Промене финансирања заштите оралног здравља у Србији

Љ. Ердоглија¹, П. Крџалић², М. Илић³, Р. Кандић⁴

Changes of the Oral Health Protection Financing in Serbia

Lj. Erdoglija, P. Krdžalić, M. Ilić, R. Kandić

Сажетак: Током прве половине XX века орално здравље у Србији је било изузетно лоше, као и мотивисаност грађана за заштиту уста и зуба, а стоматолошке услуге су биле прилично скупе и пружали су их углавном приватни дентисти. Настојећи да стање уста и зуба домаће популације значајно унапреде, власти одлучују да од 1945. године скоро комплетне трошкове стоматолошке заштите сноси обавезно здравствено осигурање. Нажалост, више су спровођене релативно компликоване и скупе терапијско-рехабилитационе процедуре, док једноставним и јефтиним здравствено промотивним, као и превентивним активностима није придаван значај који су заслуживале. Орално здравље се побољшавало, али несразмерно мало у односу на уложена средства, финансијске тешкоће су у међувремену постале непремостиве, а незадовољство грађана и стоматолога све више је расло. Сагласно принципима тржишне економије, али и друштвене солидарности, од 2005. примењује се мешовит модел финансирања, односно државно осигурање подмирује већину потреба млађих од 18 и старијих од 65 година, док радно активно становништво углавном плаћа зубнолекарске услуге. У XXI веку, по свему судећи, стоматолошке услуге биће веома скупе, па изгледа да ће свеобухватна превенција представљати најисплативију, најједноставнију и најквалитетнију начин заштите оралног здравља, без којег убудуће највероватније неће моћи да се достигне и задржи иоле респектабилан друштвени статус.

Кључне речи: орално здравље, стоматологија, превенција, каријес.

Summary: During the first half of the XX century, oral health in Serbia was extremely poor, as well as citizens' motivation for mouth and teeth protection, dental services were rather expensive, and those were mainly provided by private dentists. In the effort to improve domestic population oral health significantly, the government decided that from 1945 almost complete dental care costs had to be borne by the compulsory health insurance. Unfortunately, they mainly implemented relatively complicated and expensive therapeutic-rehabilitation procedures, while simple and cheap health promotion and preventive activities failed to gain importance fairly deserved. Oral health improved but disproportionately little in relation to the funds invested, meanwhile, financial difficulties became insurmountable, and citizens and dentists' dissatisfaction increasingly grew. In the compliance with the principles of market economy, as well as social solidarity, a mixed model of financing has been applied since 2005, i.e. state insurance meets the most of the younger than 18 and older than 65 needs, while the working population mostly paid for dental services. In the XXI century, apparently, dental services will be very expensive, and the comprehensive prevention seems to be quite cost-effective, simple and best grade oral health maintenance, without which in the future anyone will not probably be able to achieve and hold a respectable social status.

Key words: oral health, dentistry, prevention, caries.

1 Прим. др Љубомир Ердоглија, специјалиста превентивне и дечије стоматологије, Дом здравља „Звездара“, Београд.

2 Др Предраг Крџалић, специјалиста превентивне и дечије стоматологије, Дом здравља „Звездара“, Београд.

3 Др Милутин Илић, специјалиста оралне хирургије, Дом здравља „Звездара“, Београд.

4 Прим. др Радмила Кандић, специјалиста социјалне медицине, Дом здравља "Звездара", Београд.

Организована, професионална и модерна заштита уста и зуба у нас нема неку нарочито дугу традицију, тако да је, све негде до средине прошлог века, ова контраверзна, веома деликатна, али и прилично маргинализована област здравства деловала стихијски, потпуно препуштена тржишту, тј. неспутаној вољи и финансијским интересима приватног предузетништва, односно личним афинитетима, као и платежним способностима грађана. Сматрало се, наиме, да се ипак „може живети“ чак без иједног јединог зуба, као и да се од болести уста и зуба по правилу „не умире“, тако да се држава није ангажовала превише у вези са заштитом оралног здравља, па ако је неко баш хтео да своје каријесне зубе санира, односно да изгубљене надомести вештачким, онда је он тај наум, наравно, једноставно морао да плати из свог џепа?! Овакав прилично игнорантски однос државе према оралном здрављу ослањао се на одувек распрострањено уверење да обољења зуба представљају само један маргиналан, у суштини превасходно козметичко-естетички и психолошки проблем, а не нешто посебно значајан здравствени, односно биомедицински проблем. Наравно, тада се није много пажње придавало чињеници да крезубост, односно безубост, могу веома значајно утицати како на исхрану, тако и на квалитет живота, самопоштовање и друштвени углед човека, односно да компликације каријеса понекад могу имати веома озбиљне здравствене импликације, посебно у вулнерабилним сегментима популације.

