

Aneks 1 – Sistem zdravstvene zaštite

Sadržaj

1. Uvod.....	2
2. Resursi sistema zdravstvene zaštite: između zakonskih prava i neiskorišćenih kapaciteta	2
2.1. Mreža ustanova	3
2.2. Ljudski resursi.....	6
3. Društvena briga za zdravlje: čija je « briga » zdravlje?	8
4. Ko i kako finansira (javno) zdravstvo: koliko para ne mora da bude (samo) toliko i muzike	13
4.1. Izvori finansiranja sistema zdravstvene zaštite u javnom sektoru: obim i potrebe	13
4.2. Način planiranja sredstava u javnom zdravstvu	16
5. Privatni zdravstveni sektor: tu je, ali se ne vidi	18

1. Uvod

Sistem zdravstvene zaštite podrazumeva uspostavljenje funkcionalnih odnosa između njegovih ključnih delova: *kruga pružalaca i korisnika* zdravstvene zaštite, *način i izvore finansiranja, upravljačke mehanizme* koji prate, nadziru i prilagođavaju sistem potrebama građana, ali i institucionalnim i finansijskim mogućnostima.

Sistem zdravstvene zaštite u Republici Srbiji uređen je brojnim zakonskim i podzakonskim aktima.¹ Njihov veliki broj i složenost sistema nesumnjivo predstavlja ozbiljnu prepreku za krajnjeg korisnika zdravstvenih usluga kao aktivnog učesnika u višestrukim ulogama: kao *pacijenta, poreskog obveznika i građanina*. Razumejući da je zdravstveni sistem izrazito složen, smatramo neophodnim da se u osnovnim elementima on objasni široj javnosti. Naime, *pacijenti* imaju pravo da znaju kako zdravstveni sistem funkcioniše i da od njega imaju legitimna očekivanja. *Poreski obveznici* imaju pravo da razumeju koliko i na koji način se troše sredstva opredeljena za zdravstvo. U krajnjoj instanci, *građani* imaju pravo da razumeju i prate šta je zapravo postojeća zdravstvena politika, koji su njeni ciljevi i realna ograničenja.

Ovaj deo istraživanja, posvećen je osnovnom razumevanju mehanizma formulisanja zdravstvene politike, održive i realne, razmatrajući odnos *mogućeg i aktuelnog upravljanja i praćenja* sistema zdravstvene zaštite, kao i odnos *mogućeg i aktuelnog efikasnog ulaganja i kontinuiranog unapređenja kvaliteta*.

2. Resursi sistema zdravstvene zaštite: između zakonskih prava i neiskorišćenih kapaciteta

Jugoslovensko nasleđe dostupne i kvalitetne zdravstvene zaštite, ostavilo je solidnu infrastrukturu i visoka očekivanja građana kada su u pitanju zdravstvene usluge. Današnji sistem zdravstvene zaštite Republike Srbije utemeljen je na principu univerzalnosti i solidarnosti, a pojam zdravstvene zaštite, odnosno prava na fizičko i psihičko zdravlje predstavlja Ustavnu kategoriju.² Naime, Zakon o zdravstvenoj zaštiti³ prepoznaje ideje solidarnosti i dostupnosti svih vidova zdravstvene zaštite, odnosno univerzalnog prava građana na zdravstvenu zaštitu. Pored toga, ide i korak dalje, te definiše da svaki građanin ima pravo da zdravstvenu zaštitu ostvaruje uz poštovanje najvišeg mogućeg standarda ljudskih prava i vrednosti, uz

¹ Za potrebe ovog istraživanja analizirani su *Zakon o zdravstvenoj zaštiti* Sl. glasnik RS, br. 107/2005, 72/2009 - dr. zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - dr. zakon, 93/2014, 96/2015 i 106/2015, *Zakon o zdravstvenom osiguranju* Sl. Glasnik RS", br. 107/2005, 109/2005 - ispr., 57/2011, 110/2012 - odluka US, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014 - odluka US, 106/2015 i 10/2016 - dr. Zakon, *Zakon o zdravstveno dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva*, Sl. Glasnik, br. 123/2014, *Zakon o komorama zdravstvenih radnika*, Sl. glasnik RS, br.107/2005 i 99/2010, *Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova*, Sl. glasnik RS, br. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009, 24/2010, 6/2012, 37/2012 i 8/2014 i 92/2015, *Pravilnik o uslovima i načinu unutrašnje organizacije zdravstvenih ustanova*, Sl. glasnik RS, br. 43/2006 i 126/2014, *Pravilnik o proveri kvaliteta stručnog rada zdravstvenih ustanova, privatne prakse, zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika*, Sl. glasnik RS, br. 35/2011, *Pravilnik o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite*, Sl. glasnik RS, br. 49/2010. Imajući u vidu da je predmet ovog istraživanja sistem zdravstvene zaštite i njegove performanse, Zakon o pravima pacijenata nije ušao u analizu.

² Ustav, član 68.

³ Zakonom se uređuje sistem zdravstvene zaštite, organizacija zdravstvene službe, pojam i oblici društvene brige za zdravlje stanovništva, osnivanje Agencije za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije, nadzor nad sprovođenjem ovog zakona, kao i druga pitanja od značaja za organizaciju i sprovođenje zdravstvene zaštite, Zakon o zdravstvenoj zaštiti, čl. 1. Osnovna načela zdravstvene zaštite definisana ovim Zakonom su *načela pristupačnosti, pravičnosti, sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, efikasnosti i stalnog unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite, Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Čl. 19-24.*

uvažavanje njegovih moralnih, religioznih, kulturnih i filozofskih ubedenja.⁴ Istovremeno, Zakon o zdravstvenom osiguranju⁵ na izvestan način „operacionalizuje“ ideje iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti, pružajući velikom broju lica pravo na (obavezno) zdravstveno osiguranje koje finansira država preko poreza i doprinosa, odnosno iz budžeta.

Opređenjenje države, ključni zakonski i strateški okvir⁶ uvode, opravdano, veliki broj registrovanih osiguranika u sistem zdravstvene zaštite. Prema podacima Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, na dan 31.12.2016. godine on je iznosio 6.860 667⁷. Procena broja stanovnika na dan 01.01.2016. je 7 076 372⁸.

Kada su u pitanju pružaoci, u Srbiji, prema izveštajima Instituta za javno zdravlje ima, bez privatnih ustanova i privatne praske (u daljem tekstu privatnih ustanova) 355 zdravstvenih ustanova, uključujući 158 domova zdravlja. U svim zdravstvenim ustanovama radi 107.980 ljudi.⁹

2.1. Mreža ustanova

Mreža zdravstvenih ustanova u Republici Srbiji utvrđuje se Uredbom o planu mreže zdravstvenih ustanova. Mreža ne obuhvata privatni sektor zdravstva. Poslednja Uredba doneta je 2015. godine.

Uvidom u brojne prethodne akte, može se zaključiti da od 1997. godine svaki novi donešeni Plan mreže zdravstvenih ustanova nije imao neke značajnije promene i preraspodele u kapacitetima. Umesto toga, radilo se o preimenovanju ustanova, razdvajanju domova zdravlja i slično. Ovome pridodajući činjenicu da sistem zdravstvene zaštite na nivou infrastrukturnih kapaciteta ne prepoznaje privatne ustanove, čini se da donosioci odluka pred sobom imaju “zastarelu” sliku koja ne prepoznaje promene koje se dešavaju unutar sistema (kako u odnosu na potrebe korisnika, tako ni u odnosu na pružaoce usluga).

Preko mreže ustanova, zdravstvena zaštita organizovana je tri nivoa: primarnom, sekundarnom i tercijarnom. Kao ključni pružaoci primarne zaštite ističu se domovi zdravlja, a u oblasti sekundarne zaštite bolnice (opšte i specijalizovane). Klinike, instituti i drugi pružaju tercijarnu zaštitu. Treba istaći da je moguće da ista ustanova obavlja zdravstvenu zaštitu na sekundarnom i tercijarnom nivou, kao i da neki domovi zdravlja imaju bolničke postelje/stacionare za lečenje pacijenata.¹⁰

⁴ Isto, čl. 25.

⁵ Zakon o zdravstvenom osiguranju uređuje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja zaposlenih i drugih građana, obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem, organizacija i finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja, dobrovoljno zdravstveno osiguranje i druga pitanja od značaja za sistem zdravstvenog osiguranja, čl. 1.

⁶ Širi strateški dokumenti u oblasti zdravstva su bili Zdravstvena politika Republike Srbije (2002), Strategija i akcioni plan reforme sistema zdravstvene zaštite (2003.), Strategija javnog zdravlja Republike Srbije (2009) Sl. Glasnik, 22/2009, Strategija za stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata (2009), Sl. Glasnik, 15/2009. i Plan razvoja zdravstvene zaštite Republike Srbije za period 2010-2015.

⁷ <http://www.rfzo.rs/index.php/broj-osiguranika-stat>

⁸ <http://www.stat.gov.rs/WebSite/public/PageView.aspx?pKey=2>

⁹ Institut za javno zdravlje: *Statistički godišnjak*, 2016, str 62. Izneti podaci ne odnose se na ustanove na Kosovu, izvor <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2015.pdf>.

