*: 107. Beograd: Kancelarija za ljudska prava Ujedinjenih nacija (OHCHR), Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva RS.
- Preporuke za unapređenje zdravstvenog sistema u Srbiji 2020. *Siva knjiga zdravstva*. Beograd: Savez za zdravstvo NALED-a, grupa autora.
- Pristup zdravstvenoj zaštiti za osobe koje nisu neposredno pogođene vanrednom situacijom – Pouke Kovid krize u Srbiji*, istraživanje. 2022. Transkripti prema instrumentima fokus grupa. Beograd: SUPRAM.
- Rupasinghe, Naomi, Federica Secci, Predrag Đukić, Owen Smith, Ian Forde, Mrike Aliu, Jamele Rigolini. 2020. *Uticaj kovida-19 na zdravstvene sisteme na Zapadnom Balkanu*, Zapadni Balkan, Redovni ekonomski izvještaj br. 17: 1–10, proleće. <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/726641590707354436-0080022020/original/RER17HealthnoteSRB.pdf>

- Shifat, S. Ahmed. 8/2020. Impact of the societal response to COVID-19 on access to healthcare for non-COVID-19 health issues in slum communities of Bangladesh, Kenya, Nigeria and Pakistan: results of pre-COVID and COVID-19 lockdown stakeholder engagements. *British Medical Journal Global Health* 5, August: e003042. DOI:10.1136/bmjgh-2020-003042. 1
- Song, Hummy, Ghideon Ezaz, S. R. Greysen, S. D. Halpern, R. Kohn. 2020. Business management – How Hospitals Can Meet the Needs of Non-Covid Patients During the Pandemic – Four strategies for health care providers that are stretched thin. *Coronavirus: Leadership and Recovery, Leadership & Managing People Book. Harvard Business Review*, July 14.
- Vuković Simo, Marina Topalović, Draško Lazović, Dragan Lončar. 2022. Uticaj pandemije kovida 19 na učinak i troškove bolničke zdravstvene zaštite u Srbiji, analiza. Drugi projekat razvoja zdravstva. *Nova ekonomija*. Beograd. <https://novaekonomija.rs/arhiva-izdanja/broj-90-maj-2022/gde-je-nekovid-bolnica>
- WHO. 2020. Home care for patients with suspected or confirmed COVID-19 and management of their contacts: interim guidance. 2019-nCoV/IPC/HomeCare/2020.4, Page 1, line 4, 11 August, 12.

IV PANDEMIJA I PRISTUP ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI – KOMPARATIVNA ISKUSTVA

Marta Sjeničić*

Pandemija kovida 19 je nacionalne zdravstvene sisteme u Evropi stavila pod ogroman pritisak. Oni su bili potpuno nepripremljeni na epidemiju ovih razmera. Kriza je testirala njihovu elastičnost, odnosno kapacitet da apsorbuju, efektivno odgovore i prilagode se strukturalnim promenama dok održavaju redovne aktivnosti (The Organisation of Resilient Health and Social Care following the Covid-19 Pandemic, 2020, 7). Epidemija virusa korona je dalekosežno uticala na pružanje esencijalne zdravstvene zaštite i na upravljanje zdravstvenim sistemima širom sveta. Tokom nje se dosta radilo na racionalizaciji u zdravstvu, što je uticalo na mnoge živote (Lee *et al.* 2020, 673).

1. PANDEMIJA I PRISTUP ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI – KOMPARATIVNA ISKUSTVA

Na nivou zdravstvenih usluga, jedna od najuticajnijih mera bila je klasifikacija usluge kao neophodne ili neesencijalne, u skladu sa smernicama SZO, koje su dozvoljavale da resursi budu preusmereni na odgovor na pandemiju. Međutim, to je izazvalo otkazivanje ili kašnjenje elektivnih ili neesencijalnih procedura, uprkos tome što su mnoge zemlje primenile strategije za ublažavanje uticaja tih poremećaja (na primer, onlajn zdravstvene usluge) (Pujolar *et al.* 2020, 1–2).

U većini slučajeva smanjenje pružanja zdravstvenih usluga bilo je povezano sa povećanjem bezbednosti i smanjenjem rizika od infekcije.

* Dr Marta Sjeničić, naučna savetnica Instituta društvenih nauka, predsednica Udruženja pravnika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije SUPRAM.

Uvedene su blokade, vlade su ograničile kretanje i pristup medicinskim uslugama i medicinskim objektima. Smanjen pristup zdravstvenim uslugama povezan je i sa povećanjem broja slučajeva kovida 19 (Tuczynska *et al.* 2021, 3). Druga značajna mera je socijalno distanciranje sa ciljem da se smanji interakcija među ljudima, uključujući delimična ili potpuna zatvaranja širom zemlje, zatvaranje škola i preduzeća i uputstva da se ostane kod kuće, što je predstavljalo prepreku mobilnosti za pristup zdravstvenoj zaštiti (Teslya *et al.* 2020, 3).

Još jedan indirektan efekat pandemije je ekonomska kriza koja proizlazi iz suštinskog smanjenja privredne aktivnosti, porasta nezaposlenosti i gubitaka prihoda domaćinstva. Sve je to povećalo barijere pristupu zdravstvenoj zaštiti (gubitak zdravstvenog osiguranja, teškoće u plaćanju participacije ili prevozu do usluga), što je naglasilo nejednakosti u pristupu. Ti nalazi su u skladu sa onim iz studija o prethodnim ekonomskim krizama (Porthé *et al.* 2016). I mada treba proceniti koje su grupe stanovništva posebno pogođene u pogledu pristupa nezi i načina na koji odlučujući faktori međusobno deluju, postoje znaci – uključujući rane dokaze i iskustva iz prethodnih kriza – koji ukazuju na to da ranjive grupe stanovništva (populacije sa niskim socioekonomskim statusom, starije osobe, hronični bolesnici ili oni sa teškim stanjima, migranti iz zemalja sa niskim prihodima) trpe veći uticaj (Pujolar *et al.* 2020, 1–2).

Kako je istaknuto u nedavno objavljenoj Mapi puta SZO za zdravlje i blagostanje na Zapadnom Balkanu: „Usled dramatičnog ekonomskog pada, pandemija Covid-19 bacila je reflektor na ogromnu potrebu za većim ulaganjima u zdravstvo širom Zapadnog Balkana. Pandemija je postavila ogroman teret na: zdravstvene sisteme i sisteme javnog zdravlja u podregiji, povećavajući dugogodišnje deficite u pristupu i pokrivenosti; primarnu zdravstvenu zaštitu i osnovne usluge; medicinsko osoblje; zalihe i infrastrukturu; prihvatanje stanovništva i poverenje u službenike javnog zdravlja; socijalnu koheziju i javno zalaganje za borbu protiv bolesti i postizanje zdravstvenih ciljeva. Osim unapređenja tih ključnih oblasti, države Zapadnog Balkana treba da ojačaju mehanizme upravljanja i administracije u zdravstvenim i socijalnim sistemima kako bi povećali otpornost, pripremljenost i prilagodljivost sistema za rešavanje budućih šokova i izazova“ (Roadmap for health and well-being in the Western Balkans, 2021, 6).

Ukratko, kao i u drugim i prethodnim epidemijama, zdravstvene posledice trenutne pandemije nisu ograničene samo na infekciju i smrtnost od kovida 19. One imaju i indirektne negativne efekte na pristup zdravstvenoj zaštiti i na kvalitet lečenja i preventivne nege za druga stanja, kao i na pogoršanje teškoća i barijere povezane sa socioekonomskim faktorima (Pujolar *et al.* 2020, 1–2).

U toku borbe protiv pandemije širom sveta smanjeni su kapaciteti za pružanje preventivnih i kurativnih usluga. U prvoj fazi pandemije evropske zemlje su ili eksplicitno smanjivale broj zdravstvenih pregleda ili se to podrazumevalo. No, posledice takvog postupanja, formalnog ili neformalnog, eksplicitnog ili prećutnog, na početku nisu bile dovoljno izražene. Vremenom su brojke mogle da se uporede – broj poseta, pruženih usluga, usluga pruženih osetljivim društvenim grupama i slično. Tako se, poređenjem perioda pre i tokom izbijanja kovida 19, došlo do zaključka da je opao broj poseta čak i hitnim službama (*Emergency Department*) u različitim zdravstvenim sistemima – što je bitan pokazatelj nedostupnosti zdravstvenih usluga. Pružanje zdravstvenih usluga je odlagano ili potpuno otkazivano i u slučaju bolesti/stanja kao što su, na primer, rak i dijabetes. Pristup zbrinjavanju uključuje mnoge međuzavisne faktore i zainteresovane strane (Gulliford *et al.* 2002).

Posmatrajući zdravstvene sisteme, mogu se uočiti neki uobičajeni izazovi u vezi sa pružanjem nege i organizacijom (The Organisation of Resilient Health and Social Care following the Covid-19 Pandemic, 2020, 12):

- pružaoci primarne zdravstvene zaštite borili su se da obezbede kontinuitet nege i bilo im je teško da brzo pređu na nove metode pružanja usluga (telemedicina, daljinsko praćenje i druga e-zdravstvena rešenja i dr.);
- bolnice su se suočile sa velikim opterećenjem zbog nedovoljnog kapaciteta, nedostupnosti adekvatno obučених zdravstvenih radnika i nedostatka iskustva u upravljanju urgentnim situacijama bez presedana;
- ustanove socijalne zaštite, nespemne da zaštite stanovnike, u naporu da dobiju podršku države, zabeležile su porast broja infekcija i mortaliteta;

- slaba integracija između primarne zdravstvene zaštite, ambulantnih specijalista i bolničke nege, s jedne strane, i socijalne zaštite, s druge strane, uticala je na preopterećenost bolnica u nekim državama članicama, dok su mnogi domovi za stare postali inkubatori za širenje pandemije;
- neke kliničke aktivnosti, kao što su programi transplantacije i rehabilitacije, gotovo su zaustavljene zbog problema sa resursima i logistikom;
- povećan rizik za pacijente sa retkim i složenim bolestima uticao je ne samo na pristup njihovim uobičajenim lekarima ili lekovima već – u slučaju komplikacija povezanih sa kovidom 19 – i pristupu intenzivnoj nezi;
- nespremnost za krizne situacije rezultirala je nedostatkom koordinacije na nacionalnom i nivou EU pa je za rešenje te situacije trebalo vremena (npr. niska dostupnost lične zaštitne opreme, ograničeni laboratorijski kapaciteti i testovi itd.);
- pandemija i mere izolacije stvorile su psihosocijalno opterećenje za stanovništvo, posebno za zdravstvene radnike.

Zbog oskudnih medicinskih resursa na koje su se bolnice svele usled pandemije, pacijentima sa smrtonosnim zaraznim bolestima, poput tuberkuloze, kancerima koji mogu da metastaziraju i brojnim drugim stanjima, uskraćena je medicinska pomoć. Osim toga, hiljade elektivnih operacija je otkazano (Linn *et al.* 2020). Pojedini autori rasvetljavaju etičke izazove koje nameće virus SARS-CoV-2 u vezi sa pacijentima koji nisu oboleli i postavljaju pitanje mogućnosti donošenja detaljnijih propisa i uvođenja specifičnih psiholoških intervencija za tu podgrupu pacijenata. Zbog ogromnog zdravstvenog sistema tokom pandemije, razna američka medicinska i osiguravajuća donela su smernice za privremeno otkazivanje elektivnih operacija (WHO, 2021; Global Health Cluster Covid-19 Task Team, 2020). Neka društva su se čak zahvalila hirurzima koji su prestali da izvode ove operacije (Global Health Cluster Covid-19 Task Team, 2020). Iako se kovid 19 može posmatrati kao prioritet javnog zdravlja, neki autori smatraju da veći fokus na tu bolest, a zanemarivanje drugih bolesti populacije ili umiranja ljudi zbog odlaganja odgovarajućeg skrininga ili preventivnih mera, predstavlja etički izazov jer podriva osnovne bioetičke principe medicine i pojam humane medicine.

Tokom decenija, naučna literatura je bila preplavljena smernicama o pružanju najbolje medicinske nege pacijentima, kao i izvođenju operacija. Smernice usmerene na restriktivnu medicinu i odlaganje operacija etički su zbunjujuće za mlade lekare i medicinske radnike početnike. One osporavaju osnovne etičke principe medicine kao što su univerzalno pravo na zdravstvenu zaštitu, dobročinstvo, nezlonamernost, pravda. S druge strane, posebne smernice za elektivne operacije mogu da obezbede jednakost među pacijentima koji nisu oboleli od kovida 19 samo ako se sve bolnice slože da se pridržavaju tih smernica (što je malo verovatno) (Pujolar 2020, 2). Mnoge bolnice ne poštuju objavljene smernice, što otvara mogućnost nepravednog i različitog postupanja prema dva pacijenta sa istim zdravstvenim stanjem kojima je potrebna ista „elektivna“ operacija, ako su smešteni u dve različite bolnice, pa je pacijent koji je odbijen u nepovoljnijem položaju. Zdravstvena ustanova koja nema valjano moralno opravdanje za takvu vrstu trijaže stavljena je u nepovoljnu situaciju u pogledu njenog ugleda i poverenja u nju. Takođe, neka osiguravajuća društva ne pokrivaju troškove lečenja osim hitnih operacija, što može odložiti elektivne operacije pacijenata koji nisu oboleli od kovida 19. Neki od tih pacijenata su se i sami uzdržavali od traženja medicinske nege u strahu da bi se mogli zaraziti virusom kovid 19.

Pristup pacijenata sa kovidom 19 bolničkim resursima nije trebalo da znači da se potencijalno fatalni slučajevi nekovid pacijenata ne leče. Lečenje je trebalo postići donošenjem detaljnijih propisa kojima se nekovid pacijentima obezbeđuju jednake ili slične mogućnosti. Na duge staze, odlaganje lečenja pacijenata koji nisu oboleli od te zarazne bolesti može biti vrlo štetno za sistem zdravstvene zaštite, sa sve većim brojem nekovid pacijenata. Time se zdravstveni sistem stavlja u beskrajni ciklus nedostatka medicinske nege (Hassan, Arawi 2020, 2).

Čak i zemlje koje su bile najuspešnije u odgovoru na pandemiju pokazale su slabe tačke u sistemu. Iako su svi u opasnosti od infekcija virusom korona, ako dođe do infekcije, posledice po zdravlje veoma variraju. Na primer, u nekoliko zemalja, uključujući Belgiju, Holandiju, Španiju, Švedsku i Ujedinjeno Kraljevstvo, utvrđeno je da su oni koji žive u domovima za zbrinjavanje bili u posebnom riziku (Rajan, 2020). Takođe, u nekim zemljama je analizirano i utvrđeno da je veća verovatnoća da siromašniji ljudi rade na javnim poslovima, kao što su javni prevoz

ili taksiranje, i da su više bili izloženi infekcijama. Takođe, u vrlo malom broju zemalja za koje su podaci dostupni jasno je da su određene manjinske etničke grupe posebno ranjive, ali su razlozi još uvek samo delimično shvaćeni (Platt 2021). Pa ipak, smatra se da strukturalni rasizam¹ (Lander 2021) u tome igra važnu ulogu (The Organisation of Resilient Health and Social Care following the Covid-19 Pandemic, 2020, 10).

Pregled geografske rasprostranjenosti infekcija širom sveta identifikuje klastere zemalja koje su imale dobar učinak i druge koje su imale loš. Najočiglednije je da su dobro prošle zemlje i teritorije u istočnoj Aziji, kao što je Hong Kong, Koreja, Tajvan (Han, Chiou *et al.* 2020) i Vijetnam (Legido-Kuiglei, Asgari *et al.* 2020). Međutim, uprkos ograničenim resursima, i neke zemlje u Africi, kao što su Ruanda i Liberija, uspele su da izbegnu iskustva mnogo bogatijih zemalja. Obe ove grupe zemalja imaju zajedničko nedavno iskustvo u suočavanju sa visokozaraznim epidemijama bolesti (u prvom slučaju SARS ili MERS, a u drugom ebola). Zbog toga su uvele brojne mere efikasnog odgovora na još jednu ozbiljnu pretnju novog infektivnog agensa. Primećeno je da se zemlje mogu podeliti na one koje su svoj odgovor bazirale na SARS-u, sa ciljem eliminacija infekcije, i one koje su svoj odgovor zasnovale na gripu, odnosno na prihvatanju da će se bolest na kraju proširiti kroz stanovništvo i da se relativno malo toga može učiniti. Mnoge od „SARS zemalja“ sprovele su široke promene u svojim zdravstvenim sistemima, uključujući ulaganje u nadzor bolesti i redizajn zdravstvenih ustanova kako bi se smanjila mogućnost ukrštanja infekcija (The Organisation of Resilient Health and Social Care following the Covid-19 Pandemic, 2020, 9).

2. KLJUČNA PITANJA U UPOREDNOJ PRAKSI

2.1. Prijem u zdravstvene ustanove

Tokom pandemije kovida 19, planirano i hitno je smanjen prijem u zdravstvene ustanove. U Nemačkoj i Italiji je primećen smanjen broj prijema u

1 Strukturalni rasizam se definiše kao širi politički i socijalni nedostaci u društvu, kao što su više stope siromaštva crnačkih, pakistanskih i sličnih grupa ili više stope njihove smrtnosti od Covid-19.

odeljenja hitne pomoći među pedijatrijskim pacijentima. U Nemačkoj je smanjena učestalost dnevnih poseta za nezarazne i zarazne bolesti (Tuczynska *et al.* 2021, 3). Lansetova *Komisija za nezarazne bolesti i povrede za siromaštvo* upućuje na nezarazne bolesti i povrede kao na „nedovoljno prepoznate i slabo shvaćene“ faktore morbiditeta i mortaliteta siromašne populacije, pa nezarazne bolesti i povrede predstavljaju više od trećine tereta bolesti najsiromašnijih. U septembru 2020. godine *Međuamerička radna grupa za nezarazne bolesti* obavezala se da će ojačati politike za unapređenje prevencije i kontrole nezaraznih bolesti i njihovih faktora rizika među svim uzrastima i populacijama (Kruse *et al.* 2022, 2). U maju 2020. godine *Panamerička zdravstvena organizacija* sprovela je brzu procenu pružanja usluga za nezarazne bolesti u Americi tokom pandemije kovida 19 i prijavila da su mnoge usluge za nezarazne bolesti poremećene. Tretman dijabetesa i hipertenzije je najčešće prijavljivan kao delimično prekinut, a rehabilitacija, palijativno zbrinjavanje i hitne stomatološke usluge kao potpuno poremećene. Osim odlaganja tretmana, odlagana je i primena skrininga, kao programa javnog zdravlja. Zaključeno je da ta odlaganja mogu da utiču na povećanje morbiditeta i mortaliteta od nezaraznih bolesti, tokom pandemije kovida 19 i u budućnosti (Kruse *et al.* 2022, 2).

Smanjenje je primećeno i u Danskoj, gde su značajno smanjeni prvi prijemi u bolnicu zbog nesreća, onkoloških bolesti, bolesti vezivnih tkiva kod odraslih u odnosu na prepandemijski period. I zatvaranja (*lockdowns*) su rezultirala smanjenjem hitnih psihijatrijskih prijema španskih i švajcarskih pacijenata zbog anksioznih poremećaja, kao najzastupljenije dijagnoze, dok je U Nemačkoj zabeležen najveći pad prijema kod pacijenata sa intelektualnim teškoćama, neurotičnih poremećaja, poremećaja povezanih sa stresom i somatoformnih i afektivnih poremećaja. U Italiji je smanjen broj prijema na kardiološkim odeljenjima. Kada su u pitanju druge usluge, prijem kod stomatologa u Italiji je opao tokom karantina i drugog talasa kovida 19. U Nemačkoj je, tokom zatvaranja, opao broj hitnih neuroloških prijema odraslih, a najviše je opao broj prijema obolelih od tumora na mozgu. U Hong Kongu je primećen smanjen broj hitnih poseta pacijenata s ortopedskim povredama (Tuczynska *et al.* 2021, 3).