Међутим, преласком из капиталистичког у социјалистички друштвени поредак поменути, иначе прилично једностран, неадекватан, па чак можда и нехуман, однос државе према заштити оралног здравља сопственог народа сада се нагло замењује својом суштом супротношћу, од овога настаје малтене политичко питање *par excellence*, тако да финансирање комплетних трошкова стоматолошке заштите преузима на себе обавезно здравствено осигурање. Слично као претходни и овакав, прилично искључив, неодмерен, а и ретко где у свету присутан начин заштите оралног здравља, такође је показао своје специфичне сла-

бости, наравно, превасходно иманентне самој природи друштвено-политичког система у коме је настао. Наместо раније сасвим одсутне, сада свакако предимензионисана државна регулатива закономерно доводи до контрапродуктивног пасивизирања грађана у вези са бригом о заштити оралног здравља, а поред тога, време је показало да се стање уста и зуба популације несразмерно мало побољшавало у односу на дуготрајно улагање веома значајних средстава. Да би се превазишле не само све веће финансијске него и многе друге тешкоће у функционисању система стоматолошке заштите, 2005. године морао је да буде уведен трећи, компромисни модел финансирања који је, по свему судећи, сасвим реалистичан, одржив и прилагођен не само потребама, него и могућностима друштва. Наиме, постојећи мешовити систем плаћања услуга почива на суштинској реафирмацији кључне улоге појединца у чувању и унапређивању сопственог оралног здравља, а дугогодишње занемаривање овог важног фактора највероватније је и довело до свеопштег разочарења у систем потпуно социјализоване стоматолошке здравствене заштите. Са друге стране, што се тиче улоге државе у транзицији, кад се ради о заштити оралног здравља, чини нам се да су тек сада, напokon, потпуно реално сагледане њене веома ограничене економске могућности, али и да је уважена несумњива потреба за спровођењем социјално одговорне политике, наравно у највећој могућој мери. Због тога су постојећим законским решењем, по нашем мишљењу веома разложно, одмерено и селективно, имплементирани принципи како тржишне економије, тако и друштвене солидарности, чиме су истовремено, колико је год било могуће, избегнуте мањкавости, али су искоришћене и предности сваког од претходна два модела заштите здравља уста и зуба^{1, 2, 3}. Анализа промена начина заштите оралног здравља у нас током последњих стотинак година може бити од користи у сагледавању чињеница да ни апсолутна дерегулација, тј. приватизација до 1945. године, али ни радикално „подржављење“ од 1945. до 2005. године, нису дали сасвим задовољавајућа решења за већину становништва, због чега је нужно било изнаћи

некакав друштвено прихватљив, као и реално одржив компромис између поменута два модела финансирања стоматолошких услуга.

Све негде до средине прошлог века орално здравље у нас било је на изузетно ниском нивоу и то изгледа не превасходно зато што су стоматолошке услуге биле релативно скупе, односно практично недоступне највећем делу тада прилично сиромашне популације, него можда још више због тога што огромна већина нашег народа заштити уста и зуба, у ствари, уопште није придавала неки иоле већи значај. Распрострањеност денталног каријеса била је изразито висока, чак и у младих, док је његово појављивање бивало временом све учесталије, а и у значајној мери повезано са повећавањем доступности хлеба и других производа од белог брашна, као и индустријског, високоферментабилног шећера, док је пропорција санираних у односу на оболеле, односно протетички надомештених у односу на извађене зубе, свакако била изузетно неповољна^{4, 5, 6}. Само ретки појединци имали су и финансијске могућности, а истовремено су осећали и интимну потребу за коришћењем услуга релативно малобројног, ваљано едукованог зубно-лекарског кадра, тако да су мање или више редовно посећивали приватне зубне ординације, иначе распоређене искључиво по урбаним срединама ондашње, претежно руралне Србије. У тим временима огромна већина нашег становништва је већ у трећој деценији живота имала само приближно негде око половине својих сопствених зуба, штавише углавном каријесних, док су преостали већ тако рано морали бити извађени, с обзиром на прилично велику распрострањеност онеспокојавајућих зубобоља, као и дентогених инфекција. Иначе, зуби су се тада веома често вадили без аналгетичких благодети инјекционе анестезије и овом, за данашње појмове застрашујућом, а у оно доба прилично уносном и цењеном радом, углавном су се бавиле “сесоске зубовађе”, односно бербери у варошким и градским срединама. Већина популације, наравно, никад у животу није имала прилику чак ни да види зубарску, а камоли тек ординацију малобројних доктора медицине са завршеном специјализацијом из болести уста и

