



СИНДИКАТ ЛЕКАРА И ФАРМАЦЕУТА СРБИЈЕ

Маглајска бр. 32/8, 11000 Београд

телефон: 011/266 51 71

ПИБ: 100294659 | матични број: 06050514 | бр. жиро рачуна: 205-24360-49

е-пошта: sindikatlfs@gmail.com | званични сајт: www.sindikatlfs.rs



Други пројекат развоја здравства – Министарство здравља Републике Србије

ул. Пастерова бр. 1

11 000 Београд

за

Мирјану Милошевић

Подносилац захтева: Синдикат лекара и фармацеута Србије са седиштем у Београду, Маглајска бр. 32/8, ПИБ: 100294659, Матични бр.: 06050514, који заступа председник, др Раде Панић из Краљева

Предмет: Оптимизација здравства – предлог Мастерплана - коментари

Синдикат лекара и фармацеута Србије је дана 19.02.2021. године упутио Захтев за одржавање јавне расправе о предлогу оптимизације здравства и продужење рока за достављање предлога на Мастерплан будући да је реч о теми која захтева подробнију анализу и учешће стручне и шире јавности.

Оптимизацију здравства прате два кључна документа - Нацрт Стратегије оптимизације мреже установа здравствене заштите Републике Србије и смернице за израду Плана развоја здравствене заштите до 2035. године (у даљем тексту: Стратегија) и Нацрт Плана мреже установа здравствене заштите (Мастерплан).

Оба су израђена од стране аутора ангажованих од стране *IBF International Consulting Consortium, Delta House Ltd* и НАЛЕД, као носиоцима пројекта (односно техничке подршке у оквиру пројекта Другог пројекта развоја здравства).

Најпре се поставља питање компетенција актера и стручности аутора приликом израде овако великог и важног пројекта, уопште позваности да се баве пројектом од државног значаја.

Како је реч о државном питању и општем добру, овакав пројекат није се смео поверити екстерним субјектима, већ је искључиво питање државних институција, које и располажу подацима и имају потребне компетенције. По нашем мишљењу за Стратегију је морао бити ангажован Институт за јавно здравље Србије „др Милан Јовановић Батут“ (у даљем тексту: Батут) и заједно са Министарством здравља РС (у даљем тексту: МЗ) и Републичким фондом за здравствено осигурање (у даљем тексту: РФЗО), а уз обавезну консултацију са Институтом за социјалну медицину при Медицинском факултету, израдити овако важна документа.



Такође, помиње се да је „у првом кораку израде Мастерплана направљена **Мапа здравственог контекста Републике Србије**, тј. анализа тренутног здравственог система у Републици Србији, процена здравственог стања и здравствених потреба и навика становништва, анализа капацитета здравствених установа и њихових људских и материјалних ресурса, доступности здравствене заштите, као и процена кретања ових параметара у наредном периоду”, што као кључни документ који је служио као инпут при изради Стратегије није објављен на сајту оптимизације здравства (<https://optimizacijazdravstva.rs/>). Неопходно је објавити анализе које су израђене и коришћене приликом израде Стратегије и Мастерплана, и учинити их доступним за упоређивање. Битно је учинити доступним производе и услуге пројекта (D-2).

Такође, наведено је да „су одржане консултације **са кључним јавностима** које су непосредни и посредни корисници услуга или **актери у здравственом систему** (пацијенти, запослени, локална самоуправа, медији, стручна и академска јавност, привреда и невладин сектор), и спроведена **истраживања ставова запослених** (руководиоци здравствених установа, лекари, медицинске сестре и техничари, биохемичари, стоматолози и фармацеути), локалних самоуправа и привреде, као и фокус групе са грађанима, привредом и јавним сектором”. Немамо информације са терена да је ико од наших чланова лекара, стоматолога, фармацеута учествовао у поменутом истраживању, а како сте истакли и сами да је обухват мали до готово занемарљив, сматрамо да истраживање треба продубити и заиста, не само формално, спровести истраживање ставова актера у здравственом систему.

Ово је тема у којој јавна консултација и расправа не сме остати у домену форме, коју само треба испунити, ради правдања добијених средстава, већ је битна суштина, будући да је реч о теми која ће имати утицаја на све нас и наш здравствени систем.

