

## Poglavlje 19 Socijalna politika i zapošljavanje

**173. Молимо вас да објасните како је организовано пружање здравствене заштите и дугорочне неге. Која је структура система здравствене заштите у вашој земљи? Који је удео средстава намењен примарној и секундарној здравственој заштити?**

Zbog neintegrisanosti privatnog sektora sa javnim, postoje dva paralelna zdravstvena sistema:

a)-Državno zdravstvo: blizu 300 zdravstvenih ustanova (ZU), jedan monopolski državni obavezni fond, Republički zavod za zdravstveno osiguranje na čije upravljanje Vlada ima potpuni uticaj jer postavlja UO koji imenuje direktora, dok skupština osiguranika ne postoji koja u drugim verzijama Bizmarkovog socijalnog modela postoji kao najviše telo fonda.

U Univerzitetским centrima kojih je 4, ne postoje sekundarne ZU, već samo DZ kao primarni tip i KBC i KC kao tercijarni tipovi ZU

Dugoročna nega (Palijativno zbrinjavanje) postoji u abortivnoj formi kroz produženu bolničku negu u nekim ZU, međutim ne postoje hospisi, pa je Srbija je jedina zemlja u Evropi koja nema institucije tipa hospisa.

b)-Privatno zdravstvo: oko 7000 privatnih lekara, stomatologa, apotekara, 25000 zaposlenih, ogromna većina u ambulantnoj medicini jer regulativa inhibira razvoj privatnih hospitalnih kapaciteta, nema pristup obaveznom državnom osiguranju osim nekoliko povlašćenih izuzetaka koji su tu privilegiju najčešće stekli na netransparentan način. Pacijenti iako osiguranici RZZO plaćaju usluge privatnom zdravstvu iz džepa i nisu refundirani od obaveznog osiguranja što rezultira dvostrukim plaćanjem iste usluge.

U strukturi rashoda, za funkcije primarne zdravstvene zaštite se izdvaja 24% a za bolničko lečenje 53% rashoda za zdravstvenu zaštitu RZZO. Izdvajanje za PZZ je niže za 3-6% od izdvajanja za PZZ u Evropi.

Snažan udarac preventivnoj funkciji zdravstva je napravljen tokom rebalansa budžeta oktobra 2004. kada je došlo je do radikalne preraspodele u okviru dopunjenog finansijskog plana RZZO na štetu ambulatnih i preventivnih usluga zbog smanjenja rashoda za blizu 30% uz istovremeno drastično povećanje rashoda kurativne medicine. Činjenica da je taj šok prošao bez predhodne stručne rasprave pokazuje na nepostojanje konsultativnih mehanizama u zdravstvu. Disbalans između primarne i sekundarne zdravstvene zaštite je očigledan: u većini evropskih zemalja ustanove primarne zaštite rešavaju otprilike 75% medicinskih slučajeva, dok u Srbiji primarna zaštita rešava ispod 50% slučajeva. Uz to je broj pacijenata obrađenih u ustanovama sekundarne i tercijarne zaštite, gde su troškovi lečenja znatno viši, u poslednjih pet godina porastao za 30%. To je rezultiralo nepotrebnim dupliranjem brojnih dijagnostičkih i laboratorijskih postupaka i značajnim porastom troškova jer su zdravstvene usluge premeštene prema višim i skupljim oblicima zaštite. Istovremeno, broj preventivnih zdravstvenih usluga poslednjih godina stalno pada, a potrošnja lekova naglo raste. To je posledica loše razvijene preventivne medicine, dominacije kurativnog karaktera zdravstvenog sistema nad preventivnim a direktan podsticaj predstavlja i zakonska regulativa koja dopušta privatni dopunski rad državnih lekara koji je mnogo profitabilniji u pružanju dijagnostičkih i terapijskih usluga nego preventivnih.

#### **174. Dodatne informacije o direktnim plaćanjima:**

U privatnoj praksi i privatnim ZU nema pristupa obaveznom državnom osiguranju sem nekoliko povlašćenih monopolističkih izuzetaka gde je RZZO direktno sklopio ugovor sa nekim privatnim ZU. (Izuzimaju se 6 ustanova za vantelesnu oplodnju). Inače, u svim drugim privatnim ZU pacijenti plaćaju iz džepa i nisu refundirani od obaveznog osiguranja u visini cene usluge koju određuje RZZO u okviru paketa obaveznog osiguranja-dakle postoji dvostruko plaćanje iste usluge.

Konflikt interesa u zdravstvenom sektoru je značajan, uveden i legalizovan kroz dva osnovna sistemska zdravstvena zakona iz 2005.god:

1.Zakon o zdravstvenoj zaštiti

2.Zakon o zdravstvenom osiguranju

-Zakon o zdravstvenoj zaštiti:

čl 199-202 državni lekar može dopunski da radi privatno u državnoj ZU odnosno privatnoj praksi

čl 161 UO državne ZU određuje cene usluga

čl 164 UO državne ZU izdaje „slobodne kapacitete”

Pravilnik o dopunskom radu (2008) omogućava zaposlenim u ZU da koriste resurse državnih ustanova u svrhu privatne zarade (tkz. večernje klinike)

-Zakon o zdravstvenom osiguranju:

-čl 57 preskakanje liste čekanja za novac u državnim ZU

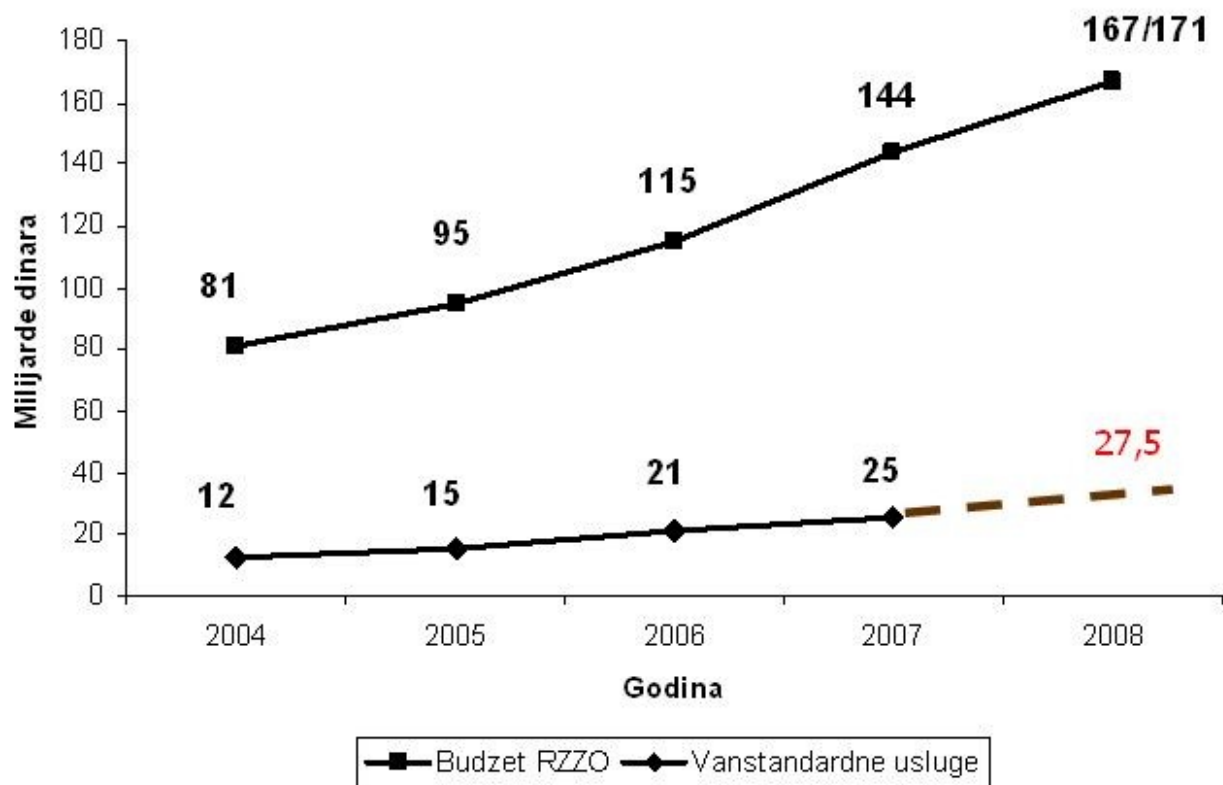
-čl 61 vanstandardne usluge koje se naplaćuju od pacijenata ali koje realno spadaju u apstraktno definisan osnovni paket usluga (čl 45 ZZO)

Nedavno, dodatno je u Skupštini kroz izmene zakona, skriveno i bez ikakve predhodne javne rasprave ukinut čl 277, ključne antikoruptivne odredbe kojom se vremenski ograničavalo legalizovanje konflikta interesa zdravstvu u vidu privatnog dopunskog rada državnog lekara. Sistemska korupcija preko legalizacije konflikta interesa u državnom zdravstvu, privatnog dopunskog rada državnih službenika, uzurpacije državnih resursa preko privatnih “večernjih klinika”, nezakonitog naplaćivanja lažnih vanstandardnih usluga, preskakanja lista čekanja za pare, itd. je dovela sa jedne strane do neprihvatljive zdravstvene diskriminacije siromašnih građana a sa druge do ogromnog rasipanja u zdravstvu. Zbog toga osiguranci godišnje nepotrebno plaćaju preko 300 miliona evra (29,7 milijardi dinara u 2009.god) iz džepa za usluge u državnom zdravstvu koje već finansiraju preko obaveznog doprinosa i poreza.