зуба, док је коришћење четкица за зубе, миришљавих калодоната и “водица за уста”, тада ипак било само мање-више козметичка, помодна и отмена привилегија дама из вишег друштвеног сталежа⁷. На том степену развоја стоматолошке струке у нас скоро да није постојала свест о томе да ли, а и како се може, било личним, било професионалним ангажовањем, утицати на смањење учесталости и интензитета оралних обољења, штавише, један својеврсан, дубоко укореењен, крајње ирационалан нихилизам у погледу могућности заштите здравља уста и зуба био је тада веома широко распрострањен^{8, 9, 10}. Веровало се, наиме, да зуби неминовно морају временом пропадати, по правилу, најпре у младости због каријесне разградње денталних, па онда у зрелости због расклађивања, односно оштећења потпорних параденталних ткива, а такође се чинило и да је практично сасвим свеједно да ли се против тога предузимају било какве стоматолошке превентивне или терапеутске мере. Поред тога, изгледало је и да тај „*fatum*“ представља само једну од многих реалних, а горких чињеница живота, са којима се раније или касније једноставно морамо помирити како знамо и умемо и, наравно, још од тада етиолошки значај наслеђа проглашаван је одлучујућим, док је утицај епигенетских фактора био непрепознат, односно потпуно маргинализован¹¹.

Одмах након Другог светског рата, нова, веома амбициозна, револуционарна власт била је прилично нестрпљива да што пре, а по могућности и из темеља поништи стари, “ненародни”, капиталистички систем вредности, као и да генерише један потпуно нов, битно другачији, напреднији и бољи поредак, наравно социјалистички, заснован на идеалима једнакости, солидарности и друштвене правде^{4, 5, 6, 7}. Наравно, у једном таквом идеолошком окружењу, битно различитом у односу на оно претходно, било је потпуно незамисливо да само малобројни, богати појединци имају адекватну заштиту оралног здравља, а да већина, односно сиромашни слојеви, једноставно немају, тако да су стоматолошке, као уосталом и све друге здравствене услуге, што пре требале да постану доступне целокупној попула-

цији. Требало је наравно ради тога оспособити што пре, а и што више аутентичних домаћих стоматолога који ће јефтино и брзо санирати масу кварних зуба а, поред тога, и убудуће превенирати настанак нових каријеса, односно смањити будуће трошкове обавезног здравственог осигурања. Тако, већ од самог почетка, значајан део новооспособљеног зубно-лекарског кадра усмерен је ка задовољењу оновременог политичког, економског и здравственог императива да се каријес зуба сведе на минимум, па су се они бавили превасходно превентивном, а много мање терапеутском стоматологијом, њихова циљна група била су деца и популација младих и, разумљиво, они су деловали углавном при предшколским и школским установама. Напротив, други део кадра је био одговоран за тзв. поливалентну стоматолошку заштиту, па су они били дисеминовани по локалним заједницама и радним организацијама, њихову циљну групу представљало је радно активно становништво, а задатак им је био свеобухватан, тј. како лечење болести уста и зуба, тако и протетичка рехабилитација. Размишљало се дакле веома оптимистички, идеалистички и максималистички, јер поред хвале вредног, системског јединства превентиве и куративе, у пракси је требало у ствари „једним ударцем убити две муве“, односно, са једне стране, гледано чисто идеолошки, ваљало је широком доступношћу „бесплатних стоматолошких услуга“ постићи политичко-пропагандни веома важан утисак потпуног тријумфа базичних вредности социјалистичког друштва, односно државе благостања. Са друге стране, ако се ствари сагледавају сасвим прагматично, истовремено је требало и да се цена тог амбициозног пројекта сведе на најмању могућу, тј. друштвено подношљиву меру, а за то је свакако идеално било послужити се са древном народном мудрошћу: „боље спречити него лечити“^{8, 9, 10, 11, 12}. Међутим, да би један овако замашан социјално-инжењерски пројекат успео, било је свакако неопходно рачунати са доследним самозаштитним понашањем култивисаног појединца новог доба, са веома активном партиципацијом „широких народних маса“ модерног начина размишљања, као и са грађанима радикално

унапређене опште и здравствене просвећености у односу на ону лошу, заосталу, превазиђену, једном речју предатну. Такође, за успех свега овога било је неопходно обезбедити максималне напоре како здравствене, тако и многих других струка, али посебно стоматолошке, и то нарочито оног њеног дела који је оријентисан ка превентиви, односно чувању и унапређивању оралног здравља. Говорило се надугачко и нашироко да је орално здравље без икакве сумње само један интегрални део општег здравља, односно да се не може чак ни замислити здрав човек са кварним зубима, као и *vice versa*, такође, истицало се често, свакако не без разлога, да само здрави људи могу да граде једно здраво друштво. Међутим, фасцинација разноврсним оралним болестима и њиховим спектакуларним лечењима, опсежним, радикалним и захтевним реконструктивним, а и терапијско-рехабилитационим процедурама, скупим материјалима и најсавременијом опремом а, нажалост, све то у нашем добро познатом, одувек не баш много просвећеном, а и не баш пребогатом окружењу, стално је била у центру пажње и професионалаца, а и шире јавности. Стање оралног здравља се релативно брзо мењало набоље, слично тих година у свету незабележеној стопи нашег привредног раста, али највероватније је да је све то ипак пре било због јако ниске полазне основе, него због неког нашег посебног „индустријског чуда“, међутим, тада забележени краткорочни трендови како у привреди, тако и у здравству, свакако су били веома охрабрујући.