Као струковни синдикат нисмо консултовани, нити нам је на увид дат предлог оптимизације пре отварања завршних консултација. Према нашим сазнањима, нису консултовани ни савети установа и друга стручна тела установа и организација, а поставља се и питање форме анкетних упитника, путем којих је спроведено истраживање.

Сматрамо да стручна и шира јавност није довољно упозната са предлогом и обухватом предложене реформе, као и да нису сагледане све последице које у крајњем оваква реформа може да произведе.

Због тога понављамо захтев **да се рок за јавне консултације продужи најмање до краја марта месеца, а у ком року ће се организовати најмање две јавне расправе у којима би учествовали и синдикати и удружења пацијената, били консултовани независни експерти и консултован Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић Батут” и стручњаци ЗЗЈЗ, на који начин би биле сагледане све сфере предложених промена и приближила предложена решења даваоцима услуга, запосленима и пацијентима, али увиделе и могуће последице и опасности неких од предложених решења оптимизације.**



Посебно су од значаја питања, која овај план отвара, а на која не даје одговоре, због чега би пуко усвајање од стране Министарства здравља РС било лоше, посебно без претходног прецизирања појединости са актерима који учествују у пружању ЗЗ – запослених на које пада највећи терет предложених промена.

Неке од уочених општих питања, попред горе означених су:

1. Шта се дешава са непокретностима - зградама и земљиштем институционално припојених установа, када интеграција „*подразумева гашење конкретних места пружања здравствених услуга*“¹?
2. Шта значи „*рад владиних установа у области здравља*“? Ниједан закон РС не познаје дефиницију владиних установа у области здравља.
3. Како се конкретно врши „*приближавање места пружања услуге пацијенту на нивоу примарне здравствене заштите*“, истакнуто као први посебни циљ оптимизације? Како, када се предложена хоризонтална интеграција обезбеђује тако што би пацијенти из једног дома здравља били упућивани у други дом здравља? Како, када се у крајњем планира да на нивоу ПЗЗ буду апотеке (6), Заводи ПЗЗ (9) и ДЗ (20, од којих 17 само у Београду) од садашњих 137. (ЗЦ се не води као ПЗЗ)?
4. Шта значи „*волумен пацијената*“, „*мали волумен искуства*“, „*високи волумен у технолошки савременој лабораторији*“, „*волумен услуга*“, случајева, казуистике итд. Ни у једном важећем акту РС није дефинисан појам „волумена“. Терминолошке примедбе су шире и односе се на цео текст. Због кратког рока указујемо само на ову.
5. Да ли је приликом анализирања, а касније и приликом израде Стратегије, у било ком делу, размотрена опимизација радних права запослених у здравственом систему? Уколико јесте, молимо да укажете у којој мери и у ком делу? Из приложеног се закључује занемаривање радних права ове категорије запослених у великој мери, а у том смислу и БЗР, што се види из предлагања промене прописа у смеру непоштовања досадашњих постулата заштите радника, али и неузимања у обзир нужне трансформације појединих постојаћих института, те нерегулисања истих. Основни недостатак ових аката је управо у томе – несагледавање здравствених радника из угла радних права, радно-правног статуса.
6. Како се оптимизација, конкретно предложене интеграције одражавају на удруживање и постојеће синдикате? Гледано у правно – формалном смислу шта ће значити за већ формиране синдикате?
7. Шта се дешава са формираним Одборима за БЗР у интегрисаним установама? Да ли ће остати засебни. Нпр. у ЗЦ Лозница ће бити 5 одбора или 1 за цео ЗЦ,



- будући да ДЗ као спојени (интеграција) своју имовину и обавезе преносе на ново правно лице, те ће тада егзистирати само једно? Како ће се формирати?
8. Да ли ће лице за БЗР бити једно за цео ЗЦ?
 9. Шта ће бити са актима о процени ризика?

У наставку текста ће коментари и примедбе бити систематисани по групама. Но пре тога истичемо најважнију примедбу на предлог којим се у највећој мери нарушавају утврђена права запослених на достојанствен рад, а за коју су и сами аутори рекли да је „потенцијално неуставна“. Помоћи ћемо им – јесте!

НАЈВАЖНИЈА ПРИМЕДБА НА предлог измене закона како би се омогућило распоређивање запослених у здравству на друго место рада удаљено преко 50км!

Кроз цео текст Стратегије се јасно види основна интенција – флексибилизација кадра и распоређивања. „Шетање уместо запошљавања“.

