
Prof. dr Miloš Banićević*

PEDIJARIJA PRIPADA PEDIJATRIMA

KARAKTERISTIKE SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE DECE I ADOLESCENATA U EVROPI

Sistemi zdravstvene zaštite stanovništva koji su krajem 19. i tokom 20. veka nastali u evropskim zemljama odražavaju razlike u političkoj ideologiji, stepenu društveno – ekonomskog razvoja, religijskoj i kulturnoj tradiciji. Način finansiranja, odnosno model osiguranja zdravstvene zaštite imao je presudan uticaj na karakter sistema.

Krajem 19.veka u Nemačkoj se uvodi prvi model obaveznog zdravstvenog osiguranja finansiran preko doprinosa zaposlenih i poslodavaca. Sistem je imao veliki, ali ne i potpuni obuhvat stanovništva i pretežno društveno vlasništvo u sektoru zdravstva (*Bizmarkov model*). Model finansiranja zdravstvene zaštite putem budžeta, sa potpunim obuhvatom stanovništva i isključivo državnim vlasništvom u sektoru zdravstva (*Semaškov model*) uspostavlja se u SSSR-u neposredno nakon Oktobarske revolucije. Zdravstvena zaštita dece i mladih u ovom modelu objedinjuje se u sistemu zaštite majke i deteta, pri čemu se uvodi princip da zdravstvene usluge u primarnoj zaštiti ovih populacionih grupa obezbeđuju lekari specijalisti – ginekolozi, akušeri i pedijatri. U skandinavskim zemljama u istom periodu razvija se sličan sistem socijalizovane zdravstvene zaštite i društvene brige o deci, ali na sasvim drugačijim političkim i ekonomskim osnovama od onih u SSSR-u.

Nakon Drugog svetskog rata u Engleskoj se uvodi nacionalna služba zdravstvene zaštite, finansirana iz budžeta, sa potpunim obuhvatom stanovništva i državnim vlasništvom, odnosno kontrolom u sektoru zdravstva (*Beveridžov model*). Za razliku od sovjetskog modela, u Engleskoj zdravstvene usluge ženama i deci u primarnoj zaštiti ne pružaju specijalisti ginekolozi i pedijatri, već lekari opšte medicine koji imaju ulogu tzv. „čuvara kapije“ na ulazu u zdravstveni sistem. Treba napomenuti

* Udruženje pedijatara Srbije

da između sovjetskog modela zdravstvene zaštite dece i modela u zemljama zapadne Evrope postoji značajna razlika i u načinu dodiplomskog i posle diplomskog obrazovanja pedijataru. U većini nekadašnjih socijalističkih zemalja uvodi se posle Drugog svetskog rata model zdravstvene zaštite dece i mladih sličan onom u SSSR-u, dok se u zemljama Zapadne Evrope razvijaju različite kombinacije Bizmarkovog ili Beveridžovog modela.

U evropskim zemljama nije prihvaćen, sem retkih izuzetaka, *model privatnog zdravstvenog osiguranja* na kojem se zasniva zdravstvena zaštita stanovništva u SAD. Takav model veoma je nepovoljan za decu, mlade i siromašne slojeve stanovništva. Naime, prema zvaničnim statističkim podacima (The Census Bureau) u 1996. godini 15% dece u SAD, pretežno iz porodica sa niskim godišnjim primanjima, nije imalo zdravstveno osiguranje. Uprkos enormnog izdvajanja za zdravstvenu zaštitu stanovništva (uslovljenog suvišnim korišćenjem medicinske tehnologije) koji per capita u 2006. godini iznosi 6.714 \$ i za 50% prelazi izdvajanje po glavi stanovnika u drugim razvijenim industrijskim zemljama, procenat dece koja privremeno ili stalno nisu osigurana raste u proteklih deset godina.