¹⁰ Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova, čl. 2. i čl. 3.

Slika 1 – Nivoi zdravstvene zaštite



Mreža zdravstvenih ustanova smatra se jednim od značajnijih odlika sistema zdravstvene zaštite u Srbiji. Organizovana na nivou primarne zaštite, pre svega kroz rad većeg broja domova zdravlja, ona u većoj meri obezbeđuje dostupnost zdravstvenih usluga velikom broju stanovnika. Međutim, nasleđeni sistem koji je u vremenu u kojem je stvoren po mnogim karakteristikama bio bolji od drugih, tokom tranzicije se u dobroj meri urušio. Novi koncept nije doveo do punog iskorišćavanja postojeće strukture, prilagođavajući je novim potrebama, već samo do značajnog naslanjanja na već istrošenu bazu.

Tako na primer, iako je jedan od **glavnih zadataka primarnog nivoa zdravstvene zaštite prevencija** i njen ključni preduslov dostupnosti ispunjen većim brojem domova zdravlja organizovanim na teritorijalnom principu, ne dolazi do zadovoljavajućih rezultata. S obzirom da usluge koje pruža privatni sektor nisu pokriveno iz javnih sredstava, pretpostavka je da je državni sektor taj koji mora da pruža preventivnu zaštitu. Ipak, podaci o broju preventivnih pregleda u državnom sektoru, u meri u kojoj su verodostojni, pokazuju nizak nivo, neznatni rast udela preventivnih pregleda u ukupnom broju usluga izabranog lekara¹¹, ali i značajna variranja procenata preventivnih pregleda u odnosu na broj ukupnih pregleda po okruzima.¹² Ono što izaziva posebnu zabrinutost je činjenica da je, i pored toga što je Srbija po obolevanju od cervikalnog kancera četvrta, a po smrtnosti druga u Evropi,¹³ broj preventivnih pregleda kod ginekologa u padu, broj upućenih na skrining takođe u padu, kao i broj zdravstvenih radnika u službi

¹¹ Izveštaj o unapređenju kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama Republike Srbije 2015, str. 12

¹² Ibid. str. 13

¹³ <http://www.zdravlje.org.rs/index.php/aktuelne-vesti/448-prevencija-rak-grlica-materice-2017>

za zaštitu žena.¹⁴ Šta su uzroci pada i šta su razlozi velikih razlika u broju preventivnih pregleda po okruzima, treba da bude predmet daljih istraživanja, ali svakako su pokazatelji određenih nedostataka u upravljanju sistema primarne zdravstvene zaštite.

Na **sekundarnom/tercijarnom nivou zdravstvene zaštite** izdvaja se nekoliko zanimljivih podataka koji oslikavaju aktuelno stanje. U odnosu na broj stanovnika, Srbija ima manje bolnica (1,44 na 100.000 stanovnika) od Hrvatske (1,53), Crne Gore (1,77) i EU (2,91), ali ima **više bolničkih postelja** (552,39 na 100.000 stanovnika) od Bosne i Hercegovine (348,44), Crne Gore (393,37), pa čak i od EU (521,62), a nešto manje od Hrvatske (590,7)¹⁵. Ovim podacima treba dodati i činjenicu da je **stopa hospitalizacije u Srbiji viša** nego u drugim zemljama Evrope i iznosi 14,7% (147 bolnički lečenih na 100 stanovnika), kao i u odnosu na Crnu Goru (13,4%) i BiH (11,1%)¹⁶. Istovremeno, prosečna dužina hospitalizacije u Srbiji je 10 dana, dok je u BiH 7,5, Crnoj Gori 8,53, Hrvatskoj 8,8, a u EU 8,16 dana¹⁷.

Kada je u pitanju prosečna stopa zauzetosti bolničkih postelja u 2014. godini, prema izveštajima Instituta za javno zdravlje, ona iznosi 67,5% što je manje od propisanih standarda¹⁸. Razlike u zauzetosti bolničkih postelja prema tipu i vrsti ustanove takođe treba imati u vidu. Naime, dok se procenat zauzetosti u domovima zdravlja i zavodima (primarni nivo zdravstvene zaštite) kreće nešto iznad 60% (60,3% domovi zdravlja, 61,6% zavodi) u opštim bolnicama on iznosi 58,7%, a u institutima 77,1%¹⁹. Istovremeno, treba imati u vidu da je kroz bolničko lečenje opštih bolnica prošla skoro polovina od ukupnog broja bolnički lečenih pacijenata: 489 973 pacijenata od ukupno 1 047 026.

Grafikon 1 prikazuje uporedno podatke za zemlje bivše Jugoslavije u pogledu indikatora prosečne dužine bolničkog lečenja, izraženih u danima i kako se taj broj dana kretao kroz vreme, u periodu od 2010. do 2014. godine. Vidimo da je razlika porasla značajno za Republiku Srbiju kada je u pitanju 2013. u odnosu na 2014. godinu, u kojoj smo prema broju dana bolničkog lečenja daleko iznad drugih uporednih zemalja.

¹⁴Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2010., str. 229. i Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2015., str. 224.

¹⁵ Baza podataka SZO „Zdravlje za sve“, <http://data.euro.who.int/hfad/>

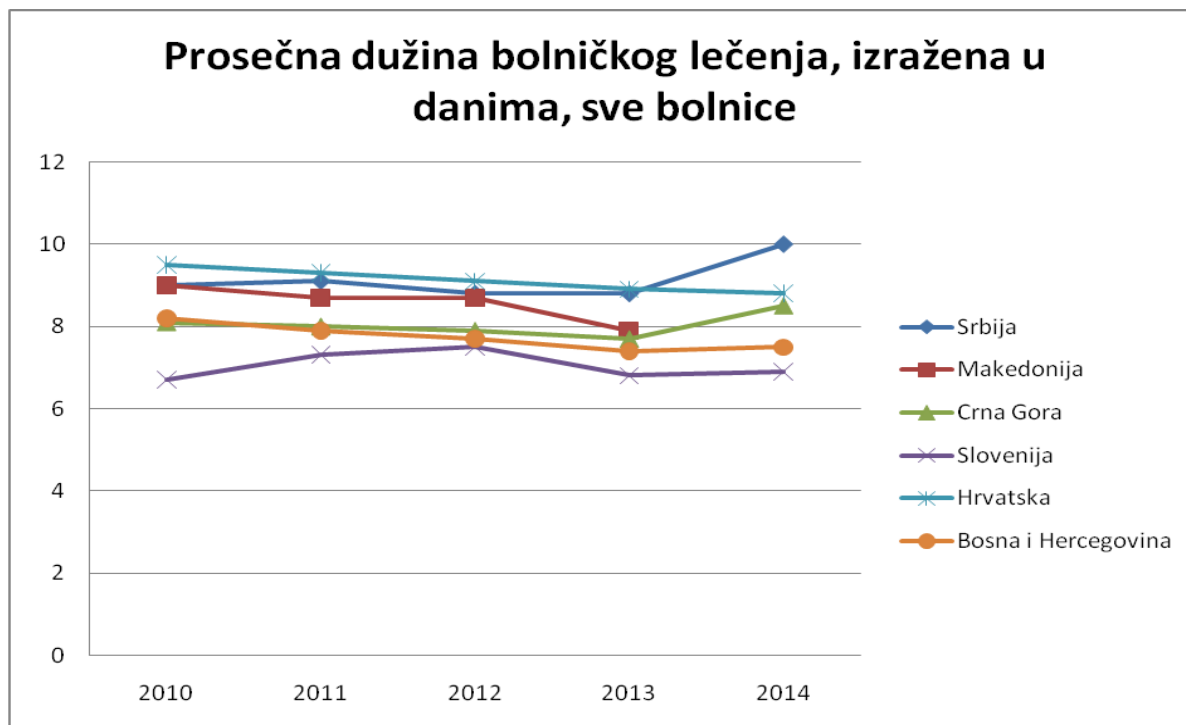
¹⁶ Analiza rada stacionarnih zdravstvenih ustanova i korišćenje bolničke zdravstvene zaštite u Republici Srbiji u 2014. godini, str. 27.

¹⁷ Baza podataka SZO „Zdravlje za sve“, <http://data.euro.who.int/hfad/>

¹⁸ Analiza rada stacionarnih zdravstvenih ustanova i korišćenje bolničke zdravstvene zaštite u Republici Srbiji u 2014. godini, str. 28.

¹⁹ Isto.

Grafikon 1



Izvor: SZO baza, "European Health for All Database" - <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

Podaci, naročito oni o iskorišćenosti kapaciteta u zdravstvenim ustanovama sa najvećim brojem pacijenata, ukazuju da na planu upravljanja infrastrukturnim resursima ima prostora za unapređenje. Sistem ne prepoznaje neiskorištenost kapaciteta, niti se prilagođava drugačijim potrebama stanovništva (bolestima koje su vodeći uzroci smrtnosti i invaliditeta), odnosno ne organizuje pružanje drugačije zdravstvene usluge. Starenje stanovništva Srbije, povećan broj obolelih od malignih ili kardiovaskularnih bolesti na primer, nije doveo do neophodne transformacije nekih zdravstvenih ustanova u smislu vrste i načina na koje se pružaju zdravstvene usluge. Nedostatom kućnih poseta, palijativne nege i slično, nezadovoljene su potrebe ne malog broja pacijenata koji beleže i izveštaji Instituta za javno zdravlje Srbije više godina unazad.