2.2. Hospitalizacije, operacije i medicinske konsultacije

Hospitalizacije zbog hronične opstruktivne bolesti pluća (HOBP), astme, primarne dijagnoze pneumonije i gripa sa već postojećom HOBP ili astmom značajno su smanjene u Južnoj Koreji (Huh *et al.* 2021). Studija zasnovana na upitniku među pacijentima sa reumatskim oboljenjima u Poljskoj pokazala je da je većina ispitanika iskusila ograničenja u stacionarnom zbrinjavanju, planiranoj dijagnostičkoj hospitalizaciji i operacijama. U Hong Kongu je primećeno smanjenje broja planiranih ili hitnih operacija i hospitalizacije pacijenata sa ortopedskim povredama. U Izraelu je utvrđeno značajno smanjenje kontakata žena s rakom dojke sa onkologom, porodičnim lekarom i medicinskom sestrom, a primećeno je smanjenje broja termina za sve medicinske specijalnosti onkologije: gastrointestinalna/urogenitalna, u vezi sa dojkom, ginekološka, u vezi sa glavom, vratom, torakalnom zonom (Tuczynska *et al.* 2021, 3).

Smanjenje pružanja i korišćenja zdravstvenih usluga prenatalne nege, brige o majci i detetu zabeleženo je u studiji zasnovanoj na anketi iz Bangladeša. U poređenju sa periodom pre pandemije, manje zdravstvenih ustanova pružalo je prenatalne usluge, antropometrijsko merenje, prepisivanje recepata i savetovanje o suplementaciji gvožđem, folnom kiselinom i kalcijumom. Smanjeno je i pružanje saveta o raznovrsnosti ishrane, unosu hrane, povećanju telesne težine i odmoru. U Južnoj Africi, retrospektivna studija kojom su obuhvaćeni i odrasli i deca pokazala je smanjenje poseta dece, a nije bilo promena u posetama odraslih primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U Meksiku je ustanovljen pad konsultacija povodom dijabetesa, hipertenzije i prenatalne nege za 33,3%. Autori iz Rumunije utvrdili su da je stopa kontinuirane hospitalizacije zbog kardiovaskularnih bolesti smanjena za 46,99%, zbog digestivnih bolesti za 47,37%, respiratornih bolesti za 37,28%, a stopa prijema zbog mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja smanjena za 55% za kontinuiranu hospitalizaciju i 67% za dnevnu hospitalizaciju (Tuczynska *et al.* 2021, 3). Retrospektivna studija u Francuskoj pokazala je smanjenje broja hitnih psihijatrijskih konsultacija tokom prve nedelje nacionalnog zatvaranja zbog kovida 19, posebno u vezi sa anksioznim i psihotičnim poremećajima (Pignon *et al.* 2020). U Ujedinjenom Kraljevstvu je u vreme zatvaranja naglo smanjen

broj upućivanja na usluge povezane s mentalnim zdravljem u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i psihološku terapiju (Chen *et al.* 2020).

Dalje, autori koji su sproveli studiju o američkim pacijentima obolelim od kovida 19 na Floridi otkrili su da je manje slučajeva obolevanja utvrđeno u severozapadnom delu zemlje; međutim, zbog nedovoljnog broja zdravstvenih ustanova i kreveta za intenzivnu negu uočen je nizak nivo pristupa za stanovnike te oblasti. Za razliku od severozapadne Floride, u južnoj Floridi ima dosta zdravstvenih ustanova i kreveta za intenzivnu negu. Međutim, u toj oblasti je bio veliki broj pacijenata sa kovidom 19, pa je zbog toga smanjena opšta stopa pristupa zdravstvenim uslugama (Tuczynska *et al.* 2021, 3–4).

U većini studija opisuje se niži nivo zdravstvenih usluga ili pristupa, budući da su, uz postojeće prepreke pristupu, tokom pandemije kovida nastajale i nove. S druge strane, u velikom broju studija je ograničen vremenski period na koji su bile fokusirane, u smislu obima i metodologije. Uglavnom su bile fokusirane na analizu korišćenja usluga za specifične bolesti ili grupe stanovništva tokom prvih faza pandemije, i to sa akcentom na sekundarni nivo zdravstvene zaštite. Retke su analize o korišćenju zdravstvenih usluga primarnog nivoa zdravstvene zaštite, budući da je ona u mnogim zemljama bila najopterećeniji nivo zaštite zbog obaveza preuzetih u kontekstu vakcinacije, praćenja slučajeva i sličnog (Pujolar *et al.* 2022, 21–22).

2.3. Kovid 19 i mentalno zdravlje

U toku 2020, pa i 2021. godine mnogi ljudi hospitalizovani zbog kovida 19 nisu imali mogućnost da vide svoje članove porodice. Mnogi ljudi nije bilo u mogućnosti da adekvatno isprate svoje preminule srodnike i održe uobičajene pogrebne običaje. Teret socijalnog distanciranja je pogodio celokupnu populaciju na Zemlji. Prema rezultatima istraživanja, kod 65% ispitanika uočeni su simptomi anksioznosti i depresije zbog zatvaranja (Tuczynska *et al.* 2021, 4–5).

I zdravstveni radnici su bili pod velikim fizičkim i psihičkim pritiskom. Mentalno zdravlje se pogoršalo tokom pandemije i osobama koje

su već bile bolesne, a uskraćen im je tretman. Postoji relativno malo podataka o psihološkim intervencijama za nekovid pacijente kojima su odbijene elektivne operacije, pristup bolnici i slično (Hassan, Arawi 2020, 2).

Kao najbolje metode minimiziranja simptoma, autori su spomenuli zdravu i uravnoteženu ishranu, poštovanje rutine, ograničenje čitanja vesti u vezi sa kovidom 19, bavljenje hobijima i provođenje vremena na otvorenom (Fullana *et al.* 2020, 80).

Uprkos ogromnom izazovu koji je pandemija kovida 19 stvorila za društvo, ona je predstavljala važno iskustvo i za pacijente i za lekare. Ujedinjavanje u krizi je unapredilo uzajamnu pomoć i razumevanje između stručnjaka u različitim poljima. Bez obzira na strah za sebe i svoje najmilije, pacijenti i lekari su pokazali snagu u najkritičnijim trenucima (Tuczynska *et al.* 2021, 4–5).

2.4. Upotreba telemedicine tokom pandemije kovida 19

Za vreme pandemije kovida 19 povećan je obim pružanja usluga putem telemedicine. Studija sprovedena u Kanadi pokazala je porast broja pacijenata iz ruralnih oblasti koji su imali najmanje po jednu telemedicinsku „posetu“. Stopa telemedicinskih poseta značajno je porasla u odnosu na raniji period među pacijentima sa raznim hroničnim oboljenjima, sa najvišim stopama zabeleženim među pacijentima u podgrupi mentalnih bolesti, kongestivne srčane insuficijencije, astme, hipertenzije, dijabetesa, angine i hronične opstruktivne bolesti pluća. U Francuskoj je povećan procenat konsultacija u slučajevima psihotičnih poremećaja (Tuczynska *et al.* 2021, 4).

Upotreba telemedicine i inače, a naročito tokom pandemije kovida 19, povezana je, međutim, sa pitanjima zdravstvene infrastrukture. Osim organizacionih i administrativnih teškoća, kao glavni nedostaci telemedicine se ističu raspad „odnosa poverenja“ između pacijenata i medicinskog osoblja, odnosno zdravstvenih radnika i kvalitet zdravstvenih i drugih informacija. Upotreba telemedicine nailazi na izazove u zemljama u razvoju, gde je, uprkos podsticanju na konsultacije i upotrebu virtuelnih platformi da bi se povezali pacijenti, negovatelji i zdravstveni radnici, većina

pacijenata koji nisu ekonomski dobrostojeći imala teškoće ili nije uopšte mogla da koristi te platforme (Tuczynska *et al.* 2021, 5). Na primer, u zemljama Latinske Amerike telemedicine nije bilo (37% ispitanika) ili nije bila dostupna (14%) za veliki broj pacijenata. Nevladine organizacije koje zastupaju pacijente sa autoimunskim bolestima (42%) i kancerima (33%) utvrdile su da je telemedicina postojala u njihovim zemljama, ali nije bila dostupna pacijentima. U Meksiku se izjasnilo 50% nevladinih organizacija koje zastupaju pacijente, a u regionu Anda 45% da pacijenti nisu imali pristup telemedicini. Nevladine organizacije Centralne Amerike (37%) i Kube (37%) tvrde da telemedicina uopšte nije bila dostupna (Kruse *et al.* 2022, 4).

Većina nevladinih organizacija koje zastupaju pacijente (76%) prijavila je izazove u vezi sa primanjem (54%) i obradom (22%) elektronskih recepata. Jedna trećina (33%) udruženja koja zastupaju pacijente sa autoimunskim bolestima prijavila je da elektronski recepti nisu bili dostupni njihovim pacijentima, dok je 43% udruženja obolelih od raka prijavilo je da njihovi pacijenti nisu dobili elektronski recept od svog lekara (Kruse *et al.* 2022, 5).

Telemedicina zahteva finansiranje i odgovarajuća uputstva, posebno za stare i one koji žive u ruralnim sredinama. U Ugandi se, zbog pandemije kovida 19, korišćenje telemedicine proširilo, pacijenti su bili u mogućnosti da se konsultuju sa zdravstvenim radnicima putem mobilnog telefona (telefonske aplikacije). Uprkos činjenici da je telezdravstvo omogućilo da se premosti jaz u kontinuiranom pristupu zdravstvenoj zaštiti tokom pandemije u Ugandi, primećeni su i neki izazovi kao što su geografska ograničenja, sadržaj dostupan samo na engleskom jeziku ili potreba za dodatnim finansiranjem.

U Poljskoj su studije pokazale povećanje telemedicinskih konsultacija. Štaviše, ukupan nivo zadovoljstva telemedicinom ocenjen je kao više nego dobar (Tuczynska *et al.* 2021, 5). Napor indijske vlade da proširi upotrebu telemedicine, zajedno sa inicijativama privatnog sektora, ublažio je velika ograničenja zdravstvene zaštite. Zaključeno je da bi, proširivanje primene telemedicine omogućilo bolnicama medicinskih fakulteta i velikim državnim bolnicama da pružaju telekonsultativne usluge centra primarne zdravstvene zaštite. Telemedicina je našla posebnu primenu kod pacijenata sa psihijatrijskim poremećajima (Tuczynska *et al.* 2021, 5).

3. PREGLED STANJA TRETMANA NEKOVID PACIJENATA U NEKIM EVROPSKIM ZEMLJAMA NA POČETKU PANDEMIJE

U **Austriji** su u martu 2020. medicinske usluge, koje nisu hitne, suspendovane, kako bi se sva dostupna sredstva usmerila na potrebe krize. Bolnice su pozvane da odlože operacije i preglede koji nisu hitni sa ciljem da obezbede kapacitete za pacijente inficirane koronom. Od aprila 2020. situacija se popravila, te je bilo dovoljno kreveta i respiratora. Nakon prvog talasa trebalo je vremena da se operacije opet isplaniraju korak po korak i da bolnice ponovo počnu da primaju neakutne pacijente. Neki kapaciteti su ostali rezervisani za kovid pacijente. Dinamika otvaranja bolnica je, međutim, zavisila od federalnih država (EAHL 2020a, 2; EAHL 2020b, 2).

U **Nemačkoj** su, od polovine marta 2020, u ustanovama i ambulancama suspendovane sve elektivne intervencije za kojima nije bilo hitne potrebe, da bi se obezbedila raspoloživost bolničkih kapaciteta za kriznu situaciju. Ipak, odluke o pojedinim slučajevima donosilo je medicinsko osoblje (EAHL 2020b, 30–33).

U **Danskoj** je Ministarstvo zdravlja naložilo suspendovanje određenih medicinskih usluga kako bi dalo prioritet zbrinjavanju pacijenata inficiranih virusom korona. Ova funkcija je odlukom tog ministarstva prenetu regionima koji su odložili planirana ispitivanja, tretmane i preglede (uključujući čak i preventivne školske preglede), kao i pravo na pregled u roku od mesec dana, na osnovu uputa. Precizna prioritizacija usluga je prepuštena regionima i bolnicama u njima (EAHL 2020b, 19–21).

Od polovine marta u **Belgiji** su u svim bolnicama (opštim, univerzitetskim, psihijatrijskim, rehabilitacionim) onemogućene neurgentne konsultacije i ispitivanja. Obavljane su urgentne konsultacije, ispitivanja, intervencije, neophodni tretmani (hemoterapija, dijaliza i slično) i urgentna rehabilitacija. Od početka maja, režim rada je uglavnom vraćen u normalu, ali su sve bolnice zadržale kapacitet za kovid pacijente ili napravile dogovor sa drugim bolnicama u mreži (EAHL 2020b, 10–14).

U ranoj fazi pandemije, u **Norveškoj** je najveći broj usluga koje nisu bile hitne suspendovan na kratko. Međutim, kada je pandemija donekle stavljena pod kontrolu, bolnice su povećavale svoju aktivnost i u oblasti zdravstvene zaštite koja nije hitna (EAHL 2020a, 31–32).

Veći deo zdravstvenih usluga koje nisu bile esencijalne u Češkoj su reprogramirane. Naredbom Ministarstva zdravlja kapaciteti su usmereni na ustanove koje pružaju hitnu zdravstvenu zaštitu. Ustanove koje nisu bile u obavezi da reprogramiraju usluge su, zbog higijenskih preporuka i konkretnih odluka uprava ustanova, izmenile režim pružanja usluga. Nedostatak zaštitnih sredstava za zdravstvene radnike primorao je mnoge pružaoce i na primarnom nivou da privremeno suspenduju svoje aktivnosti (EAHL 2020a, 6–19; EAHL 2020b, 15–19).

U **Slovačkoj** je najveći broj neesencijalnih usluga smanjen. Međutim, nastojalo se da se izbegne prekid pružanja neophodne zdravstvene zaštite osetljivim kategorijama pacijenata (EAHL 2020a, 37–39).

Ministar zdravlja **Poljske** je definisao obim aktivnosti koje obavljaju bolnice za izolaciju, koje su bile fokusirane samo na obezbeđivanje usluga kovid pacijentima (21). Njih je podržalo više od 70 odeljenja za infektivne bolesti u zemlji. Tim ustanovama je obezbeđeno oko 10.000 kreveta i 1.400 respiratora. Međutim, u toku tog prvog talasa bilo je zauzeto oko 40% kreveta namenjenih kovid pacijentima. Nije bilo problema ni sa opterećenošću respiratora. Krajem maja 2020. bilo je zauzeto oko 20% kreveta i 10% respiratora. Problem je, međutim, bio manjak medicinskog osoblja, koje je bilo inficirano virusom korona već na početku epidemije (17% od svih zabeleženih slučajeva), što je moglo biti rezultat nedostatka lične zaštitne opreme na početku epidemije. Direktni kontakt sa lekarima i ustanovama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i specijalističkim službama bio je zamenjen onlajn konsultacijama. Lični pregled kod lekara je bio moguć samo ako je to apsolutno neophodno. Više nisu pružane medicinska rehabilitacija, stomatološka zaštita i još neke usluge u formi mobilnih laboratorija. Obavezna vakcinacija je takođe privremeno suspendovana. U bolnicama su zakazani prijemi i medicinske procedure odložene ili otkazane. Veliki broj zdravstvenih centara nije sproveo dijagnostičke tehnike (CT, MRI i PET-CT). Pacijenti su primani samo u hitnim slučajevima koji su zahtevali momentalnu hospitalizaciju. Od kraja maja, restrikcije su počele da se ukidaju (EAHL 2020b, 61–63).

Zanimljivo je da je u **Estoniji** u aprilu 2020. primenjeno svega nekoliko ograničenja koja su se ticala zdravstvene zaštite: porođajima nisu više mogli da prisustvuju partneri; posete su zabranjene; nisu uspostav-

ljena nova pravila trijaže u bolnicama, nego je prioritet davan onima koji rade u zdravstvenom sektoru i slično (EAHL 2020a, 10–11; EAHL 2020b, 22–24).

Luksemburg je napravio reorganizaciju sistema zdravstvene zaštite sa ciljem da smanji širenje virusa i da oslobodi resurse za suočavanje sa kovidom 19. U tom smislu je preduzeto sledeće: fizički pristup lekaru opšte prakse i drugim ambulantnim uslugama omogućen je samo uz prethodno zakazivanje i ograničen na praćenje hroničnih bolesti i tretman hitnih ili ozbiljnih stanja; prednost je data telefonskim ili telekonsultacijama; dentalne usluge su omogućene samo za hitne slučajeve; bolnice su primale samo hitne i akutne slučajeve, a planirane aktivnosti su uglavnom bile odložene. Odeljenja za hitan prijem su ostala na raspolaganju pacijentima sa ozbiljnim zdravstvenim stanjima; kako bi se omogućio kontinuitet zdravstvene zaštite, razvijene su nove usluge: 1) centri za napredno zbrinjavanje (*Centres de soins avancés*) po regionima. Četiri takva centra su na raspolaganju pacijentima besplatno. Imaju poseban prijem pacijenata sa simptomima kovida 19 i pacijenata sa drugim zdravstvenim problemima, 2) hitne stomatološke usluge su obezbeđene kroz regionalno organizovane službe – na poziv, i 3) razvijena je Nacionalna platforma za telekonsultacije. Pacijenti mogu da biraju između pružalaca usluga koji su dostupni onlajn (EAHL 2020a, 25–27; EAHL 2020b, 52–56).

U primeni hitnog odgovora na zdravstvene potrebe u **francuskim** bolnicama (*White Plan*), intervencije koje nisu hitne reprogramirane su od 6. marta 2020. sa ciljem da se oslobode bolnički kreveti. Na zahtev Ministarstva zdravlja, sve javne i privatne zdravstvene ustanove su morale da otkazu ili odlože neesencijalne hospitalizacije. Reprogramiranje je obavljano na nivou ustanova uz procenu koristi i gubitaka i uz obavezu da pacijentima obezbede informaciju. Agencija za biomedicinu je suspendovala medicinski potpomognuto oplođenje i transplantacije. Od polovine maja 2020, zdravstvenim ustanovama je naloženo da se ponovo reorganizuju i zakažu odložene hospitalizacije, opet uz individualnu procenu koristi i gubitaka i uz informisanje pacijenata (EAHL 2020b, 25–30).

U javnim bolnicama u **Grčkoj**, na zahtev Ministarstva zdravlja, planirane intervencije su odlagane, sem hitnih intervencija. Ministarstvo zdravlja je organizovalo prebacivanje pacijenata iz javnih bolnica u privat-

ne klinike. U javnim bolnicama su ostali samo pacijenti koji su morali da bugu tamo hospitalizovani (EAHL 2020b, 34–39).

Od marta, to jest od proglašenja vanrednog stanja u Španiji, konsultacije u primarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti su odložene, kao i neurgentni pregledi. Odloženi su i hirurški zahvati. Dinamika odlaganja je usklađivana sa epidemiološkom situacijom svakog regiona. Organizacija je bila takva da je gotovo svaka bolnica bila podeljena na deo koji prima kovid pacijente i deo koji prima pacijente kojima je potrebno redovno zbrinjavanje. U periodu opadanja krive nakon prvog talasa, zdravstvena zaštita je funkcionisala normalno, uz održavanje profilaktičkih i higijenskih mera (EAHL 2020a, 2; EAHL 2020b, 73–76).

