**Стручни скуп ''Здравство за будућност - реформе у служби пружања јавних услуга по мери грађана''**

***- закључци и препоруке -***

Министарство државне управе и локалне самоуправе и Министарство здравља, у сарадњи са Центром за примењене европске студије, а уз подршку Фондације за отворено друштво, организовало су 24. марта 2016. године стручни скуп „Здравство за будућност - реформе у служби пружања јавних услуга по мери грађана“ у Палати Србија. Циљ скупа је био да се са кључним заинтересованим странама утврде најважнији проблеми са којима се суочава сектор здравства у свом функционисању и пружању услуга грађанима, као и да се предложе стратешка решења и приоритетне активности за наредни период. Учешће на скупу је узело преко 70 заинтересованих страна из државног и приватног сектора, академске заједнице и цивилног друштва. У овом документу су представљени закључци и препоруке до којих се дошло на скупу, као и теме о којима је потребно даље дискутовати.

Скуп је отворен презентацијом **''Ефикаснија и ефективнија употреба средстава која се издвајају за здравство у РС''** коју су одржали експерти Светске банке Тимоти Џонсон и Фернандо Монтенегро Торес. Они су представили прелиминарне резултате функционалне анализе здравства, као и одређене податке везане за перформансе здравственог система у Србији: значајан раст незаразних болести у последњих 25 година које се притом не контролишу довољно (приказан је пример хипертензије); јачање превентиве и двоструко већи број превентивних испитивања у периоду 2006-2013; идентификација ризичних група пацијената и стопе скрининга знатно испод просека ЕУ. Показано је и да су укупна издвајања за здравство у Србији (приказана као % БДП-а) убедљиво највиша у односу на просек ЕУ28, просек земаља Западног Балкана или просек свих земаља са вишим средњим дохотком у које Светска банка убраја и Србију. При томе, скоро трећину тих издвајања чине плаћања из џепа грађана која су се у последњих 20 година више него двоструко повећала. Што се тиче функционалне анализе, експерти Светске банке су дали прелиминарне резултате досадашњих анализа: плате запослених представљају највећи удео у буџету свих здравствених инситуција; 85% трошкова су текући трошкови; немедицинско особље чини око 25% укупног особља у домовима здравља и општим болницама, док у развијеним земљама овај удео износи 13% - смањење за 10% у уделу немедицинског особља би довело до 3,4% уштеда у расходима за зараде; постоје велике варијације у ефикасности међу различитим институцијама, што значи да постоји значајан простор за унапређење код неких.

Другу уводну презентацију - **''Интегрисани информациони здравствени систем у Македонији''** – одржала је колегиница из Македоније Маријана Несковска. Она је приказала позитивне ефекте које је увођење интегрисаног информационог здравственог система имало, као што су – једноставније заказивање термина у здравственим инсистуцијама, лакше прописивање рецепата, боља доступност здравственог система за пацијенте; успешније планирање кадровских капацитета и финансијсих средстава; боља основа за анализе и унапређење ефикасности система.

Након уводних презентација, уследила је дискусија учесника о различитим темама из тематског оквира за дискусију. У наставку је кратак преглед најважнијих ***исечака*** из дискусије, а потом ***препоруке*** које су сачињене на основу онога што се могло чути како у дискусионом, тако и у презентационом делу.