Od sredine 20. veka u većini evropskih zemalja, posebno u zemljama socijalističkog društveno – ekonomskog sistema, nastaje intenzivan razvoj pedijatrije, otvaraju se brojne visoke i srednje medicinske škole u kojima se obrazuju generacije lekara i medicinskih sestara specijalizovanih za rad u zdravstvenoj zaštiti dece i mladih. Dobro edukovani specijalisti i medicinske sestre obezbeđuju kvalitetnu zdravstvenu zaštitu u ustanovama primarne, sekundarne i tercijarne pedijatrijske službe uvodeći nove metode i programe prevencije i lečenja dečije populacije. Polivalentna patronažna služba domova zdravlja svojim edukativnim aktivnostima pruža izvanredan doprinos unapređenju zdravlja majki i dece, naročito u seoskim naseljima.

Sprovođenjem obaveznih imunizacija dece protiv najvažnijih zaraznih bolesti i drugih masovnih preventivnih programa (obavezni sistematski pregledi dece, jodinacija soli i dr.), primenom novih dijagnostičkih postupaka, kao i racionalnim korišćenjem antimikrobne terapije, moderna evropska pedijatrija ostvaruje epohalne uspehe u unapređenju zdravlja dece i mladih. Radikalnim snižavanjem visokih stopa smrtnosti odojčadi i male dece, uz istovremeno snižavanje stopa maternalne smrtnosti odvija se epidemiološka tranzicija evropskog stanovništva koja donosi produženje srednjeg očekivanog trajanja života i duboke promene u strukturi oboljevanja i smrtnosti kako dečije, tako i adultne populacije.

Zahvaljujući ostvarenoj kontroli najvažnijih tradicionalnih uzroka oboljevanja i smrtnosti odojčadi i dece mlađe od pet godina, a delom i pod uticajem novih mogućnosti medicinske tehnologije, u poslednjih nekoliko decenija evropska pedijatrija posvećuje sve veću pažnju retkim kongenitalnim i hereditarnim poremećajima novorođenčadi i odojčadi. Razvija se niz pedijatrijskih subspecijalnosti, što ugrožava

socijalni karakter i celovitost pedijatrije, i donosi rizik njenog ponovnog utapanja u adultnu medicinu.

Sa druge strane, modernizacija života se ispoljava razornim uticajem na zdravlje adolescenata. „Novi morbiditet“ mladih (poremećaji seksualnog i reproduktivnog zdravlja, povrede i nasilje, zloupotreba psihoaktivnih supstanci, gojaznost i dr.) poprima epidemijske razmere, a pored medicinskog, on ima ogroman socijalni i demografski značaj. Za razliku od epidemiološke situacije početkom 20.veka, kada su biološki agensi bili glavni uzroci oboljevanja i smrtnosti odojčadi i male dece, determinišući faktor „novog morbiditeta“ mladih čini danas nepovoljno porodično i društveno okruženje u kojem deca i adolescenti predstavljaju idealnu ciljnu grupu za poroke vladajuće masovne potkulture.

U organizaciji primarne zdravstvene zaštite dece i adolescenata, kao i profilu lekara koji tu zaštitu obezbeđuju, u evropskim zemljama postoje, prema studiji Katz-a i saradnika iz 1999. godine, značajne razlike. U 34 zemlje koje su učestvovala u anketi ukupno 167.444 pedijatra pružaju primarnu zdravstvenu zaštitu populaciji od 158 miliona dece mlađe od 15 godina (prosečno 2.094 deteta na 1 pedijatra, sa rasponom od 401-15.150). U 12 zemalja (pored nekadašnjih socijalističkih država i Grčka, Španija i Kipar), zdravstvenu zaštitu dece obezbeđuju pretežno (>75% dece) pedijatri, a u 6 zemalja pretežno lekari opšte medicine, pri čemu u 3 od ovih zemalja (Engleska, Holandija, Norveška) pedijatri uopšte ne učestvuju u primarnoj zaštiti dece. Najzad, u 16 zemalja postoji kombinovani (mešoviti ili paralelni) sistem u kojem u zaštiti dece približno podjednako učestvuju i lekari opšte medicine i pedijatri. U Nemačkoj isključivo pedijatri pružaju zdravstvenu zaštitu deci do 2-4 godine, a nakon tog uzrasta i lekari opšte medicine. U Švajcarskoj pedijatri pružaju zdravstvenu zaštitu deci u gradovima, dok u planinskim i seoskim naseljima lekar opšte medicine – porodični lekar brine o svim članovima porodice.