Federalna sanitarna epidemiološka služba **Ruske Federacije** je svojim odlukama bitno uticala na rad javnih i privatnih pružalaca medicinskih usluga. Tretirana su samo akutna stanja koja bi mogla da naštetite zdravlju ili životu (EAHL 2020a, 32–34).

Rezolucijom Kabineta ministara **Ukrajine** polovinom marta 2020. odlučeno je da se zabranjuju hospitalizacije, uz sledeće izuzetke: planirane hospitalizacije u regionima gde je broj kreveta namenjen hospitalizaciji kovid pacijenata manji od 50%; zdravstvena zaštita trudnicama, novorođenčadi i porodiljama; obezbeđivanje zdravstvene zaštite pacijentima koji boluju od raka; pružanje palijativnog zbrinjavanja u ustanovama; sprovođenje hitnih mera hospitalizacije, ako bi njihovo odlaganje izazvalo značajan rizik po život ili zdravlje (EAHL 2020a, 46–48; EAHL 2020b, 79–83).

4. ZAKLJUČNE NAPOMENE

Tokom pandemije, zdravstveni sistemi u državama članicama odgovorili su na različite načine na brzi rast potražnje za zbrinjavanjem. Na tu dinamiku su uticali dizajn zdravstvenog sistema, strategije suočavanja i upravljačke odluke. Čak i dobro organizovani, tehnološki napredni zdravstveni sistemi sa visokim nivoom pristupačnosti zdravstvenim uslugama imali su poteškoća u suočavanju sa pandemijom. I tamo gde se čini da su se zdravstveni sistemi na kraju „snašli“, to je retko zbog adekvatnog kapaciteta da apsorbuje porast potražnje za zdravstvenom zaštitom. Mere su se

svodile na (a) mere zatvaranja, koje su imale teške posledice po privredu, socijalne odnose, psihičko stanje građana, (b) odlaganje drugih zdravstvenih usluga radi smeštaja kovid pacijenata, uključujući elektivne procedure, skrining, dijagnostičke testove i organizaciju fleksibilne zdravstvene i socijalne zaštite nakon pandemije, posebno u vezi sa lečenjem raka i (c) često nadljudske napore zdravstvenih radnika (Wahlster, Sharma *et al.* 2020).

Jasno je iz različitih primera da je za ublažavanje posledica pandemije kovida 19 potrebno, što je pre moguće, pacijentima koji nisu oboleli od te bolesti, a kojima je uskraćeno pravo na zbrinjavanje tokom pandemije, obezbediti redovno praćenje, skrining testove, preventivne mere i kvalitetnu negu. To za sve sisteme može biti izazovan zadatak jer zahteva da bolnice vode evidencije i kontaktiraju „odbijene“ ili „odložene pacijente“ koji su se eventualno podvrgli tretmanu/proceduri na drugom mestu. Prema građanima takođe treba da budu usmerene psihološke intervencije i to prema kovid pacijentima, onima koji su izgubili svoje najmilije i nekovid pacijentima čije je lečenje odloženo.

Iako smernice donete u poslednje dve godine daju prioritet osobama sa kovidom 19, i ostali pacijenti su još uvek pacijenti, a zdravstveni radnici imaju dužnost prema svima (Hassan, Arawi 2020, 11–12). Svi pacijenti imaju jednako pravo na dijagnozu i lečenje.

LITERATURA

Chen S., P. B. Jones, B. R. Underwood, A. Moore, E. T. Bullmore, S. Bannerjee *et al.* 2020. The early impact of COVID-19 on mental health and community physical health services and their patients' mortality in Cambridgeshire and Peterborough. *UK. Journal of Psychiatric Research*. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.09.020.

EAHL Newsletter. 2020a. Special issue on legal landscape concerning the coronavirus outbreak, April. <https://eahl.eu/sites/default/files/NEWSLETTER.pdf>.

EAHL Newsletter. 2020b. Special issue on legal landscape concerning the coronavirus outbreak – part II, June. ISSN: 2708–2784. https://lucris.lub.lu.se/ws/portalfiles/portal/83490537/Newsletter_06.20.pdf.

- Fullana M. A., D. Hidalgo-Mazzei, E. Vieta, J. Radua. 2020. Coping behaviors associated with decreased anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Journal of Affective Disorders* 275: 80–81. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.027.
- Global Health Cluster COVID-19 Task Team. 2020. Essential Health Services: A guidance Note. How to Prioritize and Plan Essential Health Services during COVID-19 Response in Humanitarian Settings.
- Gulliford, M., J. Figueroa-Munoz, M. Morgan, D. Hughes, B. Gibson, R. Beech, M. Hudson. 2002. What does „access to health care“ mean? *The Journal of Health Services Research and Policy* 7: 186–188.
- Han, E., S. Chiou, M. McKee, H. Legido-Quigley. 2020. The resilience of Taiwan’s health system to address the COVID-19 pandemic. *EClinicalMedicine* 24, doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100437.
- Hassan, B., T. Arawi. 2020. The Care for Non-COVID-19 Patients: A Matter of Choice or Moral Obligation? *Frontiers in Medicine* 7.
- Huh K., Y. E. Kim, W. Ji, D. W. Kim, E. J. Lee, J. H. Kim *et al.* 2021. Decrease in hospital admissions for respiratory diseases during the COVID-19 pandemic: a nationwide claims study. *Thorax*. 2021:thoraxjnl-2020–216526. doi: 10.1136/thoraxjnl-2020–216526.
- Kruse, H. M., A. Durstine, P.D. Evans. 2022. Effect of COVID-19 on patient access to health services for noncommunicable diseases in Latin America: a perspective from patient advocacy organizations. *International Journal for Equity in Health* 21: 45. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01648-x>.
- Lander, V. (2021). Structural racism: What it is and how it works. <https://theconversation.com/structural-racism-what-it-is-and-how-it-works-158822>.
- Lee, K. D., S. B. Lee, J. K. Lim, Y. M. Kang, I. B. Kim, H. J. Moon, W.J. Lee. 2020. Providing essential clinical care for non-COVID-19 patients in a Seoul metropolitan acute care hospital amidst ongoing treatment of COVID-19 patients. *Journal of Hospital Infection* 106: 673–677.

- Legido-Quigley, H., N. Asgari, Y. Y. Teo, G. M. Leung, H. Oshitani, K. Fukuda, A. R. Cook, L. Y. Hsu, K. Shibuya, D. Heymann. 2020. Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic? *Lancet* 395(10227): 848–850. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7124523/>.
- Linn, L., S. Oliel, A. Baldwin. 2020. La COVID-19 afectó el Funcionamiento de los Servicios de Salud para Enfermedades no Transmisibles en las Américas—OPS/OMS|Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>.
- Platt, L. 2021. COVID-19 and Ethnic Inequalities in England. *LSE Public Policy Review*. <https://ppr.lse.ac.uk/articles/10.31389/lseppr.33/>.
- Pignon B., R. Gourevitch, S. Tebeka, C. Dubertret, H. Cardot, V. Dauriac-LeMasson *et al.* 2020. Dramatic reduction of psychiatric emergency consultations during lockdown linked to COVID-19 in Paris and suburbs. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 74: 557–559. doi: 10.1111/pcn.13104.
- Porthé, V., I. Vargas, B. Sanz-Barbero, I. Plaza-España, L. Bosch, M. L. Vázquez. 2016. Changes in access to health care for immigrants in Catalonia during the economic crisis: Opinions of health professionals and immigrant users. *Health Policy* 120: 1293–1303. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851016302354?via%3Dihub>.
- Pujolar, G., A. Oliver-Anglès, I. Vargas, M. L. Vázquez. 2022. Changes in Access to Health Services during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, 1749. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031749>, <https://www.mdpi.com/journal/ijerph>.
- Rajan, S., A. Comas-Herrera, M. Mckee. 2020. Did the UK Government Really Throw a Protective Ring Around Care Homes in the COVID-19 Pandemic? *Journal of Long-Term Care*: 185–195. DOI: <https://doi.org/10.31389/jltc.53>.

Teslya, A., T. M. Pham, N. G. Godijk, M. E. Kretzschmar, M. C. J. J. Bootsma, G. Rozhnova. 2020. Impact of self-imposed prevention measures and short-term government-imposed social distancing on mitigating and delaying a COVID-19 epidemic, A modelling study. *PLoS Med* 17. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003166>.

The Organisation of Resilient Health and Social Care following the Covid-19 Pandemic. 2020. Opinion of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). European Union. ISBN 978-92-76-26123-0 doi:10.2875/158132 EW-06-20-027-EN-C, PDF, ISBN 978-92-76-26122-3 doi:10.2875/005848 EW-06-20-027-EN-N

Tuczynska, M., M. Matthews-Kozanecka, E. Baum. 2021. Accessibility to Non-COVID Health Services in the World During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health* 9.

WHO. 2021. Second Round of the National Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic: January–March 2021.

WHO Regional Office for Europe. 2021. Roadmap for health and well-being in the Western Balkans (2021–2025): European Programme of Work (2020–2025) – „United Action for Better Health“.

V DOSTUPNOST ZDRAVSTVENE ZAŠTITE TOKOM PANDEMIJE VIRUSA KORONA: SLUČAJ PACIJENATA OBOLELIH OD HRONIČNIH NEZARAZNIH BOLESTI

Isidora Jarić* i Miloš Milenković**

1. UVOD

Pandemija virusa korona je mnoge zdravstvene sisteme širom sveta učinila disfunkcionalnim. Brojni izvori (i medijski i naučni) svedoče o opštem utisku, koji je potvrđen i nalazima različitih istraživanja, da je širok „karantinski pristup“, primenjen iz predostrožnosti, izazvao visoke stope smrtnosti, duboku patnju, ogromnu materijalnu štetu i brojne institucionalne posledice, čije će saniranje trajati godinama. Najveći problem je bio izostanak zdravstvene zaštite i nege za većinu nekovid pacijenata tokom proglašene pandemije, posebno u periodima opštedruštvenog, vanbolničkog karantina. Jednom od posledica takve politike bavi se i ovaj deo studije, sa ciljem da se artikuliše i sistematizuje percepcija dostupnosti

* Prof. dr Isidora Jarić, vanredna profesorka Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu.

** Prof. dr Miloš Milenković, redovni profesor Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu.

zdravstvene zaštite članova jedne ranjive grupe u opštoj populaciji – obolelih od hroničnih nezaraznih bolesti. Smisao bavljenja tom temom ne iscrpljuje se samo u konceptualizaciji i klasifikaciji posledica, već i u pokušaju artikulacije novih pristupa rukovođenja pandemijskim okolnostima zasnovanih na promišljanju i prevazilaženju grešaka koje su počinjene u prethodnom periodu.

Da to nije ekskluzivno problem koji opterećuje društvo Srbije, svedoče i brojne studije u svetu koje se bave sličnim problemima. „Da li je preopterećenost zdravstvenih sistema neizbežna posledica kovida?“ pitaju se kolege u nedavno objavljenoj komparativnoj analizi (Tancharoensathien *et al.* 2021). U drugoj studiji, čiji su autori na samom početku pandemije pokušali da protumače empirijske podatke prikupljene u različitim nacionalnim kontekstima (Barach *et al.* 2020) anticipira se pogoršanje toka i ishoda bolesti nekovid pacijenata. Autori studije iznose uvide, potkrepljene podacima, koji bi mogli da nam pomognu da razumemo događaje i u našoj sredini.

Deceniju i po pre izbijanja pandemije virusa korona objavljena su jasna upozorenja da dominantni modeli zdravstvene zaštite nisu u stanju da izdrže pritisak kakav bi stvorila pandemija, koja bi izazvala povećano razboljevanje, porast smrtnih ishoda koji bi se određenim intervencijama možda mogli izbeći i psihosocijalne posledice poput straha i nestanka poverenja u sam zdravstveni sistem (Reynolds, 2006). Ulaskom virusa korona u naše živote, ta neprijatna predviđanja su se, nažalost, obistinila. Širom sveta izveštavalo se, dokumentovano i na osnovu istraživanja, ne samo o odbijanju vakcina protiv virusa korona već i o naglom padu stope vakcinisanosti i protiv drugih bolesti, izbegavanju poseta lekaru ili nepristupačnosti primarne zdravstvene zaštite te povećanju broja pacijenata s infarktima miokarda, moždanim udarima i drugim akutnim stanjima izazvanim strahom, nepoverenjem ili nepristupačnošću medicinskih usluga (Schirmer *et al.* 2020). Usledilo je i usporavanje, pa prekid lanaca snabdevanja, izazvano otkazivanjem letova, zatvaranjem granica ili raskidanjem prethodno sklopljenih ugovora, što je izazvalo nestašice lekova i vakcina, medicinskih sredstava i sredstava za negu, a posebno opreme za zaštitu medicinskih radnika u kovid bolnicama (WHO 2020).

Već smo pisali o višegodišnjem ignorisanju i nipodaštavanju društveno-humanističkih nauka od drugih naučnih polja kao simptomu pro-

dora populističkog diskursa u akademsko polje (Milenković 2021). Ovde se, po uzoru na istraživanje populističkih posledica kovida po obrazovni sistem (Jarić 2021), okrećemo razumevanju razloga umnožavanja loših posledica po određene socijalno ranjive grupe; razloga koji potiču iz organizacije samog zdravstvenog sistema i njegovog selektivnog slepila za određene specifičnosti konkretnih manjinskih društvenih aktera čije potrebe ne vibriraju na emocionalnoj valenci stabilne većine. Nažalost, kako konstatuje Kelman: „Pandemija kovida 19 je potvrdila ključne zaključke antropologije katastrofa iz proteklih decenija. Prvo, prirodne katastrofe retko postoje, jer su katastrofe društvene, one proizlaze iz kombinacije opasnosti i ranjivosti, uz ranjivost kao uzročni faktor. Drugo, da se katastrofa dešava na više nivoa istovremeno, a da odgovori na opasnost ogoljavaju probleme vulnerabilnosti koliko i prvobitna opasnost... Ništa od tih saznanja nije novo. To je sve bilo dostupno mnogo pre nego što se virus pojavio krajem 2019. godine, a opet smo svedoci neuspeha da iskoristimo ono što znamo da sprečimo katastrofe“ (Kelman 2020, 296–297).

I zaista, poslednje dve i po godine pokazale su brojne manjkavosti postojećih zdravstvenih sistema, u čemu se Srbija ne razlikuje od drugih zemalja. Ipak, one zemlje koje, u godinama ispred nas, budu uspele da artikulišu nove, za svoje građane funkcionalnije odgovore na izazove slične pandemiji kovida 19, imaju šansu da iskorače iz sistemskog paradoksa o kome Kelman govori.

U fokusu ovog dela istraživanja bila su iskustva pacijenata, obolelih od različitih hroničnih nezaraznih bolesti, koji, prema nekim procenama, čine gotovo polovinu populacije Srbije¹, u dostupnosti zdravstvene zaštite tokom pandemije virusa korana na teritoriji Republike Srbije bez Kosova.

Empirijski podaci na osnovu kojih je izvedena analiza koja sledi prikupljeni su prikupljeni tokom fokusgrupnih intervju sa predstavnicima i članovima udruženja pacijenata koja okupljaju obolele od hroničnih nezaraznih bolesti koje najviše opterećuju populaciju Srbije.

1 „Približno svaka druga osoba u Srbiji je imala neko hronično oboljenje, skoro svaki treći stanovnik povišen krvni pritisak, svaki šesti hronični problem sa leđima, svaki deveti povišene masnoće u krvi, svaki osmi hronični problem sa vratnom kičmom, svaki jedanaesti koronarnu bolest srca ili anginu pektoris i svaki četrnaesti degenerativno oboljenje zglobova“ (RZS 2021, 43).

2. METOD I UZORAK

2.1. Uzorak istraživanja

Da bismo obezbedili reprezentativnost, uzorak smo stratifikovali u odnosu na: (a) *tip* hronične nezarazne bolesti, (b) *učestalost pojavljivanja* određenog tipa hroničnih nezaraznih bolesti u opštoj populaciji i (c) *vidljivost* u javnom prostoru. Ukrštanjem tih kriterijuma formirali smo uzorak usmeren na pet različitih tipova hroničnih nezaraznih bolesti koje najviše opterećuju stanovništvo Srbije. Prema aktuelnim podacima, to su: kardiovaskularna oboljenja, maligni tumori, dijabetes, muskuloskeletne (reumatološke) bolesti i neurološka oboljenja. Tom spisku smo pridružili i retke bolesti, za koje se procenjuje ukupna prevalencija od 6–8% u opštoj populaciji Srbije. Zbog nedavnog usvajanja *Zakona o prevenciji i dijagnostici genetičkih bolesti, genetički uslovljenih anomalija i retkih bolesti* (kolokvijalno nazvan *Zojin zakon*) 2015. godine te bolesti se nalaze pod budnim monitoringom javnosti. Pošli smo da pretpostavke da ćemo takvim pristupom uspeti da pokrijemo široku lepezu problema povezanih sa dostupnošću zdravstvene zaštite tokom pandemije virusa korona, sa kojima su se suočili ili se i dalje suočavaju pacijenti oboleli od hroničnih nezaraznih bolesti koji čine značajan deo populacije u Srbiji.

U odabiru konkretnih ispitanika oslonili smo se na profesionalnu ekspertizu, iskustvo i insajdersku poziciju koordinatora različitih udruženja pacijenata, koji su nam nesebično pomogli da stupimo u kontakt sa članovima udruženja na terenu i uopšte da uspemo da izvedemo ovo u organizacionom smislu složeno istraživanje. Koordinate smo zamolili da kontaktiraju sa članovima svojih udruženja vodeći računa da što ravnomernije pokrijemo teritoriju Republike Srbije bez Kosova, tako da među odabranim ispitanicima budu zastupljeni članovi njihovih udruženja koji žive u: (a) četiri regiona koji gravitiraju oko četiri ustanove tercijarne zaštite – Kliničkog centra Srbije u Beogradu, Kliničkog centra u Nišu, Kliničkog centra u Novom Sadu i Kliničkog centra u Kragujevcu, kao i (b) članovi udruženja koji žive u mestima različite veličine (selima, manjim gradovima i četiri najveća grada u Srbiji koji su i središta ustanova tercijarne zaštite).

S obzirom na to da je istraživanje planirano, organizovano i izvedeno tokom trajanja pandemije virusa korona u Srbiji i da je bilo fokusirano na ispitanike koji pripadaju visokovulnerabilnoj grupi čiju je ionako ranjivu poziciju pandemija značajno pojačala, same fokusgrupne intervjuje smo izveli onlajn da ispitanike, koji većinski žive u okviru manje ili više strogih zdravstvenih protokola, ne bismo izlagali dodatnoj opasnosti od infekcije virusom korona. Razmišljanje o tim problemima i njihovo pravovremeno kanalisanje omogućili su nam da u konkretnoj istraživačkoj situaciji ni u jednom trenutku ne narušimo „zonu komfora“ ispitanika (Đurić, 2005: 11) i da sve fokusgrupne intervjuje izvedemo na zadovoljavajući način, vodeći računa o posebnim potrebama i ličnom dostojanstvu svakog pojedinačnog ispitanika.

Istraživački instrument² smo podelili u četiri segmenta kako bismo rekonstruisali percepcije ispitanika o dostupnosti zdravstvene zaštite za pacijente kojima su potrebne zdravstvene usluge koje nisu povezane sa infekcijom virusom korona. U tom smislu, zanimala su nas iskustva pacijenata u vezi sa dostupnošću zdravstvene zaštite koja se nije ticala infekcije virusom korona: (a) pre izbijanja pandemije, (b) tokom prvih meseci pandemije i za vreme vanrednog stanja, (c) nakon završetka vanrednog stanja i pre početka vakcinacije i (d) nakon početka vakcinacije.