Социјалистичка послератна власт, свакако оправдано, заиста веома се ангажовала да обезбеди становништву што доступнију, а и техничко-технолошку, као и кадровски, што развијенију јавну зубнолекарску службу, односно тзв. бесплатне стоматолошке услуге, настојећи да тако значајно допринесе унапређењу затеченог, свакако веома лошег, стања уста и зуба домаће популације. Међутим, ефекат ових мера валоризован је малтене искључиво уз помоћ сталног истицања увећавања пропорције санираних у односу на каријесне, или протетички надомештених у односу на извађене зубе, што је ипак само ука-

живало како на масовна, тако и на све масовнија пломбирања, односно хиперпродукцију денталних мостова и протеза, тј. углавном на активности везане за стоматолошку куративу, наравно уз стално повећавање трошкова. Са друге стране, нажалост, много мање су коришћени они далеко важнији епидемиолошки параметри који би указивали, или бар наговештавали, истинско унапређивање оралног здравља и редукцију трошкова, што би се могло проценити, рецимо, утврђивањем и верификацијом значајности тренда увећавања процента популације без иједног кварног или извађеног зуба. Тако, пошто се већ од самог почетка ипак чинило да мере примарне, а добрим делом и секундарне превенције оралних болести дају далеко слабије резултате од планираних и очекиваних, нажалост, акценат се постепено премештао ка развијању ендодонтске, хируршке и пародонтолошке терапије, као и протетичке рехабилитације последица каријеса и пародонтопатија. Због тога, уместо да се унапређење оралног здравља евалуира, рецимо, на основу прогресивно све мање новонасталих каријесних лезија, у пракси се радило нешто управо обрнуто, тј. истицало се, према прилично несувислој аналогiji са индустријском производњом, колико је нпр. у одређеном планском периоду урађено пломби, мостова, протеза и слично!? Наравно, грешке у спровођењу промоције и превенције оралног здравља јесу уочаване, делом су и отклањане у ходу, али, свакако ни изблиза не у довољној мери, затим, јесте посебна пажња одувек придавана здравственом васпитању, али, ипак, њиме су по правилу била обухваћена само деца и млади. Поред тога, јесте чињеница да се много радило на унапређивању квалитета стоматолошког просвећивања, као и на „едукацији едукатора“, међутим, напори су нажалост обично усмеравани ка томе како зауставити *болест*, а не ка ономе много важнијем, тј. како сачувати, па и унапредити *здравље*! Несумњиво, одређених помака и краткорочних успеха јесте било, али ни изблиза не онолико колико се очекивало, а у јавности је стално био присутан веома непријатан утисак прилично неповољног *cost/benefit* односа. Наиме, унапређење оралног здравља било је релатив-

но слабо, свакако далеко испод жељеног и могућег нивоа, иако је стално улаган не баш тако мали труд и годинама, па и деценијама, трошена су прилично велика материјална средства. Иначе, на први поглед је заиста лако било помислити да ће се орално здравље популације значајно унапредити, само под условом да се обезбеди солидарно, друштвено финансирање трошкова стоматолошке заштите из Фонда обавезног здравственог осигурања. Такође, могло је изгледати и сасвим логично да ће се релативно брзо исплатити увођење социјализоване контроле оралног здравља, с обзиром да је, као ефекат широког спровођења релативно јефтиних, планских и систематских превентивних мера и активности, већ у догледној будућности требало очекивати драстичну редукцију трошкова стоматолошке куративе. Међутим, интересантно је да наша, домаћа искуства са готово пола века спровођења поменутог модела стоматолошке здравствене заштите ипак нису дала основа за потврду поменуте претпоставке, али, као да цела непознаница није само у утицају начина финансирања и организације стоматолошке заштите на квалитет оралног здравља¹²!? Наиме, чини се да је можда још занимљивије питање како је, са једне стране, нешто слично у скандинавским и још неким земљама ипак давало веома добре резултате, а са друге стране, можемо се и запитати зашто, рецимо, искуства западних земаља где се стоматолошке услуге одвајкада плаћају, сасвим несумњиво указују на изражен секуларни, антрополошки тренд смањивања преваленције и инциденције каријеса у хуманој популацији током друге половине XX века, док тако нешто код нас као да уопште није било случај^{13, 14}!?