У Стратегији је евидентан недостатак сагледавања статуса, права и интереса лекара² као радника, са једне стране, тако и лекара као грађана, са друге. На њих се гледа као на ресурс који треба максимално искористити и оптеретити да би се уштедело на трошковима новозапослених (здравствених радника, а тенденција повећавања ИТ стручњака) и услед незадовољства приморало на миграцију ка приватном сектору, и ширем „одливу“.

Тако се предложеним интеграцијама предлаже модел „шетања“ запослених, који би део радног времена проводили у једном ДЗ, део у другом (хоризонтална функционална интеграција), односно да лекари из здравствене установе вишег нивоа ЗЗ део радног времена проводе у ЗУ нижег нивоа (вертикална функционална интеграција), односно распоређивање са тренутног места рада у друго место рада (институционална интеграција), што све не би било толико проблематично да се и у крајњем не предлаже измена закона који право послодавца на распоређивање ограничава на удаљеност до 50 км (уз услове и да је притом организован редован превоз који омогућава благовремени долазак на рад и повратак са рада и обезбеђена накнада превоза у висини цене превоза у јавном саобраћају). Један од предлога из Стратегије је омогућавање распоређивања на преко 50 км.

Дакле, предлажу промене у правцу нарушавања основних постулата достојанственог рада и у правцу повећавања прекарности у овој области.

Ово ограничење није реликт прошлости, које због прилагођавања новим трендовима, треба изменити, већ је потреба која је препозната у радноправним прописима пре скоро две деценије и представља неопходност у заштити интереса радника.

²Напомена: у овом тексту се под термином „лекар“ означавају доктори медицине и доктори медицине свих специјалности и звања, као и доктори медицине стоматолози. Такође, све што је подведено под појмом „лекар“ односи се и на фармацеуте, који се не сматрају лекарима, али због терминолошког олакшавања одређујемо као односно.



Цитат из Стратегије: „Такође је потребно прописати флексибилнији модел распоређивања запослених у здравству на друго место рада, јер ограничавајуће одредбе члана 173. став 1. тачка 1)³ Закона о раду и члана 41. став 1. Закона о запосленима у јавним службама⁴, које то право послодавца ограничавају на 50 км.

Да би се омогућило упућивање запослених у здравству у друго место рада мимо наведених правила, било би потребно или да се изменама Закона о здравственој заштити и/или наведених закона пропише да су здравствени радници у јавним здравственим установама изузета код тог правила, односно да се здравствени радници могу водити као запослени са непуним радним временом у две или више здравствених установа, с тим да се претходно затражи мишљење релевантних правних експерата, јер би такво решење евентуално могло бити оспоравано као неуставно, или би пак требало успоставити механизам да им се такав ангажман води као службено путовање са свим бенефицијама таквог ангажовања.⁵

Ово је предлог аутора, који сматрамо незаконитим, неоправданим и неуставним. Предлаже се спровођење интеграције, које очигледно излази из оквира њихове компетенције и надлежности⁶, а којим се аутономија радно-правних прописа, па се аутори користе паролем „кад није у складу са законом, променимо закон“, и то не један, него најмање четири (неко би рекао анархија). Зашто је у свим важећим законима као одредба препозната потреба за ограничавањем даљине приликом распоређивања премештаја, ако оно није потребно? Зашто физијатар из Ниша, не би део времена проводио у Бујановцу (пример интеграције бања) – 125км, 1 сат и 28 мин пута у идеалним условима. Зато што то није рационално коришћење ресурса – људских ресурса. Зато што ће то довести до још већег исцрпљивања здравственог кадра и нарушавања њихових приватних живота и односа, али и из разлогашто ће се тиме урушити основни постулат доброг рада, а то је тимски рад. Радно-правни прописи и постоје да се заштите радници од оваквих решења, заштите од самовоља руководиоца, која ће у овим ситуацијама бити извесна, и обезбеде им се основни и достојанствени услови за рад.