2.2. Ljudski resursi u državnom sektoru

Kadrovskim planom se svake godine određuje broj zaposlenih u zdravstvenim ustanovama.²⁰ Iako je u javnosti rasprostranjen stav da je broj lekara u Srbiji izuzetno nizak, uporedni podaci ukazuju na nešto drugačiju sliku. Naime, prema izvorima dostupnim javnosti, doktora medicine zaposlenih u javnom sektoru zdravstva bilo je 20.450 tj. 288 na 100.000 stanovnika²¹. Sa druge strane međunarodni podaci pokazuju da Srbija ima 307 lekara na 100 000 stanovnika, sto je nešto manje nego u EU (Grafikon 2). Ukoliko se poredi podaci sa zemljama u regionu, Srbija svakako ne odstupa značajnije od ostalih. Ipak,

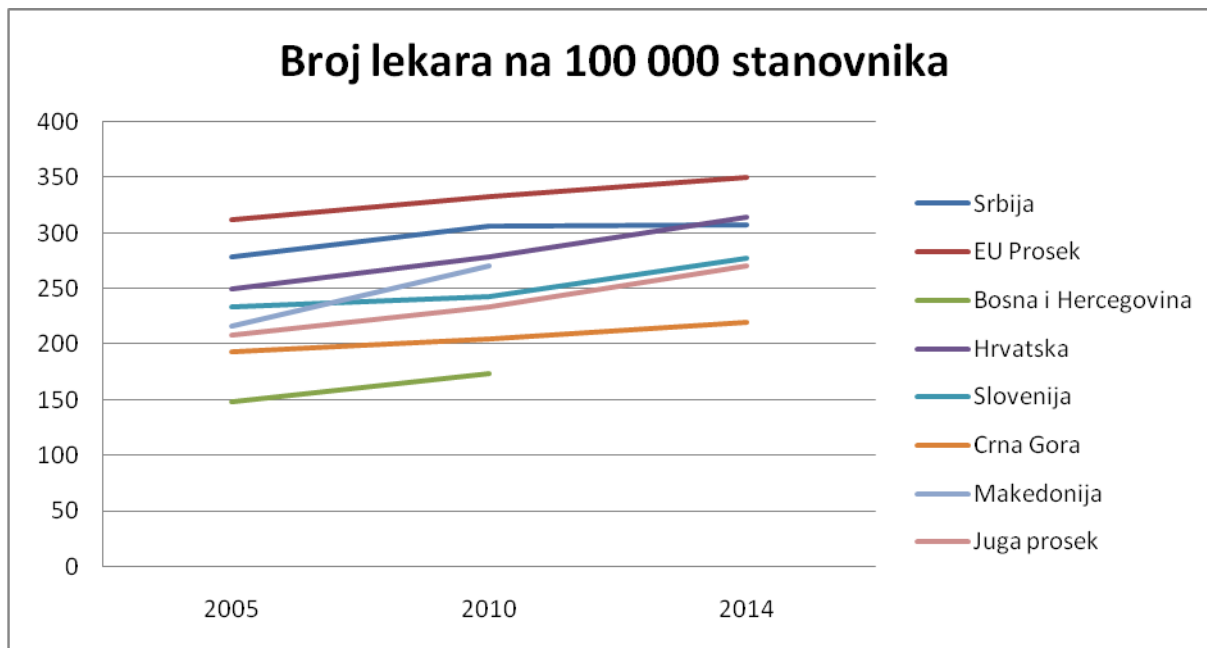
²⁰ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, čl. 173a

²¹ Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2015., str. 62. i str. 65.

treba ukazati da je u 2015. godini bilo 604 lekara zaposlenih u zdravstvenim ustanovama u javnoj svojini manje u odnosu na 2010. godinu.²²

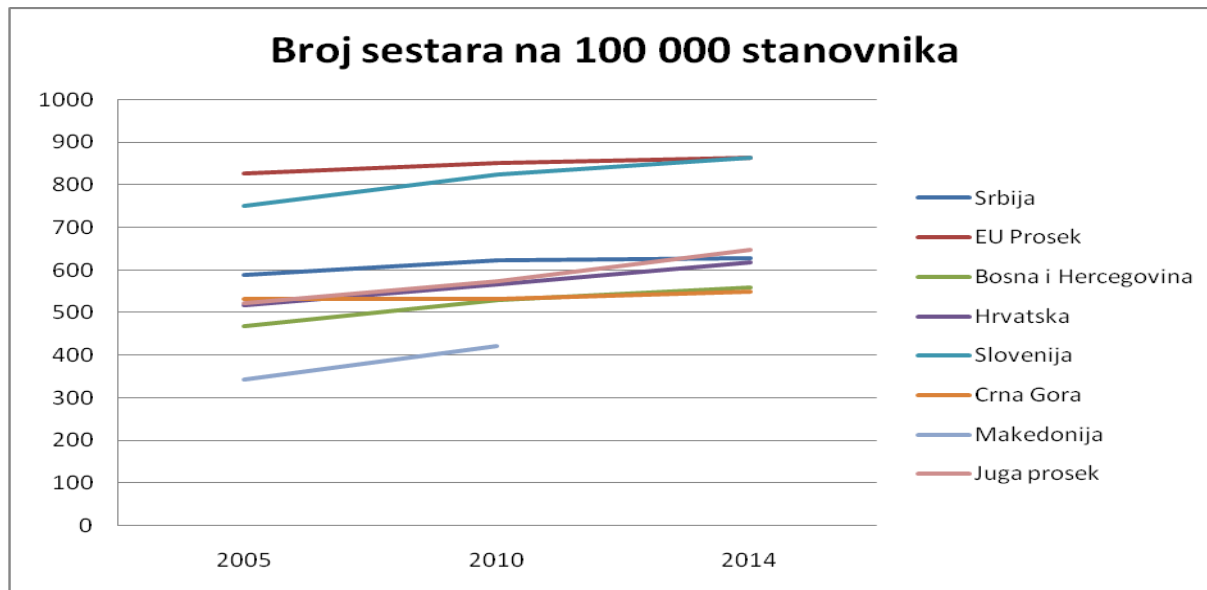
Pored toga, u zdravstvenim ustanovama Srbije je bilo zaposleno 37.069 medicinskih sestara (Grafikon 4), što je značajnije niže od EU proseka.

Grafikon 2



Izvor: SZO baza, "European Health for All Database" - <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

Grafikon 3



Izvor: SZO baza, "European Health for All Database" - <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

²² Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2010., str. 94. i Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2015., str. 93.

Jedan od većih problema zapravo predstavlja neujednačena opterećenost lekara u različitim okruzima. Tako je, na primer, u Nišavskom okrugu registrovan najveći broj lekara u odnosu na broj stanovnika (396 na 100.000), dok je u Sremskom okrugu broj lekara u odnosu na broj stanovnika najmanji (188 na 100.000)²³. Drugi primer je još drastičniji – Institut za onkologiju i radiologiju Srbije ima 7 lekara specijalista na gotovo 18.000 ispisanih pacijenata (2.571 pacijent po lekaru), dok Institut za onkologiju Vojvodine ima 2 lekara specijaliste na 8.820 ispisanih pacijenata (4.401 pacijent po lekaru)²⁴. Ove neujednačenosti su praćene i primerima obrnuto proporcionalnog odnosa rasta i opadanja pojedinih oboljenja i broja lekara specijalista čija je uloga u njihovom lečenju važna. Tako, na primer, i pored toga što je rak grlića materice u Srbiji jedan od vodećih vrsta maligniteta kod žena, broj ginekologa je smanjen za 40 u periodu od 2010. do 2014. godine²⁵.

Čini se da problem neujednačene opterećenosti lekara i posledično nejednake dostupnosti zdravstvene zaštite, uslovljen, između ostalog i strukturom, odnosno nedostajućim specijalizacijama. Ovo istovremeno ukazuje na odsustvo praćenja trendova oboljevanja stanovništva i prilagođavanja sistema stvarnim potrebama.

Krajem 2015. godine ministar zdravlja, doneo je odluku kojom se označavaju oblasti u kojima nema dovoljno zdravstvenih radnika-specijalista, te se uputilo na specijalizaciju iz ovih oblasti²⁶ odmah po položenom stručnom ispitu, koju je dopunio sa Odlukom iz 2016. godine²⁷. Ostaje da se vidi da li će dodatno zapošljavanje nedostajućih kadrova značajnije uticati na opterećenost lekara i u krajnjem cilju povećati dostupnost i podići kvalitet zdravstvene zaštite.