Несумњиво је да су се услови за пружање квалитетне стоматолошке заштите у нашем јавном сектору постепено побољшавали, и то како због сталног подмлађивања и све боље едукованости кадра, тако и због континуираног осавремењивања опреме, као и сталног повећавања доступности отварањем нових и нових зубних ординација, посебно оних у многобројним школским и предшколским установама. Али ипак, испочетка илегално, онда годинама полулегално, а на крају и сасвим легално, па-

ралелно је деловао, растао и развијао се одвајкада многим потребан, па чак и неопходан, приватни зубнолекарски сектор, а постепено повећавање конкуренције утицало је свакако и на унапређивање квалитета уз смањивање цена услуга, тако да су наде у могућност дугорочног опстанка нашег традиционалног система потпуно „подржављене“ стоматолошке заштите, постепено почеле да се гасе.

Иначе, разни облици веома чудноватих комбинација активности у приватном сектору, са истом том у јавном сектору, годинама су били „јавна тајна“, међутим, то се сматрало неком врстом нужног зла и таква пракса је најпре прећутно толерисана, да би временом постала чак и малтене легитимна, с обзиром да је већ свима било јасно да много штошта несумњиво мора да се мења, као и да се само чека прави тренутак за обелодањивање те неминовности. А у међувремену стање оралног здравља у нас, изузев донекле у деце и младих, постепено је бивало све горе и горе, дошавши тако до једног заиста неподношљивог нивоа, који је свакако био далеко испод жељеног, а и реално очекиваног. Наиме, као што је добро познато, иако су годинама веома интензивно едуковани кадрови, већина од њих свакако није имала икакве шансе да нађе сопствено место, поред тога, иако су дуго улагана прилична материјална средства, она су ипак углавном „негде цурела“ и, коначно, упркос заиста несумњивом прегалаштву ентузијаста појединаца и мањих група, све то, нажалост, ипак није дало неке значајније резултате, тако да су на крају незадовољни били практично сви! Најпре грађани, с обзиром да је тешко било наћи појединца који би се искрено могао иоле похвално изјаснити о државној стоматолошкој заштити, због чега се све већи број њих, свакако не без разлога, ипак опредељивао за приватни сектор. Што се тиче државе, оптерећене још и дуготрајном економском кризом, као и неопходношћу рационалног коришћењења свакако веома ограничених средстава, она је напослетку морала да сведе биланс и коначно обелодани да би даље улагање у постојећи систем „бесплатне здравствене стоматолошке заштите“ могло да има само ефекат попуњавања „рупе без дна“. Коначно, није била задовољна ни већина сто-

матолога која је „имала срећу“ да добије за послужење у државној служби, па упркос широко распрострањеном уверењу да се многи од њих баш и нису много ангажовали на послу, пречесто су се чуле жалбе на „премала примања“ и „недостатак материјала“ у државним ординацијама, као и на „преоптерећеност послом“ и „лоше услове рада“ у јавном сектору. Наравно, из једне тако дубоке кризе заиста се није могао наћи никакав другачији излаз, него управо онај који је у ствари и нађен, а то је да се, изнад свега, права пацијената коначно морају ускладити са економским могућностима државе. Поред тога, напослетку се морало актуелизовати вечито отворено питање одговорности пацијента за сопствено здравље, бар орално, а тзв. „бесплатне стоматолошке услуге“, у ствари оне које се финансирају солидарно преко Фонда, свакако се су се морале редуковати како по структури (само на најнеопходније), тако и по обухвату, тј. ограничити на највулнерабилније делове популације^{2, 3}. На тај начин, системским мерама су коначно створени реални предуслови да се, са једне стране, стање уста и зуба сваког корисника стоматолошких услуга доведе у мање или више директну везу са његовом сопственом заинтересованошћу за сопствено орално здравље, док је, са друге стране, социјално-економски положај сваког стоматолога, почео напослетку да зависи и од квалитета његовог рада, односно од колико-толико реалне друштвене потребе за њим.

