Допунски рад у здравственим установама

Д. Младеновић¹, Х. Анђелски²

Additional Work in Health Institutions

Dragan Mladenović, Hristo Andjelski

Сажетак: Измене и допуне Закона о здравственој заштити предвиђају могућност допунског рада здравствених радника, здравствених сарадника и других лица запослених у здравственим установама, односно у приватној пракси.

Пошто је основни стуб здравствене заштите становништва примарна здравствена заштита, постојећи застоји у пружању услуга на секундарном и терцијарном нивоу заштите могу да буду делимично и услед немогућности задовољавања услуга из прве линије заштите.

Много је компликованије питање оцене оправданости и стварних потреба за допунским радом у болници и другим специјализованим здравственим установама у којима се не обезбеђују све тражене услуге у редовном радном времену, већ се добар број захтева (пацијената) ставља на листу чекања.

Предлоге и мишљења изнета овом приликом треба посматрати као прилог процесу изналажења решења „за здравствене услуге које здравствена установа пружа за потребе организација обавезног здравственог осигурања, а за које не може на друкчији начин да обезбеди одговарајуће здравствене раднике“.

Кључне речи: допунски рад, здравствени радник, здравствени сарадник.

Summary: Changes to the Law on Health Care provides for the additional work of health workers, health assistants and other persons employed in health institutions or in private practice.

Since the basic pillar of health services in primary health care, the existing delays in the provision of services at secondary and tertiary levels of care may be partly due to the impossibility of satisfying service from the first line of protection.

There are many question marks about feasibility and actual need for additional work in hospitals and other specialized health care facilities that do not provide all the services needed during regular working hours, but a good number of applications (patient) is placed on a waiting list.

Proposals and opinions expressed on this occasion should be seen as support of the process of finding solutions “for health services that health facility provides for mandatory health insurance, and that can not be in a different way to provide appropriate health workers.”

Key words: extra work, health care worker, health care assistant.

Увод

Измене и допуне Закона о здравственој заштити (Сл. гласник Р. Србије 88/2010) предвиђају могућност допунског рада здравствених радника, здравствених сарадника

и других лица запослених у здравственим установама, односно у приватној пракси.

У циљу обезбеђења услова за ефикасније задовољење одређених захтева становништва, посебно за скупим и врло компликованим здравственим услугама, а који се налазе на листама чекања, понекад и веома дуго, Ми-

¹ Драган Младеновић, дипл. економиста, Београд.

² Доц. др Христо Анђелски, Градски завод за јавно здравље, Београд.

нистарство здравља Републике Србије и Републички завод за здравствено осигурање траже решење за овај проблем, што се у садашњим условима, а у складу са изменама и допунама Закона о здравственој заштити, остварује и:

- допунским радом здравствених радника, здравствених сарадника и других запослених у здравственим установама, односно у приватној пракси, и
- упућивањем пацијената са листа чекања у установе приватне праксе, домаће, а и иностране, које имају доказане резултате у лечењу обољења пацијената са листи чекања.

Члан 199. Закона о изменама и допунама Закона о здравственој заштити (Сл. гласник Р. Србије 88/2010) предвиђа да се допунски рад може обављати „само под условом да рад здравственог радника, односно другог запосленог лица ван редовног радног времена за који се закључује уговор о допунском раду, не утиче на организацију рада појединачних делова здравствене установе или здравствене установе у целини“.

Члан 200. Закона о изменама и допунама Закона о здравственој заштити (Сл. гласник Р. Србије 88/2010) гласи:

„Уговор о допунском раду може да се закључи:

1. за пружање здравствених услуга које нису обухваћене обавезним здравственим осигурањем у погледу садржаја, обима и стандарда, односно здравствених услуга које се не остварују на начин и у поступку који су прописани за остваривање права из обавезног здравственог осигурања;
2. за пружање здравствених услуга које здравствена установа пружа за потребе организација обавезног здравственог осигурања, а за које не може на друкчији начин да обезбеди одговарајући кадар;
3. за пружање здравствених услуга које здравствена установа пружа за потребе лица која немају својство осигураног лица у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање“.

Овом приликом биће речи само о услугама из тачке 2. напред наведених одредаба Закона

о здравственој заштити, пре свега из потребе да се утврди због чега је дошло до уског грла у појединим секторима здравствене заштите у пружању поједних здравствених услуга.

Техничку страну одвијања овог рада треба да реши Правилник о начину, поступку и условима обављања допунског рада здравствених радника у здравственим установама, или приватној пракси, који доноси министар здравља Републике Србије.