3. Društvena briga za zdravlje: čija je « briga » zdravlje?

Društvena briga za zdravlje stanovništva prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti obuhvata mere za očuvanje i unapređenje zdravlja, otkrivanje i suzbijanje faktora rizika za nastanak oboljenja, sticanje znanja i navika o zdravom načinu života; sprečavanje, suzbijanje i rano otkrivanje bolesti; pravovremenu dijagnostiku, blagovremeno lečenje, rehabilitaciju obolelih i povređenih; i informacije koje su stanovništvu ili pojedincu potrebne za odgovorno postupanje i za **ostvarivanje prava na zdravlje**. **Društvena briga se ostvaruje** na svim nivoima, od Republike, autonomne pokrajine, preko opštine, odnosno grada, do poslodavca i pojedinca²⁸.

U kreiranju zdravstvene politike učestvuju brojni organi, ustanove i organizacije sa svih nivoa vlasti: republičkom, pokrajinskom i lokalnom. Istovremeno, sistem se opredelio i za značajnu ulogu u praćenju

²³ Odabrani zdravstveni pokazatelji za 2015. godinu, str. 87.

²⁴ Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2015., str. 361. i str. 363.

²⁵ Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2010., str. 94. i Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2015., str. 93.

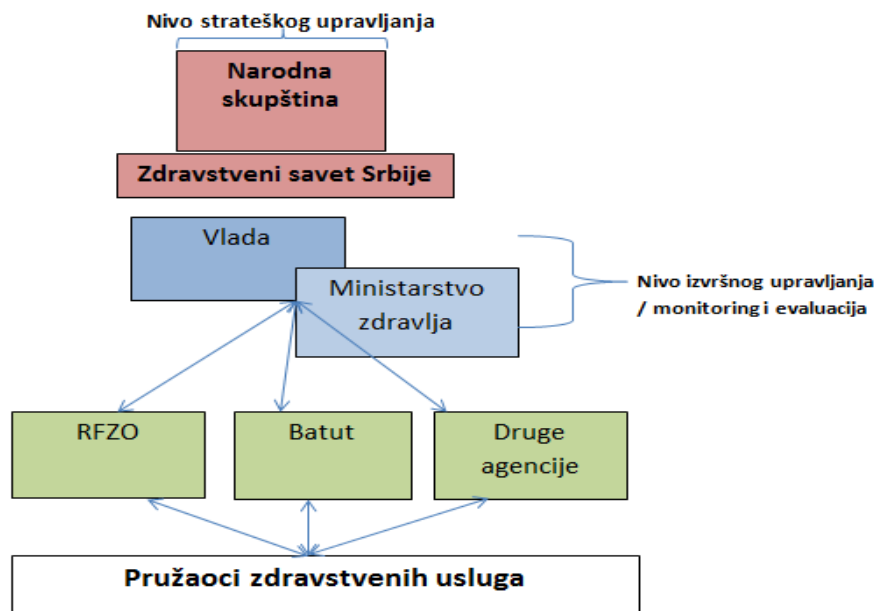
²⁶ Informator o radu, 2016.godine, Odluka, br. 153-06-2017/2015-04 1.Radijaciona onkologija, 2. Vaskularna hirurgija; 3. Nuklearna medicina; 4. Abdominalna hirurgija; 5. Klinička farmakologija; 6. Medicinska mikrobiologija; 7. Socijalna medicina; 8. Patologija; 9. Imunologija; 10. Kardiohirurgija; 11. Grudna hirurgija; 12. Sudska medicina; 13. Pedijatrija; 14. Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna terapija; 15. Radiologija; 16. Transfuzijska medicina; 17. Opšta medicina, 18. Interna medicina. str. 69.

²⁷ Isto, Odluka se odnosi na specijalizaciju iz sportske medicine.

²⁸ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, čl. 8.

kvaliteta i unapređenju zdravstvene zaštite datu samim zdravstvenim ustanovama. Glavni obrisi, odnosno uprošćena šema upravljanja zdravstvenom politikom je prikazana na Slici 2.

Slika 2. Uprošćena šema upravljačke strukture zdravstvene politike Republike Srbije



Narodna skupština Republike Srbije, donosi **Plan razvoja zdravstvene zaštite** kojim se utvrđuju prioriteta, ciljevi, mere i aktivnosti, pokazatelji za praćenje dostignuća u realizaciji ciljeva i slično²⁹. Zdravstveni savet Srbije, čije članove bira Narodna skupština, treba da predstavlja ekpertsko savetodavno telo Skupštine, koje prati razvoj sistema zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja i predlaže mere za unapređenje sistema i unapređenje zdravstvenog stanja stanovništva. Narodna skupština prati zdravstvenu politiku i preko rada **Odbora za zdravlje i porodicu**.

Ministarstvo zdravlja između ostalog prati, pre svega uglavnom preko izveštaja Instituta za javno zdravlje i Republičkog Fonda za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu RFZO) zdravstveno stanje i zdravstvene potrebe stanovništva, izrađuje nacрте zakona, utvrđuje kadrovske planove i predlaže planove mreža zdravstvenih ustanova. Ministarstvo takođe organizuje spoljnu proveru kvaliteta stručnog rada i preko zdravstvenih inspektora vrši nadzor nad radom zdravstvenih ustanova i privatne prakse, kao i nadzor nad sprovođenjem propisa iz ove oblasti.

Od ukuno 281 zaposlenih u Ministarstvu zdravlja, njih 200 je zaposleno u Sektoru za inspeksijske poslove. Od toga, 42 je u Odeljenju zdravstvene inspekcije, 7 u Odeljenju za inspekciju za lekove i

²⁹ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, čl. 150-155. Savet predstavlja neki oblik nezavisnog tela koje treba da prati razvoj zdravstvene zaštite i osiguranja, daje inicijative za reformu zdravstvenog sistema itd. Članovi saveta su: prof. dr Ivan Paunović, prof. dr Lazar Davidović, prof. dr Božidar Dimitrijević, prof. dr Jelena Milić, akademik Dragan Micić, prof. dr Aleksandar Nagorni, dr Milomir Jelčić, mr sci. ph spec. Svetlana Ristić, prof. dr Svetlana Ignjatović, Dušica Biočanin, prof. dr Ljubica Đukanović, dr med. Sci. Gradimir Dragutinović, Vesna Stanišić, Ivana Radović, prof. dr Vesna Bjegović- Mikanović, Zdravstveni savet Srbije, <http://www.zdravstvenisavetsrbije.gov.rs/index.php?page=1>

medicinska sredstava, a ostali rade u Odeljenju sanitarne inspekcije³⁰. Dakle, samo 81 zaposlelih u Ministarstvu bavi se celokupnim poslovima analize i donošenja zdravstvene politike, donošenja i sprovođenja detaljne regulative koju sistem predviđa da se centralno donosi, i praćenja rada sistema i nadzora nad upravljanjem ustanovama na sva tri nivoa.

Zdravstvena inspekcija ministarstva obavlja poslove inspeksijskog nadzora, a prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti vrši i nadzor nad zakonitošću rada svih zdravstvenih ustanova. Ostaje pitanje na koji način se prate efekti zakonodavnih politika, u situaciji u kojoj relevantne podatke proizvode, pre svega, RFZO i Institut za javno zdravlje, dok inspeksijski nadzor i nadzor nad sprovođenjem zakona obavlja 42 inspektora³¹. Prema Izveštaju o radu Ministarstva zdravlja, zdravstvena inspekcija je tokom 2015. godine izvršila nadzor u preko 6000 organizovanih oblika zdravstvene delatnosti, odnosno obavili su ukupno 8901 nadzor³². Treba ukazati da se nadzor vrši nad zdravstvenim ustanovama, kako državnim tako i privatnim, odnosno privatnoj praksi.

Republički fond za zdravstveno osiguranje (RFZO) između ostalog ima nadležnost da planira i obezbeđuje finansijska sredstva za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja, planira i obezbeđuje uslove za ravnomerno sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja, zaključuje ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga i organizuje i vrši kontrolu rada filijala³³.

Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut" ima nadležnost da, posebno preko informacija koje stižu od zdravstvenih ustanova, odnosno zavoda za javno zdravlje, prati, procenjuje i analizira zdravstveno stanje stanovništva i izveštava nadležne organe i javnost. Institut, takođe, prati i proučava zdravstvene probleme i rizike po zdravlje stanovništva, predlaže elemente zdravstvene politike, vrši procenu efikasnosti, dostupnosti i kvaliteta zdravstvene zaštite, koordinira, usklađuje i stručno povezuje rad zdravstvenih ustanova iz Plana mreže, itd³⁴.

Etički odbor je stručno telo Vlade koje se stara o pružanju i sprovođenju zdravstvene zaštite na nivou Republike, na načelima profesionalne etike. Njegove nadležnosti su, između ostalog, da predlaže osnovna načela profesionalne etike zdravstvenih radnika, da prati njihovu primenu, da koordinira rad etičkih odbora u zdravstvenim ustanovama i da prati sprovođenje naučnih istraživanja i kliničkih ispitivanja lekova i medicinskih sredstava, daje mišljenje o spornim pitanjima koja su od značaja, sprovođenje naučnih istraživanja, medicinskih oglada i kliničkih ispitivanja lekova i medicinskih sredstava, prati sprovođenje odluka i razmatra stručna pitanja u vezi sa postupkom uzimanja delova ljudskog tela u medicinske i naučno-nastavne svrhe i u vezi sa primenom mera za lečenje neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognutog oplodjenja³⁵.