Treba naglasiti takođe da spisak tzv. „vanstandardnih usluga“ po čl.61 Zakona o ZO jedan (lečenje od pijanstva, promena pola, lečenje seksualne disfunkcije, alternativna medicina, pregledi sportista, lečenje hipnozom, zdravstveni pregled radi upisa u skolu, zdravstveni pregled radi vozacke dozvole, kozmeticka hirurgija), ne odgovarava spisku usluga koje se rade u samim zdravstvenim ustanovama, DZ i bolnicama, i nezakonito naplaćuju od građana i to različito od jednog do druge ustanove u zavisnosti od arbitrarne i diskrecione odluke UO zdravstvene ustanove (čl 161 Zakona o zdravstvenoj zaštiti).

Tako gradjani placaju ponovo u drzavnim bolnicama ono na sta imaju pravo i što su vec platili kroz doprinos od 12,3%, ali sada u gotovini, mimo tokova redovnog platnog prometa.

## Budžet RZZO/Vanstandardne usluge



"Osnovni paket usluga" koji ide na teret obaveznog osiguranja nije precizno definisan što onda omogućava krajnje rastegljivo formiranje liste i cene tzv. "vanstandardnih usluga" od strane UO i direktora državne ustanove, pa na taj način i preskakanje liste čekanja za određenu uslugu iz paketa obaveznog osiguranja za novac u takozvanom dopunskom radu. Cenu "vanstandardnih usluga" formira direktor i UO državne ustanove. Direktori i UO bolnica imaju diskreciono pravo u odlučivanju koje će usluge pružiti i naplaćivati od građana (čl 161 Zakona o zdravstvenoj zaštiti) na taj način, i zato se često razlikuje spisak tih usluga od bolnice do bolnice. Postoji niz primera, kako u primarnoj zdravstvenoj zaštiti tj. Domovima zdravlja (npr. Ultrazvučni pregled srca ili stomaka itd), tako i u bolnicama gde se to ne odnosi samo na najteže bolesti, kao što su maligne ili kardiovaskularne. Ove su najkurentnije jer se radi o život i smrti, ali to je u svim specijalnostima, npr. ortopediji (operacije kukova i kolena npr. sa stavljanjem proteza), ginekologiji (epidural...), oftalmologiji (operacija katarakte, glaukoma itd...)...

U prilog tome govori i podatak o zaradi tj. sopstvenim prihodima državnih ustanova koji su bili 27,5 milijardi din tj. Oko 350 miliona eura u 2008g.

Dakle, u periodu 2004 – 2008. god. od građana naplaćeno preko 101 milijarda dinara „sopstvenih prihoda“ po ovom osnovu u državnim ustanovama. Paradoksalno, taj iznos je naplaćen i utrošen POTPUNO IZVAN SISTEMA JAVNIH FINANSIJA. Iako je na tu činjenicu rukovodstvo RZZO bilo više puta javno upozoravano, do preduzimanja mera za otklanjanje rasipničkog mehanizma dvostrukog plaćanja nije došlo uprkos velike štete kako finansijske zbog duplog plaćanja iste usluge tako i zdravstvene jer potencira diskriminaciju

siromašnih pacijenata. Takvo postupanje otvara pitanje trošenja ovako prikupljenih „sopstvenih sredstava“ u ZU jer bi po važećim poreskim morale biti tretiranje kao i svaki drugi poreski obveznik. Međutim, kako je uredbom od avgusta 2010. ukinuta obaveza izdavanja fiskalnih računa u državnim ZU pitanje kako je moguće iskontrolisati koliko je novca realno prijavljeno, jer se građanima ne izdaju fiskalni već obični blok računi.

**175. Koji je nivo ukupnih расхода за здравствену заштиту у процентима у БДП? Који је однос јавног и приватног финансирања? Која је учесталост директних плаћања (званичних и незваничних) у здравственој заштити (ако су ови подаци доступни)?**

Nivo ukupnih rashoda za zdravstvenu zaštitu u procentima ne može se tačno odrediti s izuzetkom učešća sredstava iz RZZO mada je i tu različit iznos BDPa koji se navodi od strane Svetske banke, RM zdravlja i RZZO. Takođe se i odnos javnog i privatnog finansiranja ne može se pouzdano odrediti zbog netransparentnih tokova novca u zdravstvu i nepostojanja validnog NZR. Postoji podatak o zaradi tj. sopstvenim приходима државних ustanova koji su iznosili 27,5 milijardi din tj. oko 350 miliona eura u 2008g. ali i on nije proverljiv jer su državne ZU oslobođene od obaveze izdavanja fiskalnih računa.

Što se tiče privatnog zdravstva, od raspoloživih izvora podataka za procenu privatnog sektora praktično izdaci domaćinstava za zdravstvo imaju dominantno učešće. Podaci su dobijeni pre svega na osnovu Ankete o potrošnji domaćinstava, ali i korišćenjem dodatnih izvora, kao što su granske statistike, i drugi raspoloživi izvori. Nažalost, to su nepouzđani i neprecizni podaci. Fiskalizacija usluga ima izvestan doprinos, mada je i to polje izvor nedovoljno tačnih podataka. Po procenama ekonomista, godišnja potrošnja u privatnom zdravstvenom sektoru je 900 miliona evra ili 3% BDPa.

Učestalost direktnih plaćanja je vrlo visoka jer u javnim ZU se osim participacije, koja je zakonski uređena, masovno prevarno naplaćuju nezakonite lažne „vanstandardne usluge“ u gotovini. Nezvaničana plaćanja, to jest mito, je takođe vrlo čest po svim istraživanjima.

<http://www.undp.org.rs/index.cfm?event=public.newsDetails&revid=9C348534-D463-B01A-F8CA23D272949E21>

**176. Колика је приступачност система здравствене заштите? Молимо вас да опишете постојеће неједнакости у приступачности (географске, финансијске, социјалне)? Да ли су одређене групе искључене из јавног система из правних разлога (покривеност)?**

Sobzirom da čl 45 Zakona o zdravstvenom osiguranju definiše prava pacijenta na neodređen i uošten način u smislu vrste, obima i standarda, činjenica je da je pacijent često prinuđen da plati uslugu u privatnoj ustanovi ili državnoj, ukoliko želi da ih dobije na vreme ili uopste dobije u smislu kvaliteta i obima!

Kritičan problem činjenica da je spisak tzv. „vanstandardnih usluga“ po čl.61 Zakona o ZO jedan, a sasvim druga lista ovih usluga u samim zdravstvenim ustanovama, DZ i bolnicama, i to različito od jedne do druge ZU.

Tako, građani placaju ponovo u državnim bolnicama ono na sta imaju pravo i sto su vec platili kroz doprinos od 12,3%, ali sada u gotovini, mimo tokova

redovnog platnog prometa. To je dovelo sa jedne strane do neprihvatljive zdravstvene diskriminacije siromašnih građana (finansijsko-socijalna nejednakost u pristupačnosti sistema zdravstvene zaštite) a sa druge do ogromnog rasipanja u zdravstvu zbog ponovnog, dvostrukog finansiranja jedanput plaćenih usluga preko obaveznog doprinosa. Zbog toga osiguranici godišnje nepotrebno plaćaju preko 300 miliona evra iz džepa za usluge u državnom zdravstvu koje već finansiraju preko obaveznog doprinosa i poreza.

Postoji i geografski aspekt nejednakosti i u pristupačnosti sistema zdravstvene zaštite, najočigledniji kada se uporede gradovi i sela ili veliki gradovi sa kliničkim centrima i manji gradovi sa opštim bolnicama.

**177. Да ли је систем здравствене заштите одржив са финансијске тачке гледишта? Да ли је одржив с тачке гледишта људских ресурса? Да ли примећујете одлазак кадра у друге земље или недостатак кадра? Уколико примећујете, да ли постоје стратегије да би се кадар задржао?**

Sistem je teško finansijski održiv upravo zbog rasipničkog mehanizma dvostrukog plaćanja u slučaju već objašnjenog sistema lažnih vanstandardnih usluga, preskakanja lista čekanja za pare, niske produktivnosti zbog legalizovanog konflikta interesa. Takvi mehanizmi su posebno štetni jer dovode i do neracionalne alokacije resursa u smislu investicija u određene kapacitete i opremu jer se favorizuje kurativni aspekt kao profitabilan u odnosu na preventivu. To izaziva veliku štetu kako finansijsku zbog duplog plaćanja iste usluge tako i zdravstvenu jer potencira diskriminaciju siromašnih pacijenata. Dakle, kao što je već pomenuto, u periodu 2004 - 2008 god. od građana naplaćeno preko 101 milijarda dinara „sopstvenih prihoda“ po ovom osnovu u državnim ustanovama. Paradoksalno, taj iznos je naplaćen i utrošen POTPUNO IZVAN SISTEMA JAVNIH FINANSIJA . Tako, građani placaju ponovo u drzavnim bolnicama ono na sta imaju pravo i što su već platili kroz doprinos od 12,3%, ali sada u gotovini, mimo tokova redovnog platnog prometa.