***Рекли су:***

* ***О реформи здравственог система:***
* Нема реформе здравства без реформе економског система.
* Реформа мора бити дефинисана одговорношћу учесника.
* Реформа не сме да престаје, то је један контиинуиран процес. Чак и када би постојао идеални модел, он би такође морао да се ремоделира и стално прилагођава.
* „Реформе“ код грађана имају негативну конотацију (фрустрација, неповерење, и сл.).
* Развој здравства треба да буде једна од приоритетних тема државне политке. У том циљу је важно израдити дугорочну стратегију здравства чија ће имплементација бити континуирана и деполитизована.
* Потребна је реформа примарне здравствене заштите у функцији растерећења секундарне и терцијарне здравствене заштите.
* Када планирамо реформу, морамо имати на уму депопулацију и старење становништва, као и однос броја запослених према броју пензионера.
* Стоматолошка струка и наука мора бити више укључена у промишљања о реформи.
* ***О координацији и сарадњи унутар и ван здравственог система:***
* Веома је важно јачати сарадњу између различитих инситуција и успостављати мреже.
* Одговорност за здравље треба поделити и на остатак друштва, јер она не треба да буде само на здравственом систему. **Здравље мора бити у свим политикама** (по узору на ЕУ).
* ***О укључивању приватног сектора:***
* Укључивање приватног сектора је потребно и пожељно, али оно мора бити планирано и контролисано. Пример *лоше* праксе: Мађарска.
* Мора се опрезно израчунати колико би коштала интеграција приватне праксе.
* Један од начина да се приватне здравствене установе уведу у систем јесте *допунско* осигурање.
* Тренутно се ради лична карта приватног сектора по моделу који је похваљен од ЕУ.
* Формира се радна група за питање потпуне приватизације апотека и рехабилитационих центара.
* Одређене услуге се већ пружају од стране приватног сектора – вештачка оплодња и катаракта. Тренутно се прати које су још услуге дефицитарне у државном систему.
* Уговарањем са приватним сектором скратиће се листе чекања.
* Пребацивање одређених *немедицинских* услуга приватном сектору - треба и почело је.
* Потребно укључити приватну праксу у процес измена законодавног оквира.
* Ради се на и томе како укључити приватну стоматологију у систем.
* Поставити исте услове за државне и приватне апотеке. Приватне апотеке су пре неколико година самостално ушле у уговарање са РФЗО и постале нелојална конкуренција државним апотекама које су већ имале своје стратегије, систем менаџмента, политику квалитета, безбедности и заштите на раду, као и јасну стратегију социјалне и друштвене одговорности. Овај пример треба искористити за анализу разлога за и против увођења приватног сектора у друге делове система.
* ***О управљању:***
* Осмислити и усвојити механизме за професионализацију у управљању здравственим системом, пружити аутономију, извршити деполитизацију и смањити флуктуације.
* По питању централизација-децентрализација, важно је не бити исхитрен. Само зато што негде на пример није добро прошла децентрализација, не значи да због тога треба да се иде у супртоном смеру. Али, да ли смо потпуно спремни за децентрализацију?
* Тренутни систем је хибридни – није ни централизован ни децентрализован. Примарном здравственом заштитом управља локал, а финансира је република. Влада неодговорно понашање и дугови се константно нагомилавају (нарочито према веледрогеријама).
* Увођење информационих система неопходно је како би се обезбедиле информације за управљање системом, раздвојио рад од нерада, евидентирали трошкови и направила адекватнија подела посла, а самим тим и повецао квалитет услуга. Ускоро почиње да ради интегрисани информациони здравствени систем *mojdoktor.gov.rs, а за* хроничне болеснике ће се увести *e-рецепт*и.
* Потребно је спустити одговорност на нижи ниво (на домове здравља) и увести редовно извештавање ка Министарству здравља.
* ***О финансирању:***
	+ Реформа здравства не може без реформе здравственог осигурања.
	+ Неопходно је мапирање и скрининг финансирања здравства за почетак.
	+ Треба размишљати о фондовима *допунског* осигурања, јер је одрживост система рада РФЗО као јединог фонда под знаком питања у будућности. Допунско осигурање би био начин да се прошири пакет услуга које систем пружа и начин да се приватне здравствене установе уведу у систем.
	+ Ненаменско трошење средстава је корен проблема финансирања, а он потиче из лошег система управљања.
	+ Увести индивидуалну одговорност када се због нестручности или зле намере средства потроше за погрешне сврхе.
	+ Национални здравствени рачун (метод Светске банке) је из неког разлога потискиван од свог увођења до данас, а помогао би да имамо увид у финансије и функционисање система. Фискални рачуни су такође престали да се користе. Зашто се не користе?
	+ Када је увођена капитација у примарној здравственој заштити, капитациона формула није препозната у дијалогу са синдикатима, те је направљена ''фризирана капитација''.
	+ Биће отпора код увођења ДРГ метода (финансирање по дијагностички сродним групама) у секундарној здравственој заштити, али то ће се урадити – његова имплементација је веома важна.
* ***О капацитетима:***
* Морају се јачати институције у здравственом систему. Пројекти који долазе споља не успевају да се импламентирају у сам систем, управо због недостатка капацитета у систему да их трајно интегрише, те они остају недовршени или бивају потпуно заборављени.