Planirani cilj prvog dela razgovora bio je da se ispitanici upoznaju sa načinom komunikacije tokom fokusgrupnog intervjua. Cilj drugog dela razgovora bilo je prikupljanje informacija o generalnim iskustvima ispitanika, predstavnika udruženja pacijenata obolelih od hroničnih nezaraznih bolesti, u vezi sa pristupom zdravstvenoj zaštiti u zdravstvenom sistemu Republike Srbije (pre izbijanja pandemije). U okviru te tematske oblasti posebno su nas zanimala percepcije ispitanika o pristupu uslugama zdravstvene zaštite u vezi sa: (a) prevencijom bolesti, (b) lečenjem akutnih stanja i (c) tretiranjem hroničnih bolesti i sa njima povezanih problema.

Treći deo razgovora posvetili smo prikupljanju informacija od ispitanika o eventualnim promenama u pristupu zdravstvenoj zaštiti nakon izbijanja pandemije virusa korona. U tom smislu, pažnju smo usmerili ka tri različita perioda: (a) prvi meseci pandemije koji obuhvataju i vanredno

2 Videti Prilog 1 u Apendiksu.

stanje, (b) period nakon vanrednog stanja a pre početka vakcinacije i (c) period nakon početka vakcinacije.

Četvrti deo razgovora bio je posvećen prikupljanju informacija od ispitanika o artikulaciji njihovih doživljaja problema sa kojima se susreću, mapiranju institucionalnih mesta na kojima se oni pojavljuju i njihovim razmišljanjima o mogućim pravcima unapređenja pristupa zdravstvenoj zaštiti za socijalno ranjive grupe (kao što su hronični bolesnici).

2.2. Metod

Prikupljeni empirijski podaci analizirani su uz pomoć diskurzivne analize. Kao i svaka diskurzivna analiza, i naša je bila fokusirana na jezik i značenja koja se jezikom proizvode putem govora (svedočanstva/narativi ispitanika). Jer, jezik nije neutralni medijum kojim se „samo“ komunicira i razmenjuju informacije već socijalno polje u kojem se aktivno oblikuje naše znanje o svetu koji nas okružuje. U tom smislu smo i u diskurzivnoj analizi koja je korišćena u ovom istraživanju nastojali da jezik koji koriste ispitanici/ispitanice tretiramo ne kao puku refleksiju realnosti već kao medijum koji tu realnost konstruiše i organizuje je za nas (Tonkiss 1996, 246). Narativ svakog pojedinačnog ispitanika u tom teorijsko-metodološkom pristupu vidi se kao mesto na kojem se socijalna značenja artikulišu i reprodukuju, a određeni (lični i socijalni) identiteti formiraju.

Diskurzivna analiza empirijske građe bila je fokusirana na dve centralne teme. S jedne strane na:

- *interpretativni kontekst* i
- *retoričku organizaciju narativa* (Tonkiss 1996, 249–250).

Interpretativni kontekst se odnosi na socijalne okolnosti u kojima određeni narativ nastaje jer je svaki narativ konstruisan u nekom specifičnom socijalnom kontekstu kome se njegovi autori (svesno ili nesvesno) uvek na određen način prilagođavaju. U tom smislu istraživanje interpretativnog konteksta podrazumeva neku vrstu traganja za značenjima koja se mogu naći i razumeti samo ukoliko se u analizi ode „iza samog narativa“ (Tonkiss 1996, 249) i traga za interpretacijom koja

proističe iz konkretnog socijalnog i kulturnog konteksta u kojem je nastao, u našem slučaju, narativ ispitanika. S druge strane, analiza retoričke organizacije narativa podrazumeva traganje za specifičnom maticom argumenata, koja proishodi i iz određene odabrane interpretativne strategije i iz određenog vrednosnog, teorijskog i/ili ideološkog diskursa (koji može biti i spolja indukovano kao deo šire strategije prilagođavanja institucionalnom kontekstu zdravstvenih ustanova na koje su naši ispitanici prirodno svog zdravstvenog problema usmereni) u kome ispitanik živi, dela i misli. Razumevanje interpretativnog konteksta i strukture argumentacije u okviru narativa posebno je važno za osvetljavanje specifičnih identitetskih pozicija ispitanika koje se konstituišu u različitim specifičnim lokalnim i institucionalnim sredinama, koje je neophodno razumeti kako bi mogla da se prepoznaju i artikulišu realna značenja postojećih društvenih i institucionalnih okolnosti koje utiču na dostupnost zdravstvene zaštite.

2.3. Realizovani uzorak

U ovom delu našeg istraživanja, kao što je napomenuto u poglavlju o metodi, empirijski podaci na osnovu kojih je izvedena analiza prikupljeni su uz pomoć fokusgrupnih intervju sa pacijentima obolelim od najučestalijih hroničnih nezaraznih bolesti u populaciji Srbije. Bilo je planirano da se izvede šest fokusgrupnih intervju sa predstavnicima udruženja pacijenata obolelih od kardiovaskularnih oboljenja, malignih tumora, dijabetesa, muskuloskeletnih (reumatoloških) bolesti, neuroloških oboljenja i retkih bolesti. Nažalost, nismo uspeli da obezbedimo saradnju nijednog udruženja pacijenata obolelih od kardiovaskularnih bolesti. Uz pomoć koordinatora udruženja pacijenata (od ostalih pet grupa oboljenja) poziv za učešće u istraživanju uputili smo na adrese ukupno 58 ispitanika. Od tog broja našem pozivu se odazvalo 39 ispitanika (tabela 1), koji su prihvatili da učestvuju u našem istraživanju. Zbog natprosečnog interesovanja članova udruženja obolelih od muskuloskeletnih bolesti izveli smo dve fokus grupe sa obolelima od tih bolesti.

Tabela 1. Distribucija broja planiranih ispitanika i onih koji su učestvovali u istraživanju

Fokus grupa	Broj planiranih ispitanika	Broj ispitanika
I grupa	8	3
II grupa	10	8
III grupa	12	8
IV grupa	10	9
V grupa	10	7
VI grupa	8	4
Ukupno	58	39

Izvor: Projekat *Pristup zdravstvenoj zaštiti za osobe koje nisu neposredno pogođene vanrednom situacijom – Pouke Kovid-19 krize u Srbiji*

Za polnu distribuciju ispitanika možemo konstatovati da je dobijeni uzorak na izvestan način zakrivljen (tabela 2), što je pre svega posledica natprosečne zastupljenosti žena među članovima udruženja pacijenata.

Tabela 2. Distribucija ispitanika u odnosu na pol

Fokus grupa	I	II	III	IV	V	VI	Ukupno
Žene	2	7	8	9	5	2	33
Muškarci	1	1	0	0	2	2	6
Ukupno	3	8	8	9	7	4	39

Izvor: Projekat *Pristup zdravstvenoj zaštiti za osobe koje nisu neposredno pogođene vanrednom situacijom – Pouke Kovid-19 krize u Srbiji*

Prema stepenu obrazovanja ispitanika, naš ukupni uzorak značajno odstupa od strukture opšte populacije Srbije³ jer su u njemu značajno nadzastupljeni ispitanici sa visokom školskom spremom, blago podzastupljeni oni sa srednjom i značajno podzastupljeni oni sa osnovnom školom (tabele 3 i 4).

Tabela 3. Distribucija ispitanika prema stepenu obrazovanja

Fokus grupa	I	II	III	IV	V	VI	Ukupno
Osnovna škola	0	0	0	0	0	0	0
Srednja škola	1	2	3	1	1	2	10
Viša i visoka škola	2	6	5	8	6	2	29
Ukupno	3	8	8	9	7	4	39

Izvor: Projekat *Pristup zdravstvenoj zaštiti za osobe koje nisu neposredno pogođene vanrednom situacijom – Pouke Kovid-19 krize u Srbiji*

Tabela 4. Distribucija ispitanika prema stepenu obrazovanja u %

Stepen obrazovanja	Ukupno %
Fakultet i viša škola	74,35
SSS	25,65
OŠ	0
Ukupno %	100

Izvor: Projekat *Pristup zdravstvenoj zaštiti za osobe koje nisu neposredno pogođene vanrednom situacijom – Pouke Kovid-19 krize u Srbiji*

3 Podaci sa poslednjeg popisa stanovništva iz 2011. godine pokazuju da je obrazovna struktura populacije Srbije (podaci se odnose samo na građane starosti 15 i više godina) takva da 34,36% građana nema nikakvu školu, ima nepotpunu osnovnu školu ili završenu osnovnu školu, 48,93% ima završenu srednju školu, a 16,04% završenu višu školu ili fakultet (Republički zavod za statistiku 2013, 34).

Najveći broj ispitanika iz našeg uzorka je u braku (56,41%). Značajno manje ih je neudato i neoženjeno (25,64%), razvedeno (15,38%) i/ili obudovelo (2,56%) (tabela 5).

Tabela 5. Distribucija ispitanika prema bračnom statusu

Fokus grupa	I	II	III	IV	V	VI	Ukupno
Neudata/ neoženjen	3	0	1	3	1	2	10
Udata oženjen	0	6	4	5	5	2	22
Razvedena/ razveden	0	2	3	1	0	0	6
Udovica/ udovac	0	0	0	0	1	0	1
Ukupno	3	8	8	9	7	4	39

Izvor: Projekat *Pristup zdravstvenoj zaštiti za osobe koje nisu neposredno pogođene vanrednom situacijom – Pouke Covid-19 krize u Srbiji*

Više od 60% uzorka čine ispitanici koji žive u jednom od četiri velika grada, sedišta četiri klinička centra (njih 64,10%), 20,51% ispitanika dolazi iz manjih gradova, a nešto više od 15% sa sela (tabela 6).

Tabela 6. Distribucija ispitanika prema mestu stanovanja

Fokus grupa	I	II	III	IV	V	VI	Ukupno
Veliki grad	2	6	3	6	6	2	25
Mali grad	0	1	4	1	1	1	8
Selo	1	1	1	2	0	1	6
Ukupno	3	8	8	9	7	4	39

Izvor: Projekat *Pristup zdravstvenoj zaštiti za osobe koje nisu neposredno pogođene vanrednom situacijom – Pouke Covid-19 krize u Srbiji*

Najveći broj ispitanika je zaposlen (64,10%), 30,76% uzorka čine penzioneri i invalidski penzioneri, dok su samo dvoje ispitanika trenutno nezaposleni. Najmlađi ispitanik sa kojim smo razgovarali rođen je 1992. godine, a najstariji 1951. godine.

Već i iz ovog letimičnog uvida u uzorak našeg istraživanja jasno je da nam on postavlja i izvesna interpretativna ograničenja. Dva najvažnija se odnose na:

- a) odsustvo, odnosno nedovoljno prisustvo, ispitanika sa završenom osnovnom i srednjom školom, koji čine značajan deo populacije obolelih od hroničnih nezaraznih bolesti. Ipak, s obzirom na to da je velika većina ispitanika koji su ušli u uzorak našeg istraživanja aktivna u udruženjima pacijenata, verujemo da smo uspeli da u značajnoj meri prepoznamo i artikulišemo probleme i tog dela populacije;
- b) smanjeno prisustvo onih koji dolaze iz ruralnih sredina.

Rezultate ovog istraživanja treba čitati u tom ključu.

3. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Uprkos pomenutim delimičnim ograničenjima uzorka istraživanja, narativi ispitanika, pacijenata obolelih od hroničnih nezaraznih bolesti, otkrivaju velike sličnosti u percepcijama dostupnosti zdravstvene zaštite. Generalno, ispitanici dostupnost zdravstvene zaštite ocenjuju kao lošu, ističući tri glavna problema sa kojima se kao pacijenti susreću kada pokušaju da ostvare određena prava na usluge iz oblasti zdravstvene zaštite.

(1) *Nedovoljna transparentnost zdravstvenog sistema* u smislu njegove otvorenosti i komunikativnosti prema pacijentima, koja mnoge pacijente onemogućava ili pak usporava u ostvarivanju određenih prava:

„...dostupnost zdravstvene zaštite generalno... nije dovoljno dobra... Ako pogledate zdravstvenu zaštitu za... obične pacijente, bilo da se radi o najobičnijoj pedijatrijskoj upali uha ili o nekakavom specifičnom specijalističkom tretmanu... dostupnost prvog pregleda je prilično otežana, vi kao pacijenti nemate informacije šta treba da uradite da zakažete pregled. U toj jednoj opštoj neinformisanosti... građana dolazimo do toga da se ka-

sno ostvaruje pravo na te preglede, da vas zdravstveni radnici ne informišu na dobar način kuda treba dalje da odete... Sve vreme dobijate, nekako, konfuzne informacije...”

(2) *Tromost* zdravstvenog sistema u zakazivanju specijalističkih pregleda (i dijagnostičkih i kontrolnih). Pacijenti smatraju da se na te preglede čeka predugo i da to mnoge pacijente, naročito one koji boluju od hroničnih bolesti, potencijalno uvodi u zdravstveni rizik:

„...kada vam trebaju specijalistički pregledi, na njih se čeka više meseci. Zato najčešće mi specijalističke preglede plaćamo... i to jako skupo. I..., ovaj, i eto, mislim, recimo, magnet koji treba da se odradi, čeka bi se šest meseci, do godinu dana, a meni treba magnet sad, odmah da bi mi uspostavili dijagnozu... Znači, to je minimum 30.000 dinara koje vi treba da date da biste u privatnoj klinici dobili rezultate isti dan. I.. to je zaista problem, ne samo što je finansijski opterećujuće, jeste finansijski opterećujuće, ali pre svega, osećamo se kao da nemamo nikakvu podršku zdravstvenog sistema, kao da smo potpuno iz njega isključeni. „

(3) *Izostanak holističkog pristupa* u pružanju zdravstvene zaštite koji bi, prema mišljenju ispitanika, morao da uključi mnogo više komponenti od samog pregleda lekara i/ili dobijanja određene terapije:

„Kvalitet zdravstvene zaštite ne bi trebalo da se odnosi samo na terapiju koju pacijenti dobiju nego na jedan kvalitet zdravstvene zaštite u smislu jedne kompletne usluge. Od toga kako vas dočekaju u čekaonici, da li imate informacije šta treba da radite... kako vam se obraća zdravstveno osoblje, zdravstveni radnici i saradnici... pa do toga kako izađete iz tog objekta zdravstvene zaštite...”

Ta tri systemska problema otežavaju dostupnost zdravstvene zaštite većinskom delu populacije, a pacijentima koji pripadaju različitim vulnerabilnim grupama u određenim „kritičnim“⁴ trenucima (na primer, prelazak iz dela zdravstvenog sistema koji se bavi zaštitom zdravlja dece u deo koji se bavi zaštitom zdravlja odraslih) ili fazama lečenja (na primer, postavljanje dijagnoze, ostvarivanje prava na terapiju i sl. obolelih od retkih bolesti) i rehabilitacije (na primer, oboleli čije zdravstveno stanje zahteva dodatnu pažnju kako bi se poboljšao kvalitet njihovog života) stvaraju dodatne zaplete koji im otežavaju pristup neophodnim zdravstvenim uslugama:

4 Na primer, uzrasnim, dijagnostičkim, kurativnim, rehabilitacionim i sl.

„Na dečjem uzrastu, dok se još ne leče u kliničkim centrima i klinikama za odrasle... dok ne napune 18 godina, terapija je, hajde da kažemo, redovna... Kada pacijenti treba da pređu u kliničke centre i kada sistem počne da ih vodi kao odrasle, počinju veliki problemi...“

„A kada su u pitanju retke bolesti, meni se čini da su tu, te specifičnosti koje se tiču retkih bolesti, još više izražene, da su skupe terapije teško dostupne... da se bolest ne gleda kroz multidisciplinarni pristup... Da se samo gleda zdravlje, a za, recimo, oboljenja za koja ne postoje registrovane terapije, a trebalo bi banjske rehabilitacije, medicinska pomagala i čitav set dodatnih usluga, to se ne vidi... Sistem je napravljen tako da ne gleda kompleksno... pacijenta, nego gleda samo tako neke deliće terapija...“

Pandemija kovida 19 je u živote pacijenata obolelih od hroničnih nezaraznih bolesti unela nove izazove u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu u Srbiji. U Srbiji je prvi zvanično prijavljen slučaj oboljevanja od virusa korona (SARS-CoV-2) dijagnostikovao 6. marta 2020. Nedugo potom, 15. marta, predsednik Republike, predsednica Skupštine i predsednica Vlade potpisali su *Odluku o proglašenju vanrednog stanja* kao odgovor na pandemijski izazov. Proglašavanjem „epidemije od većeg epidemiološkog značaja“ na teritoriji Republike Srbije 20. marta 2020, zdravstveni sistem prelazi u poseban režim rada, u kome glavni prioritet postaje stavljanje epidemije pod kontrolu. Već prenapregnut⁵ zdravstveni sistem u novim okolnostima nastoji da organizuje rad sa „restrukturisanim“ i „ra-

5 U godinama koje su prethodile izbijanju pandemije virusa korona zdravstveni sistem, kao i drugi sistemi javnog sektora (kao što su obrazovanje, sistem socijalne zaštite i dr.), bio je podvrgnut „merama štednje“ koje je uvela Vlada Srbije u svrhu restrukturisanja javnog sektora i konsolidacije finansijskog sistema Srbije. Vlada Srbije je inicirala te reformske zahvate usvajanjem dva dokumenta: (a) Program mera za reformu javnog sektora, od 28. juna 2013. godine, i (b) Nacionalni program ekonomskih reformi za period od 2015. do 2017. godine, usvojen u martu 2015. godine. Tim dokumentima je bilo predviđeno da se sprovede: „U sklopu fiskalne konsolidacije... racionalizacija zdravstvenog sistema prvenstveno kroz smanjenje broja nemedicinskog osoblja, racionalizaciju broja bolničkih postelja, unapređenje mehanizama za odabir prioriteta u pogledu nabavki nove opreme i bolju kontrolu rashoda za medicinske usluge. Time će se povećati efikasnost zdravstvenih ustanova, obezbediti vrednovanje njihovih stvarnih učinaka i povećati kvalitet zdravstvene zaštite. Po tom osnovu očekuju se značajne uštede i smanjenje korupcije u zdravstvu“ (podvukli autori) (Vlada Republike Srbije 2015, 68–69).

cionalizovanim“ kadrovskim resursima, što proizvodi brojne probleme i u samom zdravstvenom sistemu⁶ i u njegovoj komunikaciji sa drugim društvenim podsistemima. Tako je „iznenadna“ pandemija razotkrila različite „kontradikcije i ranjivosti nedovoljno artikulisanog uzajamnog povezivanja“ (Carmody *et al.* 2020) različitih društvenih podsistema koji će se, sasvim sigurno, u godinama koje slede suočiti sa različitim „kaskadnim“ posledicama pandemije na društvenom i ekonomskom planu. Iskustva u vezi sa radom zdravstvenog sistema Srbije, o kojima svedoče naši ispitanici, mogla bi, između ostalog, da pokažu da su primenjivani modeli mera štednje dodatno destabilizovali različite društvene podsisteme i problematizovali aktuelne strategije društveno-ekonomskog razvoja (Carmody *et al.* 2020) koje primenjuje i Republika Srbija. Jer, kako uočavaju i naši ispitanici, s jedne strane, „...zdravstveni sistem je preopterećen i zbog toga lekari nemaju dovoljno vremena za pacijente“, a s druge strane, iz istog razloga „ljudi uopšte nemaju želju da odu kod lekara“.