**Nedostatak kadra** je očigledan kada su u pitanju naročito specijalnosti ključne upravo za poboljšanje indikatora zdravlja koji se tiču oboljevanja i umiranja od najčešćih i pritom preventabilnih bolesti u Srbiji, a to su kardiovaskularne i maligne bolesti.

Sagledavanja prioriteta zdravstvene zaštite očito nije rađeno adekvatno i na vreme, samim tim se postavlja i pitanje organizacije, ljudskih resursa i nabavke opreme za onkološke službe u Srbiji. Za to je urađen projekat restrukturiranja onkologije u Srbiji za narednih 15g od strane stranih eksperata (Helsinki CG) još 2004g, upravo imajući u vidu porazne statističke podatke: da smo među prvima u Evropi po oboljevanju od najčešćih preventabilnih malignih bolesti, karcinoma grlića i dojke, raka pluća; takođe je već godinama kod nas značajno veći mortalitet od ovih najčešćih malignih bolesti jer se otkrivaju u najvećem procentu u jako odmakloj fazi bolesti upravo stoga što nemamo dijagnostičke, kao i ljudske resurse niti preventivne skrining preglede. Tek 2009.g na bazi praktično istih epidemioloških pokazatelja poput onih iz 2002g, kao i činjenice da je kod nas najveća smrtnost od kardiovaskulnih i malignih bolesti i da svake godine zato umire oko 32000 stanovnika više nego prethodne, Vlada Srbije pokreće program „Srbija protiv raka“ i donose se Nacionalne strategije za prevenciju i skrining kao i za Palijativno zbrinjavanje. Međutim **godinama već postoji nedostatak ključnih specijalističkih kadrova naročito patologa i radiologa, anesteziologa i kardiohirurga**. I odgovarajuća edukacija kadrova za preventivne programe, naročito radiologa, je tek u začetku

**179. Како је организовано пружање услуга дугорочне неге (да ли постоји одређен буџет, одређени планови, итд.) у поређењу с потражњом за тим услугама? Која је улога институционалне и неинституционалне неге? Која је пропорција јавног и приватног пружања услуга ?**

Палијативно збринјаванје је код нас један од горућих проблема већ годинама и представља критични сегмент здравствене заштите иако смо потписници Европске декларације о ПЗ још 2005г. Ми смо и једина земља у Европи која нема hospice. Стратегија о Палијативном збринјаванју је doneta 2008/09г по којој ће Centar за ПЗ бити IORS кад се изгради у те сврхе додатни, V sprat IORS-a(?).

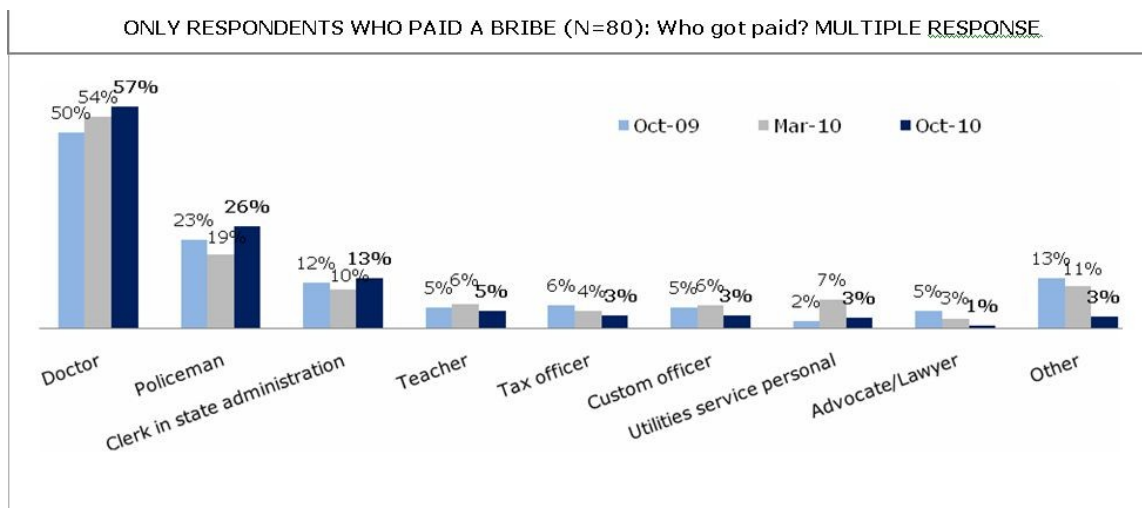
## Поглавље 23: Правосуђе и основна права

### II. БОРБА ПРОТИВ КОРУПЦИЈЕ

#### Политика и домаће институције

36. Да ли постоје неке области у којима је корупција израженија? Уколико постоје, како се те области идентификују и које мере се предузимају?

Oblast zdravstvene zaštite je na vrhu korumpiranosti u svim nezavisnim ispitivanjima i po metodama koje su bazirane na pokazateljima percepcije i po pokazateljima iskustva. Istraživanja koja naručuje UNDP a sprovodi Gallup pokazuju posebno zabrinjavajuću tendenciju stalnog rasta korupcije u zdravstvu.



<http://www.undp.org.rs/index.cfm?event=public.newsDetails&revid=9C348534-D463-B01A-F8CA23D272949E21>

Treba napomenuti da je ovim anketama obuhvaćena samo “mala” korupcija dok korupcija u sferi javnih nabavki odnosno drugih zloupotreba službenog položaja radi sticanja privatne koristi u zdravstvu nije obuhvaćena.

Tokom 2010. god pod pritiskom nezadovoljne javnosti i službi EU i Ministarstvo zdravlja je naručilo anketu o korupciju u zdravstvu. Kredibilnost prikazanih rezultata o strane ministra je odmah demantovana od stručne javnosti a) zbog neadekvatne metodologije i b) zbog netransparentnog izbora anketara koji se predstavlja kao NGO a registrovan je kao privatno preduzeće.

[http://www.danas.rs/danasrs/dijalog/borba\\_protiv\\_korupcije\\_u\\_zdravstvu.46.html?news\\_id=200831](http://www.danas.rs/danasrs/dijalog/borba_protiv_korupcije_u_zdravstvu.46.html?news_id=200831)

Kako je korupcija u zdravstvu sistemskog karaktera, to jest generisana brojnim zakonskim rešenjima u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Zakonu o zdravstvenom osiguranju, Zakonu o lekovima i medicinskim sredstvima, Zakonu o komorama zdravstvenih radnika, odnosno podzakonskom regulativom (Pravilnik o dopunskom radu), u okviru zdravstvenog sistema realna mogućnost za borbu protiv korupcije ne postoji.

Sobzirom da zdravstvenim sistemom upravlja ista stranka od 2002.god. i da ista kadrovska nomenklatura rukovodi u četvrtom mandatu u četvrtoj Vladi RS, prisutna je duboka partizacija svih segmenata sistema i postojanje čvrsto povezane mreže političara, stranačkih funkcionera, zdravstvenog menadžmenta na svim nivoima, birokratskih struktura i komercijalnih partnera koji posluju u ovom ogromnom sektoru.

Procena je da se kroz različite oblike prevare i korupcije u zdravstvu se godišnje izgubi 500 miliona evra (skoro 20% od ukupne potrošnje za zdravstvo).

[http://www.healthcareanticorruption.org/mi\\_korupcija/Hronologija%20medija/Danas28052010.html](http://www.healthcareanticorruption.org/mi_korupcija/Hronologija%20medija/Danas28052010.html)

Prema tome, sobzirom na nepostojanje političke volje za borbu protiv korupcije, mere koje preduzima MZ imaju male efekte jer su marketinškog karaktera sa ciljem da a)zadrži postojeće stanje u kome stranačko-birokratske structure imaju veliku privatnu i grupnu korist od javnih fondova, b)skrene pažnju javnosti na periferne aspekte korupcije, 3)prikaže organima EU simulaciju aktivnosti protiv korupcije, 4)promoviše određene GONGO kao borce protiv korupcije i tako marginalizuje nezavisna nevladina udruženja koja se argumentovano bore protiv korupcije u zdravstvu.

**37. Koja specijalizovana tela za borbu protiv korupcije postoje? Molimo vas da ih opišete, navodeći njihov pravni i institucionalni status, sastav, funkcije, ovlašćenja i resurse (tj. korupciju u javnom i privatnom sektoru). Kako se obezbeđuju nezavisnost, odgovarajući nivo stručnosti i resursi za ta tela?**

Iz institucionalnog aspekta, u sektoru javnog zdravstva u blizu 300 ZU postoji više stotina organa, tela i službi zaduženih u okviru svojih nadležnosti da poštuju i sprovode zakon što podrazumeva i aktivnu borbu protiv korupcije. Za ovu aktivnost oko 5000 hiljada funkcionera i službenika primaju nadoknadu i platu.

- UO i NO 300 državnih ustanova (3000 funkcionera)
- 300 direktora državnih ustanova
- 300 zaštitnika prava pacijenata
- Inspekcije MZ i RZZO (200 službenika)
- 5 komora (25 sudova časti, etički odbori...350)
- Zdravstveni Savet+Etički odbor Srbije (?!)
- Gradskih sekretara, većnika....
- Ukupno..... blizu **5.000** funkcionera i službenika

Međutim, postojeće stanje demantuje kapacitet institucionalnog okvira za borbu protiv korupcije jer zdravstvena korupcija, po anketi UNDP ima godišnju stopu rasta od 10% u pogledu frekvencije dok je iznos mita porastao sa 164 evra na 255 evra po pojedinačnoj koruptivnoj transakciji. Ovaj raskorak između uloženog resursa i efekata antikorupcijske borbe se jednostavno objašnjava visokom partizacijom svih gore navedenih tela.