* Треба и детектовати капацитете који имају потенцијал, а који се не користе довољно. На пример - Здравствени савет Србије. Да ли он има улогу какву заслужује? Какви су његови услови за рад?
* Иако постоје одређени капацитети у МЗ, потребно је јачати остале капацитете. Посебно је озбиљан проблем капацитета на локалу, где је потребно радити на њиховом разумевањуњу своје улоге у здравственој заштити и преузмању одговорности за исту.
* ***О запосленима:***
* Укупно имамо више запослених у здравству него упоредиве земље, али мање када се гледа медицински кадар. Потребно појачати капацитете у одређеним специјализацијама. Постоје начини да држава акутно помогне – релаксирање критеријума за запошљавање медицинског кадра, лакше запошљавање нових при одласку у пензију старих лекара, као и финсирање специјализације (ово је већ почело прошле године).
* Потребно подмладити медицински кадар. То је делом урађено недавним скраћивањем стажа и специјализације, које је било првенствено подстакнуто потребом за попуњавањем упражњених места сепцијалиста који су отишли из земље.
* Побољшати статус лекара и средњемедицинског кадра. У претходном периоду су урушени услови рада, лични дохоци и заштита лекара на радном месту.
* Неопходно смањити немедицински кадар, тј. ''вратити здравство здравственим радницима''. Тренутно немедицински кадар чини 23,5% запослености у сектору. Радити на његовом смањивању, како модернизацијом процеса, тако и *outsource*-ингом што ширег спектра немедицинских послова, уз дефинисање транспарентних критеријума за отпуштање (отпуштање је већ почело и критеријуми се поштују).
* Најбољи одлазе - потребна стратегија за задржавање најбољих.
* Неки лекари усмеравају пацијенте на приватни сектор. У опасности смо да имамо два система - систем за богате и систем за сиромашне.
* Усагласити Закон о раду, Закон о здравственој заштити и Закон о здравственом осигурању, заједно са подзаконским актима. Неусаглашеност ових аката често прави проблеме.
* Ускладити кадровску политику са Министарством просвете. Покренута инцијатива од стране Стоматолошке коморе да се формира радна група за креирање уписне политике.
* У платном систему направити јасну дистинкцију између занимања у зависности од места тј. садржаја рада (нпр. медицинска сестра у дому здравља и у ургентном центру ). Разлика треба да постоји и у плати и у стимулацији.
* Лекарима уредити плате тако да имају фиксни и варијабилни део, како би се разграничио рад и нерад.
* ***О корисницима услуга – пацијентима:***
* Док се не скрате листе чекања и не промени однос лекар-пацијент, пацијенти неће осетити никакву реформу.
* Грађани имају перцепцију да су доприноси за здравствено осигурање високи, а нису свесни колико тај износ заправо не може да покрије све трошкове здравствене заштите, нарочито имајући у виду да има оних који не плаћају здравствено осигурање, а користе здравствене услуге. Важно је подићи свест и обавештеност у овом аспекту.
* У јавности је слика здравства у Србији представљена горе него што у стварности јесте, јер медији извештавају само о негативним стварима.
* Пацијенти морају постати свесни чињенице да је одговорност за здравље подељена између здравственг система и њих самих, а не да је цела на здравственом систему.
* ***О услугама:***
	+ Програм превенције и скрининга морају постати приоритет. У Србији се више пажње посвећује куративи, уместо да се фокус стави на превентиву и изгради систем за промоцију здравља. Потребно обезбедити изворе финансирања за јачање превентиве и скрининга и планирати време ангажовања медицинског особља из ових области.
	+ Дијагностика је скупа и увек се говори о њеним високим трошковима, али, на том пољу има пуно простора за смањивање трошкова, а уз повећање квалитета услуга.
	+ Обим права на здравствене услуге дефинисан законом је превелик за буџетом опредељена средства. Било би добро дефинисати пакет обавезног здравствених услуга, уз могућност проширења пакета допунским осигурањем.
	+ Како решити питање стоматологије? Шта треба да чини пакет стоматолошких услуга? Парадокс је да они који највише уплаћују у фонд (запослени) немају право да користе средства фонда у стоматолошком лечењу.
	+ Програм превенције оралних болести деце, омладине и жена у трудноћи усвојен 2008. године се још увек не спроводи. Требало је да га спроводи ''Батут'', са годишњим извештавањем ка Минситарству здравља и Медицинском факултету, али извештаја нема. Апел да овај програм почне да се спроводи.
* ***О лековима:***
* Потребна јасна дистинкција између лека као прозивода за здравље и лека као обичне робе. Фармацеути су маргинализовани губитком те дистинкције и свођењем на „трговину“ лековима као обичном робом.
* Тренутно се ради на поновном увођењу иновативних лекова на тржиште.
* ***О апотекама и фармацеутима:***
* Потребна промена законског оквира – Апотекарска комора управо подноси инцијативу за доношење „закона о апотекарству“, који постоји у свим другим здравственим системима.
* Фармацеути су недовољно искоришћени ресурси у систему. Имамо укупно 6.027 дипломираних фармацеута који желе да дају свој допринос и поделе одговорност за здравље становништва са осталим деловима система, али их систем не препознаје довољно.
* Апотеке су најпосећеније здравствене установе у које иду и пацијенти који су већ посетили лекара и они који из неког разлога не оду код лекара. У апотекама нема листи чекања, што значи да су апотекари најдоступнији здравствени радници. Не зна се колико тачно има апотека у Србији (негде око 2.500), те је потребно прво направити регистар апотека.