Slični rezultati u pogledu razlika među evropskim zemljama u načinu organizacije službi i profilu lekara koji obezbeđuju zdravstvenu zaštitu adolescenata (10-19 godina) ustanovljeni su i u studiji UNEPSA iz 2008. godine. Od ukupno 29 anketiranih zemalja u 6 postoji čist pedijatrijski sistem, u 9 zaštitu adolescenata obezbeđuje lekar opšte medicine, a u 14 zemalja funkcioniše kombinovani sistem. U oko dve trećine anketiranih zemalja stručno usavršavanje iz adolescentne medicine odvija se u okviru specijalizacije pedijatrije, a u jednoj trećini u okviru specijalizacije opšte medicine. U približno polovini zemalja adolescentna medicina je prihvaćena kao pedijatrijska subspecijalizacija, dok je u jednoj trećini ona deo opšte pedijatrije.

Navedene razlike u sistemima primarne zdravstvene zaštite dece i adolescenata u evropskim zemljama stvorili su različiti istorijski, politički, ekonomski i geografski uslovi. Izazovi koje donosi početak 21. veka ugrožavaju, međutim, ne samo viziju jedinstvene socijalno orijentisane pedijatrije, sa funkcionalnom integracijom i raci-

onalizacijom sva tri nivoa zdravstvene zaštite dečije populacije, već i sam opstanak evropske pedijatrije.

UTICAJ MODERNIZACIJE ŽIVOTA NA RAZVITAK STANOVNIŠTVA I SISTEME PENZIONOG I ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

U senci globalnih političkih i ekonomskih procesa odigravaju se u evropskim društvima od sredine 20.veka duboke promene načina života stanovništva koje se označavaju pojmom modernizacije života. Naime, krajem drugog milenijuma hrišćanske kulture u Evropi sve više se potiskuju i napuštaju moralne, socijalne i reproduktivne norme zasnovane na religijskim kanonima. Pod diktatom profita i uticajem novih tehnologija komunikacija, informatike i biomedicine nastaje materijalistička civilizacija sa dominacijom individualizma, egoizma i potrošačkog duha. Masovna zaposlenost žena i korišćenje hormonske kontracepcije doprinose urušavanju tradicionalnog braka i porodice i usvajanju niskih reproduktivnih normi, što se na početku 21.veka u svim evropskim zemljama iskazuje (ireverzibilnom?) demografskom krizom i depopulacijom.

Savremena materijalistička civilizacija odbacila je monoteističke dogme o svetinji života, braka i porodice, odnosno mudrost eleusinskih misterija. U jednoj od ključnih dilema svake kulture (pravo individue na slobodu izbora ili pravo zajednice na biološki opstanak) savremena društva su se opredelila za pravo individue, ili drugim rečima umesto Erosa izabrala Tanatos. Mada je depopulacija kao demografski fenomen zabeležena i na zalasku ranijih ciklusa evropske kulture (antička Grčka i Rim), ta činjenica ne pobuđuje, bar za sada, dužnu pažnju političke elite u Evropi.

Dugotrajno opadanje stopa fertiliteta evropskog stanovništva, uz produženje srednjeg očekivanog trajanja života, ozbiljno ugrožava postojeće sisteme zdravstvene i penzione zaštite projektovane za potpuno drugačije demografske uslove. Promena odnosa između kontingenta radno-aktivnog stanovništva i sve većeg broja penzionera dostiže zabrinjavajuće razmere: do 2030. godine stariji od 65 godina činiće 30% ukupne populacije, umesto sadašnjih 15-16%. Rastuće učešće starijih generacija u opštoj populaciji i njihove sve veće potrebe za zdravstvenim uslugama i negom, imajući u vidu ograničena sredstva fondova osiguranja, otvara veoma osetljivo pitanje prioriteta. Stoga je racionalizacija sistema javne zdravstvene zaštite, koja se može definisati kao ograničavanje pristupa građana željenim i potrebnim zdravstvenim uslugama priznatog efekta, očigledno neizbežna, pošto ni jedno savremeno društvo ne može obezbediti sve željene i korisne zdravstvene usluge za sve svoje građane. Primena mera racionalizacije dovodi, međutim, u pitanje principe koji su temelj javnog zdravstvenog osiguranja (podrška mladih starima, zdravih bolesnima, bogatih siromašnima i dr.). U uslovima depopulacije u evropskim zemljama princip solidarnosti trebao bi da dobije bitno drugačiji socijalni i etički karakter. Naime, biološki

opstanak i smisla budućnost zajednice nalažu da prioritet imaju mladi naraštaji. Takav pristup je ne samo moralno, već i ekonomski potpuno opravdan imajući u vidu da se temelji zdravlja u odraslom dobu polažu upravo u antenatalnom i perinatalnom periodu, detinjstvu i adolescenciji.