Generalno, svi ispitanici prijavljuju značajno pogoršanje u dostupnosti zdravstvenih usluga koje nemaju veze sa dijagnostikovanjem i/ili lečenjem kovida 19 od trenutka izbijanja pandemije. Te promene su za pacijente obobile od hroničnih nezaraznih bolesti koji su bili u fokusu našeg istraživanja bile posebno traumatične za vreme vanrednog stanja, kada su zdravstvene ustanove bile gotovo potpuno zatvorene za sve nekovid pacijente i pacijente koji nisu životno ugroženi:

„Zdravstvena zaštita je generalno mnogo loša. Mislim, i pre kovida je bila loša, a sa... ovom koronom i sa vanrednim stanjem koje je vladalo postala je nemoguća. Mislim, dovode vas u stanje da vi postanete, bukvalno, bolesniji nego što jeste od vaše primarne bolesti, da bi neko uopšte reagovao i primio vas na pregled.“

Ispitanici opisuju da su u celokupnom periodu vanrednog stanja bili ispunjeni osećanjima straha, konfuzije i neizvesnosti. Ta osećanja je posebno pojačavao način izveštavanja medija o povezanosti određenih hroničnih oboljenja i letalnih ishoda izazvanih infekcijom virusom korona:

„Puno informacija je bilo nekih nepotpunih, nedovoljno objašnjenih, pa je, onda to stvaralo određenu konfuziju.“

6 Manjak medicinskog osoblja određenih profila, nedostatak medicinske opreme itd.

„Mi smo, u stvari, imali jedan mali strah i vakuum kad je masovno krenulo kroz medije da spominje: ‘Umrlo je dvadeset osoba, od toga deset je imalo... problem sa dijabetesom.’“

„...stvara strah u kostima i veoma je neprijatno.“

Ipak, nakon gotovo dva meseca dugog vanrednog stanja⁷, vakuum u kome su se našli hronični pacijenti počinju da popunjavaju aktivnosti koje organizuju pojedina udruženja pacijenata. Tim akcijama udruženja su pokušala da u uslovima gotovo potpune nedostupnosti zdravstvenih usluga informišu svoje članove o tome na koji način da se tokom epidemije ponašaju prema specifičnim izazovima povezanim sa osnovnom bolešću od koje boluju, ali i o tome kome mogu da se obrate za pomoć u situaciji u kojoj rad različitih ustanova zdravstvenog sistema još uvek nije normalizovan:

„Nakon vanrednog stanja mi smo organizovali u okviru saveza. Imali smo, znači, predavanja koja u početku nisu ni snimana, pa su kasnije snimana... postavljali smo ih na Jutjub kanal da svako može da pristupi... na njima su učestvovali endokrinolozi, kardiolozi, ginekolozi... dakle, bile su pokrivenne različite oblasti. Na svakoj edukaciji, pola sata do dvadeset minuta... imali smo psihologa, koji je radio različite vrste radionica: prevazilaženja, prihvatanja... tako da smo imali i tu vrstu psihološke pomoći... i svakako smo informisali, pošto... ja sam šerovala svaku zvaničnu objavu... i ono što je država bila organizovala. Dali smo na mrežama i važne brojeve telefona i linkove... Lekar.info je organizovao 24-očasovnu podršku, tako da si mogao da zakažeš jedan na jedan konsultacije sa psihologom. Čak i sa endokrinologom... Tako da je udruženje, mislim, odigralo jednu veliku i važnu ulogu za pacijente koji su onlajn i na društvenim mrežama, ... mi imamo vebsajt, LinkedIn, Tviter, Instagram i Fejsbuk, dakle na svim smo mrežama i imali smo različite populacije na različitim mrežama... kontaktirali su nas na svim mrežama... Mislim da smo uradili mnoge stvari pre države.“

„Mi (udruženje, prim. aut.) jesmo stavili brojeve telefona za svaku kliniku, mejl adrese, ali je to bila naša inicijativa da mi zovemo. Ja sam

7 Vanredno stanje je ukinuto Odlukom o ukidanju vanrednog stanja (Službeni glasnik RS 65/2020), koja je stupila na snagu danom objavljivanja u Službenom glasniku RS 6. maja 2020. godine.

znači zvala medicinske sestre i lekare koje znam u drugim bolnicama da bismo dobili informacije kako njihovim pacijentima da se pomogne...“

„Lekari... u Nišu na jugu Srbije veoma su aktivni i u samim društvenim mrežama našim koje smo napravili, pa samim tim i prate sve pacijente... On da neki savet i onda većina ljudi vidi taj savet, pa ga i primeni.“

„Sistemski nije bilo ništa rešeno. Sve ove lepe priče koje smo čuli od ovih divnih žena su entuzijazam i dobra organizacija udruženja i doktor Damjanov... Sistemski, na nivou države, zaista, ništa nije bilo rešeno...“

Nažalost, okončanje vanrednog stanja bilo je, iz perspektive naših ispitanika, samo uvod u turbulentnu dinamiku smenjivanja kovid i non-kovid režima rada ustanova zdravstvenog sistema i nepredvidljivog rasporeda rada zaposlenih (pre svega lekara specijalista) koji su, po potrebi, prelazili iz jednog u drugi režim rada, a ponekad su prelaskom u kovid režim menjali i geografsku lokaciju na kojoj rade:

„U Nišu niste imali kontrole... da možete otići da uradite neke dodatne analize, ako je u tom trenutku tu specijalista (ako nije prebačen u kovid ambulantu ili kovid bolnicu, prim. aut.), ne znam, on je, na primer, prebačen na peti sprat Kliničkog centra gde u jednoj sobi prima samo hitne slučajeve...“

„Radiolozi... nam nisu bili dostupni, jer su bili u kovid bolnicama... imali slučajeve kada su bili potrebni radiolozi za neke, ovaj, intervencije koje bi olakšale... pacijentu stanje, znači, vađenje te... tečnosti iz stomaka i ostalo, gde je morao baš radiolog da bude prisutan, a recimo, u Kliničkom centru Kragujevac... nije bilo nijednog... jer su od te dvojice koji... mogu tako nešto da urade, jedan je bio u kovid sistemu u Novom Pazaru, a drugi je bio na nekom, da kažem, odmaranju od tih, ovaj... aktivnosti... odnosno, tog velikog rada za... tim aparatima.“

„Beograd je imao problem, jer nije radila ni Gradska bolnica, oni su bili non-stop kovid, ni Dragiša Mišović, ni Bežanijska kosa, ni Zemun. Oni su svi bili u kovidu... Tamo niko nije... mogao da dođe na kontrolu.“

Takav režim rada zdravstvenih ustanova proizveo je brojne probleme pacijentima koji prolaze, ili bi trebalo da urade, određene dijagnostičke i hirurške procedure, prime već prepisanu terapiju ili jednostavno imaju potrebu za određenom vrstom rehabilitacije kako bi očuvali određene funkcije:

„...od kad je krenuo kovid, pacijenti uopšte ne dobijaju terapiju ili je to nešto vrlo minimalno. A postoji i problem same dijagnostike... bolesti, kako bih rekla... ništa se ne radi na tome... i svi koji dolaze iz manjih sredina, koji nisu koncentrisani u Novom Sadu ili Beogradu, ne mogu da dobiju ni samu dijagnozu. „

„...što se tiče primarne imunološke deficijencije u Nišu, od početka ove godine, bukvalno nikakva podrška ne postoji, ni što se tiče osnovnog Kliničkog centra, niti što se tiče lekara, koji je jedan jedini imunolog za celu južnu Srbiju i sa kojim imamo sada apsolutno lošu saradnju. Zašto to kažem? Januara nam je kasnila terapija čitave dve nedelje, a prima se na nedelju dana, znači to su, u startu, dve propuštene doze redovne terapije. Što se tiče kontakta, ja sam odmah kontaktirala iste... jer mi imamo njegove brojeve telefona, da možemo da ga kontaktiramo... za sve. ... Kada je u kovidu, dok ne izađe iz sistema, on ništa ne može da proveriti. Ne znam kako, čak ni telefonski, ništa nije uspeo da proveriti... da sačekamo da pređe regularno na kliniku, pa tek onda može nešto da proveriti. Inače, samo je stigla informacija da nije do trebovanja, da je sa njihove strane sve dobro urađeno, a zbog čega kasni, ne zna se. Ta terapija je stigla dve nedelje kasnije, nekako i za februar je stigla terapija koja je za 20 procenata manja. I koja je ponovo kasnila. Kad smo ga kontaktirali, on je rekao da 20 procenata nije manje, nije mnogo manje u odnosu na ukupnu dozu i vi niste životno ugroženi. Bukvalno tim rečima. Ja sam bila u šoku. Prvo, nisam otišla na kontrolu kod njega ima više od šest meseci, možda i devet... deset hajde... blizu godinu dana. Kako on to može da zna bez ikakvog poziva, analiza, bez kontrole, bez ičega... može da zna da li sam ja životno ugrožena ili nisam... i šta se trenutno odvija u mom organizmu?

Drugo pitanje je da li ja treba da budem životno ugrožena da bih do terapije došla? Na regularni način. I na vreme. Jer, ako budem životno ugrožena... ako dođem do tog stadijuma da budem životno ugrožena, šta će mi, onda, ta terapija, uopšte? Evo, sad je mesec mart. Posle te smanjene doze od 20 procenata, mi za mart dozu još nismo dobili. Danas je 20. mart. Kad će da bude?“

„U Kliničkom centru Niš su nekoliko puta kasnile terapije. Na primer, ovaj interferon desant koji ja primam, ili bilo koja vrsta interferona, oni su kasnili po mesec, dva... on se prima tri puta nedeljno, a oni su

kasnili mesec, dva. Imali smo problem i sa visokoefikasnim lekovima isto u Kliničkom centru Niš i nismo nikada dobili odgovor od njih zbog čega postoji to kašnjenje. „

„Odlagane su operacije ... Primer je Klinički centar Kragujevac, koji je prestao da radi operacije onkoloških pacijentkinja, zbog ulaska u kovid sistem... to je imalo velike posledice za onkološke pacijente, koji su... bili zanemareni u svakom pogledu... Nema ulaska u domove zdravlja, nema ulaska u sekundare. Ovo se pretvara u kovid bolnicu, čao đaci. Znači, to jednostavno ne sme da se dopusti nikad...“

„Sve je kovid, kovid, kovid... i kad se dođe kod izabranog lekara, taj izabrani lekar često nije tu, jer je u kovid ambulanti... za ove kontrolne i dijagnostičke procedure je nemoguće i da se priča. Nemoguće je da se urade uopšte. Počev od obične krvne slike sa CRP-om i sedimentacijom, jer je laboratorija sva u kovidu. Samo hitne neke stvari su se radile pored kovida. O specijalistima već i da ni ne pričamo, jer skoro svi centri su bili kovid... kovid centri, kovid bolnice... i sve je... bilo na minimumu i samo hitna, hitna stanja. Tako da je... kovid unazadio reumatološku... našu zdravstvenu zaštitu i mogućnost lečenja i rehabilitacije.“

„Imao sam predrelapsno stanje 2020. godine, ali nisam mogao da dođem na red na pregled jer je tada bio baš onaj jek pandemije, jer je to bilo baš u decembru mesecu. Tako da se to ostavilo kao, ukoliko ti se pogorša situacija, ti se javi u Urgentni... i to je, nažalost, došlo do toga!“

„Bukvalno se čekalo da vi dođete u urgentno stanje da bi bilo neke ozbiljnije reakcije. Za dve godine, koliko traje pandemija, sam imao jedan snimak na magnetnoj rezonanci, što je za moj zdravstveni problem nedovoljno. Realno, moje zdravstveno stanje nije moglo da se prati.“

„Ja lekara nisam video godinu dana... godinu i nešto dana. Magnetnu rezonancu sam uradio pre kovida, ako se ne varam, pre nešto više od dve godine... srećom, mogu da funkcionišem.“

„Tokom kovida, u vanrednom stanju, a i kasnije, pravila su bila takva da je... samo roditelj mogao da dođe da uzme lekove... Dakle, ja sam mogla da dođem po neophodnu terapiju za kćerku, ali ona nije mogla da dobije kontrolni pregled... i filtriranje terapije se zasnivalo na... razgovoru između mene i doktora, gde ja svoj lični utisak o njenom stanju iznosim, ne iz perspektive zdravstvenog radnika već iz perspektive roditelja...“

Doktor mi veruje i na osnovu toga mi daje terapiju... međutim, ne mislim da je... da je zdrav način...”

Vakcine su stigle nakon dugog očekivanja, ali je početak vakcinacije u Srbiji doneo još jedan iznenađujući zaplet. Iako je Srbija bila jedna od zemalja u kojoj je vakcinacija protiv virusa korona najranije počela, već početkom 2020. godine, i koja je imala izbor između čak četiri različite vakcine⁸, dinamika imunizacije je vrlo brzo postala troma.⁹ To usporavanje procesa koji je trebalo, kako se u tom trenutku verovalo, da normalizuje svakodnevnicu i obuzda pandemiju, bilo je posredovano različitim distopijskim narativima o štetnim efektima različitih vakcina protiv virusa korona. Ti narativi su značajno uticali i na zajednicu pacijenata, unoseći tenziju i nelagodnost među pratiocima aktivnosti udruženja pacijenata:

„Kada je počela vakcinacija... na društvenim mrežama je nastao... horor... nakon sedam dana, mi smo... morali da zatvorimo grupu. Zatvorili smo je tako da samo mi admini možemo da puštamo objave. Ranije je svaki član mogao da pušta, ko je šta hteo... onda smo to morali da zabranimo jer je krenulo ludilo..., antivakseri i vakseri i... onda su krenule svađe na grupama... onda smo postavili post koji smo pinovali i postavili post da se tema vakcinacije više neće... obrađivati. Napisala sam i da... svaki pacijent mora da popriča sa svojim lekarom jer nijedan organizam nije isti... svi mi imamo dijabetes, ali... ja, na primer, imam razvijene neke komplikacije, neko drugi nema... i prosto, iz tih razloga, morate da odete da popričate sa svojim lekarima ili da odete kod imunologa da vidite kakvo vam je stanje organizma... da vidite kad treba i da li treba da primite vakcinu.“

8 U ponudi su bile, i još uvek su, vakcine četiri različita proizvođača: (a) Pfizer-BioNTek, (b) Sputnik V (Gamaeja istraživački centar), (c) Sinopharm i (d) Oxford/AstraZeneca (<https://vakcinacija.gov.rs/vaccine-protiv-covid-19-u-srbiji/>).

9 Prema dostupnim podacima od 14. jula 2022 godine, u Srbiji je dato ukupno 124,18 doza vakcine protiv koronavirusa na 100 stanovnika (<https://www.statista.com/statistics/1196071/covid-19-vaccination-rate-in-europe-by-country/>). Imajući u vidu da je potrebno primiti najmanje dve doze da bismo mogli da govorimo o završenom bar jednom ciklusu imunizacije, a da je određeni broj stanovnika Srbije primio treći i četvrtu dozu odabrane vakcine, jasno je da je proces imunizacije stanovništva sproveden samo delimično. Prema zvaničnim podacima Republike Srbije, oko 3,28 miliona građana je primilo najmanje dve doze vakcije, što predstavlja nešto manje od polovine građana Srbije (47,5%).

Tenzija na društvenim mrežama bila je samo refleks različitih diskursa sa kojima su se pacijenti suočavali u svojim svakodnevnim kontaktima, o čemu na slikovit način svedoči i jedan od ispitanika:

„Prilikom posete mom automehaničaru prisustvovao sam jednoj raspravi o vakcinama i o toj DNK i RNK platformi... ja sam to sve slušao, slušao i čutao dok sam mogao, a onda sam otišao do onog automata da uzmem čašu, sipao sam vodu i onda sam pitao te ljude koji su to komentarisali i još neke ljude koji su tu bili: ‘Hajde, molim vas, kažite mi koji je sastav vode?’ Niko nije znao da mi odgovori. Znači, bukvalno... ti, dakle, ne znaš sastav vode od koje zavisiš i svakog dana je piješ, a pričaš o nekoj RNK i DNK platformi.“

Sve to je rezultiralo pojačanom oprežnošću obolelih:

„Prilikom dolaska vakcinacije, bila je određena rezerva svih nas. Ne znate ni šta primete, ni da li je to rešenje... društvene mreže su dodatno unosile pometnju... ljudi su delili različite informacije... Nikad nisam izlazio sa svojim stavom sada da bih bio nešto toliko bitan na društvenim mrežama i na ostalim tim nekim javnim mestima, da bih ja sad pisao šta treba raditi sa vakcinama ili ne, jer sam smatrao, i dalje smatram, da to treba isključivo da rade ljudi koji su profesionalci u tome, to jest epidemiolozi. I ovaj, na takav način, da oni savetuju...“

„Niš je bio jedan od najjačih epicentara zaraze u Srbiji, tako da smo mnogo vukli broj obolelih... mi smo možda među prve dve, tri zemlje u Evropi koje su nabavile te vakcine i krenuli da primamo. I to je bila jedna od informacija. Zašto mi prvi, znate? Iako to većina ljudi nije videla kao prednost.“

„Moj reumatolog mi je jednom preporučio da ne bi bilo loše da budem vakcinisana. Ja sam rekla da ne želim, s obzirom da sam kretala na biološku terapiju i nisam znala kako će moj organizam reagovati na sve to. I ja sam joj to rekla. Nikad me niko posle toga, nijedan lekar, nijedne ambulante, nije pitao da li sam vakcinisana ili nisam.“

„Ima dosta pacijenata, reumatoloških, koji se i plaše da prime vakcinu, iako je preporuka da se ljudi vakcinišu. I ovi što nisu vakcinisani, na primer, magnet, skener, sve te neophodne dijagnostičke procedure su im uskraćene.“

To kolebanje su prepoznala i udruženja pacijenata, koja su ponovo odreagovala:

„Pošto smo znali da je neinformisanost pacijenata veliki problem, mi smo kao udruženje, na početku, preneli one informacije koje su stavili Institut za onkologiju i radiologiju Srbije i Institut za onkologiju Vojvodine o vakcinisanju. Nakon toga smo napravili emisiju... u kojoj su učestvovali prof. dr Lazar Popović, onkolog, zatim Ana Benko, virusolog, jedna radiološkinja... i... doktorica, direktorka Instituta za javno zdravlje Batut Verica Jovanović, u kojoj su gosti odgovarali na sva pitanja koja su bila problematična... Želeli smo da pacijentkinje sa rakom dojke dobiju informacije kako bi znale kako da se ponašaju: da li da prime vakcinu ili ne, koju vakcinu da prime i tako dalje. To smo poslali na našu mejling istu i... bilo je dostupno na mreži... na koju su povezane žene. Tako da su one imale informaciju. Da, i na našem Jutjub kanalu i tako dalje. Nismo čekali da nas neko kontaktira, već smo mi kontaktirali stručnjake i naše članove...“

„U martu prošle godine, organizovale smo vebinar... sa Zavodom za javno zdravlje i pozvali smo našu načelnicu Onkologije, koje je odgovarala na pitanja o vakcinaciji...“

Za mnoge pacijente te informacije su bile od ključne važnosti kako bi mogli da donesu sopstvenu individualnu odluku:

„Uglavnom ono što me je najviše opterećivalo je bilo koju vrstu vakcine da primim. Nisam mogao da odredim koja je vakcina bolja – da li je sinofarm, fajzer ili sputnjik? To je nemoguće... prvo ne znam ni kakav je sastav, iz hemije sam relativno tanak, ovaj, sa znanjem. Zato su mi informacije koje su stizale od udruženja bile veoma važne.“