³Закон о раду ("Сл. гласник РС", бр. 24/2005, 61/2005, 54/2009, 32/2013, 75/2014, 13/2017 - одлука УС, 113/2017 и 95/2018 - аутентично тумачење), члан 173.: „*Запослени може да буде премештен у друго место рада: 1) ако је делатност послодавца такве природе да се рад обавља у местима ван седишта послодавца, односно његовог организационог дела; 2) ако је удаљеност од места у коме запослени ради до места у које се премешта на рад мања од 50 км и ако је организован редован ревоз који омогућава благовремени долазак на рад и повратак са рада и обезбеђена накнада трошкова превоза у висини цене превозне карте у јавном саобраћају.*

⁴Закон о запосленима у јавним службама ("Сл. гласник РС", бр. 113/2017, 95/2018, 86/2019 и 157/2020, у даљем тексту: ЗЗЈС), члан 41.: „*Ако због привременог или трајног премештаја долази до промене места рада, премештај се може извршити без сагласности запосленог само ако је место рада на које се запослени премешта удаљено мање од 50 км од места рада на којем је запослени радио пре премештаја.*“

⁵Нацрт Стратегије оптимизације мреже установа здравствене заштите Републике Србије и смернице за израду Плана развоја здравствене заштите до 2035. године, стр. 13.

⁶Могли би рећи својеврсни вид „прекорачења граница овлашћења“, будући да предлог измене Закона о раду, као основног прописа у области рада, а у сврху спровођења осмишљене интеграције, превазилази сва овлашћења која су дата ауторима.



Предлог да „да здравствени радници у јавним здравственим установама буду изузета код тог правила“ (ограничења 50км), **је јасно и недвосмислено дискриминаторног карактера**, те нећемо посебно анализирати.

Такође, предлаже се промена члана 24. Закона о запосленима у јавним службама⁷, али и члана 86 и 68.

Интенција је јасна. Не видимо оправданост за такво поступање.

Дакле, најоштрије се противимо измени закона у деловима који се односе на ограничење премештаја, распоређивања у друго место рада преко 50 км!

РЕГИОНАЛИЗАЦИЈА

- Увођење здравствених региона?

Увођење здравствених региона = централизација ресурса

Иако је у тексту наведено да „искључиво за потребе финансирања стратешких смерница оптимизације Плана мреже за краткорочно и средњорочно раздобље“ предлаже коришћење региона приказаних у извештају ДЗ⁸. Предложени су следећи региони: Београдски регион (1), Регион АП Војводине (2), Регион Западне Србије (3), Регион Шумадије и Централне Србије (4), Регион Источне Србије (5), Регион Јужне Србије (6).

Става смо да је регионализација извршена паушално и да није у складу са демографијом и специфичностима (географским и епидемиолошким) које се помињу у образложењу, те реалним потребама становништва.

Интенција се не крије, то је „омогућавање хоризонталне и вертикалне мобилности здравствених радника унутар мреже здравствених установа“, за шта сматрамо да постоји велика опасност од злоупотреба.

Бојазан је да овим не дође до нарушавања приступачности 33 пацијентима – дата подела региона, али и отварање много организационих питања, пре свега питања аутономије и отежавања функционисања организационих делова (али и установа уопште) – регионализација (сложеније процедуре доношења одлука, финансирање, управљање кадровима и сл.). Свакако, за детаљнији став о овом питању, потребно је у анализу укључити све предложене, али и постојеће факторе, посебно факторе које приликом израде ових аката и предлога аутори нису узимали у обзир.

⁷ЗЗЈС, члан 24.: „Запослени је дужан да прихвати одговарајуће радно место на које је трајно или привремено премештен у истом или другом месту рада, под условима и на начин одређен законом, односно општим актом. Изузетно од става 1. овог члана, у случају елементарних непогода, више силе или других непредвидивих околности које доводе до угрожавања здравља, безбедности или онемогућавања обављања услуга према корисницима јавних служби, запослени је дужан да, по писменом налогу непосредног руководиоца без измене уговорених услова рада, ради на радном месту које не одговара његовој врсти и степену стручне спреме, ако испуњава услове за њихово обављање, док трају те околности, ако није могуће обезбедити обављање послова јавне службе на другачији начин. Непредвидивим околностима у смислу става 2. овог члана не сматра се повећан обим посла, односно замена одсутног запосленог. Запослени из става 2. овог члана, за то време задржава права која произлазе из његовог радног места ако су за њега повољнија.

⁸Извештај ДЗ није објављен, те је недоступан за анализу и коментаре.