На основу дискусија учесника и уводних презентација, изведене су следеће најважније

***П Р Е П О Р У КЕ***

*СТРАТЕШКО ПЛАНИРАЊЕ: КАПАЦИТЕТИ, ПРИОРИТЕТИ И РАЗВОЈНИ ЦИЉЕВИ*

* Подићи свест грађана о важности очувања здравља, превенцији и раном откривању болести. Јасно послати поруку да **одговорност за здравље делимо сви** и да здравље треба да буде у свим политикама. Такође, повећати обавештеност грађана о здравственим услугама које систем нуди и резултатима које постиже.
* Израдити **дугорочну стратегију здравства** чија ће имплементација бити континуирана и деполитизована. У стратегију укључити и стоматологију, која се често изоставља.
* Усагласити Закон о раду, Закон о здравственој заштити и Закон о здравственом осигурању.
* Укључити **приватну праксу у процес измена законодавног оквира.**
* Акценат ставити на **реформу примарне здравствене заштите**, како би се растеретиле секундарна и терцијарна здравствена заштита.
* Јачати програме **превентиве и скрининга**, као и програме промоције здравља.
* **Донети одлуку о централизацији-децентрализацији**. Тренутно имамо хибридни модел који не фунцкионише добро. Постоји тенденција да се систем рецентрализује, али, сагледати могућност остављања децентрализованог модела тамо где он функционише?
* Осмислити механизме за **професионализацију у управљање** здравственим системом.
* Спустити **одговорност** на нижи ниво (на локал и домове здравља) и увести индивидуалну одговорност запослених.
* Имплементирати **интегрисани информациони здравствени систем** *mojdoktor.gov.rs* у пуном капацитету (тренутно почиње да ради у неким деловима Србије).
* Јачати **капацитете** здравствених институција (нарочито на локалу) и детектовати капацитете који имају потенцијал који није искоришћен.
* **Укључити приватни сектор** у систем пружања здравствених установа, али водити рачуна да ово укључивање буде *промишљено и постепено, тј. контролисано*. При планирању узети у обзир научене лекције из интеграције приватних апотека у систем. Увођење приватног сектора планирати на три колосека:
* потпуна приватизација одређених делова здравственог система
* пружање одређених здравствених услуга од стране приватног сектора, уз плаћање из државног осигурања
* пребацивање одређених немедицинских послова приватном сектору