Основни разлог за обављање допунског рада, према Закону о здравственој заштити, јесте тај што се у неким установама, или деловима здравствене установе државног сектора, одређене услуге не могу пружати због недостатка одговарајућег стручног кадра. Полазећи од тога, треба дати одговор на питање у ком обиму се услуге могу обавити у редовном радном времену са постојећим кадром и са просечним залагањем на раду.

Оцена резултата рада примарне здравствене заштите као предуслов за боље функционисање заштите на секундарном и терцијарном нивоу

Пошто је основни стуб здравствене заштите становништва такозвана прва линија заштите, или примарна здравствена заштита, постојећи застоји у пружању услуга на секундарном и терцијарном нивоу заштите могу да буду делимично и услед немогућности задовољавања услуга из прве линије заштите.

У циљу доласка до одговора да ли је изнета претпоставка тачна и у којим случајевима, потребно је размотрити:

1. колики је број осигураних лица по једном лекару, опредељених по систему слободног избора лекара у оквиру једне установе;
2. утврдити оријентационе норме у погледу броја посета и других интервенција лекара примарне здравствене заштите са особљем његовог тима; упоредити остварене резултате у односу на предвиђене норме, за одређени период постапматрања;
3. извршити поређење резултата рада појединих лекара и њихових тимова са резултатима рада лекара опште медицине, педијатара и др.

са истим у оквиру једне установе, или у оквиру филијале Републичког завода за здравствено осигурање са којима је закључен уговор о пружању здравствене заштите за календарску годину.

Поређења су могућа и са истим службама у другим регионима, као и са просечним резултатима у Републици. Оваква поређења могу да буду од велике користи ако се врше по истим параметрима.

Поред поређења броја и врсте појединих услуга лекара примарне здравствене заштите, корисно је сагледати и како се поједини лекари односе, на пример:

- у прописивању лекова (врсте и количине) у односу на исту дијагнозу, односно по појединим групама дијагноза;
- како се понашају у погледу упућивања на специјалистичке прегледе и на болничко лечење у односу на поједине дијагнозе.

Разлике у прописивању лекова и упућивања на специјалистичке услуге на другом и трећем степену заштите могу да се разликују из објективних разлога, у зависности од старости и здравственог стања становништва на појединим подручјима. Евентуална нереална прописивања лекова и упућивања на виши ниво заштите у дужем временском периоду од стране појединих лекара имаће за последицу неоправдано оптерећење стационарне заштите и нерационално коришћење финансијских средстава.

Експертски тим би анализирао упуте лекара примарне здравствене заштите на виши ниво, као и њихове критеријуме у погледу прописивања лекова, и о томе, и на одговарајући начин, у оквиру установе износио своје оцене у виду консултација са појединим лекарима, код којих се укаже потреба за тим.

Анализа рада и трошења средстава по појединим изабраним лекарима примарне здравствене заштите може се једноставно и прилично прецизно изводити, с обзиром на евиденционе могућности сваке здравствене установе.

Изнети приступ праћења и оцене резултата рада изабраног лекара примарне здравствене заштите, овде дат врло грубо, може имати позитивне ефекте на евентуално унапређење њи-

ховог рада, стручније и економичније прописивање лекова и отварање боловања. То може да се одрази у виду уштеда финансијских средстава, која се могу искористити за унапређење примарне здравствене заштите и стандарда запослених у овим установама, као и на делимично растерећење капацитета на секундарном и терцијарном нивоу заштите.

Уколико се установи да су резултати рада у примарној здравственој заштити недовољни, првенствено због недовољног броја лекара и осталог медицинског и техничког особља, у том случају треба оценити:

- да ли је економичније постићи пожељни обим и квалитет здравствене заштите отварањем нових радних места и ангажовањем потребног броја нових лекара и другог особља, што не би био велики проблем, с обзиром на њихов број који чека ангажман, или
- на подручју на коме се оцени потреба појачане делатности прве линије заштите, ангажова-ти лекара приватне праксе по уговору са јасно прецизираним условима рада и плаћања.

Систем упоредних анализа резултата рада и трошкова на бази унапред одређених јединствених показатеља је познат и овде га не треба шире износити. Поставља се питање да ли се доследно примењује, до каквих се закључака долази и како се они користе у циљу унапређења ефикасности и рационалности у коришћењу капацитета, кадрова и финансијских средстава ради побољшања стандарда и квалитета заштите, као и побољшања личног стандарда запослених.