Dokaz neefikasnosti antikoruptivnih tela se manifestuje činjenicom da su svi prijavljeni slučajevi "male" korupcije došli od pacijenata a korupciju u sferi javnih nabavki do sada nije prijavljivalo više stotina direktora, UO i NO javnih ZU odnosno službe MZ koje bi nate kriminalne pojave morali da reaguju po službenoj dužnosti. Vrlo je često da UO i NO ZU odnosno službe MZ I RZZO, u slučajevima otvaranja koruptivnih afera imaju ulogu ignorisanja, zataškavanja i odugovlačenja.

<http://www.blic.rs/Vesti/Hronika/116830/Bivsi-direktori-bolnica-u-pritvoru>

<http://www.pistaljka.rs/home/read/48>

U srpskom javnom zdravstvu, institucije zadužene za poštovanje i sprovođenje zakona su u brojnim slučajevima zapravo prepreka za antikoruptivne aktivnosti. Istovremeno, malobrojna nezavisna NGO koje se bore protiv korupcije u zdravstvom često nailaze u svojim aktivnostima na otvorene ili pritajene opstrukcije.

**39. U kojoj mери и из којих извора су доступни статистички подаци о случајевима корупције (истраге, предмети на суду, осуде и ниво казни), међународној сарадњи у случајевима корупције, вези између корупције и организованог криминала и вези између корупције и прања новца?**

U sektoru zdravstva takva evidencija ne postoji.

**41. Јавне службе: да ли је свим грађанима загарантован подједнак приступ? Да ли постоје прописи који су објективни и засновани на критеријумима заслуга (у смислу адекватних зарада, социјалних права, ротације на осетљивим радним местима, обавеза јавности имовинског стања током трајања службе, правила о сукобу интереса)?**

Duboka, skoro decenijska partizacija zdravstva kao javne službe onemogućava vođenje kvalitetne kadrovske politike zasnovane na principima meritokratije pa su mehanizmi kronizma, nepotizma, partijske pripadnosti osnovni kriterijum za zapošljavanje i rukovođenje o čemu pišu i mediji.

<http://www.novosti.rs/vesti/srbija.73.html:313674-Vranje-Najvise-lekara-u-G-17>

Sobzirom da je konflikt interesa legalizovan kroz čl.199 Zakona o zdravstvenoj zaštiti pravila o konfliktu interesa ne postoje i nije ih moguće implementirati.

**42. Да ли предузимате било какве мере да би се заштитили звиждачи (лица која упозоравају на неправилности у борби против корупције)?**

S obzirom na nepostojanje političke volje ili i moći za borbu protiv korupcije, zviždači u pištalju u zdravstvu se sistematski proganjaju od nadređene hijerarhije kako bi se zastrašili ostali savesni zdravstveni radnici i sprečilo otvaranje drugih koruptivnih slučajeva.

Primeri represije su brojni (transfuziologija, Užice; trgovina sa pogrebnicima, Hitna pomoć, Beograd; trgovina listama čekanja na zračenje, onkologija, Sremska Kamenica) a metodi pritiska i zlostavljanja zviždača u pištaljku su brutalni, od maltretiranja na radnom mestu, sprečavanja napredovanja, pokretanja disciplinskih postupaka, smanjenja plate pa do otpuštanja i podnošenja neosnovanih krivičnih prijavi.

**44. Koje mere su preduzete za podizanje nivoa svesti o korupciji kao ozbiljnom krivičnom delu (npr. kampanje, mediji i obuka)? Ko je odgovoran za podizanje nivoa svesti?**

U sektoru zdravstva ne postoji metodičan pristup borbi protiv korupcije i prevare, već samo sporadične reakcije nadležnih kada istražni organi reaguju i otkriju koruptivni slučaj . Uređivačka politika medija, je sa izuzetkom par njih, potpuno u službi interesa partijskih zdravstvenih vlasti. Naprotiv, čak se protiv aktivnosti nezavisnih NGO koje se bore protiv korupcije u zdravstvu, pokreću različiti supesivni mehanizmi od strane zdravstvenih vlasti, čak poput javne prozivke u Skupštini Srbije ili medijske kampanje sa željom diskreditacije i devalvacije NGO (npr. prozivanja da su to “doktori protiv doktora” a ne “doktori protiv korupcije” itd...)

**46. Koje mere, pristupi, strategije, itd. postoje za sprečavanje korupcije? Kako je praktično iskustvo sa njihovim sprovođenjem?**

U zdravstvu ne postoji sektorska strategija za borbu protiv korupcije u zdravstvu, osim simuliranja iste preko tzv.”projekata” za šta je dobar primer GONGO koji je pristupio deljenju bedževa sa natpisima “Radim za platu, ne primam mito” lekarima u Domu zdravlja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (gde je inače korupcija najmanja a ne na pr. u ginekološkoj ili ortopedskoj klinici). Akcija je trajala par kratko vreme, uz snažnu dirigovanu medijsku pratnju, a zašta je doniran iznos od 112.000 evra evropskih poreskih obveznika. Razumljivo je što u zdravstvu ne postoji sektorska strategija za borbu protiv korupcije, s obzirom na postojanje legalnih koruptivnih mehanizama..

## **Поглавље 28: Заштита потрошача и здравља**

### **II Јавно здравље**

**34. Бела књига Комисије „Заједно за здравље: Стратешки приступ Европске уније 2008-2013.“, Документ КОМ(2007) 630 коначни, утврђује здравствену стратегију Европске Уније (ЕУ). Други програм ЕУ Акција у области здравља 2008-2013.(Одлука 1350/2007/ЕЗ) је кључни инструмент за подршку циљева дате стратегије. Да ли ваша држава има стратегију за здравље? Који су њени главни приоритети? Да ли се спроводе активности у тим областима? Ако је одговор потврдан, молимо да дате кратак опис. Примери су:**

#### **-Општи циљеви здравствене политике**

Општи циљеви здравствене политике никада нису били дефинисани кроз ширу јавну стручну расправу и усвојени демократским транспарентним механизмом који би дао политички легитимитет са спровођење изведених стратегија, акционих планова, програма и секторских политика. Документ “Здравствена политика Србије-Болје здравље за све у трећем миленијуму” из 2003. који по тврдњама Министарства Здравља (МЗ) представља стратешки документ којим је дефинисана визија, правец и обим будућих реформи, настао је из закључака са састанка одржаног августа 2002. год (Младеновац) између десет (10) функционера МЗ и РЗЗО.

У јулу 2003.год. сет нацрта системских закона (Закон о здравственој заштити, Закон о здравственом осигурању, Закон о коморанама здравствених радника) настао на бази овог документа је одбијен у Одбору за здравље Народне скупштине Србије због антиреформског садржаја, а тадашњи и садашњи министар здравља је поднео прву оставку.

Тек је крајем 2010. године први пут расправљано у Народној скупштини о здравственој политици кроз документ “Plan развоја здравствене заштите 2010-2015.год”, који није добио сагласност Одбора за здравље због декларативности, нереалног описа постојећег стања и недостатка квантификованих циљева, али је упркос стручних недостатака усвојен гласовима посланичке већине у парламенту.

Иначе, иако је министар по Закону о здравственој заштити био обавезан (чл. 16-18) да донесе „Plan развоја здравствене заштите 2005-2010г“, он то није урадио.

Токм последњих пар година донето је неколико стратегија и акционих планова за борбу против одређених болести (malignih са скрининг програмима, кardiоваскуларних, болести зависности, палијативно збринјаванје и др.) али без реализације специфичних циљева кроз неопходну имплементацију и активности. Стога то све још увек само симулра процесе здравствене реформе у одређеним областима.

#### **-Активности промовисања здравља**

Unazad две године почиње медијска промоција здравља и значаја preventivnih pregleda за најчешће болести од којих болује и умире популација у Србији, а то су кardiоваскуларне и maligne

bolesti. Pritom, loša morbiditetna i mortalitetna statistika vezano za kardiovaskularne i maligne bolesti datira još od 2002g, ali tek 2009g na bazi istih podataka, počinje promovisanje preventivnih pregleda u okviru državnog projekta “Srbija protiv raka” i “Srbija za zdravo srce”.

Što se tiče kampanje protiv pušenja, navodi se podatak da je smanjen broj pušaca u Srbiji za 5,6% što je u kontradiktornosti sa podatkom o godišnjoj prodaji cigareta, koja je porasla sa 880 miliona paklica godišnje na preko 950 miliona prodatih paklica cigareta godišnje u Srbiji.

### **- Механизми консултовања**

Mehanizmi demokratskog konsultovanja u zdravstvu su vrlo nedovoljni i produžetak su a) tradicije netransparentnog donošenja odluka administracije iz perioda jednopartijskog političkog sistema i b) visokog stepena centralizovanog odlučivanja u zdravstvenom sistemu. Otežavajuća okolnost je i činjenica da od juna 2002.god. to jest devet godina, sistemom zdravstvene zaštite upravlja ista stranka sa istim kadrovskim rešenjima što je dodatno hermetizovalo sistem za svako drugačije ili kritičko mišljenje.