СИНДИКАТ ЛЕКАРА И ФАРМАЦЕУТА СРБИЈЕ

Маглајска бр. 32/8, 11000 Београд

телефон: 011/266 51 71

ПИБ: 100294659 | матични број: 06050514 | бр. жиро рачуна: 205-24360-49

е-пошта: sindikatlfs@gmail.com | званични сајт: www.sindikatlfs.rs



ОСНОВНЕ ВРЕДНОСТИ И ПРИНЦИПИ запослени у здравству ≠ грађани

У другом делу Стратегије побројане су основне вредности и принципи свеобухватних политика предложених за спровођење Стратегије и то: **једнакост свих грађана, достојанство и солидарност, уз одговорност друштва, заједнице и појединаца, њихово учешће и транспарентност у одлучивању.**

Чини се да се запослени у здравственом систему не сматрају *тим* грађанима, будући да се и мимо утврђене *вредности једнакости и достојанства*, не постављају једнаким. Мало је рећи да се не води рачуна о једнакости њихових права, посебно радних, а за која се кроз Стратегију предлаже трансформација стављањем у непољнији положај као изузетак, што их, чини се, чини неједнаким? Такође, *учешће и транспарентност у одлучивању* је непотребно коментарисати као вредност која се истиче у тексту, с обзиром на касно обелодањивање текстова и дате рокове за јавне консултације.

Интегрисани здравствени информационал систем Републике Србије - ИЗИС

Основни проблем ИЗИС-а је неједнака доступност, као и неповезаност са приватним здравственим установама, због чега умрежавање свих државних и приватних здравствених установа у јединствену мрежу здравствених установа Републике Србије са јединственим информационалним системом, треба да буде један од приоритета.

Неуједначеност у доступности, поступању и приступачности смо пријављивали као проблем – различитост од града до града, од ситуација у којима не може да се дође до термина (лекар са ПЗЗ не може да закаже код специјалисте због броја термина и рока заказивања), до проблема са извршењем (проблем специјалиста код којих се дати термини попуне па поред заказаних извршавају пријем хитних случајева као и упута без термина). Такође, овај систем тек спорадично обезбеђује изабраном лекару повратну информацију, односно увид у електронски извештај специјалисте или резултате дијагностичких процедура, због тога је неопходно унапредити га.

ПРЕГЛЕД

Оптимизација здравства = флексибилизација постојећег кадра ≠ додатно запошљавање

У документима која анализирамо се не крије интенција. Овде само указујемо на значај ове тежње и подвлачимо је. Цитирамо текст Стратегије стр. 25.: **„Сматрамо да осим спорадичних проблема где кадра стварно нема, постојећи кадар у болницама са придруженим колегама из ПЗЗ кроз уштеду код избегавања дуплирања прегледа може покрити потребе становништва без додатног запошљавања.**“ Видети табелу - *Преглед броја специјалиста који из ПЗЗ прелазе у болничку ЗЗ и броја специјалиста које болнице додатно треба да обезбеде ради пружања униформне ПЗЗ*” – у којој се јасно види колико је „укупно преузетих лекара



из ДЗ" и „додатно потребно за потпуно покриће", односно „вишак специјалиста, односно случајеве када кадар из установа примарне здравствене заштите увећава број специјалиста преко потребе за одржавањем нормиране примарне здравствене заштите."

ПРИМЕДБЕ, КОМЕНТАРИ И ПРЕДЛОЗИ У ВЕЗИ СА ПРЕДЛОЖЕНОМ ОПТИМИЗАЦИЈОМ У ПЗЗ

Тим за примарну здравствену заштиту СЛФС ће изаћи са појединачним коментарима у наредним данима. Будући да је седам радних дана (од 10. до 22.02.) као рок за анализу, односно коментаре и примедбе јако кратак временски рок, у коме је требало и органзовати радне групе и састанке, а документ јако обиман, у овом делу само указујемо на неколико општих примедби и отворених питања.

У тексту се често помиње да је приближавање ПЗЗ грађанима од посебног значаја, али се суштински не препознаје значај изабраног лекара. Први пут је направљена дистинкција између оних који сагоревају, у односу на оне који раде испод просека. Због тога је неопходно да се пропише минимални и максимални број опредељених пацијената по лекару, да се одреди максимално дневно оптерећење лекара или минутажа за сваку услугу, с тим да преглед не сме трајати краће од 20 минута како, би се одржао квалитет здравствених услуга и смањила могућност стручне грешке услед преоптерећења лекара. Овде се наравно мисли и на стоматологију!⁹ Примарна здравствена заштита заиста мора да буде носилац здравствене заштите становништва.