Поред мера за унапређење организације, рада и финансирања примарне здравствене заштите, неопходно је, и веома важно, да се лекари, у првом реду, а и остало особље у њиховом тиму, награђују према обиму, тежини и одговорности у раду на заштити и унапређењу здравља становништва, што подразумева добре плате за наше услове, као и приступачне услове за стручно усавршавање, онако како то њихова струка и наука захтева и напредује.

Пружање услуга из оквира обавезног здравственог осигурања допунским радом у оквиру установе у којој је лекар запослен не би тре-

бало да представља проблем у погледу организовања, пружања и плаћања тога рада. За такав рад, директор установе закључује уговор са лекаром који се ангажује за допунски рад, а у складу са законом о здравственој заштити и Правилником о начину, поступку и условима за обављање допунског рада здравствених радника у здравственој установи и приватној пракси.

Листе чекања за услуге другог и трећег нивоа заштите и мере за њихово смањивање

Много је копликованије питање оцено оправданости и стварних потреба за допунским радом у болници и другим специјализованим здравственим установама у којима се не обезбеђују све тражене услуге у редовном радном времену, већ се добар број захтева (пацијената) ставља на листу чекања. Те листе су често значајно заступљене, како по броју лица која чекају на интервенцију, тако и по дужини чекања. Осим тога, листе се често мењају, често из оправданих разлога због изузетне хитности за интервенцијом, а понекад и без оправданих разлога, који могу да потичу из различитих разлога и мотива.

За оцену обима и оправданости постојања листе чекања, начина постепеног смањења и евентуалне елиминације, тиме што ће бити задовољени, потребно је сагледати који су узроци због којих је дошло до нагомилавања нереализованих захтева, што има за последицу стварање листе чекања.

Одговор на ово питање може се добити, између осталог, ако се утврде и упореде расположиви капацитети, број и профил лекара специјалиста у установи у којој постоји листа чекања, са стањем у истим или сродним установама у земљи или иностранству, упоређујући истовремено и број извршених услуга (операција и других дијагностичких захтева) са листе чекања.

Резултати анализе могу бити:

- недостаје потребна високо софистицирана медицинска опрема за обимнији, компликованији и квалитетнији рад;

- поред недостатака одговарајуће медицинске опреме, недостаје и потребан број уско специјализованих стручњака за пружање услуга са листе чекања;
- установа има исте, или приближно исте техничке и кадровске услове као и друге домаће и стране установе, а не остварује могуће и пожељне резултате рада по обиму, а можда и по квалитету;
- носиоци обима и квалитета рада на задовољењу ових захтева нису довољно мотивисани за рад, јер нису адекватно плаћени, посебно ако се узме у обзир како се такав рад плаћа у приватној пракси.

За смањење, а можда и елиминацију, листе чекања требало би:

- успоставити добро управљање установом и ефикаснију организацију рада;
- обезбедити недостајућу медицинску опрему у циљу допуне постојеће, или замене застареле опреме, са утврђеним роковима за њену набавку у установама у којима је недостатак медицинске опреме разлог за стварање листе чекања;
- доћи до одговора на питање да ли је постојећи (расположиви) медицински кадар, у броју и структури, довољан за ефикаснији рад:
  - ако јесте довољан, зашто су резултати недовољни, што има за последицу стварање листе чекања;
  - ако је у питању недостатак једног броја тачно одређених профила специјалности, треба формирати захтев;
- да се одреди број, профил и динамика обезбеђења потребних профила медицинских стручњака, усавршавањем у земљи, по потреби, у иностраним медицинским центрима од угледа у оспособљавању стручњака за пружање уско специјализованих услуга, које се код нас не обезбеђују;
- да се део захтева са листе чекања обезбеди допунским радом за оне услуге за које је установа технички и кадровски оспособљена.

Мотивација за рад постојећег кадра у државним здравственим установама за остваривање обимније, ефикасније и квалитетније здравствене заштите, а посебно за услуге са

листе чекања, треба да буде на нивоу њихове стручности и остварених резултата рада на скраћењу листе чекања.

Мотивација за рад може да буде (најчешће) новчана. Други вид мотивације треба да се састоји у обезбеђењу реалне перспективе и могућности за стручно усавршавање у земљи и у иностранству.

Поред обезбеђења новчане мотивације за рад и за стручно усавршавање, запослени у јавном сектору здравствене заштите имају, у складу са постојећим законима, и загарантовану социјалну сигурност за себе и за чланове своје породице, што је такође од великог значаја.