Republičke stručne komisije obrazuju se za pojedinu oblast zdravstvene delatnosti radi usklađivanja stručnih predloga i stavova referentnih zdravstvenih ustanova, stručnih udruženja i komora, visokoškolskih ustanova i istaknutih stručnjaka u oblasti zdravstvene zaštite, kao i za utvrđivanje vodiča dobre prakse. Obrazuje ih ministar sa ciljem formulisanja stručnih doktrina o očuvanju i unapređenju

³⁰ Informator o radu, Ministarstvo zdravlja, str. 91. i st. 99.
http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2017/Jun/Informator_14_6_2017.pdf.

³¹ Isto.

³² Ibid, Str. 91.

³³ Zakon o zdravstvenom osiguranju, čl. 212.

³⁴ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, čl. 120, čl. 121, čl. 122.

³⁵ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, čl. 156. i čl. 157.

zdravlja, sprečavanju i otkrivanju bolesti, lečenju i zdravstvenoj nezi, rehabilitaciji obolelih i povređenih osoba, kao i o unapređenju i razvoju organizacije zdravstvene službe³⁶.

Komore zdravstvenih radnika vrše upis zdravstvenih radnika, izdaju, obnavljaju i oduzimaju odobrenje za samostalni rad (licence) koje su obavezni uslov za obavljanje rada sa pacijentima, daju inicijativu za donošenje propisa u oblasti zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja, predlažu listu nadzornika za redovnu i vanrednu spoljnu proveru kvaliteta stručnog rada, učestvuju u utvrđivanju nomenklature zdravstvenih usluga, kriterijuma i merila za utvrđivanje cena zdravstvenih usluga koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja. Komore samoinicijativno ili po zahtevu, obaveštavaju ministarstvo, druge državne, pokrajinske i organe lokalne samouprave, kao i organizaciju obaveznog zdravstvenog osiguranja, o problemima u vezi sa obavljanjem zdravstvene delatnosti članova komore, kao i o problemima građana u ostvarivanju zdravstvene zaštite, i predlaže mere za njihovo rešavanje³⁷.

Agencija za lekove i medicinska sredstva Srbije prati neželjene reakcije na lek i medicinska sredstva, odobrava uvoz lekova i medicinskih sredstava, obaveštava Etički odbor Srbije o sprovođenju kliničkih ispitivanja lekova i medicinskih sredstava za koje je data dozvola za sprovođenje kliničkih ispitivanja. Agencija za lekove i medicinska sredstva Srbije može, pre izdavanja dozvole za sprovođenje kliničkih ispitivanja lekova i medicinskih sredstava, tražiti mišljenje Etičkog odbora Srbije o podnetom zahtevu za sprovođenje kliničkih ispitivanja lekova i medicinskih sredstava³⁸.

Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova samostalno vrši i monitoring i evaluaciju i donosi odluku o akreditaciji zdravstvenih ustanova³⁹. Sama akreditacija predstavlja dobrovoljan postupak koji se pokreće po zahtevu zdravstvenih ustanova.

Pored tela koja se bave unapređenjem kvaliteta zdravstvene zaštite i sistema zdravstvene zaštite uopšte na republičkom nivou, i zdravstvene ustanove pojedinačno imaju značajnu ulogu u tome. To su stručni organi zdravstvenih ustanova: stručni savet, stručni kolegijum, etički odbor i komisija za unapređenje kvaliteta rada. **Stručni savet**, između ostalog odlučuje o pitanjima stručnog rada zdravstvene ustanove, predlaže plan stručnog usavršavanja zdravstvenih radnika, organizuje unutrašnju proveru kvaliteta stručnog rada itd. **Stručni kolegijum** je stručno telo koje se, radi razmatranja i usvajanja stručnih i doktrinarnih stavova, obrazuje u zdravstvenim ustanovama koje u svom sastavu imaju klinike i institute i u zdravstvenim ustanovama koje u svom sastavu imaju veći broj organizacionih jedinica. **Etički odbor** je stručno telo koje prati pružanje i sprovođenje zdravstvene zaštite na načelima profesionalne etike. On između ostalog daje saglasnost za sprovođenje naučnih istraživanja, medicinskih oglada i kliničkih ispitivanja lekova i medicinskih sredstava i prati njihovo sprovođenje, prati i analizira etičnost odnosa između zdravstvenih radnika i pacijenata, daje mišljenja o primeni načela profesionalne etike itd. **Komisija za unapređenje kvaliteta rada** je stručno telo koje se stara o stalnom unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite koja se sprovodi u zdravstvenoj ustanovi⁴⁰.

Na osnovu razgovora vođenih u okviru projekta „Merenje efektivnosti sistema zdravstva u Srbiji“, odnosno informacija do kojim smo došli, Zdravstveni savet Srbije se nije sastao od kako je fomiran (2015. godine). Isto važi i za Etički odbor Srbije. Na sajtu ministarstva zdravlja nisu bile dostupne informacije o broju,

³⁶ Zakon o zdravstvenoj zaštiti čl. 158

³⁷ Zakon o komorama zdravstvenih radnika član 7, član 8 i član 36.

³⁸ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, čl. 157.

³⁹ isto, čl. 213-218a.

⁴⁰ Isto, 143-149.

sastavu ili odlukama stručnih komisija koje formira ministar. Istovremeno, prema informacijama dostupnim na sajtu Narodne skupštine, Odbor za zdravlje i porodicu poslednji put sastao se u novembru 2013. godine.

Čini se da **ključna tela koja bi trebalo da prate zdravstvo, sumiraju informacije i daju smernice zakonodavnoj i izvršnoj vlasti, iako formalno predviđena, nisu stavljena u funkciju.** Postavlja se pitanje na koji način Skupština nadzire rad Vlade i ministarstva, odnosno stiče uvid u stanje u ovoj oblasti. Još značajnije, **na koji način i sa koliko efekata Vlada, odnosno ministarstvo usmerava, vodi i nadzire sprovođenje politike u ovoj oblasti.** Imajući u vidu da je najmanje 10 ključnih aktera koji, prema zakonu definisanim ulogama, treba da daju svoj doprinos i utiču na kreiranje, odnosno sprovođenje politika, čini se da kapacitete, u smislu koordinacije i nadzora treba dodatno osnažiti.

Uloga i mesto zdravstvene inspekcije organizovana na dosadašnji način ne može odgovoriti zahtevima koji se pred nju postavljaju. Naime, pitanje nadzora nad sprovođenjem zakona u oblasti zdravstvene zaštite i sa njim povezanih pitanja, treba da bude na funkcionalan i strateški način vezano za ključne donosioce odluka. Reč je procesu koji zahteva izgradnju i mehanizama i analitičkih kapaciteta sagledavanja stanja na terenu, svih pojedinačnih izvora i povezivanja ključnih podataka.

U nedostatku jasnije podele uloga i funkcionalnih koordinacijskih relacija, kvalitet, ali i njegova provera, pa samim tim i moguće unapređenje najviše zavise od samih zdravstvenih ustanova, zaposlenih u njima i rada inspeksijskih službi. To je za nas kao društvo i dobra i loša vest: dobra jer se zasniva na činjenici da postoji kritična masa odgovornih pojedinaca, a loša da sistem ne brine sam o sebi, već je prepušten inicijativi i samosvesti posvećenih pojedinaca.

Na problem nedostatka koordinacije, jasnijih uloga i efikasnijih mehanizama, nadovezuje se **problem kreiranja politika na objektivnim, tačnim podacima.** Naime, zdravstvene ustanove (državne i privatne) dužne su da na osnovu zdravstvene dokumentacije i evidencija koje vode, sačine i dostave propisane individualne i zbirne izveštaje nadležnom zavodu, odnosno institutu za javno zdravlje i organizaciji zdravstvenog osiguranja⁴¹. Nadzor nad sprovođenjem ovog zakona ostvaruje ministarstvo, preko zdravstvene inspekcije.

Svesni smo da u ovom trenutku ne postoji mogućnost za jednoobrazno prikupljanje podataka zbog različitog stepena razvoja informacionog sistema zdravstvenih ustanova, ali će tokom narednih izveštajnih perioda biti jasno koje će metode biti najtačnije i najvalidnije za prikaz podataka. Kako stoji u izveštajima Instituta za javno zdravlje, danas "tačnost podataka u velikoj meri zavisi od interesa kako neposrednih izvršioca (tim lekar/sestra), tako i rukovodstva zdravstvenih ustanova"⁴².

Problem neažurnog prikupljanja podataka nije jedini. Podaci koje Institut za javno zdravlje publikuje u svojim Izveštajima o kvalitetu rada zdravstvenih ustanova ukazuju da ne dostavljaju sve ustanove izveštaje⁴³. S obzirom da su ovo ograničenja koja se u samim izveštajima o unapređenju kvaliteta navode unazad nekoliko godina, postavlja se pitanje odgovornosti za kontrolu nad kvalitetom i nadležnosti u odnosu na dostupne podatke. Ipak, mora se ići i u pravcu preispitivanja sadržaja samih upitnika, odnosno metodologije po kojoj se veliki broj podataka prikuplja. Moguće je da bi fokusirana grupa pitanja koja ne bi opterećivala zdravstvene ustanove u radu naišla na veći odaziv.