„Mi smo naše dete vakcinisali, s tim što je pre toga urađena dijagnostika. Znači, odveden je u Beograd, zakazano je na Institutu, izvađeni su svi ti neki parametri koji su bili potrebni. Onda je dete vakcinisano, pa je pre druge doze vakcine ponovo urađena ista ta dijagnostika. Ono što je bilo značajno u tome jeste da niko nije znao šta će se desiti i kako će uopšte moje dete reagovati na vakcinu, pošto on nije primao vakcine uopšte, jer nije ni preporučeno da ti pacijenti primaju vakcine, pogotovo žive vakcine. Zato je sve to za nas bilo dodatno stresno.“

Ipak ne treba zaboraviti da su sve te akcije udruženja pacijenata bile ograničene na one koji participiraju u digitalnom ekosistemu, komuniciraju putem društvenih mreža, imaju pristup internetu i neophodne kompetencije da se u tom svetu kreću. Na to skreće pažnju i jedna ispitanica:

„...polazim od svog oca koji ima dijabetes, on je imao problem sa endokrinologom... nije imao ko da mu pošalje mejl... ja sam mu slala, zatim za hematologa... treba da se skenira dokumentacija koju je radio u laboratoriji... i pošalje putem mejla, a on to ne zna. Ja sad ne znam koliko ljudi koji su stariji umeju da koriste mejl, da skeniraju... Moj tata ume da pošalje mejl, ali ne ume da skenira i da zakači atačment... To sam ja radila... Ja ne znam koliko takvih ljudi ima, onih koji nisu na mrežama, ali ih ima...“

3.1. Pogled u budućnost

Pandemija virusa korona učinila je vidljivim mnoge strukturne manjkavosti postojećeg zdravstvenog sistema na koje ukazuju naši ispitanici. Među njima je sigurno najvažnija ona koja se tiče *sistemskog zanemarivanja prevencije*:

„Što se tiče zdravih ljudi, iz nekih svojih dosadašnjih kontakta, sam došla do zaključka da se na prevenciji mnogo slabo radi. Primera radi, mart je mesec prevencije karcinoma grlića materice, dojki, šta ja znam sve ne... Ode moja majka, koja je već u pedesetim godinama, u jednu manju zdravstvenu ustanovu da odradi sve te preventivne preglede... Ono njoj kažu: ‘Mi nemamo ni reagense, ni pločice, ni opremu koja je potrebna..., dođite za mesec dana, raspitajte se’... i to sve u mesecu prevencije. Nema ništa!“

„Ja, na primer imam situaciju da su meni i majka i rođeni brat umrli od kancera. Mene niko nikad nije pitao da li imate nekog u porodici ko ima neku hroničnu bolest.“

„Mislim da je država tu onako, ne u zaostatku, nego se u prevenciju ništa ne ulaže, niti se radi na tome. Mi se u udruženju stalno vraćamo na te test stvarčice i senzore, za praćenje šećera, jer kad je dijabetes u pitanju, samokontrola dijabetesa je ključ dobre regulacije šećera i odlaganja i nedolaženja do komplikacija koje dijabetes razvija.“

„Kad bi se ulagalo u prevenciju... mnogo ljudi se ne bi razbolelo, bar ne teško.“

„Trenutno, preventive... nema... Ona je nestala početkom raspada Jugoslavije. Do tada je postojala. U školi smo učili prvu pomoć. Radne organizacije su organizovale preventivne preglede, redovne kontrole, delile informacije o tome. Iako tada nisu postojale ovako razvijene društvene mreže, sredstva komunikacije i pristup informacijama, sve je bolje funkcionisalo. Kako su informacije postale dostupne, to jest kroz krizu kroz koju smo prošli, ceo sistem se zatvorio, a mi... nekako smo se okrenuli, postali sebični, samo mi da preživimo... ne mislimo više o drugima.“

„Ono što fali jeste da se organizuje skrining program, ali ne samo za žene od 50. do 69. godine. Prema podacima našeg udruženja, prosek starosti naših članica je 45 godina. Najveći broj obolelih žena, 45%, spada u grupu starosti između 40 i 49 godina. Ono što je za pohvalu jeste ono što radi Institut za onkologiju Vojvodine, a to je projekat ‘Moj prvi mamografski pregled’... to je jedan kombi koji ide i radi taj prvi pregled ženama od 40. do 45. godine... S druge strane, treba organizovati ultrazvučne preglede za žene mlađe od 40 godina, jer je rak spustio granicu.“

Vraćanje preventivnih pregleda u praksu zdravstvenog sistema neće biti moguće bez ozbiljnih promena u *strukturi*¹⁰ i *broju zaposlenih*.

Važan korak u unapređivanju dostupnosti zdravstvene zaštite trebalo bi da bude i uspostavljanje sistema koji omogućava pacijentima da zakažu specijalistički pregled. U ovom trenutku zakazivanje specijalističkih pregleda se koristi, prema mišljenju mnogih ispitanika, disfunkcionalan i prema pacijentima neprijateljski *IZIS sistem*, kojim pritom nisu obuhvaćene sve zdravstvene institucije:

„Trebalo bi apsolutno rešiti ovo IZIS zakazivanje koje je potpuno... je l’ onda znači da 4. i 5. u mesecu treba svi da nagnemo u domove zdravlja i da zakažemo kontrolu. Mislim, meni taj momenat uopšte nije jasan... mislim IZIS... ja nikada nisam dobila objašnjenje zašto je to tako... meni je... nekako neverovatno da u 21. veku... ljudi ne mogu da zakažu pregled kod lekara.“

10 Koja se tiče odnosa medicinskog i nemedicinskog osoblja, medicinskih sestara i tehničara i lekara, ali i zastupljenosti lekara određenih specijalnosti u korpusu zaposlenih.

„...pola bolnica je u IZIS sistemu... pola nije... što takođe otežava zakazivanje.“

„Zdravstvena zaštita nije jednako dostupna svima. Evo primera, gledaću Vrnjačku Banju. Pacijent iz Stanišinaca, koji je udaljen dvadeset kilometara od Banje, gde nema doma zdravlja niti ambulante, dolazi u Dom zdravlja u Vrnjačku Banju i nema elektronski zakazan termin već dobije uput bez termina. Taj pacijent, ako ima problem, najverovatnije mora da ide u Kraljevo, još 35 kilometara, da bi zakazao pregled... Onda... šta da vam kažem, gde se gube životi... Upravo tu se gube životi.“

Takvo stanje značajno otežava dolaženje do lekara specijaliste, tako da je ponekad nemoguće doći do onoga koji poznaje pacijentov slučaj, što je posebno važno za pacijente koji boluju od hroničnih bolesti:

„Mi naviknemo na naše doktore koji nas vode.“

„Moj endokrinolog... ona mene nekad podseti na neke stvari koje sam ja zaboravila... kako moj želudac radi... Mislim da je za osobe koje imaju hronične bolesti jako važno da imaju svog lekara, a ne da im se stalno menja lekar. Jer, kad vam se promeni lekar morate sve ispočetka da ispričate, sve što ste rekli ovom prethodnom.“

Digitalizacija zdravstvenog sistema i uvezivanje različitih institucija u okviru njega (apoteka, laboratorija, dom zdravlja, klinika...) i povezivanje privatnih zdravstvenih ustanova sa ovim sistemom, prema mišljenju ispitanika, mogli bi značajno da olakšaju svakodnevicu pacijenata, posebno onih koji boluju od hroničnih bolesti:

„Ja se nadam u bliskoj budućnosti da će vrlo brzo, pošto su završili taj proces sa apotekama, i klinike, odnosno privatne klinike, postati deo tog sistema, kao i laboratorije, pa ćete vi stvarno imati mogućnost, gde god se zadesite i kod koga god da odete, da taj lekar ima uvid, u svakom trenutku, šta se vama dešava. Na taj način bi bilo moguće da i u privatnim i u državnim institucijama završite neki pregled... A ne da ti kad završiš kod specijaliste, moraš da odeš u dom zdravlja nego da prosto na toj klinici možeš sve da završiš i odeš odmah u apoteku... da digneš lekove.“

Ponekad je dostupnost zdravstvene zaštite otežana nemedicinskim razlozima, koji bi mogli biti prevaziđeni određenim suportivnim mehanizmima poput *refundacije troškova prevoza*:

„Pacijentima koji moraju da putuju do lekara a nemaju novca trebalo bi olakšati dolazak kod lekara... da se taj neki propis u zakonu promeni – za refundaciju sredstava za prevoz. Jer, ako nama ne znači, možda, sto dinara u prevozu ili dvesta, ima ljudi kojima je to puno. Da može, da postoji regularan način da im se refundiraju ta sredstva.“

„Putni troškovi jesu plaćeni... ali ti troškovi nisu realni. Naime, konkretno u mom slučaju i svih ljudi u Valjevu koji moraju da idu u Kragujevac, putni troškovi su negde oko 1200 dinara za taj dan. Ti za 1200 dinara ne možeš da odeš i da se vratiš autobusom. Voz ne postoji. Dakle, možete jedino da stopirate.“

Većina ispitanika priželjkuje uspostavljanje jasnih pravila koja bi trebalo da se primenjuju na sve:

„Prema podacima našeg udruženja, 36,6% žena je moralo da preki-
ne bolovanje da bi radilo jer nije moglo finansijski da izdrži lečenje. To-
kom bolovanja žene primaju 60% od plate i osećaju se kažnjeno što imaju
rak. To je subjektivno mišljenje svake žene koja je radila i lečila se od raka.
Ovaj, bilo kog... vrste, oblika. Pacijentkinjama sa rakom dojke bi trebalo
da se kvalitet života poboljša... za početak... da se 100% plaća bolovanje.
Jer, nije to grip... koji prođe za 5 dana... Mi živimo u istoj državi, znači
zakon bi trebao da bude isti u celoj državi, bez obzira na to u kom gradu
živimo i u kojoj firmi radimo. Jer, mi imamo neke firme koje daju 100%
bolovanje, a neke 60% i to nije fer.“

„Ono što je važno je da se stvari ne razlikuju od grada do grada,
nego od ambulante do ambulante. U jednoj ambulanti dobijete metrotek-
sat putem injekcije, u drugoj... ne možete. U jednoj idete na nedelju dana,
u jednoj možete da dobijete na mesec... mislim, to je totalno konfuzija,
gde ljudi ne znaju, prosto im je čudno. Evo, vama je čudno, sad mi idemo
jednom mesečno za uput za biološku terapiju, otvaramo, znači, bolnički
uput svakog meseca da bismo preuzeli biološku terapiju i to je još uvek
tako, a neki drugi pacijenti vade samo jedan uput. Kao da ne živimo u
istoj državi.“

„...pretpostavljam da bi bilo dobro poraditi na nekim zakonskim
odredbama koje bi više štatile pacijente. Isto, mora pravno da bude regu-
lisano i mora da bude transparentno dodela terapije, mislim kriterijum za
dodelu terapije. Jednostavno, oni ne postoje kao neki zvaničan dokument,

to je prema preporukama dodeljenog lekara, prema iskustvu on predlaže komisiji koja to usvaja ili ne. Ali, ti neki kritični lekovi zastareli su ili se više ne koriste. Jednostavno treba sa te strane biti, odnosno dati jasnije kriterijume. Mislim, kriterijum bi trebalo da bude sama dijagnoza, ali između različitih vrsta terapija ipak treba da postoji kriterijum ko može, ko bi trebalo da primi određenu terapiju. I to bi trebalo da bude transparentno, znači, tome kome se kaže da je na listi čekanja, onda bi ta lista trebalo i da postoji, a mi smo dobili odgovor od Republičkog fonda da, jednostavno, sama lista kao dokument ne postoji. To je privatna evidencija samih lekara, pa onda oni šetaju ljude sa te liste... verovatno.“

4. ZAKLJUČAK

Pandemija virusa korona još uvek traje, a razmere povreda koje je ona utisnula u socijalno tkivo različitih društava razumevaćemo tek u godinama koje dolaze. U ovom tekstu smo pokušali da shvatimo probleme koje je ona proizvela u životima pacijenata obolelih od hroničnih nezaraznih bolesti, a oni nesumnjivo predstavljaju jednu od ranjivih grupa koje je pandemija najdirektnije pogodila. Zanimljivo je da, čak ni u najopsežnijem izveštaju o uticaju epidemije na položaj vulnerabilnih grupa u Srbiji (Jovanović i dr. 2021), pacijenti oboleli od hroničnih nezaraznih bolesti nisu prepoznati kao takva grupa. Argumentacija koja se koristi za obrazlaganje neophodnosti pozitivne diskriminacije vulnerabilnih grupa u odnosu na opštu populaciju mogla bi da bude korisna za dalju debatu o tom pitanju. Imajući u vidu činjenicu da relevantna istraživanja najavljuju nove epidemije (Marani *et al.* 2021), razmatranje „posebne zaštite“ pacijenata koji boluju od hroničnih nezaraznih bolesti moglo bi imati rezona kako bi se izbegli elementi scenarija iz epizode sa pandemijom kovida 19. Ta „posebna zaštita“ bi podrazumevala mehanizme i protokole koji bi obezbedili toj vulnerabilnoj grupi pristup kontrolnim i dijagnostičkim pregledima, terapiji i rehabilitaciji čak i tokom novih potencijalnih epidemija. Na taj način bismo mogli, kao društvo, da izbegnemo ponavljanje loših protokola zatvaranja zdravstvenog sistema i njegovog prelaska u „epidemijski režim“, što je za posledicu imalo prekomerne stope smrtnosti, emotivnu

patnju pacijenata i pogoršanje zdravstvenog stanja koji su se mogli izbeći da pristup zdravstvenoj zaštiti nije bio potpuno i/ili delimično redukovano.

Jasno je da i kovid-19 pokazuje odlike sindemije – šteta nastala sinergijom bolesti koja prevazilazi štetu koja bi nastala kao posledica njihovog pukog zbira, u sinergiji s nemedicinskim aspektima, kao što su siromaštvo ili ideološka zatucanost, čine pandemiju kovida fenomenom koji zahteva multidisciplinarni pristup (Singer 2009; Žikić 2013). Perspektiva društvenih nauka može doprineti konceptualizaciji i implementaciji zdravstvene politike, i u fazama tumačenja društvenih uslova koji utiču na pojavu medicinski relevantnih stanja i za razumevanje toga kako se medicinska stanja i društveni uslovi u kojima oni nastaju međusobno konstituišu (Žikić, Milenković 2017). Tako medicinska antropologija i medicinska sociologija (Singer, Rylko-Bauer 2021; Farmer 2001; Rodgers, O'Neill 2012) dopunjuju koncept sindemije još jednim važnim konceptom za razumevanje pandemije – strukturnim nasiljem. On nam pomaže da shvatimo kako društvene nejednakosti utiču na način širenja, stepen zahvaćenosti, izgleda za preživljavanje i dubinu posledica nakon epidemije. Imovinske razlike, povezane s obrazovnom, a često uslovljene rasnom, etničkom i konfrecionalnom distancom, pokazuju se kao pouzdan prediktor slabijih izgleda da će neka ranjiva društvena grupa snositi posledice veće nego što bi ih snosila da nije žrtva strukturnog nasilja. Nalazi iz vremena pandemije kovida 19 u Srbiji u skladu s onima do kojih smo došli u prethodnim istraživanjima. Zaključujemo da nisu rasna, etnička, verska pa ni imovinska obeležja kumovala strukturnom nasilju i, sledstveno, sindemijskom pogoršanju stanja jedne društvene grupe. Bila je to puka činjenica da hronični bolesnici, osim izuzetaka, nisu imali ravnopravan tretman, odnosno da su u atmosferi „više sile“ bili žrtve sistemskog nenamernog institucionalnog odnosno infrastrukturnog nasilja.

Virus korona, koji je izazvao pandemiju kovida 19, nesrazmerno je pogodio najugroženije delove populacije: siromašne, marginalizovane, ranjive, otkrivajući distopijske obrise mogućeg razvoja društva budućnosti. Ukoliko su prognoze o budućim epidemijama tačne, možda bi bilo razumno da pokušamo da razumemo posledice loših društvenih izbora tokom poslednje epidemije po one najranjivije, makar i zbog toga što bismo u nekoj novoj epidemiji i mi mogli da se nađemo na njihovom mestu.

LITERATURA

- ODLUKA o proglašenju vanrednog stanja, *Službeni glasnik RS* 29, od 15. marta 2020. <https://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnik-Portal/viewdoc?uuid=9cdbba9d-4830-4411-9cb8-6e1bcc8424f4>.
- Barach P., S. D. Fisher, M. J. Adams, G. R. Burstein, P. D. Brophy, D. Z. Kuo, S. E. Lipshultz. 2020. Disruption of healthcare: Will the COVID pandemic worsen non-COVID outcomes and disease outbreaks? *Prog Pediatr Cardiol.* 2020 Dec, 59: 101254. doi: 10.1016/j.ppedcard.2020.101254. Epub 2020 Jun 6. PMID: 32837144; PMCID: PMC7274978.
- Carmody P., G. McCann. 2020. Introduction. *COVID-19 in the Global South: Impacts and Responses*, eds. P. Carmody, G. McCann, C. Collier, C. O'Halloran. Bristol University Press. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv18gfz7c.7>, pristupljeno 1. decembra 2020.
- Chang, Andrew Y. *et al.* 2021. The impact of novel coronavirus COVID-19 on noncommunicable disease patients and health systems: a review. *Journal of internal medicine* 289.4: 450–462.
- Farmer, P. 2001. *Infections and inequalities: The modern plagues*. Berkeley: University of California Press.
- Haldane, Victoria *et al.* 2021. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nature Medicine* 27.6: 964–980.
- Jarić, Isidora. 2021. Endemijski panoptikum neznanja: populistiki menadžment visokog obrazovanja u pandemijskom ubrzanju. 69–86. *Kovid 19: pandemija društvenih rizika i nesigurnosti*, ur. Ognjen Radonjić. Beograd: Univerzitet u Beogradu – Filozofski fakultet.
- Jovanović, Vladimir, Danka Đukić, Monika Ajvazović. 2021. Istraživanje o uticaju epidemije virusa kovid 19 na položaj osetljivih grupa u Republici Srbiji (stariji, osobe sa invaliditetom, LGBT). https://socijalnoukljucivanje.gov.rs/wp-content/uploads/2021/12/Istrazivanje_o_uticaju_epidemije_kovid_19_na_polozej_oseljivih_grupa-stariji_OSI_LGBT.pdf.

- Kelman, Ilan. 2020. COVID-19: what is the disaster? *Social Anthropology* 28(2): 296–297.
- Marani, Marco *et al.* 2021. Intensity and frequency of extreme novel epidemics. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 118 (35): e2105482118.
- Reynolds B. 2006. Centers for Disease Control and Prevention. Crisis and emergency risk communication: pandemic influenza. Atlanta, GA.
- Milenković, Miloš. 2021. Isključeni i ignorisani, po običaju...: o izostanku upotrebe društveno-humanističkog pristupa u državnom odgovoru Republike Srbije na kovid-19 u svetlu Lisabonske deklaracije o humanistici. 7–18. *Kovid-19 u Srbiji '20*, ur. Bojan Žikić. Beograd: Univerzitet u Beogradu – Filozofski fakultet.
- Rodgers, D., B. O'Neill. 2012. Infrastructural violence: Introduction to the special issue. *Ethnography* 13(4): 401–412.
- RZS. 2021. *Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije 2019 godine*. Beograd: Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“.
- Schirmer C. M., A. J. Ringer, A. S. Arthur *et al.* 2020. Delayed presentation of acute ischemic strokes during the COVID-19 crisis. *Journal of NeuroInterventional Surgery*, Published Online First: 28 May 2020. doi: 10.1136/neurintsurg-2020-016299
- Singer M., B. Rylko-Bauer. 2021. The Syndemics and structural violence of the COVID pandemic: anthropological insights on a crisis. *Open Anthropological Research* 1:7–32.
- Singer, Merrill. 2009. *Introduction to Syndemics: A Critical Systems Approach to Public and Community Health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Tangcharoensathien, Viroj *et al.* 2021. Are overwhelmed health systems an inevitable consequence of covid-19? Experiences from China, Thailand, and New York State. *Bmj* 372, 83.
- Vlada Republike Srbije. 2013. *Program mera za reform javnog sektora*, 28. jun 2013. at: http://www.mfin.gov.rs/UserFiles/File/Reforma%20javnog%20sektora/Program%20mera%20za%20reformu%20javnog%20sektora%2003_07_.pdf, pristupljeno 9. novembra 2017.