Nezadovoljstvo sistemima zdravstvene zaštite (ogroman porast troškova, ograničena sredstva i dr.), kao i nepovoljne demografske tendencije doveli su krajem 20. veka do održavanja niza međunarodnih konferencija posvećenih pitanjima zdravstvene zaštite, razvitka stanovništva i populacione politike.

Međunarodna konferencija o primarnoj zdravstvenoj zaštiti, u organizaciji Svetske zdravstvene organizacije i UNICEF-a, održana je u Alma Ati od 6-12. septembra 1978. godine. Poznata *Deklaracija o primarnoj zdravstvenoj zaštiti* u 10 tačaka, mada neobavezujuća, prihvaćena je konsenzusom od strane delegacija iz 134 zemlje. U tački 7 navedeni su 8 osnovnih elemenata primarne zdravstvene zaštite:

*“• primarna zdravstvena zaštita uključuje (najmanje): edukaciju u odnosu na preovlađujuće zdravstvene probleme i metode njihove prevencije i kontrole; unapređivanje snabdevanja hranom i pravilnu ishranu; adekvatno snabdevanje zdravom pijaćom vodom i osnovne sanitacije; **zdravstvenu zaštitu majke i deteta, kao i planiranje porodice**; imunizaciju protiv najvažnijih zaraznih bolesti; prevenciju i kontrolu lokalnih endemskih bolesti; odgovarajući tretman najčešćih bolesti i povreda; obezbeđenje esencijalnih lekova;*

Majke i deca su, za razliku od svih drugih populacionih grupa, a zbog svog izuzetnog zdravstvenog, socijalnog i demografskog značaja posebno izdvojeni i istaknuti u Deklaraciji o primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Pojam planiranja porodice, zbog kompromisa sukobljenih shvatanja različitih ideoloških i religijskih krugova dat je kao deo elementa „zdravstvene zaštite majke i deteta“.

Deklaracija o primarnoj zdravstvenoj zaštiti i drugi dokumenti Konferencije u Alma Ati poslužili su kao osnova za definisanje *Globalne strategije “Zdravlje za sve do 2000. godine”* koja je 1981. godine usvojena na 34. Skupštini SZO (Rezolucija WHA 34/36). Zbog dihotomnih demografskih tendencija između razvijenih i zemalja u razvoju, kao i pogoršanja društveno – ekonomskih uslova života u nerazvijenim zemljama, očekivanja i nade vezane za donošenje Globalne strategije “Zdravlje za sve do 2000. godine” pokazale su se, nažalost, kao velika iluzija.

GLOBALIZACIJA I PERSPEKTIVE EVROPSKE PEDIJARIJE

Radi razumevanja ključnih izazova i perspektive evropske pedijatrije u 21. veku neophodan je makar površan uvid u globalne geopolitičke, društveno-ekonomske i demografske procese koji su tokom nekoliko poslednjih decenija 20. veka i na početku 21. veka doneli neočekivane i dalekosežne promene u međunarodnim odnosima, kao i

načinu života stanovništva. Naime, procesi koji oblikuju svetski poredak bitno utiču na funkcionisanje zdravstvenog sistema u svakoj zemlji, mada karakter sistema u nekoj zemlji određuju lokalni politički činioci, stepen ekonomskog razvoja, demografska struktura, sistem vrednosti i socijalnih normi.