Испуњавањем ових погодности државни сектор здравствене заштите био би конкурентан приватној пракси, па би интерес појединаца за рад у приватним установама био далеко мањи, него што је то сада случај.

Економска ефикасност рада здравствених установа може се релативно лако утврдити, ако се под тим подразумева:

- постизање истих ефиката (резултата рада) у временском периоду у односу на резултате у претходном периоду, уз ниже трошкове,
- или постизање већих резултата рада уз исте трошкове у односу на трошкове у претходном периоду.

Насупрот недовољним наградама уско специјализованог медицинског кадра, којих нема довољно у појединим гранама медицине, врло је примамљива понуда приватних клиника када ангажују стручњаке из јавног сектора здравствене службе. Приватне клинике најчешће имају инфраструктуру, укључујући и средње медицински кадар, а за пружање услуга, за које су регистроване, користе у целости, или делимично, стручњаке јавног сектора. Плаћање рада у овим установама знатно је боље, а тиме и примамљивије, с обзиром на цене услуга које приватне клинике наплаћују, чије услуге могу да користе само људи са високим приходима.

Ако се и после примене ових и других мера за унапређење рада и остваривање веће ефикасности економичности у раду на пружању услуга са листе чекања не остварују

очекивани резултати, у том случају надлежни органи (Министарство здравља Републике Србије и Републички завод за здравствено осигурање) треба да утврде у којим установама и даље постоји проблем листе чекања, и да утврде узроке тог проблема, као и да оцене које додатне мере треба предузети, као на пример:

- да се настави са допунским радом, укључујући и друге специфичне мере потребне за успешно смањивање захтева са листе чекања, или
- да се сачини анализа трошкова који се сада остварују по основу допунског рада, као и трошкова упућивања на лечење у иностраним установама, у односу на висину трошкова потребних за оспособљавање установе јавног сектора за самостално задовољење свих захтева са листе чекања.

У овој анализи треба доћи до одговора на централно питање: да ли је за јавни сектор исплативије да чини додатне напоре за обезбеђење техничких и кадровских услова да се један број ретких захтева са листе чекања обавља у клиникама јавног сектора, или је рационалније да се ретке и веома компликоване услуге обављају у иностраним клиникама, или у домаћим – приватним, ако за то постоје сви услови за успешније лечење.

Анализа рада установа које немају листе чекања

Ове установе заслужују, такође, одговарајућу пажњу и одговор на питање:

1. установа постиже и у целости задовољава захтеве пацијената и због тога нема листе чекања, односно нереализованих захтева; овај резултат могао је да буде остварен нормалним (просечним) залагањем расположивог кадра у складу са функцијама установе на испуњавању уговорених обавеза;
2. установа има вишак расположивог стручног кадра па су стога и резултати, у односу на могуће, недовољни; у оваквим установама решења треба тражити у продуктивном ангажовању запослених свих нивоа стручности и профила, у оквиру сопствене установе, ако је

могуће, и потребно, или у другим сродним установама јавног сектора;

3. уколико се установи да постоји вишак физичких капацитета, треба извршити ревизију техничког стандарда предвиђеног Мрежом здравствених установа, коју је усвојило Министарство здравља Републике Србије 2004. године; вишак капацитета треба преименовати за дефицитарне потребе, ако је то могуће; у противном, треба смањити број постеља, сводећи њихов број на ниво у складу са реалним захтевима за те врсте услуга.

Ангажовањем запослених у здравственим установама јавног сектора за рад на пружању

услуга у установама приватне праксе, без уговора о пружању услуга са Републичким заводом за здравствено осигурање, може да буде штетно и по здравствену установу јавног сектора и по Републички завод за здравствено осигурање.

Предлоге и мишљења изнета овом приликом треба посматрати као прилог процесу изналажења решења „за здравствене услуге које здравствена установа пружа за потребе организација обавезног здравственог осигурања, а за које не може на друкчији начин да обезбеди одговарајуће здравствене раднике“ (члан 199. тачка 2. Закона о здравственој заштити, Сл. гласник Р. Србије 88/2010).

Литература

1. Закон о здравственој заштити. Сл. гласник Р. Србије, 88/2010.
2. Правилник о начину, поступку и условима за обављање допунског рада здравствених радника у здравственим установама и приватној пракси. Сл. гласник Р. Србије, 108/2008.
3. Закон о здравственом осигурању. Сл. гласник Р. Србије 107/05 и 109/05.
4. Правилник о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад за 2011. годину.