- Vlada Republike Srbije. 2015. *Nacionalni program ekonomskih reformi za period od 2015. do 2017. godine*. <http://www.mfin.gov.rs/UserFiles/File/dokumenti/2015/NERP%202015%20-%20SRPSKI%20za%20WEB%20MFIN%2018%203%202015.pdf>
- WHO (World Health Organization). 2020. Shortage of personal protective equipment endangering health workers worldwide. <https://www.who.int/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>.
- Žikić, Bojan, Miloš Milenković. 2017. Female street sex work in Belgrade as a risk environment for a syndemic production – A qualitative study. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo* 145(11-12): 611-617.
- Žikić, Bojan. 2013. Intravensko korišćenje droge u Beogradu kao sindemijско okruženje. *Etnoantropološki problemi* 8, 4: 927-944.

VI ZAKLJUČCI I PREPORUKE

U ovom delu su sumirani najvažniji zaključci pojedinačnih delova studije i date preporuke za donosiocce odluka. Pandemija kovida 19 je izložila ogromnom pritisku nacionalne zdravstvene sisteme u Evropi. Istraživanja pokazuju da su oni bili potpuno nepripremljeni na epidemiju ovih razmera. Kriza je testirala njihovu elastičnost, odnosno kapacitet da apsorbuju, efektivno odgovore i prilagode se strukturalnim promenama a da održe redovne aktivnosti (European Union 2020, 6). U većini slučajeva, smanjenje pružanja zdravstvenih usluga bilo je povezano sa povećanjem bezbednosti i minimiziranjem rizika od infekcije. Uvedene su blokade, vlade su ograničile kretanje i pristup medicinskim uslugama i medicinskim objektima. Još jedan indirektan efekat pandemije je ekonomska kriza koja je posledica suštinskog smanjenja privredne aktivnosti, a zatim i njoj sledstveni porast nezaposlenosti i gubitaka prihoda domaćinstva. Sve to je povećalo barijere za pristup zdravstvenoj zaštiti (gubitak zdravstvenog osiguranja, teškoće u plaćanju participacije ili prevozu do usluga) i izazvalo nejednakosti u pristupu zdravstvenoj zaštiti. Glavni cilj ove studije su, zbog toga, upravo preporuke kako da se ove nejednakosti umanje, odnosno ne ponove, ukoliko se dogodi neka nova pandemija.

Zdravstveni sistemi su imali sledeće izazove u vezi sa pružanjem nege i organizacijom:

- pružaoci primarne zdravstvene zaštite borili su se da obezbede kontinuitet nege i bilo im je teško da brzo pređu na nove metode pružanja usluga (telemedicina, daljinsko praćenje i druga e-zdravstvena rešenja);
- bolnice su doživele ogromno opterećenje zbog nedovoljnog kapaciteta, nedostupnosti adekvatno obučanih zdravstvenih radnika i neiskustva u upravljanju urgentnim situacijama bez presedana;
- u ustanovama socijalne zaštite, koje su bile nespremljene da zaštite stanovnike i koje su se borile da dobiju podršku države, zabeležen je porast broja infekcija i mortaliteta;
- slaba integracija između primarne zdravstvene zaštite, ambulantnih specijalista i bolničke nege, s jedne strane, i socijalne zaštite, s druge strane, prouzrokovala je preopterećenost bolnica u ne-

- kim državama članicama, dok su mnogi domovi za stare postali inkubatori za širenje pandemije;
- neke kliničke aktivnosti, kao što su programi transplantacije i rehabilitacije, gotovo su zaustavljene zbog problema sa resursima i logistikom;
 - pacijenti sa retkim i složenim bolestima bili su izloženi povećanom riziku ne samo zbog toga što nisu imali pristup njihovim uobičajenim lekarima ili lekovima, već – u slučaju komplikacija povezanih sa kovidom 19 – ni pristup intenzivnoj nezi;
 - nerazvijena spremnost za krizne situacije rezultirala je nedostatkom koordinacije na nacionalnom i nivou EU, a za rešenje te situacije trebalo je vremena (niska dostupnost lične zaštitne opreme, ograničeni laboratorijski kapaciteti i testovi itd.);
 - pandemija i mere izolacije stvorile su psihosocijalno opterećenje za stanovništvo, a posebno za zdravstvene radnike (European Union 2020, 12).

I pre izbijanja pandemije kovida 19, zdravstveni sistemi na Zapadnom Balkanu suočavali su se sa ozbiljnim izazovima u finansiranju i pružanju usluga. Rashodi za zdravlje po glavi stanovnika u zemljama Zapadnog Balkana znatno su niži od proseka EU. To naš region čini osetljivim na oboljenja koja predstavljaju opasnost po javno zdravlje, naročito kada se u obzir uzme veća ranjivost pacijenata sa hroničnim bolestima. Posebni izazovi za zdravstvene sisteme svih država bili su: nabavke zaštitne opreme, obezbeđenje kadrovskih (manji broj internista, pulmologa, anesteziologa, epidemiologa...), posteljnih (ograničen broj bolesničkih kreveta, povremeni prelazak rada zdravstvenih ustanova u kovid režim rada), terapijskih (protokoli i lekovi) i preventivnih kapaciteta (monoklonska antitepla, vakcine...), ali i smanjena mogućnost odlaska u zdravstvenu ustanovu i akumulirane odložene zdravstvene usluge i intervencije, nastale kao posledica pandemijskih uslova rada. Kako je istaknuto u nedavno objavljenoj Mapi puta SZO za zdravlje i blagostanje na Zapadnom Balkanu: „Izvlačeći zajedničke pouke iz strašnih okolnosti pandemije, države Zapadnog Balkana su istakle, između ostalog, potrebu za jačanjem sledećih ključnih oblasti za napredovanje: ulaganja u PZZ i osnovne usluge kako bi se bolje izdržali periodi krize; zdravstvena i socijalna zaštita marginalizovanih

i ranjivih grupa; mehanizmi upravljanja i administracije u zdravstvenim i socijalnim sistemima; kao i digitalne tehnologije koje mogu pomoći u poboljšanju efikasnosti i odgovornosti pružalaca usluga u svakoj zemlji/ oblasti i poboljšanju veze između ljudi i zdravstvenih usluga, performansi zdravstvenog sistema i kritičnih funkcija javnog zdravlja“ (WHO 2021, 6). Za ceo region Zapadnog Balkana se ističe: „Postoji i kratkoročna i dugoročna potreba da se poboljša kvalitet bolnica u smislu opreme, adekvatnih zaliha lekova i smanjenja prenatrpanosti akutnih bolničkih odeljenja, zajedno sa povećanjem plata za bolničko osoblje kako bi se obezbedilo njihovo zadržavanje. Zajednički pristup vlada i država članica EU se traži da se pozabave nedostatkom medicinskog osoblja zbog iseljavanja iz regiona, što dodatno opterećuje zdravstvenu zaštitu“ (BiEPAG 2020, 3).

Analiza obima pružanja zdravstvenih usluga u prvih šest meseci 2020. naspram istog perioda 2019. godine pokazuje značajan pad broja pruženih usluga (detaljnije u Delu II). Tako je, na primer, u posmatranom periodu zabeležile pad broja intratorakalnih procedura na koronarnim arterijama, odnosno bajpas intervencija na arterijama srca, od 30% u prvoj polovini 2020. u poređenju sa istim periodom 2019. godine. U prvoj polovini 2020. godine evidentiran je 86.291 preventivni ginekološki pregled, što je u poređenju sa istim periodom prethodne godine činilo pad od 42%. Iako su službe za zdravstvenu zaštitu žena i odraslih u domovima zdravlja 2020. godine u većem obimu (20%) pozivali učesnike na skrininge/rano otkrivanje raka grlića materice (30), raka dojke (31) i karcinoma debelog creva (32), uočen je pad ukupnih usluga u ranom otkrivanju raka grlića materice od 81%, debelog creva od 43% i raka dojke od 22% u odnosu na isti period 2019. godine.

Istraživanje pokazuje da je smanjeni obim pruženih zdravstvenih usluga ranog otkrivanja pomenutih lokalizacija raka rezultat straha građana Srbije od nove infekcije virusom korona, ali i smanjene dostupnosti tih usluga zbog ograničene mogućnosti kretanja tokom prvih šest meseci 2020. godine. U prvih šest meseci 2020. godine, obavljeno je 199 površinskih radioloških tretmana, što je u odnosu na prvu polovinu 2019. godine predstavljalo pad od 42%. U odnosu na prvu polovinu 2019. godine, u istom periodu 2020. godine zabeležen je pad od 30% u broju ukupno pruženih zdravstvenih usluga u dijabetološkoj zdravstvenoj zaštiti, kao i u

laboratorijskoj dijagnostici u domovima zdravlja. U posmatranom periodu, u stacionarnim zdravstvenim ustanovama uočen je pad svih ukupno izabranih zdravstvenih usluga u dijabetologiji i usluga prevencije dijabetesa za 29%. Rezultati komparacije su pokazali da je u prvoj polovini 2020. godine obavljeno ukupno 1.882.749 izabranih zdravstvenih usluga u oblasti dijagnostike i lečenja muskuloskeletnih poremećaja zdravlja, što je u poređenju sa brojem istih usluga u prvih šest meseci 2019. godine činilo pad od 38%. Analizom zdravstvenih usluga u oblasti neuroloških bolesti u domovima zdravlja uočen je manji obim (za 36%) tih usluga koje su pružene u prvoj polovini 2020. godine. Alternativne strategije za obezbeđenje kontinuiteta dostupnosti usluga za pacijente sa ovim poremećajima zdravlja, koje su usvojile mnoge zemlje, kao što su brze trijaže na nekovid i kovid pacijente i telemedicina, pokazale su se kao vrlo delotvorne u rešavanju poremećaja u korišćenju osnovnih zdravstvenih usluga za osobe sa nezaraznim bolestima (više o komparativnim iskustvima videti u delu IV).

Sa stanovišta prava pacijenata analiza pokazuje da je znatno smanjen pristup uslugama zdravstvene zaštite u periodu pandemije kovida 19. Kao i u drugim državama, i u Srbiji je pristup zdravstvenoj zaštiti za vreme pandemije postao daleko složeniji. Institucije zdravstvenog sistema, uz kolektivne napore, nastojale su da ograniče prenošenje virusa pre svega između pacijenata na bolničkom lečenju. Kao posledica toga odlagane su rutinske procedure i one koje nisu hitne. Danas postoji ogroman broj zaostalih slučajeva u zdravstvenom sistemu, što dalje lečenje pacijenata opet čini složenim i otežanim. Uočen je veliki broj spornih situacija u ostvarivanju prava na pristup zdravstvenoj zaštiti za pacijente koji nisu oboleli od kovida, a imali su druge zdravstvene potrebe u smislu neophodne zdravstvene zaštite. Pri tome se ima u vidu da je nemogućnost pojedinih kategorija pacijenata da pristupe uslugama uticala na narušavanje njihovog zdravlja, a posledice se i dalje osećaju. Pristup uslugama za nekovid pacijente bio je umanjen naročito u vreme vanrednog stanja i ograničenja slobode kretanja. Za siromašnije kategorije stanovništva troškovi usluga privatne prakse po pravilu su bili razlog odustajanja od zdravstvene zaštite. Bitne odrednice položaja nekovid pacijenata uglavnom su sistemske prirode i odnose se na opšta mesta statusa pacijenata u kriznim situacijama, na čemu treba kontinuirano raditi.

Posebnu pažnju smo obratili na *percepciju samih hroničnih pacijenata*, na način na koji su oni doživeli krizu izazvanu epidemijom, imajući u vidu da se ona skoro na sve njih trajno nepovoljno odrazila. Oni su u istraživanju dostupnost zdravstvene zaštite ocenili kao generalno nepovoljnu i istakli tri osnovna problema u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu: *nedovoljnu transparentnost*, otvorenost i komunikativnost koje usporavaju pa i onemogućavaju ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu; *tromost u zakazivanju specijalističkih pregleda*, i dijagnostičkih i kontrolnih, koja hronične pacijente dovodi u rizik umesto da ga umanji, i *izostanak holističkog pristupa* pružanju zdravstvene zaštite. Ta tri osnovna problema hronični pacijenti, kao očigledno neprepoznata ranjiva grupa, vide kao uzrok koji proizvodi posledice čija ozbiljnost varira, ali je očigledna u kritičnim situacijama – uzrasnim, dijagnostičkim, kurativnim, rehabilitacionim.

Istraživanje je pokazalo da su tzv. mere štednje u godinama neposredno pred izbijanje epidemije devastirale zdravstveni sistem, kao uostalom i druge sisteme javnog sektora (obrazovni, sistem socijalne zaštite i dr.). Vlada Republike Srbije je restrukturirala javni sektor s ciljem da konsoliduje javne finansije primenom mera ozvaničenih u dva dokumenta: (a) Program mera za reformu javnog sektora, od 28. juna 2013. godine, i (b) Nacionalni program ekonomskih reformi za period od 2015. do 2017. godine, usvojen u martu 2015. godine. Tim dokumentima bilo je predviđeno da se sprovede „racionalizacija zdravstvenog sistema prvenstveno kroz smanjenje broja nemedicinskog osoblja, racionalizaciju broja bolničkih postelja, unapređenje mehanizama za odabir prioriteta u pogledu nabavki nove opreme i bolju kontrolu rashoda za medicinske usluge. Time će se povećati efikasnost zdravstvenih ustanova, obezbediti vrednovanje njihovih stvarnih učinaka i povećati kvalitet zdravstvene zaštite. Po tom osnovu očekuju se značajne uštede i smanjenje korupcije u zdravstvu“ (Vlada Republike Srbije 2015, 68–69). Te mere su dodatno destabilizovale ionako devastiran sistem zdravstvene i socijalne zaštite. Iznenadno organizovano ulaganje u zdravstveni sistem, omogućeno političkom voljom tokom epidemije, samo ga je dovelo na nivo u kakvom je trebalo da bude *pre* pandemije i to se jasno vidi iz iskustava nekih ispitanika, koji su, zahvaljujući iznenadnim dodatnim ulaganjima, povremeno dobijali zdravstvenu zaštitu koja je zakonom zagarantovana, ali kojoj nisu prethodno mogli da pristupe.

Okončanje vanrednog stanja bilo je, iz perspektive naših ispitanika, samo uvod u turbulentnu dinamiku smenjivanja kovid i non-kovid režima rada ustanova zdravstvenog sistema i nepredvidljivog rasporeda rada zaposlenih (pre svega lekara specijalista) koji su, po potrebi, prelazili iz jednog u drugi režim rada, a ponekad su prelaskom u kovid režim menjali i geografsku lokaciju na kojoj rade. Takav režim rada zdravstvenih ustanova proizveo je brojne probleme pacijentima koji prolaze ili bi trebalo da urade određene dijagnostičke i hirurške procedure, prime već prepisanu terapiju ili jednostavno imaju potrebu za određenom vrstom rehabilitacije kako bi očuvali određene funkcije. Rezultati istraživanja ukazuju na to da je kovid preuzeo primat nad nezaraznim bolestima, zbog čega je „sistem stao do vakcinacije“. Međutim, dugo očekivani dolazak vakcina, odnosno početak vakcinacije, nije imao željeni efekat. Umesto da se raspoloživost više vrsta i relativno veliki broj vakcina iskoriste za okončanje epidemije i normalizaciju rada zdravstvenog sistema, distopijski narativi o navodno štetnim efektima vakcinacije uticali su na stanovništvo, pa i na naše ispitanike. Nelagoda povodom vakcinacije dodatno je onemogućila pristup zdravstvenoj zaštiti. Ni činjenica da su ispitanici aktivni u udruženjima pacijenata koja su veoma aktivna u digitalnoj sferi nije promenila nepovoljnu situaciju.

Pandemija virusa korona učinila je vidljivim mnoge strukturne manjkavosti postojećeg zdravstvenog sistema, na koje ukazuju naši ispitanici. Među njima je sigurno najvažnija ona koja se tiče *sistemskog zane-marivanja prevencije*. Vraćanje preventivnih pregleda u praksu zdravstvenog sistema neće biti moguće bez ozbiljnih promena u *strukturi i broju zaposlenih*. Važan korak u unaređivanju dostupnosti zdravstvene zaštite svakako bi trebalo da bude i uspostavljanje sistema koji pacijentima omogućava da zakažu specijalistički pregled. U ovom trenutku za zakazivanje specijalističkih pregleda se, prema mišljenju mnogih ispitanika, koristi disfunkcionalan informacioni sistem, kojim pritom nisu obuhvaćene sve zdravstvene institucije. Takvo stanje značajno otežava dolaženje do lekara specijaliste tako da je ponekad nemoguće doći do onoga koji poznaje pacijentov slučaj, što je posebno važno za pacijente koji boluju od hroničnih bolesti. *Digitalizacija zdravstvenog sistema* i uvezivanje različitih institucija u okviru njega (apoteka, laboratorija, dom zdravlja, klinika...) i povezi-

vanje privatnih zdravstvenih ustanova sa tim sistemom, prema mišljenju ispitanika, mogla bi značajno da olakša svakodnevicu pacijenata, posebno onih koji boluju od hroničnih bolesti. Ponekad je otežana dostupnost zdravstvene zaštite povezana sa nemedicinskim razlozima, koji bi mogli da se prevaziđu određenim suportivnim mehanizmima poput *refundacije troškova prevoza*. Većina ispitanika priželjkuje uspostavljanje jasnih pravila koja bi trebalo da se primenjuju na sve.

Na osnovu ovih nalaza moguće je formulisati jasne preporuke, čije bi sprovođenje doprinelo prevenciji krize zdravstvenog sistema u slučaju predstojećih epidemija:

- obezbediti pristup i ravnopravnu zastupljenost svih nivoa zdravstvene zaštite u tretmanu i zbrinjavanju pacijenata;
- omogućiti ravnopravno učešće privatne prakse u pružanju usluga kovid i nekovid pacijentima, a naročito pacijentima sa hroničnim bolestima, na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- povećati podršku pacijentima, usredsređivanjem na ostvarivanje prava u izmenjenim okolnostima, a ne na uskraćivanje njihovih prava;
- posebno zaštititi osetljive kategorije pacijenata kreiranjem posebnih planova za reagovanje u kriznim situacijama;
- obezbediti kontinuitet u lečenju naročito teških stanja, kakva su, na primer, maligne i retke bolesti;
- raditi na većem obuhvatu edukacijom svih učesnika u zdravstvu, pružalaca usluga i pacijenata;
- povećati stepen informisanosti svih učesnika u zdravstvenoj zaštiti;
- obezbediti veća ulaganja u razvoj usluga zdravstvene službe, naročito dijagnostiku i opremu;
- raditi na daljem razvoju preventivnih službi, i to na ekstenzivniji način koji će podrazumevati bolju komunikaciju sa pacijentima, pa i kada su u pitanju elektronski kartoni, video-posete i telesa-veti zdravstvenih službi;
- prepoznati hronične pacijente kao ranjivu grupu i primeniti pravne, moralne i profesionalne standarde u tom smislu i prema njima.