У делу који говори о ПЗЗ, отворена су питања, која се тичу следећег:

1. „Уводи се физикална терапија и рехабилитација у кући коју спроводи физиотерапеут запослен у дому здравља" – поставља се питање како ће физиотерапеут да спроведе терапију, када мора да буде претходно прегледан од стране спец. физ. медицине и рехабилитације. Специјалиста (по Стратегији спец. прелазе у ОБ, иако је се на нивоу ОБ не помиње служба физ. медицине и рехабилитације) није запослени ДЗ, а физиотерапеут јесте? Где је запослен спец. физ. медицине и рехабилитације који ординира терапију коју спроводи физиотерапеут запослен у ДЗ?

⁹Као предлози за унапређење ПЗЗ, између осталих јесу и дефинисање у којим случајевима пацијент може изабраном лекару доставити извештаје из приватних ординација, односно обавезати болницу и специјалистичко консултативне амбуланте да на дневном, недељном и месечном нивоу обезбеде одговарајући број термина за заказивање; дефинисање броја термина на дневном, недељном или месечном нивоу (у складу са важећим нормативима) - сада поједине службе пусте по 5-10 термина месечно, чиме пацијенте условљавају да услуге које су им потребне једино могу добити у приватним ординацијама.



2. *„Кућно лечење спроводио би изабрани лекар за своје одређене пацијенте.“* Како ће се рачунати радно време за кућне посете? Само преглед или и време проведено у превозу?

3. *„Лекари тренутно задужени само за кућно лечење пребацују се у службу хитне медицинске помоћи“* - неадекватно. Тежи се ка томе да у ХМП раде специјалисти ургентне медицине пребацавање лекара до сада задужених за кућно леђење се сматра неодговорним и из позиције оних који имају искуство у раду у ургентној медицини. Такође, тимови који раде кућно лечење би морали да буду фиксни, да се чланови тима добро познају и тимски одлучују јер је сам улазак у дом пацијента веома непредвидив.

4. *„Доктор денталне медицине, дентални асистент односно стоматолошка сестра као и зубни и РТГ техничар су стално запослени у дому здравља, а специјалисти денталне медицине су запослени у заводима или клиникама за денталну медицину и долазе да раде у дом здравља по потреби.“* - шта то конкретно значи у ситуацијама када је 90% кадра ДЗ специјалисти? Шта је са специјалистима изабраним лекарима? Посебно задужених за дечију стоматологију. Подсећамо да је претходна рационализација довела до урушавања државне стоматологије, чији је производ не само смањење услуга, већ и мања доступност и оптерећење грађана плаћањем прескупих услуга у приватном сектору. Нарушено орално здравље због чије тежине одрасли пацијенти нису у стању да обављају свој посао и редовне активности или деца да се посвете учењу, јер је обично реч о стањима уско повезаним са болом који их у свему наведеном онемогућава. Не сме се допустити да стоматологија прерасте у естетску грану и пређе у делокруг занатства. Она представља науку, спада у делокруг хумане медицине, и само тако је треба посматрати. Оптимизација стоматологије може и мора ићи једино у правцу враћања значаја, никако наставити са трендом урушавања.

5. Шта се дешава са докторима медицине спец. медицине рада? Да ли могу бити изабрани лекари? У нацрту се истиче да носилац тима може бити изабрани лекар опште праксе, специјалиста опште медицине, педијатар, гинеколог и стоматолог. Шта се дешава у ситуацијама када је изабрани лекар спец. медицине рада?

Што се тиче предлога у вези **консултативних услуга специјалиста и ужих специјалиста** сматрамо крајње непрактичним за лекаре јер ће довести до даљег исцрпљивања. Када знамо да је просечна старост доктора медицине (и стоматологије) специјалисте у Србији 55 године ово ће тешко бити изводљиво, јер ће довести до "испадања из строја" великог броја колега. Пример: годинама је Институт за ментално здравље имао испоставу у ДЗ Нови Београд, блок 44 и са том праксом је



прекинуто јер није имала довољно добре резултате децентрализације услуга. Уједно ово је увод у почетак краја државног здравственог система јер ће довести до још убрзанијег одлива високо специјализованих кадрова, јер ниједан лекар специјалиста са 20 година специјалистичког стажа неће „трпети“ због потребе за миром, сигурном средином за рад, поузданим тимом.