Tako su, uprkos izrazito negativnih brojnih primedbi najuglednijih lekarskih udruženja, sindikata lekara i privatnog sektora usvojeni sistemski zakoni u decembru 2005. god sa svim osporavanim odredbama koje su kasnije pokazale štetne efekte, posebno u sferi legalizacije konflikta interesa i generisanja sistemske korupcije. Nekoliko pokušaja simuliranih rasprava organizovanih od MZ tokom 2005.godine su neproaktivno završene sa opštim utiskom u stručnoj i široj javnosti o apsolutnoj dominaciji političke volje nad sugerisanim stručnim rešenjima. Slično je i sa dokumentom “Plan razvoja zdravstvene zaštite 2010-2015.god” za koji je većina javnih rasprava održana u periodu godišnjih odmora, preko leta 2009.pred ranije pažljivo selekcionisanim kadrovima i na kojima nepristrasna stručna javnost nije učestvovala.

Mogućnost iznošenja drugačijeg mišljenja u medijima po pitanju zdravstvene politike i otvaranje debate je redukovana sobzirom na velike mogućnosti uticanja na uređivačku politiku štampanih i elektronskih od strane MZ i RZZO preko zakupa oglasnog prostora, sudelovanjem u raznim zajedničkim projektima i promocijama, finansiranja lažiranih anketa i ispitivanja javnog mnjenja...itd što dodatno sužava prostor javne debate o prioritetima zdravstvene politike i mogućim pravcima reforme.

### **35 b) Какви су подаци о доступности и коришћењу здравствених услуга, финансирању примарне и секундарне здравствене заштите, морбидитету, mortalitetу, инциденци, болничким објектима, здравственом кадру, годинама здравог живота, регионалним разликама?**

Struktura morbiditeta i mortaliteta: najcesce bolesti od kojih boluje i umire populacija u Srbiji su kardiovaskularne i maligne bolesti. Svake godine umre oko 32000 vise ljudi (izumire manji grad od toliko stanovnika godisnje). Pritom, loša morbiditetna i mortalitetna statistika vezano za kardiovaskularne i maligne bolesti datira jos od 2002g, ali tek 2009g pocinje promovisanje preventivnih pregleda.

Podaci baziraju na (nepouzdanim) prijavama malignih oboljenja (koje se inace ne popunjavaju redovno) sakupljenim u tzv. Nacionalni registar pri Institutu za Javno zdravlje "Batut", zatim takođe i na mortalitetnim podacima o malignim i drugim bolestima, kardiovaskularnim itd. kao i na hospitalnim registrima oboljenja. Populacioni registri ne postoje. Nema kompatibilnih baza podataka IT pri zavodima javnog zdravlja sa onim u Institutu za Javno zdravlje "Batut", čak ni u Beogradu, pa se postavlja zato i pitanje verodostojnosti podataka.

Javne izjave da je u poslednjih nekoliko godina "life expectancy" povećan na 73 godina, nisu jasne, ako se ima na umu podatak iz dokumenta Ministarstva zdravlja "Overview of Serbian Healthcare System 2006" (u prilogu sken odgovarajućeg dela dokumenta) da je to tako bilo još 2005-2006g tj. 72,3 godine.

Pouzdanost postojećih podataka o korišćenju i dostupnosti zdravstvenih usluga je dodatno kompromitovana činjenicom da statistikom nije obuhvaćen privatni sektor gde se leči veliki pacijenata, pre svega na nivou primarne zdravstvene zaštite.

Isti problem se ponavlja i kod prikupljanja podataka o finansiranju primarne i sekundarne zdravstvene zaštite sobzirom da ne postoji a) definisani paket osnovnih usluga sa utvrđenim cenama, b) procentualano učešće direktnog plaćanja iz džepa u državnom i privatnom sektoru u u kupnoj potrošnji za zdravstvo.

### **с) Колики је број лекара, медицинских сестара и зубара и другог здравственог особља по глави становника?**

Po podacima iz LKS ima 29.300 lekara a iz SKS 6.600 stomatologa.

### **36.b) С обзиром на то да државе кандидати морају да пренесу све правне тековине ЕУ из области здравства у своје национално законодавство и да их примене, потребни су одговарајући институционални и административни капацитети и инфраструктура да би се правила и норме ЕУ применили на националном, регионалном и локалном нивоу. Молимо вас да опишете тренутну ситуацију у вашој држави. Да ли постоје планови за промене?**

Osnovne pravne tekovine EU iz oblasti zdravstva nije moguće implementirati sobzirom da su ključna organizaciono-pravna rešenja u sistemskim zakonima iz zdravstva (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zdravstvenom osiguranju, Zakon o komorama zdravstvenih radnika) suprotna evropskim standardima. Članovi 199-202 Zakona o zdravstvenoj zaštiti legalizuju konflikt interesa i omogućavaju državnom lekaru da dopunski radi u privatnom sektoru, odnosno u svojoj ustanovi. Legalizacija konflikta interesa je dovela do pada produktivnosti u redovno radno vreme, stvaranja veštačkih lista čekanja, opadanja kvaliteta zdravstvene zaštite, nepoštovanja standarda lečenja, nezakonitog naplaćivanja zdravstvenih usluga, jačanja mehanizma zdravstvene diskriminacije siromašnih pacijenata, podsticanja sistemske korupcije i uzurpacije državne imovine.

Sbzirom da 7000 lekarskih i stomatoloških ordinacija i apoteka nisu integrisani u sistem RZZO, osiguranici dva puta plaćaju istu uslugu pa su neopravdano finansijski oštećeni a ujedno im je ukinuta mogućnost slobodnog izbora lekara u državnom ili privatnom zdravstvu (Evropska povelja o pravima pacijenata, Rim, 2002.)

### **37. У погледу реформи система здравства, молимо да опишете:**

#### **а) све реформе које су у току или се планирају**

Potpuna dominacije etatizovanog zdravstva, kako na nivou bolničkog sektora tako i na nivou primarne zdravstvene zaštite, u čemu se Srbija bitno razlikuje od drugih tranzicionih zemalja, negira postojanje reformskog procesa. Postoji samo jedan obavezni zdravstveni fond koji simulira sklapanje ugovora sa uvek istim državnim ZU tako da nema mogućnosti za razvoj kontrolisanog tržišta zdravstvenih usluga i poboljšanje kvaliteta i produktivnosti kroz mehanizme konkurencije. U postojećem okruženju koje teži ka tržišnoj ekonomiji, arhaični zdravstveni model baziran na etatičko-partijskom monopolu dovodi do brojnih disfunkcionalnih pojava koji se manifestuju za građanje kroz nemogućnost slobodnog izbora lekara, bolnice, obaveznog osiguranja, neodređen paket osnovnih/vanstandardnih usluga koji varira od ustanove do ustanove, dugačke liste čekanja koje pacijenti mogu preskočiti ako plate iz džepa. Takvo stanje poništava sva načela dostupnosti, pravednosti i solidarnosti na kojima počivaju evropski zdravstveni sistemi.

Posebno je štetno simuliranje reformi određenih segmenata zdravstvene zaštite kao na pr. "Projekat izabrani lekar-kapitacija" koji se i dalje bazira na uskraćivanju korisnicima zdravstvenih usluga osnovnih prava na slobodan izbor lekara. Kako u finansiranju tog projekta učestvuje EU, ministarstvo zdravlja uskraćivanje prava na slobodan izbor prikazuje građanstvu kao standard EU čime se dovodi u zabludu najšira javnost.

Aktivnost MZ i drugih segmenata javnog zdravstva u fabrikovanju brojnih dokumenata, strategija, programa, podzakonske regulative, uredbi, pravilnika, itd. je vrlo izražena ali je u diskrepanci sa stanjem u praksi. Ova diskrepanca između dokumenata i realnosti se ubedljivo može zapaziti kod rezultata koja se prezentiraju javnosti posle na pr. akcija Ispitivanja kvaliteta ZU koje su na papiru svake godine sve pozitivnije iako u isto vreme građani uporno proglašavaju zdravstvo za najkorumpiraniju službu. Ostaje utisak da se ovom intenzivnom administrativnom produkcijom dokumenta želi stvoriti iluzija uspešne reforme i ubrzane harmonizacije sa standardima EU.

#### **б) Који је био обим претходних реформи (од 1990. године)?**

Pošto organizacioni model zdravstvene zaštite iz perioda komunističkog jednopartijskog upravljanja državom nije strukturno reformisan ne može se pričati o obimu predhodnih reformu u zdravstvu.

**с) Да ли се реформе прате и процењују? Ако је одговор потврдан, у којој мери?**

Procene koje vrši a)Ministarstvo zdravlja, sobzirom da ista stranka i isti kadrovi vode zdravstvo već devet godine, o reformama koje su sami inicirali i sproveli su nekritične i u često funkciji dnevnopolitičkih ciljeva, b)procene koje vrše određene lažne nevladine organizacije tipa GONGO za račun MZ su namerno konfuzne sa ciljem zamgljivanja problema, c)ispitivanja koja vrše nezavisna tela su negativna u oceni efekata reformi Ministarstva zdravlja jer konstantno, primera radi, rangiraju zdravstvo na prvo mesto korumpiranih sistema u Srbiji.