Чињеница је да проблема везаних за примену последње, у ипак дугом низу реформи стоматолошке службе у нас има, као и да ће их свакако још релативно дуго бити, али као да је неспорно и да оно што је доскора било, по свему судећи, ипак више никако не може да се врати. Чак и да је то могуће, поставља се питање да ли би нам некадашња потпуно социјализована заштита оралног здравља могла да буде од користи, ако заиста желимо да се стање уста и зуба домаће популације коначно значајно унапреди? Није дакле суштина ни у многобројним могућностима злоупотреба, као ни у немогућности обезбеђивања довољно средстава за примену таквог, прилично нерационалног модела финансирања, него прави проблем у ствари представља то што он *per se*

ипак доноси само прилично мала унапређења оралног здравља, у односу на релативно велики обим неопходних средстава. Од таквог система су несумњиво приличне користи имали одређени појединци и групе, али већина стоматолога и грађана наравно нису; поред тога, у њему је ипак доминирало декларативно у односу на стварно, као и неодрживо и нереално, уместо одрживог и реалног; коначно, све то је ипак било саставни део једног сасвим другачијег економског, социокултуролошког и политичког окружења, него што је ово наше садашње. Такав начин финансирања омогућавао је, поред осталог, и лакомислену безбрижност не баш тако малог броја доктора за сопствену плату, радно место и права из радног односа, тако да они *de facto* углавном нису имали реалних разлога да се много брину, залажу и едукују. Са друге стране, исти тај систем као да је фаворизовао бесмислену пасивност многобројних грађана у погледу заштите сопственог оралног здравља, редовних контрола и благовремених третмана, тако да се већина популације уопште није много забрињавала што јој зуби брже или спорије пропадају, наравно не сагледавајући ни економске, ни здравствене, а ни психосоцијалне импликације такве неодговорности. Недопустиво лоше стање својих уста и зуба појединац је сводио на „страх од зубара“, „преоптерећеност послом“, „недостатак слободног времена“ и сличне рационализације, свакако свестан да ће „држава“, односно друштво, раније или касније, ипак солидарно сносити целокупне, свакако не баш тако мале, трошкове његовог целокупног лечења и рехабилитације. Упркос прокламованом принципу праведности, можемо се запитати да ли је баш било фер и то што су они који су заиста водили рачуна о свом оралном здрављу, штедећи тако средства обавезног осигурања, практично били изједначени, односно у ствари маргинализовани, па чак и оштећени, у односу на оне који о томе уопште нису бринули, правећи тако штету не само себи, него и друштвеној заједници у целини? Поставља се и логично питање зашто наше, иначе прилично сиромашно друштво, које се наводно определило за максимално поштовање принципа солидарности и економич-

ности, никако није успевало, или можда ипак није хтело, да нађе делотворне механизме да се спречи неретко непотребно трошење значајних материјалних средстава кроз такозвани систем бесплатних стоматолошких услуга!? Наиме, чињеница је да се новац углавном улагао како у масовне, компликоване и скупе ендодонтске, пародонтолошке и хируршке процедуре, тако и у екстензивне протетичке рехабилитације, и то по правилу веома „запуштених случајева“, уместо да се суштински и доследно фаворизује промоција оралног здравља, као и да се широко и консеквентно спроведе редовне контроле, односно благовремени ефектни, једноставни и, наравно, веома економични третмани!

Historia magistra vitae est и сада, наместо доскорашње фасцинације малтене незамисливим достигнућима стоматолошке терапије и рехабилитације, посебно хируршко-протетичким решењима безбости, олако ширеним уверењима у свемоћ денталне имплантологије, као и у апсолутну биокompatibilност, функционалност и наднаравну лепоту денталне керамике, и на Западу, а све више и у нас, напokon, у центар пажње долазе здрави, природни зуби и, такође, много се размишља, а и ради на томе, како их што је могуће дуже таквима сачувати. У складу са том новом, рекло би се постмодернистичком логиком, широм света заживели су многи како индивидуални, тако и масовни превентивни програми и, такође, интензивирала се активност одувек моћне денталне индустрије, која сада све више промовише специјалне четкице, разне врсте зубног конца и многе друге помоћне производе за заштиту оралног здравља, затим, ту су и нове зубне пасте, многобројна специјална лековита средства, поред тога све више „улази у моду“ улепшавање, бељење и украшавање зуба, тј. производне линије денталне неге и козметике, тако да је сада пред нама читава палета најновијих „превентивних“ артикала, као и доскора сасвим незамисливих услуга^{12, 13, 16, 17, 18}.