⁴¹ Zakon o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva čl. 28.

⁴² Izveštaj o unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite, Instituta za javno zdravlje, 2016, str. 9.

⁴³ Izvor - primer

Na kraju upućujemo na pozitivno iskustvo Agencije za sertifikaciju i akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite Republike Srpske⁴⁴. Agencija je javna ustanova čija je uloga sprovođenje postupaka sertifikacije i akreditacije javnih i privatnih zdravstvenih ustanova na svim nivoima zaštite kao i praćenje i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite. Sticanje statusa sertifikovane zdravstvene ustanove je uslov za obavljanje zdravstvene delatnosti, dok je postupak akreditacije, kao i u Srbiji dobrovoljan. Naime, uvođenjem informaciono-komunikacionog sistema koji automatski beleži sve podatke unešene u centralizovanu bazu, uz istovremenu mogućnost ukrštanja i analize zabeleženih podataka, prevaziđen je problem ažurnosti i popunjavanja upitnika, odnosno dostavljanja podataka.

4. Ko i kako finansira (javno) zdravstvo: koliko para ne mora da bude (samo) toliko i muzike

Podržavajući opredeljenje društva i države da sistem zdravstvene zaštite zasniva na univerzalnoj dostupnosti i solidarnosti, principi kao što su ekonomičnost, efikasnost i disciplina svih učesnika u sistemu zdravstvene zaštite moraju se pretpostaviti, ali i konstantno pratiti/preispitivati. Ono što kreatori zdravstvenih politika, a u krajnjoj liniji i korisnici moraju da razumeju, to je da argument “siromašne države” (iako istinit) ne može da bude objašnjenje za sve manjkavosti sistema, te da se argumentacija za loše i netransparentno trošenje sredstava kao i lošu organizaciju rada mora tražiti na drugom mestu. Mi na ovom mestu upravo skrećemo pažnju ne na sredstva sama po sebi, već njihovu iskoristljivost i usmerenost.

Kada je reč o načinima na koji se prikazuju ukupni troškovi za zdravstvenu zaštitu, oni su podložni različitim kriterijumima, te se vezuju za brojne pokazatelje: izdvajanju materijalnih sredstava za zdravstvo po glavi stanovnika, potrošačkoj korpi u odnosu na izdvajanje za zdravstvo po glavi stanovnika, procentu od ukupnog bruto nacionalnog dohotka i slično⁴⁵. Kako god mereni, uporedni podaci o izdvajanju građana Srbije za zdravstvo ukazuju da se radi o značajnim ulaganjima, a prema nekim kriterijumima i najvećim u regionu. Procenat izdvajanja za zdravstveni sektor u procentima BDP-a Srbije uporedno sa zemljama Zapadnog Balkana je najveći, a više od toga brine podatak da su nam najviša i izdvajanja za plaćanja “iz džepa građana”, i da su u prethodnom periodu imala tendenciju rasta.

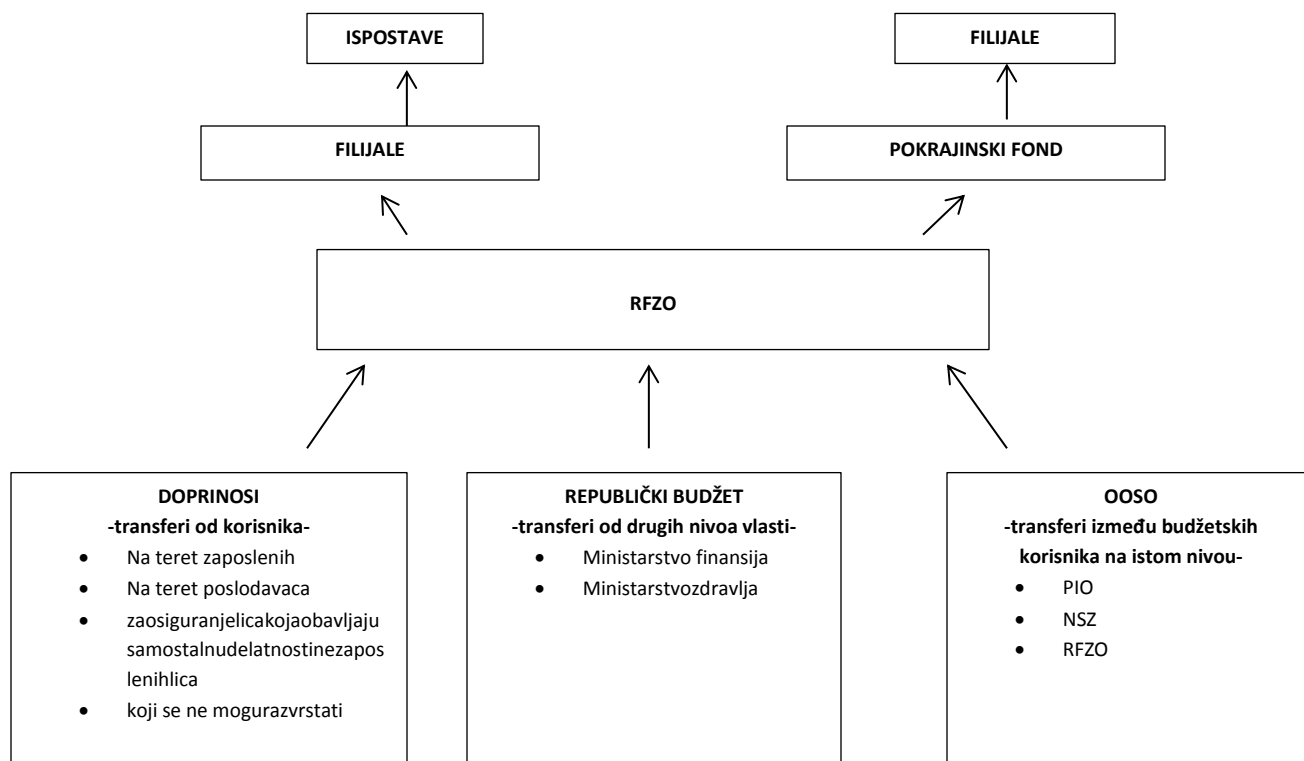
4.1. Izvori finansiranja sistema zdravstvene zaštite u javnom sektoru: obim i potrebe

Kada je reč o javnim izvorima finansiranja zdravstvene zaštite, najveći procenat prihoda RFZO čine socijalni doprinosi, transferi od drugih nivoa vlasti i transferi između budžetskih korisnika na istom nivou. Naime, pored prihoda koji se ostvaruju po osnovu doprinosa za zdravstvo zaposlenih i poslodavaca, i organizacije obaveznog osiguranja transferišu novac za nezaposlene i penzionere, dok Ministarstvo zdravlja obezbeđuje novac iz budžeta za lica koja nisu na drugi način osigurana (stari, izbeglice, samohrani roditelji sa decom do 7 godina, Romi, žrtve nasilja u porodici, žrtve trgovine ljudima, deca itd). Istovremeno, Ministarstvo finansija deluje kao “korektivni” faktor u situaciji kada su procene potrebnih sredstava za zdravstvenu zaštitu definisanih finansijskih planova veće od očekivanih prihoda ostvarenih od socijalnog osiguranja.

⁴⁴ <https://www.askva.org>.

⁴⁵ Sistemi zdravstvene zaštite, str. 77.

Slika 3. Šematski prikaz finansiranja javnog sistema javnom sredstvima



Pored izvora finansiranja zdravstvene zaštite sa republičkog nivoa, važno je napomenuti da, na osnovu člana 13. i 13a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti u **finansiranju zdravstvene zaštite učestvuju i institucije Autonomne pokrajine i jedinica lokalne samouprave**. Međutim, konsolidovani prihodi i rashodi RFZO ukazuju da je oko $\frac{3}{4}$ sredstava obezbeđeno iz doprinosa organizacija obaveznog socijalnog osiguranja, kao i da ukoliko se tome prirodaju dodatna sredstva iz budžeta republike, ona iznose oko 90% ukupnih sredstava namenjenih zdravstvenoj zaštiti, odnosno pravima koja proističu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Plate najvećeg broja lekara, bez obzira ko je osnivač zdravstvene ustanove u kojoj su zaposleni, obezbeđuju se ugovorima RFZO iz republičkog budžeta. Zakonske obaveze osnivača sa lokalna (pokrajine, gradova i opština) da osiguraju sredstva za investiciono ulaganje, tekuće održavanje prostorija, izgradnju, održavanje i opremanje ustanova medicinske i nemedicinske opreme i prevoznih sredstava obezbeđuju iz lokalnih budžeta, ali JLS često za to nemaju dovoljno sredstava pa se na kraju oslanjaju na pomoć republike.