Procene o dosadašnjim pokušajima reformi koje daju stručne nevladine organizacije, lekarska i farmaceutska udruženja iz javnog i privatnog sektora su takođe u velikoj većini vrlo negativne po Ministarstvo zdravlja što rezultira stalnim medijskim naporima MZ da nepovoljne ocene budu minimalno prikazane u javnosti.

**d) Који део система здравствене неге треба реформисати?**

S obzirom da strukturne reforme nisu započete potrebno je reformisati sve segmente zdravstvene zaštite u vertikali i horizontali. Preduslov reforme je 1)neophodna departizacija i depolitizacija zdravstva i 2)eliminisanje legalizovanih koruptivnih mehanizama koji blokiraju reformske inicijative zbog umreženosti ličnih, grupnih i strančkih interesa. Neophodno je utvrditi zdravstvene prioritete i u skladu sa njima reformisati organizacionu shemu kapaciteta davaoca usluga, izjednačiti državni i privatni sector, promeniti način autoregulacije ljudskog resursa kroz drugačiji concept komore i strukovni udruženja, redefinisati model mobilizacije sredstava kroz održv pluralni javno-privatni miks institucija za osiguranje, promenti sistem plaćanja davaoca, uvesti savremene mehanizme kontrole na strani tražnje i ponude zdravstvenih usluga.

**e) Нарочито, које стратегије електронског здравства постоје у вашој држави? Како су уграђене у општу стратегију здравства и у стратешку оријентацију и планове улагања у здравство? Нарочито, на који начин (се планира) оне доприносе безбедности пацијената, квалитету здравствене заштите (мерење и побољшавање) и томе да се време здравствених стручњака и координисаност неге користи на ефикасан начин?**

Teško se može govoriti o strategiji elektronskog zdravstva znajući aktuelnu situaciju: Dva velika projekta vezana za razvoj zdravstvenog informacionog sistema, su finansirana sredstvima EU, 2003– M€ 6.2:...Kompjuterizacija bolničkih apoteka i zdravstvenih ustanova Srbije...i 2003/4 – M€ 3.6: Razvijanje zdravstvenog informacionog sistema (ZIS)...Cilj je bio da se napravi (a) Integrisani Nacionalni ZIS, kvalitetan na svim nivoima koji bi uključivao slakupljanje (slivanje) podataka, njihov prenos, analizu, primenu, i (b) Elektronski zdravstveni karton. Projekat je ocenjen kao skoro katastrofalan, preterano ambiciozan od početka, značajan samo po definisanju minimuma potrebnih podataka. Postaje “*Never ending story*”. Nebrojano puta se raspisuju tenderi za kompjutere, nedavno opet za 158 DZ, a 17.okt.2010. za 20 bolnica

u Srbiji. U Beogradu traje već nekoliko godina kontinuirana nabavka kompjutera i (ponekad dokazano nepotrebni, a skupih) softverskih programa, uvode se razni Pilot Projekti, međusobno različiti; u DZ su različiti programi, nekompatibilni međusobno, kao i u bolnicama gde postoje. Centralizacija slivanja podataka je dakle nemoguća, a ključne ustanove za registre oboljenja, morbiditetne i mortalitetne statistike, Republički Institut za Javno zdravlje "Batut" i Gradski Zavod za Javno zdravlje imaju različite, inkompatibilne programe. Na sve to, lokalni predstavnik Svetske banke nedavno zvanično izjavljuje da je i WB dala 32 mil.e u te svrhe, a RM već potrošilo 12 mil.e.

**g) На који начин се здравство разматра за будућу израду нацрта националног стратешког референтног оквира за коришћење структурних фондова?**

Jedan o krupnih nedostataka mehanizama korišćenja međunarodnih donacija i kredita kao i EU fondova je ograničenost pristupa projektima širih stručnih krugova pa se stiče utisak da je učešće u projektima privilegija jedne male grupe povezanih lica. Tako na pr. privatni zdravstveni sektor je u proteklom periodu bio potpuno isključen iz EAR Health CARDS programa koje je finansirala EU. Posebno je zabrinjavajuće da je privatni sektor potpuno isključen iz projekta Kapitacije-Izabrani lekar koji se odnosi na promenu finansiranja primarne zdravstvene zaštite u koji spada najveći deo privatnog zdravstva i to uprkos činjenici da u EU ovaj segment počiva na privatnom sektoru.

**i) На који начин су различите заинтересоване стране у здравству, нарочито стручњаци и пацијенти, укључене у дефинисање, валидацију, примену и процену стратегија здравствене неге? Који механизми управљања постоје за ту сврху?**

Ne postoje nezavisne i nepristrasne institucionalne strukture iniciranja i upravljanja procenama reformskih procesa. Sama činjenica da zdravstvenim sistemom još od 2002.god. upravlja ista stranka pokazuje da u zdravstvu vlada duboka partizacija koja onemogućava svaki produktivan stručni dijalog. Nezavisne nevladine stručne organizacije se uporno marginalizuju od strane MZ dok se istovremeno provladine GONGO organizacije promovišu i finansiraju kako bi stvorio privid pluralne stručne scene i zavarala javnost i partneri iz EU i drugih međunarodnih institucija. Lekarske, stomatološke i farmaceutske komore, s obzirom na paradoksalnu pravno-organizacionu strukturu, nemaju potrebnu autonomiju pa su u funkciji disciplinovanja zdravstvenih radnika i odbrane postojećeg stanja u zdravstvu pa ne mogu biti mesto pokretanja debata o problemima zdravstva.

U toku donošenja strateških dokumenata najčešće se ne vrši predavljanje javnosti nacrtu dokumenta niti je isti na javnoj raspravi. Simulira se taj proces u zatvorenom malom krugu ljudi, i onda se odjednom saziva Konsenzus konferencija sa dozvoljenim učešćem samo za određene zdravstvene radnike koji su mahom samo poslušnici ili bliski saradnici zdravstvenih vlasti, i tako se „donose“ i „usvajaju“ odluke i strateški dokumenti. Periodično ispitivanje zadovoljstva stanovništva kvalitetom pružene zdravstvene zaštite i usluge obavljaju samo odabrane agencije koje potom daju uvek željene izveštaje, često u suprotnosti sa stvarnim stanjem (eklatantan



primer su interpretacija „rezultata istraživanja o korupciji“ Cesida u poređenju sa istim koje je sproveo Gallup na zahtev UNDP-a 2010g).

**39. Колики су ваши садашњи трошкови у здравству, изражени као проценат БДП-а и у апсолутним износима (у еврима) и како су структурисани, укључујући износе који се троше у јавном и у приватном сектору, износе који се троше за превенцију и промовисање здравља?**

Nije moguće dati validan odgovor sobzirom na nepostojanje uniformne i proverljive metodologije koja bi obuhvatila kako izvore finansiranja iz javnih prihoda tako i iz privatnih izvora. Izjave o ukupnoj potrošnji za zdravstvo variraju od 6% BDPa po donedavnoj direktorki RZZO, preko 8,2% po Ministru do 10,6% po Svetskoj banci što iznosi razliku od 1,2 milijarde evra. Procena Svetske banke je najrealniji, što svrstava Srbiju u grupu zemalja sa najvećom potrošnjom za zdravstvo u Evropi.

Može se konstatovati da je porast troškova za zdravstvo u protekloj deceniji bio eksplozivan sobzirom da je rast budžeta RZZO kao najvećeg finansijere bio više godina blizu od 25% što je daleko iznad stope rasta BDP-a i daleko iznad potrošnje za zdravstvo drugih zemalja u tranziciji sličnog stepena privrednog razvoja. Posebno ako se zna da se kapitalne investicije u zdravstvu finansiraju iz budžeta Ministarstva zdravlja, lokalne samouprave, donacija i ino-kredita.

**ПРИХОДИ РЗЗО 2002-2009.година**

<b>Година</b>	<b>(у милионима динара)</b>	<b>Индекс</b>
<b>2002.</b>	<b>58.659,07</b>	<b>100,00</b>
<b>2003.</b>	<b>66.638,26</b>	<b>113,60</b>
<b>2004.</b>	<b>83.933,94</b>	<b>143,09</b>
<b>2005.</b>	<b>104.393,69</b>	<b>177,66</b>
<b>2006.</b>	<b>120.877,49</b>	<b>206,06</b>
2007.	<b>143.474,78</b>	<b>244,60</b>
2008.	<b>166.460,29/171.573,35</b>	<b>249,79</b>
2009.	<b>178.977.89</b>	<b>306,89</b>

U strukturi rashoda, za funkcije primarne zdravstvene zaštite se izdvaja 24% a za bolničko lečenje 53% rashoda za zdravstvenu zaštitu RZZO. Izdvajanje za PZZ je niže za 3-6% od izdvajanja za PZZ u Evropi.