У цивилизованом свету је одавно уобичајено, а то исто постепено почиње да бива и у нас, нажалост за сада углавном у млађих, просвећених и самосвесних грађана, да се кон-

тролни прегледи зуба обављају редовно, тј. бар једном до два пута годишње, и свакако у одсуству донедавно уобичајених зубобоља, свеједно да ли јатрогених или спонтаних. Истовремено, сада већ постаје „сасвим нормално“ да се и најмања лезија заустави већ у самом почетку, наравно, једноставно зато што су тако трошкови санације минимални, а због тога што је такво решење ван сваке сумње најједноставније, а и најквалитетније могуће. Према томе, изгледа да ће промена начина финансирања ипак бити корисна у погледу унапређења оралног здравља, јер изгледа да се начин размишљања грађана кад је реч о неопходности њихове активне партиципације тек сада заиста мења набоље, и то наравно изнутра, тј. из њих самих, својевољно, свесно и намерно, а наравно не као резултат прилично неубедљивих и необавезујућих спољашњих притиска од стране „надлежних“, као донедавно. Што се тиче јавне стоматолошке службе, сматрамо да она и даље има своје легитимно место, свакако, са једне стране, у пружању врхунских услуга из домена све актуелније свеобухватне професионалне превенције оралних болести, а са друге стране, такође и у обезбеђивању компромисног терапеутско-рехабилитационог збрињавања социјално најугроженијих, за шта и друштвена заједница у целини има интререс, али приватни сектор, наравно, ту не може наћи своје место. Међутим, зашто да се у јавном сектору и даље упорно спроводе изузетно скупе, захтевне и комплексне терапијске, реконструктивне и рехабилитационе процедуре, које се већ увелико, успешно и веома квалитетно раде у приватној пракси, тако да је, по нашем мишљењу, будућа функционална комплементарност ова два сегмента стоматолошке заштите можда ипак пробитачнија, него непотребна конкуренција!? Сасвим је оправдано да се средства намењена јавној стоматолошкој заштити надаље усмеравају углавном према значајном унапређењу оралног здравља деце, тако да се може реално очекивати да ће се та инвестиција убрзо вратити, наравно кроз значајно смањење будућих трошкова за њих, све до оног доба докле реално може да сеже друштвена брига о оралном здрављу.

Донедавно се тврдило да је каријес „најраспрострањенија болест човечанства“, као и да се ту ради о „обољењу од огромног социомедицинског значаја“, и онда, упркос његовој несумњиво великој превентабилности, несразмерно много хуманих и материјалних ресурса оријентисало се ка мање-више непотребном лечењу и рехабилитацији његових последица. Међутим, хигијенски, социокултурни и цивилизацијски стандарди су се крајем XX века значајно изменили, тако да имати унапредовале каријесне лезије, или немати већи број зуба, што је доскора било малтене уобичајено, сада постепено почиње да представља одраз једне социјално крајње недопустиве личне неодговорности, запуштености, па чак и својеврсног примитивизма. Све више грађана, поготову они млађег животног доба, сада по правилу желе да „имају свог зубара“ коме потпуно верују, доктора који се према њима понаша са пуно поштовањем и професионалне одговорности, такође, њих уопште више не треба подсећати да је неопходно редовно одлазити на стоматолошке контроле, штавише тој популацији је важно не само да имају здраве зубе, него да су им они што је могуће лепши, правилнији и белји, па чак понекад и украшени. Међутим, поменутој генерацији новог доба свакако требају и одговарајући професионалци, наравно не они са традиционално лежерним односом према пацијенту, континуираној едукацији и сопственом радном месту, него модерни доктори стоматологије који сами морају, могу и хоће да решавају све захтеве свог пацијента, самостални, „болоњски“ оријентисани, практични, рационални, а и високо мотивисани. Прошло је заувек време „поправке“ и лечења зуба у једној, санације меких оралних ткива у другој, вађења зуба у трећој, „прављења зуба“ у четвртој ординацији и тако даље. Завршило се, напokon, оно доба кад је једном, на ко зна какав, по правилу нетранспарентан начин стечено тзв. радно место, одједном постајало нека врста приватне својине! Данас су дентална анестезиологија, дијагностика, минимално инвазивни „биолошки“ третмани, реконструктивна средства, материјали и процедуре толико усавршене да је веома симптоматично ако неко допус-

ти себи да избегава стоматолога, тако да потрече за кадром итекако има, али само за оним који хоће да се прилагођава новим условима, који заиста жели да ради, да се труди, као и да се стално усавршава. Сами пацијенти, тј. клијенти будућих зубних ординација, пошто ће флоридне оралне патологије и чисто теапелутских услуга највероватније временом бити све мање, итекако ће, по нашем мишљењу, штавише још од раног детињства, веома водити рачуна о редовним контролама, правилној исхрани, флуоропрофилактици, хигијени, употреби четкице, пасте, зубног конца и о свему осталом што је неопходно да би што дуже сачували сопствено орално здравље¹⁸.