Zakon o zdravstvenom osiguranju ukazuje na još dve mogućnosti dodatnog finansiranja sa lokalna: 1) kada su u pitanju ustanove koje nisu kadrovski popunjene do normative, odnosno standarda, tada osnivači mogu finansirati i zapošljavanje u tim ustanovama, kao vrstu privremene mere do obezbeđenja sredstava iz republike ili sopstvenih prihoda; 2) istovremeno, zakon pruža i osnov da jedinice lokalne samouprave obezbede sredstva za bilo koju vrstu ulaganja, koja bi obezbedila viši standard zdravstvene zaštite.

Treći mogući izvor prihoda zdravstvene ustanove imaju kroz realizaciju **sopstvenih prihoda**. Slučajnim uvidom u neke od dostupnih budžeta zdravstvenih ustanova, vidi se da se visina sopstvenih prihoda značajno razlikuje i u nekim slučajevima predstavlja sredstva koja bi mogla uticati na funkcionisanje samih zdravstvenih ustanova. Istovremeno, način na koji se prikazuju prihodi od sopstvenih sredstava u budžetima dostupnim javnosti nije ujednačen, odnosno standardizovan. Sopstveni prihodi se istovremeno ne vide u strukturi rashoda u ukupnom budžetu RFZO, ali ih zdravstvene ustanove prikazuju Fondu na osnovu Zakona o budžetskom sistemu. Ipak, na samim obrascima koje popunjavaju ustanove se ne vidi struktura tih prihoda (naplata stranih pacijenata, participacija, izdavanje prostora, usluge koje se naplaćuju itd).

Najveći rashodi RFZO-a, su obuhvaćeni stavkom *Prava iz socijalnog osiguranja* koja se isplaćuju neposredno pružiocima usluga na osnovu finansijskog plana RFZO i predstavljaju ukupna sredstva koja RFZO obezbeđuje iz doprinosa za zdravstveno osiguranje ili iz subvencija iz budžeta. Ona su raspoređena prema primarnoj zdravstvenoj zaštiti i u paketu prema sekundarnoj i tercijarnoj. Struktura njihovih izdataka podrazumeva plate i naknade za zaposlene, troškove prevoza, materijal, nabavku materijala, lekove korišćene u toku lečenja, usluge dijalize itd. Ipak, struktura konsolidovanog budžeta RFZO dostupnog javnosti ne omogućava uvid u preraspodelu unutar nivoa zdravstvene zaštite, kao ni prikaz utrošenih sredstava na svakom pojedinačnom nivou zaštite.

Imajući u vidu da se ukupni prihodi za zdravstvo u najvećoj meri ostvaruju preko doprinosa za zdravstveno osiguranje, kao i da je njegova stopa smanjenjena sa 12,3% na 10,3% od 1. avgusta 2014. godine⁴⁶, uočava se smanjenje obima sredstava u njihovim apsolutnim iznosima od 2013. do 2015.

U postojećoj konstelaciji i obimu ulaganja, Ministarstvo zdravlja obavezno je da nadomesti nedostajuća sredstva za zdravstvenu zaštitu lica koja nisu osigurana po osnovu zaposlenosti, lica iz člana 22. Zakona o zdravstvenom osiguranju⁴⁷. Međutim, *Slika 4* prikazuje da sredstva koje Ministarstvo zdravlja izdvaja po osnovu člana 22. Zakona o zdravstvenom osiguranju predstavljaju tek 1/10 realnih potreba.

⁴⁶<http://www.paragraf.rs/dnevne-vesti/020614/020614-vest6.html>

⁴⁷Čl. 22 glasi: Osiguranicima, u smislu ovog zakona i pod uslovima propisanim ovim zakonom, smatraju se i lica koja pripadaju grupaciji stanovništva koja je izložena povećanom riziku obolevanja; lica čija je zdravstvena zaštita potrebna u vezi sa sprečavanjem, suzbijanjem, ranim otkrivanjem i lečenjem bolesti od većeg socijalno-medicinskog značaja; kao i lica koja su u kategoriji socijalno ugroženog stanovništva, ako ne ispunjavaju uslove za sticanje svojstva osiguranika iz člana 17. ovog zakona, ili ako prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ne ostvaruju kao članovi porodice osiguranika, i to:

- 1) deca do navršanih 18 godina života, školska deca i studenti do kraja propisanog školovanja, a najkasnije do navršanih 26 godina, u skladu sa zakonom;
- 2) žene u vezi sa laniranjem porodice, kao i u toku trudnoće, porođaja i materinstva do 12 meseci nakon porođaja;
- 3) lica starija od 65 godina života;
- 4) osobe sa invaliditetom, popopisima o penzijskom i invalidskom osiguranju, kao i mentalno nedovoljno razvijena lica;
- 5) lica u vezi sa lečenjem od HIV infekcije ili drugih zaraznih bolesti koje su utvrđene posebnim zakonom kojim se uređuje oblast zaštite stanovništva od zaraznih bolesti, malignih bolesti, hemofilije, šećerne bolesti, psihoze, epilepsije, multiple skleroze, lica u terminalnoj fazi hronične bubrežne insuficijencije, cistične fibroze, sistemske autoimune bolesti, reumatske groznice, bolesti zavisnosti, oboleli od retkih bolesti; kao i lica obuhvaćena zdravstvenom zaštitom u vezi sa davanjem i primanjem tkiva i organa;
- 6) monas i monahinje;
- 7) materijalno neobezbeđena lica koja primaju novčanu socijalnu pomoć, odnosno koja su korisnici porodične invalidnine, popopisima o socijalnoj zaštiti, odnosno popopisima o zaštiti boraca, vojnih invalida i civilnih invalida rata;
- 8) korisnici stalnih novčanih pomoći, kao i pomoći za smeštaj u ustanove socijalne zaštite ili u druge porodice, popopisima o socijalnoj zaštiti;
- 9) nezaposlena lica i druge kategorije socijalno ugroženih lica čiji su mesečni prihodi ispod prihoda utvrđenih u skladu sa ovim zakonom;
- 10) korisnici pomoći – članovi porodice čiji je hranilac na odsluženju vojnog roka;
- 11) lica romske nacionalnosti koja zbog tradicionalnog načina života nemaju stalno prebivalište, odnosno boravište u Republici;
- 12) žrtve nasilja u porodici;
- 13) žrtve trgovinom ljudima
- 14) lica koja su obuhvaćena obaveznom imunizacijom u skladu sa propisima kojima se uređuje zdravstvena zaštita stanovništva od zaraznih bolesti;
- 15) lica koja su obuhvaćena ciljanim preventivnim pregledima, odnosno skriningom prema odgovarajućim republičkim programima;
- 16) samohrani roditelji sa decom do sedam godina života čiji su mesečni prihodi ispod prihoda utvrđenih u skladu sa ovim zakonom.

Slika 4. Kretanje troškova pruženih usluga licima iz člana 22. Zakona o zdravstvenom osiguranju I obezbeđenih sredstava u budžetu za tu namenu (u hiljadama dinara)

Кретање трошкова пружених услуга лицима из члана 22. Закона о здравственом осигурању и обезбеђених средстава у буџету за ту намену (износи у хиљадама динара)



Istovremeno, ukazujemo da ne postoji mehanizam praćenja trošenja sredstava izdvojenih za lica koja imaju pravo na zdravstvenu zaštitu po osnovu čl.22. što onemogućava realno i održivo planiranje.

4.2. Način planiranja sredstava u javnom zdravstvu

U Srbiji, ključni principi koji će odrediti u najvećoj meri obim i način finansiranja, utemeljeni su prevashodno u Zakonu o zdravstvenom osiguranju i donekle Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Ipak, realan obim sredstava namenjenih za zdravstvenu zaštitu pre svega zavisi od godišnje budžetske projekcije Ministarstva finansija i usvojenog Zakona o budžetu, odnosno Zakona o budžetskom sistemu.

RFZO⁴⁸ predstavlja centralnu instituciju preko koje se vrši većina finansijskih transakcija sa republičkog nivoa za obavezno zdravstveno osiguranje. Istovremeno, RFZO deluje i kao kontrolor poslovanja zdravstvenih ustanova i korektivni mehanizam racionalnog trošenja budžetskih sredstava.

Iako samostalan u svom radu, treba napomenuti da je RFZO pod nadzorom ministarstva zdravlja⁴⁹ i direktnim uticajem ministarstva finansija kada je obim sredstava namenjenih zdravstvu u pitanju.⁵⁰

Pored Zakona o zdravstvenom osiguranju, ključnu ulogu u procesu donošenja odluka ima **Zakon o budžetskom sistemu**. Ovim zakonom predviđeno je da organizacije obaveznog socijalnog osiguranja donose finansijske planove iz svoje nadležnosti. Time je dato ovlašćenje da RFZO donosi na godišnjem nivou svoj finansijski plan za obezbeđenje zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, zasnovan na proceni i metodologiji koje daje Ministarstvo finansija. Sa druge strane, Zakon o zdravstvenom osiguranju ostavlja, čini se, makar kakav prostor da finansijski plan odražava potrebe

⁴⁸ Zakon o zdravstvenom osiguranju, čl. 6. i čl. 208. vrši javna ovlašćenja u obezbeđivanju i sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i u rešavanju o pravima i obavezama iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

⁴⁹ Takođe, sredstva koja se stiču u RFZO namenjena su ne samo zdravstvenoj zaštiti lica, već i naknadi zarade u slučaju sprečenosti za rad zaposlenih osiguranika („bolovanjima“), kao i naknadi troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite, isto, čl. 234. Ipak, napominjemo da sredstva namenjena za bolovanja ne ulaze u Nacionalni zdravstveni račun niti projekcije međunarodnih organizacija kada je trošenje na zdravstvo u pitanju.