Urušavanje socijalističkog sistema u SSSR-u tokom poslednje decenije 20. veka označilo je završetak dugotrajnog „hladnog rata“ i nestanak bipolarne planetarne ravnoteže između ideološki, ekonomski i vojno suprotstavljenih blokova zemalja. Kao „pobednik u hladnom ratu“ i jedina preostala velesila, SAD započinju ostvarivanje svoje geopolitičke vizije – „novog svetskog poretka“. Nastaje period dubokih poremećaja u odnosima među državama u kojem SAD, kontrolom ključnih međunarodnih finansijskih institucija i širenjem sfere uticaja svoje vojne alijanse, preuzimaju pravo da u sopstvenom interesu odlučuju o sudbini drugih zemalja i naroda. Ciljevi te neokolonizacije ostvaruju se u okviru procesa globalizacije bilo pod maskom odbrane ljudskih prava, slobode i demokratije, ili, pak, otvorenim kršenjem međunarodnog prava, suvereniteta malih zemalja i vojnim intervencijama. Suštinski cilj je uvek isti – uvećanje profita multinacionalnih korporacija pod kontrolom SAD. Dominacija „novog svetskog poretka“ okončala se iznenadno krajem prve decenije 21. veka finansijskim i ekonomskim kolapsom neoliberalnog oblika kapitalističkog sistema. Neposredni efekti nastale globalne krize dostižu dramatične razmere, a karakter budućih međunarodnih odnosa i posledice po sisteme socijalne i zdravstvene zaštite za sada je teško predvideti.

Razorni efekti globalne krize i nepovoljne demografske tendencije, pored toga što ozbiljno dovode u pitanje funkcionisanje zdravstvenih i penzionih sistema zasnovanih na pomenutim modelima osiguranja, mogu imati posebno negativan uticaj na budućnost pedijatrije. Zdravstvena zaštita dece u zemljama u kojima je nastupila depopulacija može biti zapostavljena zbog sve većeg izdvajanja finansijskih sredstava fondova osiguranja za potrebe sve brojnije starije populacije. Opadanje broja živorođene dece, kao i istovremeni porast specijalista različitih profila koji toj populaciji pružaju zaštitu, smanjuju potrebe za pedijatrijama, a konkurencija na tržištu pedijatrijskih usluga veoma se zaoštrava. Vodeći pedijatrijski autoriteti u mnogim zemljama sveta izražavaju stoga u poslednjih nekoliko godina sve veću zabrinutost u pogledu budućnosti zdravstvene zaštite dece i omladine, odnosno položaja pedijatrije u 21. veku.

Regionalna kancelarija SZO za Evropu, kao najviša međunarodna institucija i legalan zastupnik interesa zdravstvene zaštite stanovništva na području Evrope, usvojila je početkom 90-tih godina prošlog veka veoma čudan stav u pogledu profila lekara koji treba da pružaju zdravstvenu zaštitu deci i adolescentima. Naime, Svetska banka je 1993. godine u Izveštaju o razvoju u svetu (Investiranje u zdravstvo), a na osnovu analize globalnih ekonomskih i demografskih tokova ukazala na značaj i ogromne mogućnosti investiranja u sektoru zdravstva. Globalizacija je iskorišćena kao izvanredna prilika da se u zdravstvenim sistemima nekadašnjih socijalističkih

država, kao i u zemljama u razvoju stvore nova tržišta kroz privatizaciju državnog vlasništva u sektoru zdravstva i uvođenje tržišnih mehanizama u pružanju i osiguranju zdravstvenih usluga. Osnovni cilj takvih poduhvata nesumnjivo je profitni interes proizvođača skupe medicinske tehnologije i osiguravajućih kompanija. Neophodnost privatizacije i uvođenja konkurencije u sektoru zdravstva pokušava se obrazložiti postizanjem efikasnije zdravstvene zaštite u uslovima slobodnog tržišta i privatne svojine, iako za takvu tezu uopšte nema dokaza.