*ФИНАНСИРАЊЕ И СИСТЕМ ОСИГУРАЊА*

* Спровести **мапирање и скрининг финансирања** здравственог система, па размотрити увођење *допунског* здравственогосигурања.
* Уредити систем **капитације** у примарној здравственој заштити и завршити увођење **ДРГ метода** у секундарној здравственој заштити.
* Направити **пакет обавезних услуга** које су покривене обавезним здравственим осигурањем. Размотрити могућност проширивања пакета уз увођење ***допунског* осигурања.**

*ЗАПОСЛЕНИ*

* **Медицинско особље**: подмладити кадар, повећати број запослених и број специјализација у дефицитарним струкама, релаксирати критеријуме за запошљавање, и олакшати попуњавање радних места која су упражњена услед пензионисања.
* Ускладити кадровску политикусауписном политиком, у сарадњи са Минисарством просвете.
* Креирати **стратегију задржавања најбољих кадрова**.
* Размотрити увођење фиксног и варијабилног дела плате лекара.
* Размотрити начине за **боље искоришћење капацитета апотека и фармацеута**. Најпре, направити регистар апотека и донети „закона о апотекарству“.
* **Немедицинско особље:** наставити смањивање немедицинског особља и анализирати могућности outsource-инга одређених немедицинских послова, као и модернизације процеса, што такође смањује потребу за немедицинским особљем.

*Закључак:*

Реформа здравственог система је неопходна и првенствено треба да се огледа у реформи примарне здравствене заштите и реформи система финансирања, а да се базира на јачању превентиве и скрининга, постепеном и контролисаном укључивању приватног сектора, јачању капацитета и повећању броја дефицитарних специјализација, и коначно, смањењу немедицинског особља.

Како су скраћивање листа чекања и побољшање односа лекар-пацијент приоритетни захтеви грађана као корисника здравствених услуга, то је неопходно што пре увести информационе технологије у здравствени систем и радити на његовој модернизацији. Све док се листе чекања не скрате и не промени однос лекара према пацијентима, пацијенти неће осетити никакву реформу.

Потребно је организовати посебне стручне скупове на тему централизације-децентрализације, начина укључивања приватног сектора и могућности увођења *допунског* осигурања.

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Коментари учесника пристигли након одржаног скупа:**

* Синдикат лекара и фармацеута Србије (СЛФС):

*СТРАТЕШКО ПЛАНИРАЊЕ: КАПАЦИТЕТИ, ПРИОРИТЕТИ И РАЗВОЈНИ ЦИЉЕВИ*

* У радне групе за реформу здравственог система ОБАВЕЗНО укључити извршиоце посла (лекаре и медицинске сестре), с обзиром да они најбоље могу указати како на постојеће стање у здравству, тако и на простор за унапређење. Док је до сада била пракса да у радним групама буду ангажовани они који ни не раде у здравственим установама.

Синдикат лекара и фармацеута је спреман да из својих редова за сарадњу и рад у радним групама понуди лекаре који су упознати са стањем у здравственим установама.