По свему судећи, стоматолошке услуге биће временом све атрактивније, комфорније, софистицираније, па самим тим и скупље, док ће „добри зуби“, као и „блистав осмех“ бити неопходни да се добије, односно задржи иоле значајније радно место. Може се са правом претпоставити и да зуби највероватније ускоро више неће представљати само најобичније статусне симболе, односно обележја личне телесне атрактивности, него изнад свега део легитимних потреба сваког појединца да сачува лични дигнитет, односно респектабилно место у друштву. Са друге стране, „лоши зуби“, какве данас нажалост има већина старије, па чак и део релативно млађе популације, углавном зато што о свом оралном здрављу донедавно нису водили много рачуна, највероватније ће већ у блиској будућности представљати тешку стигматизацију, односно својеврсан психофизички хендикеп са непредвидљивим социјалним последицама. Нови начин поимања животних вредности који одговара трећем миленијуму као да се већ назире и, наравно, да би се битно унапредило орално здравље популације, потребно је да се исто тако значајно измени људско понашање, критеријуми, вредносни судови, однос грађана према самима себи, а то изнад

свега представља усвајање одговарајућих животних стилова, навика, обичаја и ставова. Свакако до бољег оралног здравља у XXI веку може се доћи само, са једне стране, много значајнијом партиципацијом грађана него што је она то била до сада, а са друге стране, истовремено и суштинском, превентивном оријентацијом целог, а посебно јавног стоматолошког сектора, што су у ствари и били главни циљеви последње промене модела финансирања стоматолошких услуга^{2, 3}.

Парадоксално је, а и помало иронично, кад се подсетимо колико је средстава и ангажовања за унапређење оралног здравља био спреман да уложи некадашњи социјалистички поредак, заиста крајње беневољентан према најширим популационим слојевима, све то наравно у једном крајње наивном настојању да ће се остварити онај давнашњи, хуманистички идеал „народног здравља“, међутим, као да у ствари није ни могао да успе у томе! Међутим, један битно другачији друштвено-политички систем, како неки кажу прилично немилосрдан, али, такође и сасвим реалистичан, стимулативан и транспарентан, социјални поредак који је заснован на принципима тржишне привреде, фаворизовања сталне активности, конкуренције и прилагођавања сваког појединца, изгледа да ће ипак у томе успети, штавише, можда и прилично брзо!? Зато нам се чини да са правом треба ускоро очекивати значајно побољшање стања уста и зуба домаће популације, али, наравно не само зато што је наводно *боље спречити него лечити*, како се донедавно прилично начелно, уопштено и неконсеквентно говорило, односно мање или више доцирало, него због тога што једино свеобухватна, професионална, континуирана и економична превенција заиста представља најједноставнији, најпоузданији и најисплативији начин чувања и унапређивања оралног здравља.

Литература

1. Caldwell RC, Stallard R.: A Textbook of preventive dentistry. W.B. Saunders. Philadelphia-London-Toronto, 1977.
2. Закон о здравственој заштити. Службени гласник РС, 107/05.
3. Закон о здравственом осигурању. Сл. гласник РС, 107/05, 109/05.
4. Граовац Ж.: Основи дечје стоматологије. Завод за издавање уџбеника социјалистичке републике Србије, Београд, 1966.

5. Стошић П. и сар.: Дечја и превентивна стоматологија. Дечје новине, Горњи Милановац, 1984.
6. Вуловић М. и сар.: Превентивна стоматологија. *Elit medica*, Београд, 2002.
7. Димитријевић Б.: Стоматологија и култура. Београд, 2008. Пројекат Растко/Историја/Историја медицине, <http://www.rastko.org.rs/istorija/medicina>.
8. Војиновић Ј. и сар.: Превентивни програми у стоматологији. Научна књига, Београд, 1990.
9. Рајић З. и сар.: Превентивни програми у стоматологији. Јумена, Загреб, 1991.
10. Рајић З. и сар.: Примарна стоматолошка заштита. Јумена, Загреб, 1989.
11. Татић Е. и сар.: Превентивна стоматологија у пракси. Научна књига, Београд, 1985.
12. Вуловић и сар.: Програм превентивне стоматолошке заштите становника Србије. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1996.
13. Јанковић ЈБ, Стаменковић Д: Превентивна стоматологија у одраслих. Драганић, Београд, 1998.
14. Група аутора: Estimates of edentulism among persons 65 years of age and over. National Center for Health Statistics, List of Trend Tables, 2005.
15. Белоица Д.: Флуориди - законска регулатива. *Stom Glas S*, Vol 53, Suppl 1, 2006.
16. Царевић М. и сар.: Програм превентивне стоматолошке заштите 2009–2015. Стоматолошки факултет, Клиника за дечју и превентивну стоматологију, Београд, 2008.
17. Царевић М., Вуловић М.: Предлог програма стоматолошке заштите деце и омладине до 18 година и трудница. *Stom Glas S*, 2009; Vol 56, Suppl. 1.
18. Царевић М., Вуловић М: Интегрисани приступ у збрињавању каријеса – превенција пре терапије. *Stom Glas S*, 2009; Vol 56, Suppl. 1: 55–58.