Uskoro nakon studije Svetske banke iz 1993. godine o ogromnim mogućnostima investiranja i sticanja profita u sektoru zdravstva, Regionalna kancelarija je promoviranje svog stava u odnosu na poželjan profil lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti dece poverila evropskom ogranku međunarodnog udruženja privatnih lekara opšte medicine (WONCA EUROPE) i izrazila ga 1995. godine u publikaciji *Povelja za opštu praksu/porodičnu medicinu u Evropi*. Radi se o jednom stručno neutemeljenom, a iznenađujuće agresivnom dokumentu u kojem se zastupaju teze o mesijanskom značaju lekara opšte medicine – porodičnog lekara, neophodnosti njegovog uvođenja u primarnu zaštitu dece umesto pedijataru i ekonomskoj dobrobiti koju nekoj zemlji navodno donosi privatizacija u sektoru zdravstva. Taj dokument nikada nije zvanično usvojen i ostao je samo „dokument za diskusiju“, ali, nažalost, nosi zaglavlje Regionalne kancelarije SZO za Evropu.

Doslednost politike Regionalne kancelarije SZO za Evropu u odnosu na profil lekara koji treba da obezbeđuje primarnu zdravstvenu zaštitu dece i adolescenata u evropskim zemljama pokazala se i prilikom donošenja *Vizije Zdravlje 21*. 1998. godine. Nasuprot Deklaraciji o primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz Alma Ate, u kojoj se uopšte ne određuje profil lekara koji obezbeđuju primarnu zaštitu dece i mladih, Regionalna kancelarija SZO je svoj stav o uvođenju porodičnog lekara u primarnu zdravstvenu zaštitu dece u evropskim zemljama ugradila u Cilj 15 (Integrisani zdravstveni sektor) svoje politike Zdravlje 21. Osim toga, u Cilju 18 (Razvoj humanih resursa za zdravstvo) definisana je obaveza da se programi dodiplomskog i posle diplomskog obrazovanja lekara prilagode formiranju porodičnog lekara.

U poslednjih nekoliko godina u mnogim od nekadašnjih socijalističkih zemalja Evrope (kao izraz sprovođenja politike Zdravlje 21 (Cilj 15 i 18), odnosno pritisaka koji se vrše tokom reformi zdravstvenog sistema) umesto pedijataru u primarnu zdravstvenu zaštitu dece i omladine uveden je (ili se uvodi) porodični lekar. Motivi odluke Regionalne kancelarije SZO da se u izboru profila lekara za primarnu zdravstvenu zaštitu dece opredeli za porodičnog lekara ne mogu se tumačiti navodnim razlikama u profesionalnim kvalitetima pedijataru i porodičnih lekara, niti ekonomskim razlozima.

Regionalna kancelarija SZO za Evropu iskazala je svoj stav odbojnosti prema pedijatriji i u dokumentu *Evropska strategija za zdravlje i razvoj dece i adolescenata* publikovanom 2005. godine. U tekstu od 19 strana ni jednom rečju nije pomenuta

pedijatrija, a stav o profilu lekara koji obezbeđuju zdravstvenu zaštitu dece i adolescenata izražen je jednom jedinom rečenicom: „ne može se dovoljno naglasiti značaj odgovarajuće obučenog zdravstvenog osoblja“.

U tradicionalnoj godišnjoj publikaciji UNICEF-a (*The state of the world's children 2009*), posvećenoj zdravlju majki i novorođenčadi, očigledna je namera da se izbegne iznošenje stava o profilu lekara koji pružaju primarnu zdravstvenu zaštitu ovoj populaciji. Ginekolozi i pedijatri se ne pominju, koristi se neodređen pojam „skilled health worker“, ali se, istini za volju, ne promovise, kako to čini Regionalna kancelarija SZO za Evropu, ni profil lekara opšte medicine – porodičnog lekara. Činjenica da su u nekadašnjim socijalističkim zemljama primarnu zdravstvenu zaštitu majke i deteta pružali (a u nekim zemljama i danas pružaju) ginekolozi, akušeri i pedijatri, nije ni pomenuta.

Generalna skupština UNEPSA, imajući u vidu ogromne promene i negativne posledice koje su u životu dece i adolescenata u Evropi doneli modernizacija života i proces globalizacije, usvojila je 28.09.2006. godine „*Apel u ime dece i adolescenata u Evropi*“. Predsednici nacionalnih evropskih pedijatrijskih društava i udruženja naglasili su svoju odgovornost za obezbeđivanje zdravog razvoja sadašnjih generacija dece i adolescenata u Evropi. Oni su upozorili javnost i vlade svojih zemalja da društva koja danas ne investiraju u zdravlje i dobrobit mladih naraštaja osuđuju sebe na samouništenje u budućnosti.