Иначе, да би се уопште могло говорити о оваквој констелацији, морали би говорити и о рационализацији броја прегледа, рационализацији упућивања на високо специјализоване прегледе и високо специјализоване дијагностичке методе. Пример: изузетно развијена земља као што је Канада и даље има комисију за упућивање на скупе дијагностичке процедуре. Ово подразумева и да се значајно морају променити и павилници рада комисија као што су Инвалидска и РФЗО нпр. за туђу негу и помоћ које имају опште постулате у раду не уносећи се у појединачну специфичност пацијената. Пример је: пацијент долази са целокупном клиничком документацијом о деменцији, степеновање, скале, за шта је способан а за шта не, и бива враћен јер нема психолошки налаз што је бесмислено.

- Завод за здравствену заштиту радника –

Поставља се питање оправданости издвајања Завода за здравствену заштиту радника МУП-а као самосталног, са једне стране, а припајања осталих завода са домовима здравља, са друге стране. Поново се у тексту предлаже издвајање одређене категорије, што представља дискриминаторно поступање у односу на друге – у овом случају запослене у МУП-у у односу на све друге запослене.

Такође, важно је препознати значајне разлике међу постојећим установама које се простим припајањем не могу решити.

- Завод за здравствену заштиту студената (3333С) –

Предлог припајања 3333С оставља многа питања отвореним, а највеће је питање оправданости. Зашто?

Обраложење је било да је реч о одраслом становништву, које не подлеже некој од специфичности за издвајање. Бојимо се да аутори овог дела нису упознати са специфичностима ове популације.

Поставља се питање :

- Како ће се уредити гравитирање студената? Како ће „се додељивати“ ДЗ? Подсећамо да се према садашњем решењу ДЗ одређује према месту пребивалишта. Да ли то значи да студенти који студирају у Београду морају да промене пребивалиште и вежу се за општину у којој изнајмљују стан? Да ли то значи да ће Марко из Крушевца, који студира ЕТФ у Београду, а који изнајмљује стан на општини



Стари Град мора пријавити пребивалиште на територији Старог Града како би му било омогућено и доступно лечење код лекара опште праксе или у ДЗ? Шта ће Марко када се заврши семестар и преко лета проводи време код куће, у Крушевцу, да мења пребивалиште? Шта ће Марко ако одлучи, да после шест месеци ромени стан, јер комшијина стална реновирања га ометају у учењу, те нађе стан на Бановом Брду? Поново мора да мења пребивалиште, да би се пријавио у ДЗ Чукарица? Наравно, да подсетимо да се пребивалиште може пријавити углавном по основу права својине на стану или уговора о закупу стана.¹⁰ Дакле, делује да се овим студентима не олакшава, приближава здравствена заштита.

- Како ће се регулисати питање осигурања? Верујемо да се није залазило тако дубоко у проблематику, јер би се узимањем у обзир закона, других прописа, посебно основа осигурња, дошло до закључка да студенти јесу специфична популација.

- Зашто је само ЗЗЗЗЗ Београд припојен ДЗ, док су други Заводи издвојени као огранци и имају пример ЗЗЗЗЗ Нови Сад? Само ЗЗЗЗЗ Београд престаје да постоји као такав, имовина и обавезе се преносе на правно лице коме се припојило – дакле, на ДЗ Врачар.

Сматрамо да оптимизовано не треба оптимизовати! Пример ЗЗЗЗЗ су светли примери организације и уређења у здравственом систему.

Подржавамо коментаре и примедбе дате испред Основне организације СЛФС ЗЗЗЗЗ Београд.

ПРИМЕДБЕ, КОМЕНТАРИ И ПРЕДЛОЗИ У ВЕЗИ СА ПРЕДЛОЖЕНОМ ОПТИМИЗАЦИЈОМ У СИТЗЗ

Тим за секундарну и терцијарну здравствену заштиту СЛФС ће изаћи са појединачним коментарима у наредним данима. Будући да је седам радних дана (од 10. до 22.02.) као рок за анализу, односно коментаре и примедбе јако кратак временски рок, у коме је требало и органзовати радне групе и састанке, а документ јако обиман, у овом делу само указујемо на неколико општих примедби и отворених питања.