Snažan udarac preventivnoj funkciji zdravstva je napravljen tokom rebalansa budžeta oktobra 2004. kada je došlo je do radikalne preraspodele u okviru dopunjenog finansijskog plana RZZO na štetu ambulatnih i preventivnih usluga zbog smanjenja rashoda za blizu 30% uz istovremeno drastično povećanje rashoda kurativne medicine. Činjenica da je taj šok prošao bez predhodne stručne rasprave pokazuje nepostojanje konsultativnih mehanizama u zdravstvu. Disbalans između primarne i sekundarne zdravstvene zaštite je očigledan: u većini evropskih zemalja ustanove primarne zaštite rešavaju otprilike 75% medicinskih slučajeva, dok u Srbiji primarna zaštita rešava ispod 50% slučajeva. Uz to je broj pacijenata obrađenih u ustanovama sekundarne i tercijarne zaštite, gde su troškovi lečenja znatno viši, u poslednjih pet godina porastao za 30%. To je rezultiralo nepotrebnim dupliranjem brojnih dijagnostičkih i laboratorijskih postupaka i značajnim porastom troškova jer su zdravstvene usluge premeštene prema višim i skupljim oblicima zaštite. Istovremeno, broj preventivnih zdravstvenih usluga poslednjih godina stalno pada, a potrošnja lekova naglo raste. To je posledica loše razvijene preventivne medicine, dominacije kurativnog karaktera zdravstvenog sistema nad preventivnim a direktan podsticaj predstavlja i zakonska regulativa koja dopušta privatni dopunski rad državnih lekara koji je mnogo profitabilniji u pružanju dijagnostičkih i terapijskih usluga nego preventivnih.

#### **40. У погледу промовисања здравља и превенције болести:**

**- Које мере предузимате да бисте побољшали промоцију здравља и превенцију болести, нпр. 3 врсте скрининга рака (колоректални карцином, карцином дојке и карцином грлића материце)?**

Prevenција karcinoma je praktično u povoju, a dugogodišnja nedovoljnost opreme i kadrova (posebno radiologa u ovom sl. zbog tj. Za mamografije) se pokušava štetno kamuflirati brojnim deklarativnim dokumentima. Sama organizacija prevencije je u velikoj meri stihijska, primarni preventivni centri nerazvijeni, a dvosmislena regulativa dopušta čak i naplaćivanje preventivnih pregleda carcinoma od pacijenata.

<http://www.blic.rs/Vesti/Drustvo/229386/Naplacuju-pregled-doјke-koјi-inace-placa-RZZO>

Još prema podacima iz 2002g evidentno je da su porazni statistički podaci o malignim bolestima u našoj zemlji sa izrazito negativnim trendom svih ovih godina i kad se tiče incidencije tj. broja novoobolelih svake godine kao i odmaklog stadijuma u kome se otkrivaju, za razliku od statistika velike većine drugih evropskih zemalja. Srbija još uvek nema ni neophodne populacione registre o malignim bolestima, kao ni za druge hronične nezarazne bolesti, koji su jedan od osnova za adekvatnu procenu zdravstvenog stanja stanovništva!!!

Studija o stanju onkologije u Srbiji još iz 2003/2004g je jasno ukazala na loše organizacione, kadrovske i tehnološke kapacitete koje treba adekvatno popraviti. Ostala je očito bez efekta. Isti sastav RM Zdravlja kreira zdravstvenu politiku svih ovih godina i odgovorno je za poraznu zdravstvenu politiku i u oblasti onkologije u Srbiji.

1. Skringing najčešćih malignih bolesti (raka dojke, grlića materice, creva...) počinje kao sistemski tema tek 2009g, kada počinju i aktivnosti za stvaranje preduslova za sistematski skringing: npr. neophodna obuka radiologa i rentgen tehničara, kojih inače nema dovoljno u Srbiji ni za redovan svakodnevni posao, a kamoli još i za skringing... ista je situacija sa aparatima (npr. mamografi koji se tek kupuju ili dobijaju kao npr. zahvaljujući donaciji Japanske vlade...)

2. Dijagnostika: ukratko, svih ovih godina i dalje enormni nedostatak neophodnih specijalističkih kadrova - Patologa i Radiologa, kao i adekvatne opreme - aparata. Npr. na rezultate biopsija u ginekološkim slučajevima u KCS se čeka blizu 2 meseca! Imunohistohemija je osim za velika 4 univerzitetska centra, misaona imenica još uvek.

3. Terapija:

a) Operativno lečenje: pre svega svih ovih godina strašan nedostatak anesteziologa, kao i školovanih onkohirurga, pa stoga enormne liste čekanja na operacije maligniteta gde je vreme od zakazivanja pa do operacije maligne bolesti prosečno između mesec i po dana i 3 meseca!

b) Hemioterapija: afera "Kraba" je otkrila dovoljno propusta u rešavanju ovog terapijskog pristupa, a ima i mnogo drugih problema koji su se do danas mogli lako rešiti i sprečiti upravo ovakve pojave.

c) Radioterapija: upravo problem tehničkih i kadrovskih resursa, godinama se ne rešava adekvatno i time otvara prostor svim poznatim problemima pa i trgovini listama čekanja na radioterapiju.

3. Palijativno zbrinjavanje i ne postoji osim u naznaci nedavno donete nacionalne strategije o tome, iako smo još od 2005g potpisnici obavezujuće povelje o Palijativnom zbrinjavanju - JEDINA SMO ZEMLJA U EVROPI BEZ HOSPISA :

Strategija o Palijativnom zbrinjavanju je doneta 2008/09g po kojoj će Centar za PZ biti IORS kad se izgradi u te svrhe dodatni, V sprat IORS-a(?).

Dakle, sa poraznim podacima o malignim bolestima, Srbija i dalje nema ni približno dovoljne tehničke i kadrovske kapacitete ni za jedan vid rešavanja tako bitne onkološke problematike.

#### **41. Да ли примењујете ОЕЦД-ов приручник „Систем здравствених рачуна “? Ако је одговор негативан, када то планирате?**

Priručnik OECD-a se fiktivno primenjuje za inostrane donatore radi opravdanja višegodišnjih neuspešnih pokušaja implementacije "Nacionalnog zdravstvenog računa"(NZR).

Ovaj projekat je dobar primer na koje se način obmanjuju inostrani donatori u zdravstvu. Srbija je od Velike Britanije u maju 2002. godine dobila donaciju od 297.454 evra za potrebe izrade NZR. Dve godine kasnije Srbija na ime istog projekta uzima kredit od Svetske banke u iznosu od 130.000 evra. NZR nije moguć zbog strukturnih promašaja u organizaciji zdravstva što je očigledno od 2003. godine. Osnovni problem je što je privatni sektor, i kao pružalac usluga i kao izvor finansiranja zdravstvene potrošnje, nedovoljno i nekvalitetno obuhvaćen u NZR. Sedam godina se manipuliše međunarodnim donatorima, koji izradu NZR zahtevaju kao ključ u kontroli i planiranju potrošnje u zdravstvu i reformu finansiranja RZZO. Republički zavod za statistiku, koji je ključna institucija za prikupljanje nacionalnih računa konstatuje da nema NZR i da ovaj projekat smatraju neuspešnim zbog opstrukcije Ministarstva zdravlja. Najvažniji razlozi nevalidnosti NZR su: a) značajne razlike između prebačenih sredstava (od RZZO) i prijavljenih

iznosa državnih ZU, b)iskazane razlike u iznosima dobijenih od Ministarstva zdravlja, autonomnih pokrajina, lokalnih samouprava, c) podaci o potrošnji za zdravstvo Ministarstva odbrane se bziraju na prepostvkama, d)podaci dobijeni od drugih izvora finansiranja nisu dovoljno detaljni, e)nepostojanje podataka o potrošnji u privatnom sektoru jer rezultati dobijeni metodologijom Ankete o potrošnji domaćinstva mogu doprineti iskrivljenoj slici i lažno smanjiti ukupnu potrošnje za zdravstvo, f)nemogućnost praćenja međunarodnih donacija od javnih i privatnih institucija u novcu i opremi.

Donje tabele preuzete iz publikacija jedinice za izradu NZR Instituta za javno zdravlje „Batut“ dokazuju nepostojanje validnog Sistema zdravstvenog računa u Srbiji.

Табела 1  
Трошкови за здравствену заштиту у Републици Србији  
од 2000. до 2006. године

Изабрани показатељи	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Укупни трошкови за здравствену заштиту као % БДП-а	7,1	7,3	8,3	8,3	8,0	8,0	7,6
Екстерни ресурси за здравствену заштиту као % БДП-а	1,1	1,2	0,5	0,5	1,3	0,5	0,8
Државни трошкови за здравствену заштиту као % укупних трошкова	67,4	66,0	70,7	72,4	71,6	71,9	71,0
Трошкови приватног сектора као % укупних трошкова	32,5	34,0	29,3	27,6	28,4	28,1	29,0
Трошкови „из цепа” као % трошкова приватног сектора	85,2	85,3	85,3	85,3	86,4	86,7	86,7
Укупни трошкови за здравствену заштиту per capita (еври)	51	84	131	170	199	212	247

Извор података: Подпројекат Националног здравственог рачуна (НХА), пројекта Светске банке „Развој здравства Србије, Министарство здравља РС, Београд, 2003 – 2008. године

## Health care system and spending in Serbia

Table 13. Health care financing as percentage of GDP (ICHA-HC)<sup>29</sup>

How much money goes for which services?