⁵⁰ Isto, čl. 30.

sistema, dajući ovlašćenje RFZO da donosi odluku o iznosu sredstava koja se prenose filijali uz saglasnost Vlade. Naime, odluku o transferu sredstava donosi RFZO za svaku budžetsku godinu, na osnovu finansijskog plana svake pojedinačne zdravstvene ustanove, odnosno finansijskog plana filijale, plana zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, broja i starosne strukture osiguranih lica čije je svojstvo utvrdila matična filijala, podataka o osiguranim licima koja su obolela od bolesti od većeg socijalno-medicinskog značaja na području matične filijale, iznosa sredstava doprinosa koji se uplaćuje na području matične filijale prema evidenciji o visini uplaćenih sredstava i drugih kriterijuma.

Nekoliko je važnih elemenata ovog procesa na koje treba ukazati:

- **Dijaloga filijala, odnosno između RFZO-a sa pojedinačnim zdravstvenim ustanovama** o potrebnim sredstvima za pružanje (određene vrste i obima) zdravstvenih usluga, pre nego se zakluče ugovori između njih, vrlo je štur i nisu postavljeni jasni kriterijumi na osnovu kojih se nekoj instituciji priznaju ili ne priznaju određeni troškovi za određene potrebe. Istovremeno, **ne vodi se** dijalog sa zdravstvenim ustanovama na nacionalnom nivou – o strukturi usluga i promenama koje su potrebne da bi se zadovoljile promene u potrebama stanovništva. RFZO donosi godišnji finansijski plan na osnovu parametara definisanih od strane ministarstva finansija. Iznos sredstava za zdravstvenu zaštitu utvrđuje se finansijskim planom za svaku kalendarsku godinu od strane RFZO, a na osnovu obima opredeljenog od strane ministarstva finansija. Iako je legitimno da ukupna sredstva opredeljena za zdravstvenu zaštitu stanovništva budu prevashodno uslovljena budžetskim mogućnostima, nema razloga da preraspodela tih sredstava ne bude izvršena prema tipu usluga koje su potrebne i broju pacijenata, kojima će se pružiti zdravstvena zaštita.

- Obratno, prema **Pravilniku o ugovaranju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja sa davaocima zdravstvenih usluga**⁵¹, vrste i obim usluga zdravstvene ustanove iskazane u planu rada za narednu godinu moraju biti u skladu sa **Planom zdravstvene zaštite**⁵² **koji donosi RFZO**. Zdravstvena ustanova ne može predvideti manji broj usluga u odnosu na planirani obim usluga iz prethodne godine, osim u izuzetnim slučajevima pri čemu se moraju iskazati „objektivni opravdani razlozi smanjenja obima planiranih zdravstvenih usluga“, o čemu mišljenje daje nadležna zdravstvena ustanova koja obavlja delatnost javnog zdravlja (zavodi za javno zdravlje) i dostavlja ga filijali RFZO⁵³. Kada je u pitanju usaglašenost plana rada zdravstvene ustanove u delu koji se odnosi na lekove, medicinski potrošni materijal, krv i slično, utvrđuje ga područna filijala.

Ukoliko zdravstvene ustanove naprave uštede tokom rada, RFZO prilikom kontrole namenskog trošenja sredstava, uglavnom zahteva da se ta sredstva vrata u budžet RFZO. Ukoliko se na kraju godine utvrdi da zdravstvena ustanova nije opravdala fakturama ugovorenu naknadu, odnosno prenetu sredstva, ni ove potencijalne uštede se ne mogu zadržati, već se u narednoj godini prenosi manje sredstava upravo za neutrošeni deo.

Tako, budžetski sistem na izvestan način “primorava” zdravstvene ustanove na trošenje svih sredstava opredeljenih za budžetsku godinu, bez obzira na mogućnosti i ostvarene uštede. Ukoliko se sredstva ne iskoriste, ona se vraćaju u republički budžet, a presek utrošenih sredstava postaje osnov za budući

⁵¹Pravilnik o ugovaranju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja sa davaocima zdravstvenih usluga za 2017. godinu, “Sl. glasnik RS“, br. 109/16, 19/17, 29/17-ispravka, 57/17..

⁵²<http://www.rfzo.rs/index.php/planzz> Isto, član 6.

⁵³ Čl. 7 Pravilnika o ugovaranju.

finansijski plan. Pri tome nisu dozvoljena tzv. “prelivanja” sredstava za više od 10% iz jedne u drugu namensku kategoriju, što dodatno otežava upravljanje i racionalno trošenje unutar zdravstvenih ustanova.

Na osnovu načina na koji se planiraju sredstva potrebna za pružanje zdravstvene zaštite, može se zaključiti da se ne radi o procesu koji sagledava ukupne i realne potrebe, kao ni da uvažava činjenicu da se potrebe tokom vremena menjaju. Planiranje na osnovu budžeta iz prethodne godine i rigidnost mehanizma prema nužnim i neophodnim preusmeravanjima, potencijalnim uštedama i slično, dovodi u pitanje održivost procesa kao takvog i njegove direktne posledice na funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite.

5. Privatni zdravstveni sektor: tu je, ali se ne vidi

Imajući u vidu narastajući privatni sektor u zdravstvu, njegovu potencijanu ulogu i mesto u sistemu zdravstvene zaštite, tema kakva je odnos javnog i privatnog zdravstva u Srbiji prevazilazi okvire našeg istraživanja. Ipak, smatramo neophodnim da ukažemo na nekoliko nalaza do kojih smo došli.

Kada je reč o privatnim pružaocima zdravstvenih usluga, njih sistem na nivou plana mreže, niti na nivou usluga koje pružaju (korisnika privatnih zdravstvenih usluga) ne vidi.

Naime, Plan mreže ne obuhvata privatni sektor, a podaci u vezi pruženih usluga koji se, moguće i dostavljaju, imajući u vidu zakonom definisanu obavezu, ne analiziraju se kroz izveštaje zavoda za javno zdravlje, odnosno Instituta za javno zdravlje. Ukoliko je reč o nepoštovanju obaveze dostavljanja podataka, trebalo bi uključiti sve organe i ustanove nadležne za nadzor.

Bez obzira šta je razlog neprikazivanja ključnih elemenata privatnog sektora (broj i vrsta privatnih zdravstvenih ustanova), na ovakav način sistem ne može da prati niti planira, upoređuje i razvija javnu infrastrukturu. Još manje, može da utiče na razvoj nedostajućih kapaciteta i u javnom i u privatnom sektoru.

Odsustvo prikupljanja ili/i prikazivanja podataka vezanih za rad privatnih zdravstvenih ustanova koji bi trebalo da uključujuju i broj i vrstu zaposlenih, takođe doprinosi produbljivanju već postojećeg problema i komplikovanih odnosa— odlazećeg kadra iz javni u privatne, kao i dvostruku angažovanost zdravstvenih radnika i u privatnim i u javnim institucijama. Ne želeći da osporimo pravo zaposlenih na dodatni rad, bez obzira da li se radi o privatnoj ili državnoj praksi, čini se da bi i ova tema mogla biti predmet nekog od budućih istraživanja.

Pokazatelji značajnog procenta BDP koji ide na zdravstvo iz “džepa građana”, signal su nedovoljnosti i neefikasnosti državnog sistema zdravstvene zaštite. Kako se ovaj procenat učešća vremenom povećava, pitanja dostupnosti i kvaliteta zdravstvenih usluga poteebno je rešavati na duži vremenski rok.

Kada je reč o izvorima finansiranja privatnog zdravstvenog sektora, on se ne prikazuje na sistematski i javnosti lako dostupan način. Institut za javno zdravlje integriše u nacionalnim zdravstvenim računima ukupne troškove na zdravstvo—ali to je jedna vrlo gruba ukupna procena. Institut nije ni opremljen ni osposobljen, a koliko razumemo ni zadužen, da izvrši potrebnu detaljnu finansijsku analizu finansijskih tokova u privatnom sektoru. Stoga, izostaje ukupno i uporedno sagledavanje vrste troškova sistema koje bi omogućilo javnosti, ali i donosiocima odluka, uvid u celinu sistema zdravstvene zaštite i omogućilo informisano donošenje kako strateških, tako i operativnih odluka. Umesto toga, javni sektor se posmatra

kao da je celina sistema, što s obzirom da privatni sektor pruža značajan deo usluga (po vrednosti oko 25%), znači da se odluke donose na osnovu pogrešne slike.