LITERATURA

- BiEPAG. 2020. Policy Brief „The Western Balkans in Times of the Global Pandemic“. April 3.
- European Union. 2020. The Organisation of Resilient Health and Social Care Following the COVID-19 Pandemic. Opinion of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), 7.
- WHO Regional Office for Europe. 2021. Roadmap for health and well-being in the Western Balkans (2021–2025): European Programme of Work (2020–2025) – „United Action for Better Health“. Copenhagen.

APPENDIX

Instrument za fokusgrupne intervjuje

Dostupnost zdravstvene zaštite u doba pandemije koronavirusa

Uzorak: udruženja pacijenata obolelih od bolesti od većeg javnog značaja/hroničnih bolesti Glavni kriterijm za izbor fokus grupa – bolesti/ stanja koje najviše opterećuju (burden of disease by cause) stanovništvo Srbije. Prema aktuelnim podacima prvih 5 su:

1. kardiovaskularna oboljenja,
2. maligni tumori,
3. dijabetes,
4. muskuloskeletne (reumatoloske) bolesti
5. neurološka oboljenja (npr. MS,..)

+ 6. retke bolesti?

(Predlog: Ovom spisku se mogu dodati retke bolesti, za koje se procenjuje ukupna prevalencija 6–8% u opstoj populaciji Srbije. HIV, kao stanje (nosilastvo virusa), je po definiciji (5 slucajeva na 10.000) i retka bolest. 2890 osoba sa HIV-om (2020. g)).

Vodič za fokus-grupnu diskusiju

I. Uvod (15 minuta)

Svrha: Međusobno upoznavanje i objašnjavanje svrhe fokusgrupnog intervjua. Definisanje pravila ponašanja. Od svakog učesnika se traži da kaže nešto, kako bi se olakšala komunikacija tokom intervjua.

Dobar dan, moje ime je _____, i ja ću biti moderator ove diskusije. Moj zadatak je da moderiram tok ovog razgovora i da vodim računa o tome da pokrijemo sve važne teme koje ćemo danas pokrenuti, kao i da

svakom učesniku pružim priliku da kaže najvažnije od onog što misli i oseća. Cilj našeg današnjeg okupljanja jeste da utvrdimo sa kakvim se sve problemima vezanim za dostupnost zdravstvene zaštite susreću građani i posebno pacijenti oboleli od hroničnih bolesti u Srbiji danas. Želim da čujem vaša mišljenja, mišljenje svakog učesnika je podjednako važno, a vaši odgovori se ne vrednuju na nivou tačnih i pogrešnih odgovora. Vaši odgovori će pomoći u analizi i formulisanju preporuka kako da se postojeći zakoni, podzakonski akti i procedure prilagode potrebama širokog spektra pacijenata obolelih od hroničnih bolesti. Volela bih da mi kažete sve što što smatrate da je važno i u vezi sa temom našeg razgovora čak i ako vas to nismo pitali.

Hvala Vam što ste našli vremena da učestvujete u ovom razgovoru. Kao što ćete videti, pokrenućemo više različitih tema, a ja Vas molim da o svakoj od njih slobodno raspravljamo i pritom poštujemo i ona gledišta koja se razlikuju od naših.

U tom smislu kratko ću Vam predstaviti neka od osnovnih pravila koja ćemo poštovati tokom ove grupne diskusije:

Uvažavanje razlika. Sigurna sam da ćete ovde možda čuti mišljenja i stavove sa kojima se Vi ne slažete. To je sasvim u redu i očekivano, i nadam se da ćete se, ako nađete za shodno, suprotstaviti takvim mišljenjima ili stavovima na uljudan i primeren način. Isto tako, može se desiti da tokom razgovora promenite svoje dosadašnje stavove o nekoj temi zbog toga što ste čuli neki novi argument. Molim Vas da mi slobodno kažete, ukoliko se to desi.

Važno pravilo: uvek govori samo jedna osoba. Zbog toga što poštujemo svačije mišljenje i zbog toga što želimo da svi čuju ono što je neko rekao, osnovno pravilo ovog razgovora jeste da u svakom trenutku govori samo jedna osoba. Želimo da ovaj razgovor protekne u dobroj atmosferi uzajamnog poštovanja. Stoga je važno da uvažavate osobu koja govori i da sačekate da ona završi sa onim što je htela da nam kaže.

Poverljivost/anonimnost. Ovaj razgovor je potpuno anoniman i sve što nam kažete smatraćemo da je krajnje poverljivo. Nikada nećemo dovesti u vezu vaše stvarno ime i prezime sa onim što ste ovde kazali. Ukoliko budemo navodili neko Vaše mišljenje uz njega ćemo navesti neko izmišljeno ime ili izmišljeni nadimak ili šifru ispitanika. Na taj način, niko

neće biti u stanju da vaše stvarno ime dovede u vezu sa onim što ste ovde rekli. Vi ste sasvim slučajno izabrani da postanete član ove grupe, i mi veoma cenimo što ste našli vremena da nam se pridružite. Pored mene se nalazi ovaj mali diktafon, kakav koriste i novinari. Diktafon će mi pomoći da tačno zabeležim vaše reči. Na osnovu tog zvučnog zapisa niko, sem mene, neće biti u stanju da rekonstruiše ko od vas je šta tačno rekao. Diktafon koristimo samo zbog toga što nam je važna svaka Vaša reč i hoćemo da ih zabeležimo. Na taj način, ne moram da zapisujem ono što govorite i mogu da se usredsredim na tok same diskusije.

- Vi ovde predstavljate sebe, ali i ljude koji se ne nalaze u ovoj prostoriji, druge osobe koje poznajete i koje boluju od sličnih bolesti i/ili se nalaze u sličnoj zdravstvenoj situaciji. Na izvestan način Vi ovde reprezentujete i njih i pored Vašeg mišljenja o pojedinim temama o kojima ćemo razgovarati možete slobodno da iznosite i njihova mišljenja i stavove, ukoliko su vam poznati.
- Možete da govorite potpuno slobodno, nama je važno da Vas čujemo.
- Želim da se svi dobro osećaju – razumem da je ovo sasvim novo iskustvo za Vas ali se nadam da će vam biti zanimljivo.

Učesnici se predstavljaju. Krenimo redom oko stola. Recite nam nešto o sebi, ako želite, kako se zovete, kako biste opisali svoju zdravstvenu situaciju, koliko dugo bolujete (Vi ili Vama bliske osobe) od hranične bolesti, i da li ste članovi neke organizacije koja okuplja osobe koje su u sličnoj situaciji. Bilo šta što nam može pomoći da se bolje upoznamo da bismo što uspešnije obavili ovaj razgovor.

(Moderator bi trebalo prvi da se predstavi, kaže svoje ime i par osnovnih podataka o sebi i o tome gde radi, na kraju bi trebalo na isti način da se predstavi i asistent moderatora čiji je zadatak da snima razgovor)

II Tematska oblast: Pristup zdravstvenoj zaštiti

Svrha:

Utvrditi kakva su generalna iskustva ispitanika (pre izbijanja pandemije koronavirusa), predstavnika udruženja pacijenata obolelih od hroničnih bolesti, vezana za pristup zdravstvenoj zaštiti unutar zdravstvenog sistema Republike Srbije. Unutar ove tematske oblasti posebno će nas zanimati kakav je po mišljenju ispitanika pristup uslugama zdravstvene zaštite vezan za: (a) prevenciju bolesti, (b) lečenje akutnih stanja, i (c) tretiranje hroničnih bolesti i sa njima povezanih problema.

Pitanja:

1. Kakav je po Vašem mišljenju **pristup zdravstvenoj zaštiti** u Republici Srbiji? Da li svi građani imaju jednak pristup zdravstvenoj zaštiti? Ako da, zašto? Ako ne, ko nema i zašto?
2. Da li je po Vašem mišljenju jednak pristup kurativi (lečenju) i preventivi određenih bolesti i stanja za sve građane?

(a) Lečenje

3. Kakav je, po Vašem mišljenju, pristup uslugama **lečenja**?
 - Da li svi građani imaju **jednak pristup**? Da li su ove usluge pre pandemije bile jednako dostupne i opštoj populaciji i Vama kao pripadniku osetljive populacije (oboleli od određene bolesti)? Navedite primer.
4. U kom delu zdravstvenog sistema vidite najviše problema (**primarna, sekundarna ili tercijarna** zdravstvena zaštita)? Domovi zdravlja, specijalističke usluge ...
5. Da li pristup zdravstvenoj zaštiti varira u odnosu na to da li se radi o **akutnim stanjima ili hroničnim bolestima**? U kom slučaju je on bolji ili gori? Opišite.

(b) Preventiva

6. Kakav je, po Vašem mišljenju, pristup medicinskim uslugama vezanim za **prevenciju** različitih bolesti i stanja?
7. Da li svi građani imaju **jednak pristup**? Da li su ove usluge pre pandemije bile jednako dostupne i opštoj populaciji i Vama kao

pripadniku osetljive populacije (oboleli od određene bolesti)?
Navedite primer.

8. Koliko ste puta pozvani na organizovani **skrining** (preventivni kontrolni pregled na kancer) pre pandemije koronavirusa? Na koje skrining preglede?

III Tematska oblast: Pristup zdravstvenoj zaštiti tokom pandemije koronavirusa

Svrha:

Utvrditi da li su se iskustva ispitanika, predstavnika udruženja pacijenata obolelih od hroničnih bolesti, vezana za pristup zdravstvenoj zaštiti unutar zdravstvenog sistema Republike Srbije promenila/menjala nakon izbijanja pandemije koronavirusa. U tom smislu, pokušaćemo da pratimo promene u ovih iskustvima u najmanje tri različita perioda tokom pandemije, tokom: (a) prvih meseci pandemije koji uključuju i vanredno stanje, (b) perioda nakon vanrednog stanja a pre početka vakcinacije, i (c) perioda nakon početka vakcinacije.

Pitanja:

1. Da li je generalno **položaj korisnika** zdravstvenih usluga tokom pandemije koronavirusa bio/jeste pogoršan i na koji način?
2. Kako biste, tokom pandemije koronavirusa, opisali:
 - (a) pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti, lekarima opšte prakse u domovima zdravlja
 - (b) pristup specijalističkim pregledima
 - (c) kontinuitet lečenja hroničnih bolesti
 - (d) mogućnosti dobijanja redovne terapije/lekova preko lekarskog recepta
 - (e) dostupnost informacija o promeni organizacije rada i dostupnosti određenih zdravstvenih usluga, službi i ustanova
3. Mislite li da je pandemija koronavirusa podelila pacijente/usluge na **COVID** i **NE-COVID**? Šta mislite o toj novoj podeli? Da li je prihvatate ili mislite da je zdravstveni sistem trebalo da napravi organizaciju usluga na drugačiji način? Kakav?
4. Da li je u Vašem matičnom domu zdravlja/zdravstvenom centru organizovana neka vrsta **psihosocijalne podrške** zbog posledica u vezi sa mentalnim zdravljem pacijenata nastalih usled pandemije koronavirusa?

5. Da li je u zdravstvenim ustanovama koje posećujete uspostavljeno neko **online savetovalište**, call centar, davanje saveta na daljinu, u toku pandemije koronavirusa? Da li smatrate to dobrim rešenjem? Da li ste zadovoljni ovim načinom rada?
6. Da li je Vaša **terapija** bila dostupna u **apotekama** sve vreme trajanja pandemije?
7. Šta biste izdvojili kao najveće probleme u tretmanu Vaše bolesti tokom pandemije? Po Vama koja bi rešenja za prevazilaženje navedenih problema bila najefikasnija?
8. Da li je **strah od zaraze** uticao na odlaganje odlaska u zdravstvenu ustanovu ?

(a) Prvi meseci pandemije koronavirusa i vreme vanrednog stanja

1. Da li Vam je poznato da je neko od članova Vašeg udruženja, u periodu februar-mart 2020 (nakon zvanične izjave SZO 30.01.2020), kada je postalo jasno da koronavirus predstavlja veliku pretnju po javno zdravlje, kontaktiran od strane referentnih zdravstvenih ustanova u kojima se leči, ili konkretnih lekara, u vezi sa pretnjom koju predstavlja nova respiratorna infekcija, a konkretno u vezi sa svojim zdravstvenim stanjem?
2. Da li je udruženje tim povodom kontaktiralo svoje članove, u vezi sa čim i na koji način?
3. Da li Vam je poznato da li su članovi Vašeg udruženja, nakon objavljivanja vanrednog stanja i mera koje su podrazumevale restrikciju kretanja, bili na neki način kontaktirani i/ili obavešteni od strane referentnih zdravstvenih ustanova u vezi sa planiranim/već zakazanim pregledima i/ili intervencijama?
4. Kakva su Vaša iskustva vezana za dostupnost informacija u vezi sa radom referentnih zdravstvenih ustanova u okolnostima vanrednog stanja?
5. Da li ste tokom vanrednog stanja imali pristup i/ili dobijali terapije na koje redovno idete (npr. posebno važno za pacijente na dijalizi)?
6. Da li Vam je poznato da li su članovi Vašeg udruženja stariji od 65 godina imali pristup zdravstvenoj zaštiti tokom vanrednog stanja (zbog zabrane kretanja vikendom odnosno u popodnev-

nim i noćnim satima ukoliko tada koristite zdraavstvene usluge npr)?

7. Da li znate da li je članovima Vašeg udruženja bilo poznato da imaju pravo da se kreću i tokom perioda zabrane kretanja radi pristupa uslugama zdraavstvene zaštite? Da li su i na koji način o tome bili obavješteni? Da li su dobijali za to potrebne potvrde od referentne zdraavstvene ustanove odnosno dozvole od strane nadležnih organa? Kakva su bila njihova iskustva po tom pitanju?
8. Da li znate kako su članovi Vašeg udruženja koji su se našli u situaciji da zbog mera izolacije određenih članu domaćinstva (povratnik iz inostranstva, oboleli od koronavirusa, itd) moraju da borave u svom stanu regulisali pristup zdraavstvenim uslugama u toj situaciji?
9. Da li znate da li su članovi Vašeg udruženja koristili opštinske volonterske servise za pomoć starima i bolesnima radi nabavke potrebnih lekova? Kakva su njihova iskustva sa tom uslugom tokom vanrednog stanja?
10. Da li su članovi Vašeg udruženja nabavljali sami zaštitnu opremu ili su je eventualno dobili iz nekog izvora?

(b) Period nakon završetka vanrednog stanja i pre početka vakcinacije

1. Ako ste bili u situaciji da obolite od koronavirusa ali da Vaše stanje ne zahteva hospitalizaciju, kakvo je bilo Vaše iskustvo pristupa zdraavstvenoj zaštiti u vezi sa vašom osnovnom bolešću?
2. Da li ste se našli u situaciji da zbog mera izolacije određene članu domaćinstva (oboleo od koronavirusa), kao kontakt, morate da boravite u svom stanu? Kako ste regulisali pristup zdraavstvenim uslugama u toj situaciji?

(c) Period nakon početka vakcinacije

1. Da li ste od strane referentnih zdraavstvenih ustanova dobijali podatke o predstojećem procesu vakcinacije i mogućnosti da osoba sa vašim stanjem primi neku od postojećih vakcina?
2. Da li Vam je prijem na pregled, terapiju ili ispitivanje bio uslovljavan testiranjem ili vakcinalnim statusom?
3. Da li ste prilikom posete ili boravka u zdraavstvenoj ustanovi sami plaćali testove i zaštitnu opremu (bez obzira na dijagnozu)?

4. Koliko ste često morali da koristite usluge privatne prakse? Da li je to bilo uslovljeno nemogućnošću pristupa uslugama u državnim zdravstvenih ustanova ili je to bio Vaš izbor? Objasnite?
5. Da li su Vam i na koje vreme su odlagane neophodne usluge? Iz kojih razloga (medicinskih i/ili nemedicinskih)?
6. Da li je to imalo neke posledice po Vaše zdravlje? Koje?
7. Da li je i kada uspostavljena redovna dinamika pregleda i tretmana?
8. Kakav je Vaš utisak – koliko se lakše/teže/isto zakazuju pregledi u vreme pandemije u poredjenju sa vremenom pre pandemije koronavirusa?

IV Tematska oblast: Pogled unazad – preporuke za budućnost

Svrha:

Smisao ovog dela razgovora je da ispitanici pokušaju da retroaktivno mapiraju probleme i razmisle na koji način bi bilo moguće unaprediti pristup zdravstvenoj zaštiti za socijalno ranjive grupe (poput npr obolelih od hroničnih bolesti).

Pitanja:

1. Na šta bi po Vašem mišljenju trebalo usmeriti pažnju kada je u pitanju pristup zdravstvenoj zaštiti? Na koje konkretne probleme?
2. Koji društveni akteri bi trebalo da naprave izmene i koje kako bi se pristup zdravstvenoj zaštiti poboljšao?
3. Šta bi po Vašem mišljenju najviše doprinelo poboljšanju socijalnog položaja obolelih od hroničnih bolesti?
4. Želite li nešto da dodate što smatrate da je važno za razumevanje različitih društvenih problema sa kojima se susreću oboleli od vaše grupe bolesti, a nismo obuhvatili našim dosadašnjim razgovorom?

HVALA VAM ŠTO STE UČESTVOVALI!

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

614.2:3(497.1)(082)(0.034.2)

616.98: 578.834]:3(497.1)((082)(0.034.2)

PRISTUP zdravstvenoj zaštiti nekovid pacijenata tokom trajanja
epidemije virusa korona u Srbiji [Elektronski izvor] / urednik Marko
Milenković. – Beograd : Udruženje pravnika za medicinsko i zdravstveno
pravo Srbije – SUPRAM, 2022 (Beograd : Dosije studio). – 1 elektronski
optički disk (CD-ROM) ; 12 cm

Sistemska zahteva: Nisu navedeni. – Nasl. sa naslovne strane dokumenta.
– "Ova studija je nastala ... u okviru projekta 'Pristup zdravstvenoj
zaštiti za osobe koje nisu neposredno pogođene vanrednom situacijom
– pouke kovid 19 krize u Srbiji'" --> kolofon. – Tiraž 100. – Appendix. –
Napomene i bibliografske reference uz radove.

ISBN 978-86-80456-03-4

1. Миленковић, Марко, 1983– [уредник]

а) Здравствена заштита – Ковид 19 – Пандемија – Друштвени
аспект – Србија – Зборници

COBISS.SR-ID 79710729

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

614.2:3(497.1)(082)(0.034.2)

616.98: 578.834]:3(497.1)((082)(0.034.2)

PRISTUP zdravstvenoj zaštiti nekovid pacijenata tokom trajanja
epidemije virusa korona u Srbiji [Elektronski izvor] / urednik Marko
Milenković. – Beograd : Udruženje pravnika za medicinsko i zdravstveno
pravo Srbije – SUPRAM, 2022 (Beograd : Dosije studio). – 1 elektronski
optički disk (CD-ROM) ; 12 cm

Sistemske zahteve: Nisu navedeni. – Nasl. sa naslovne strane dokumenta.
– "Ova studija je nastala ... u okviru projekta 'Pristup zdravstvenoj
zaštiti za osobe koje nisu neposredno pogođene vanrednom situacijom
– pouke kovid 19 krize u Srbiji'" --> kolofon. – Tiraž 100. – Appendix. –
Napomene i bibliografske reference uz radove.

ISBN 978-86-80456-03-4

1. Миленковић, Марко, 1983– [уредник]

а) Здравствена заштита – Ковид 19 – Пандемија – Друштвени
аспект – Србија – Зборници

COBISS.SR-ID 79710729



SUPRAM

www.supram.org.rs