	2003	2004	2005	2006
Total health expenditure	8,3	8,0	8,0	8,2
HC.1 Curative care	4,80	4,61	4,50	4,79
HC.2 Rehabilitative care	0,29	0,32	0,36	0,24
HC.3 Long term nursing care	0,04	0,04	0,05	0,04
HC.4 Ancillary services to health care	0,40	0,48	0,54	0,49
HC.5 Medical goods dispensed to outpatients	1,69	1,77	1,79	1,89
HC.6 Prevention and public services	0,74	0,68	0,65	0,64
HC.7 Health administration	0,33	0,17	0,13	0,10

## Zdravstveni sistem i potrošnja u Srbiji od 2004 do 2008

Tabela 2: Potrošnja za zdravstvo kao % BDP u Srbiji od 2003-2008. godine

Finansijeri	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ukupno	8,7	8,6	9,0	9,3	9,9	9,8
HF.1	6,2	5,9	6,0	5,9	6,1	5,6
HF.1.2	5,6	5,4	5,5	5,5	5,7	5,6
HF.2	2,5	2,7	3,0	3,4	3,8	3,7

Fiktivno postojanje NZR odgovara MZ , jer a)zdravstvenu potrošnju može sistematski da prikazuje manjom nego što jeste, b)se time efiksano prikriva neracionalna i diskreciona alokacije resursa. Ekonomisti procenjuju da se potrošnja privatnog sektora za zdravstvo kreće na nivou od skoro tri odsto domaćeg proizvoda ili 900 miliona evra. Može se zaključiti da je uporna mistifikacija NZR u funkciji održavanja iluzije reformisanja RZZO i sistema finansiranja zdravstva, iako se time omogućava i podstiče sistemska korupciju u zdravstvu.

## **D Безбедност и квалитет крви, људских ткива и ћелија, донација и трансплантација органа**

**56. Узимајући у обзир следећу листу правних тековина ЕУ, молимо вас да одговорите на питања која се налазе испод од а) до d):**

**Питања:**

**а) Да ли су у вашој земљи на снази правне, регулаторне или административне одредбе које обухватају ове области? Ако јесу, молимо вас да пошаљете сажетке и, ако је могуће, комплетне текстове на једном од званичних језика Европске уније.**

**б) У случају да на снази нису правне, регулаторне или административне одредбе, да ли у припреми постоје нацрти или предлози за њих ? Ако је такав случај, наведите детаље о њима и рокове потребне за њихово усвајање.**

**с) У случајевима кад не постоји ништа од горенаведеног, да ли постоје неки планови за почетак припреме предлога? Молимо вас објасните, наводећи предвиђену динамику.**

**д) Да ли ваша земља има потребне административне капацитете, укључујући људске и материјалне ресурсе, како би се испунили захтеви у горенаведеном законодавству ЕУ.**

**е) У случају да још увек немате потребни административни капацитет, који су ваши планови да га подигнете до стандарда ЕУ (обука, инфраструктура, материјали, људски ресурси, итд.)?**

**ф) Што се тиче Акционог плана о донацији и трансплантацији органа, да ли сте успоставили или планирате да успоставите неку од предложених приоритетних акција?**

2002– 2005 (EU donacija za projekat M€ 5.5) sprovedena je Reforma i unapređenje transfuziološke službe kroz tehničku pomoć i nabavku opreme, sa ciljem jačanja dobrovoljnog davalatstva krvi. Međutim, koncept projekta je kasnije promenjen u odnosu na prvobitni -

odustalo se od proizvodnje derivata krvi (albumina, imunoglobulina...) tj. od unapređenja već postojećeg programa frakcionisanja plazme, što bi bila velika ušteda za zdravstveni sistem. Nacionalni centar za frakcionisanje plazme je ugašen, a pri kupovini opreme čak nisu kupljena specijalna vozila već kombi. Inaktivisanje virusa se vrši (neobjašnjivo zašto) samo u Zavodu za transfuziju Nišu(?). Sigurnost po pacijenta koji prima krv je neizvesna jer npr. u slučaju reakcije na primljenu krv koja neretko biva trojnog porekla tj. iz tri centra, ne zna se od kog dela ista potiče? Evidentni su i sl. transmisije bolesti (HIV i HCV). Nema nabavke kesa za krv na Nacionalnom nivou! Godišnje je potrebno 300.000 doza (kesa) krvi, a dobija se 225-240.000 doza (4% u odnosu na broj stanovnika, a trebalo bi 5%). Rezultat reforme je upravo ugroženo dobrovoljno davalatstvo krvi – često je porodično davalatstvo krvi, a i neretko slučajevi prodaje krvi o čemu svedoče i oglasi preko novina. Postavlja se pitanje i kako dolaze do krvi privatne ZU u kojima se vrše hirurške intervencije. Dakle, u Srbiji postoje sada tri vrste davalatstva 1. Dobrovoljno 2. Namensko (prinudno) za određenu osobu 3. kupovina krvi dobrovoljnih davalaca. <http://www.uddkrvi.org.rs/pdf/00086.pdf> Postoji opšti trend pada dobrovoljnog davalatstva, a rasta namenskog i plaćenog. Zbog nepostojanja uslova, kadrova i opreme baca se krv i humana plazma.

<http://www.novosti.rs/vesti/srbija.73.html:311969-Vrsac-Nema-opreme-za-cuvanje-krvi>

Pravni akt, Zakon o transfuziološkoj delatnosti, usvojen je 2009. Do danas nije donešen ni jedan podzakonski akt ili pravilnik koji bi omogućio njegovu primenu iako su probijeni svi Zakonom utvrđeni rokovi. Rok za njihovo donošenje je bio septembar 2010. godine.

#### **PODZAKONSKI PROPISI KOJE TREBA DONETI NA OSNOVU ZAKONA O TRANSFUZIOLOŠKOJ DELATNOSTI**

**(13 propisa trebalo je da donese Ministar zdravlja, a poslednji 14. Vlada RS):**

1. Uslovi u pogledu kadra i prostora za obavljanje transfuziološke delatnosti
2. Dozvola za obavljanje transfuziološke delatnosti na pet godina i rešenje o oduzimanju dozvole
3. Uslove, standarde i mere za uspostavljanje sistema kvaliteta u obavljanju transfuziološke delatnosti
4. Sadržaj obaveštenja o mogućim reakcijama tokom uzimanja krvi, obimu testiranja i zaštiti podataka o ličnosti, kao Upitnik o davanju krvi i komponenta krvi
5. Sadržaj obrasca o pismenoj saglasnosti o davanju krvi i komponenta krvi
6. Uslovi za testiranje krvi i komponenta krvi
7. Sistem praćenja, način označavanja i dr. za identifikaciju svakog uzimanja krvi (jedinice krvi)
8. Sadržaj obrasca za prijavu ozbiljnih neželjenih događaja i reakcija
9. Uslove čuvanja, upravljanja i distribucije krvi i komponenta krvi
10. Način i postupak čuvanja i dostupnosti dokumentacije u vezi uzimanja, prijema, testiranja, prerade, čuvanja i distribucije krvi i komponenta krvi
11. Način i postupak vođenja evidencija o broju davalaca, davanja krvi, neiskorišćenih jedinica, broju komponenta, broju davalaca sa prisustvom prenosivih bolesti i broju neželjenih događaja

12. Godišnji plan potreba za krvlju i komponentama krvi

13. Dobru proizvodjačku praksu i dobru laboratorijsku praksu u oblasti transfuziološke delatnosti

14. Kriterijume za obrazovanje troškova (cena) krvi i komponenta krvi

Slična situacija je i u **oblasti transplantacije tkiva i organa**. I pored navodnog postojanja pravnog okvira nije pravno i organizaciona definisano ključno pitanje: kome se prijavljuje postojanje potencijalnog donatora, procedura koju on pokreće u odabiru eventualnog primaoca i način izbora primaoca organa.

#### **49. Везано за заразне болести: d) Наведите ваше програме имунизације и њихов обим.**

Sistem imunizacije u Srbiji je zastareo. Deca primaju „žive” vakcine iako su one u Evropi odavno napuštene. Nema opravdanja što se već nije uvela tkz. inaktivisana vakcina protiv poliomielitisa I acelularna protiv pertusisa.

Naime, kod nas se deci daje vakcina protiv velikog kašlja koja sadrži celu klicu, a ceo moderan svet koristi savremeno cepivo, bez ćelija, koje u organizmu izaziva mnogo manje burnu reakciju.

Zbog “žive” vakcine protiv dečije paralize, koja se kod nas koristi, deca u izvesnom procentu dobijaju određene forme dečije paralize iako se u Evropi odavno prvo daje tkz. mrtva vakcina protiv dečije paralize.

Kao i u drugim oblastima u zdravstvu, i javne nabavke u sferi vakcina su netransparentne što pokazuje i afera urgentne nabavke vakcine protiv gripa AH1N1.

[http://www.b92.net/info/vesti/index.php?yyyy=2009&mm=11&dd=09&nav\\_id=391399](http://www.b92.net/info/vesti/index.php?yyyy=2009&mm=11&dd=09&nav_id=391399)

#### **60. У погледу приступа систему здравствене заштите, да ли су на снази посебне мере којима се најсиромашнијим људима, мањинама и људима који станују у сеоским и удаљеним подручјима обезбеђује једнак приступ систему здравствене неге у вашој земљи?**

Ne postoje specifične mera, ali zato sistemska rešenja koja legalizuju konflikt interesa u zdravstvu i podstiču korupciju otežavaju dostupnost lečenja za veliku većinu građana.

Profesor Dragana Jovanović

Januar 2011. godine

Dr Draško Karađinović

Koordinatori

NVO „DOKTORI PROTIV KORUPCIJE”

[www.healthcareanticorruption.org](http://www.healthcareanticorruption.org)