¹⁰За пријаву пребивалишта, која се врши уз лично присуство, потребно је: 1. Читко попуњен образац за пријаву–одјаву пребивалишта, или промену адресе стана (образак бр. 1); 2. Доказ о правном основу коришћења стамбене јединице на адресу на коју се подносилац захтева пријављује (уговор о купопродаји или уговор о коришћењу стана оверени у суду, (или) власнички лист, (или) решење о кућном броју); 3. Важећа лична карта за пунолетна лица, а за малолетна лица извод из матичне књиге рођених; 4. Доказ о уплати у износу од 200,00 динара на име републичке административне таксе. <http://arhiva.mup.gov.rs/domino/dokumenta.nsf/prebivalistel>



Уместо једнаке доступности отворено је питање дискриминације одређених категорија пацијената према регионалном припадништву.

Спајање Клинике за неурологију и психијатрију за децу и омладину институционално са Универзитетском дечјом клиником сматрамо неадекватном одлуком због специфичности рада установе. У установи раде дечји неуролози и дечји психијатри. У УК у Тиршовој раде педијатри који се баве дечјом неурологијом или психијатријом. Разлика је велика и врло често непомирљива и подразумева и различите доктринарне ставове.

- ФИЗИКАЛНА МЕДИЦИНА И РЕХАБИЛИТАЦИЈА –

Поддржавамо коментаре Проф. Лазовић Милице, MD, PhD PM&R објављене на сајту <https://fizijatri.org/fizikalna-rehabilitacija/nacrt-plana-optimizacije-mreza-ustanova-zdravstvene-zastite/34>.

Примедба у вези регулисања статуса ове службе јесте интенција аутора да је приватизују. Идеја се види и из листе у којој су дати примери екстерно пружених услуга другим земљама - *Табела 8-9. Outsourcing у здравстеном систему (друге земље)*, стр. 168. Стратегије.

Такође, када је реч о Специјалним болницама за рехабилитацију јасно је означена интенција приватизовања. У прилог томе говори подела, али и предметно одређивање, нпр. *„Капацитети који нису уговорени са РФЗО-ом користе се за комерцијалну делатност на слободном тржишту;*

Средњерочно треба спровести институционално функционално спајање јавног сегмента пословања на нивоу региона", стр. 55, Стратегија.

Детаљније, након састанка Тима.

ИНСТИТУТИ И ЗАВОДИ

Као што је и у прошлим посебним деловима назначено, СЛФС ће изаћи са појединачним коментарима у наредним данима, а након одржавања састанка ужих стручних група.

Оно што се истицало и раније у вези са трансфузијом, а актуелизовано је и Стратегијом је садашњи начин организације који је изузетно непрактичан. Такође, неприхватљив је израз „куповати“, а који би морао бити замењен изразом „требован“, јер се крв и крвни деривати не смеју сматрати комерцијалним производом.



СИНДИКАТ ЛЕКАРА И ФАРМАЦЕУТА СРБИЈЕ

Маглајска бр. 32/8, 11000 Београд

телефон: 011/266 51 71

ПИБ: 100294659 | матични број: 06050514 | бр. жиро рачуна: 205-24360-49

е-пошта: sindikatlfs@gmail.com | званични сајт: www.sindikatlfs.rs



Спајање СБ за болести зависности са Институтом за ментално здравље је неадекватно уколико не подразумева само спајање организационе јединице у Пауновој са СБ за болести зависности. Претварање ИЗМЗ у установу која би се доминантно бавила болестима зависности би било погубно.

Пренос послова са Батута на МЗ сматрамо неотребним, јер Батут већ располаже искусним и потребним кадром, а који би МЗ морало посебно да ангажује, због не сматрамо ни ефикасним, ни економски оправданим предлогом.

Најављујемо допуну овог текста коментарима и примедбама након радног састанка.

ЗАКЉУЧАК

Нетранспарентан процес оптимизације здравства је проблем који се тиче свих нас, како нас као запослених у здравству, тако и нас као грађана.

Оваквом оптимизацијом се жели постићи централизација ресурса и флексибилизација кадра, уз додатно оптерећење запослених и приватизација јавног здравства.

Систем треба реформисати, али су леђа лекара пред пуцањем, и додатни напор је напор који се не може издржати.

На крају анализе се поставља питање да ли се лекари сматрају грађанима или не?

Председник
Синдиката лекара и фармацеута Србије
др Раде Панић,
спец. анестезије и реаниматологије

У Београду,
22.02.2021.год.