Perspektive evropske pedijatrije, kao i mnoga druga pitanja društvenog razvoja u evropskim zemljama verovatno će odrediti odnos snaga različitih ideoloških, religijskih, političkih i ekonomskih interesa. Savremena materijalistička civilizacija nalazi se na istorijskom raskršću: način života zasnovan na religijskim i socijalnim normama iz nedavne prošlosti zamenjen je profitom dirigovanim besciljnim potrošačkim društvom u kojem vlada individualizam, egoizam i otuđenje ljudi. Razlike između bogatih i siromašnih, kako između zapada i istoka, severa i juga evropskog kontinenta, tako i među različitim socijalnim klasama unutar pojedinih zemalja, se produbljuju. Neobuzdane i destruktivne sile tržišta vode dezintegraciji života u zajednici, sa nasiljem i sukobima među pojedinim društvenim i etničkim grupama, a nepovoljno porodično i socijalno okruženje podstiče porast kako različitih oblika „novog morbiditeta“ mladih, tako i hroničnih nezaraznih bolesti u odraslih.

Pedijatrija je nastala i doživela svoj uspon u vremenu koje se suštinski razlikuje od ovog današnjeg. Proces globalizacije, odnosno interesi transnacionalnih korporacija koje su čovečanstvu nametnuli totalitarnu ideologiju slobodnog tržišta i profita razorili su društveno okruženje i etičke norme koje su bile pretpostavka nastanka socijalno orijentisane pedijatrije. Rađanje novog, multipolarnog svetskog poretka u kojem će ljudski život, humani i dostojni odnosi žene i muškarca, rađanje i podizanje dece biti najviši prioritet, a zdravlje ljudi ključni politički cilj jeste vizija za koju se vredi boriti.

04.06.2009.

Literatura

- Alma Ata 1978, Primary Health Care, WHO, Geneva, 1978.
- An Appeal on Behalf of Children and Adolescents in Europe, General Assembly of UNEPSA, Rome, 28.09.2006.
- Banićević M. Povelja za opštu praksu/porodičnu medicinu u Evropi – motivi i ciljevi. Bilten Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije, godina III br.9/10 str. 37-45, 1998.
- A Charter for General Practice / Family Medicine. Working draft. Copenhagen : WHO/EURO, 1995.
- The European strategy for child and adolescent health and development, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
- Ercan O., Alikasifoglu M., Erginoz E., Janda J., Kobicek P., Rubino A., Constatopoulos A., Ilter O., Vural M.: Demography of adolescent health delivery and training in Europe. Eur J Pediatr 2008.
- Gracey M. Child health in the new millenium. Invited paper. Pediatrics International (2000) 42,461-463.
- Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region, WHO, Regional Office for Europe. Copenhagen, 1998.
- Health For All by the Year 2000. The Declaration of Alma Ata. WHO/UNICEF, Geneva/New York 1978.
- van de Kaa D. Europe and its population. The long view. In: van de Kaa D et al., eds. European populations: Unity in Diversity. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1999: 1-49.
- Katz M, Aubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich JHH. Demography of Pediatric Primary Care in Europe: Delivery of Care and Training. Pediatrics 2002; 109:788-796.
- Kuttner R. The American Health Care System. Health Insurance Coverage. The New England Journal of Medicine (1999) 340: 163-168.
- Lee R. Demographic Change, Welfare, and Intergenerational Tranfers: A Global Overview. Rencontres Sauvy, Villa Mondragone, Frascati, Rome, 2002.
- Lutz W. Determinants of low fertility and ageing prospects for Europe. In: Family issues between gender and generations. Trnka S, ed. Vienna: European Commision, 1999: 49-73.
- Spending Far More on Health Care, The New York Times, Monday, July 28, 2008.
- The State of the World's Children 2009, United Nations Children's Fund (UNICEF), December, 2008.
- The State of the World Population 2001. United Nations Population Fund, 2001.
- Waterston T., Mann N.: Primary care paediatrics and child health. Arch Dis Child 2004; 89:112-120.
- World Development Report 1993. Investing in Health. Washington DC, World Bank, 1993.