* Већа сарадња, боља и одговорнија комуникација Министарства здравља са свим релевантним партнерима. До сада, СЛФС је у више десетина дописа Министарству здравља указивао на проблеме у здравственом систему и нудио предлоге за решење. Нажалост, ни на један од ових дописа нам није одговорено, нити су наши предлози за унапређење здравственог система, засновани на непосредном искуству, разматрани.
* Неопходна је хитна реформа примарне здравствене заштите, јер је доказано да на доброј примарној здравственој заштити почива и добар здравствени систем. У том циљу, конкретно, најпре је неопходно: одредити максималан број осигураника по лекару и увести временске нормативе ради побољшања квалитета здравствених услуга.
* Када је у питању децентрализација, недопустиво је оставити у надлежност локалне самоуправе да самостално, без сагласности Министарства здравља отвара секторске амбуланте и здравствене станице са пар стотина картона, док централни домови здравља остају са смањеним бројем лекара, и са недовољно кадра за пружање великог броја услуга.
* СЛФС предлаже, а и раније је путем дописа предлагао, Министарству здравља да усвоји Правилник о начину отварања секторских амбуланти са тачно дефинисаним бројем осигураника који би према њима гравитирао, што би поред боље услуге пацијентима, допринело и равномерној расподели послова између самих лекара. Тренутно, у унутрашњости Србије имамо по један централни дом здравља где се лечи 80% становника тог места. Док истовремено, имамо и више десетина секторских амбуланти које додатно коштају, а да нису адекватно опремљене, многе чак немају ни рачунар, па пацијенти опет морају да одлазе по рецепт у централне установе.
* Слажемо се са потребом стављања акцента на превентивне услуге, с тим што је здравствену заштиту потребно организовати тако да се лекарима остави довољно времена да се баве превентивним радом. У овом тренутку и овако организованом здравственом систему, лекари су затрпани куративним прегледима и немају времена за превентивне прегледе.
* Скрининг прегледе је потребно посебно организовати, и у њих укључити локалну самоуправу, издвојити одређена средства и плаћати по услузи - како се то већ ради у неким земљама.
* Када је у питању приватна пракса, неопходно је дефинисати услове под којима неко може радити и у државној и у приватној пракси. Тренутно је то недефинисано, па је уобичајно да лекар ради и у државној и у приватној пракси, без обзира има ли извршење у државној установи. Дешава се да осигураници који на прегед у здравственој установи чији је оснивач држава морају чекати месецима на преглед тог лекара, док у приватној пракси, за додатни новац преглед могу обавити за пар дана.

* Интегрисани информациони здравствени систем ће извесно довести до унапређења здравственог система, али предуслови за то су пре свега: јединствена база података, умреженост, добра техничка опскрбљеност и оспособљеност.

На основу података које добијамо са терена, где је већ започета примена интегрисаног информационог сиситема, добијамо информације да ти предуслови нису испуњени, да је систем спор, да логовање и заказивање прегледа траје и до двадесет минута, што и пацијентима и лекарима ствара додатне проблеме.

* СЛФС већ одавно предлаже увођење електронског рецепта ради смањења оптерећења изабраних лекара на примарном нивоу здравствене заштите. (Док смо раније предлагали обновљив рецепт за хроничне болеснике, и даље сматрамо да би и то смањило гужве на примарном нивоу здравствене заштите.)
* Лекар не сме бити оптерећен административним пословима, и ти послови морају бити поједностављени како би лекарима остало више времена за рад са пацијентима.
* Неопходно је радити на едукацији корисника здравствених услуга, свакако, упутити их на њихова права, али указати и на обавезе, радити на стварању односа пуног поверења и међусобног уважавања између лекара и пацијената.

*ФИНАНСИРАЊЕ И СИСТЕМ ОСИГУРАЊА*

* СЛФС од самог почетка увођења капитације одговорно тврди да је то неправилан начин мерења радног учинка, пре свега, јер се упоређују извршиоци посла у једној установи, а не на нивоу Републике. Док се комисија која је била задужена да се бави праћењем Уредбе о корективном коефицијенту за радни учинак састала само једном, и то сада давне 2013. године.
* Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе дефинисао да се у здравственој заштити одраслог становништва запошљава један лекар на 1.600 одраслих становника, док у општинама са густином насељености до 25 становника по квадратном километру, запошљава један лекар на 1.200 одраслих становника.
* Увођењем капитације- где изабрани лекар који ради у примарној здравственој заштити добија део плате на основу радног учинка, изабрани лекари су доведени у ситуацију да не могу да ограниче број пацијената.

*ЗАПОСЛЕНИ*

* Неопходно је обезбедити оптималне услове рада, неопходан кадар, уз плате које би биле оговарајуће, имајући у виду сложеност, релевантност посла који обављају као и захтеваном нивоу образовања и других компетенција.
* Број немедицинских радника мора бити смањен, док се број медицинских радника мора повећати, и ускладити са европским нормативима према броју становника.
* У овом тренутку имамо изабране лекаре који имају преко 2.200 пацијената, а самим тим и недопустиво велики број услуга које неминовно доводе до пада квалитета, и општег незадовољства запослених и пацијената.