

# I zdravlje svoj cenovnik ima

**Istraživanje - koliko nas danas koštaju medicinski tretmani i da li se kvalitetno lečimo u državnim kliničkim centrima i privatnim poliklinikama. Za zdravstvo godišnje izdvajamo 230 evra po stanovniku. Polovina novca od osiguranja troši se na zarade u zdravstvenim ustanovama**

Zdravlje nema cenu, ali bolest se ipak leči - po cenovniku. U javnom zdravstvu Srbije taj cenovnik je, međutim, utvrđen jedino za vanstandardne usluge, ali se u sadašnjem modelu plaćanja zdravstvenih ustanova po kapacitetu, a ne po pruženim uslugama, zapravo, ne zna tačno koliko košta lečenje na koje odlazi novac od osiguranja.

Zdravstvena zaštita koštaće nas ove godine 166 milijardi dinara. Toliko je ukupan budžet Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje. Po ovoj računici, krajnjeg korisnika zdravstvena zaštita koštaće u proseku 230 evra, koliko se po glavi stanovnika u Srbiji izdvaja za zdravstveni doprinos. Mimo toga mora da računa na dodatne troškove za participaciju. Ko želi najsavremeniju terapiju, koja je višestruko skuplja od standardne, a daje mali pomak u lečenju, pa nije uvršćena na pozitivnu listu, istrošiće se i za lekove.

- Kod nas se, realno, za zdravstvo i kroz obavezno osiguranje, participaciju i dodatne usluge, izdvaja veoma malo, manje nego što građani potroše na cigarete - kaže Svetlana Vukajlović, direktor RZZO. - Cenovnik koji postoji u našem zdravstvu nije uvek realan, ali se po cenovniku i ne plaća. Jer, ako jedna opšta bolnica popunjava samo 65 odsto kapaciteta, trebalo bi, onda, da joj umanjimo finansije za 30 odsto. To bi je odvelo u stečaj, jer bolnica mora da plaća i one doktore koji su, realno, suvišni, jer su zapošljavani bez ikakve strategije. Nije moguće preko noći preći na novi model finansiranja zdravstvene zaštite.

U svim sistemima zdravstva nameće se pitanje do koje mere država treba da finansira zdravstvenu zaštitu, a to je istovremeno i velika moralna dilema. Nesporno je da svako ima pravo na život i produženje života, koliko je to moguće, ali da li je opravdano iz zajedničkog fonda svih osiguranika izdvojiti desetine hiljada evra da bi se nekome za dva meseca produžio život, ako taj novac nekom drugom može više da koristi.

- Zato se u svim sistemima sada postavlja to pitanje mere, jer zdravstvena zaštita, pomeranjem granica medicine, može da bude sve skuplja - objašnjava Vukajlovićeva.

- I naši osiguranici i RZZO hteli bi da se ovde primenjuje samo najsavremeniji i najskuplji insulin. Ali, da li mi sa 230 evra po stanovniku godišnje za lečenje možemo

da imamo isti standard kao zemlje koje imaju 3.000 evra po stanovniku?

Linijski budžet, koji se primenjuje kod nas, iako umnogome zaostaje za savremenim trendovima plaćanja u zdravstvu, finansira zatečene kapacitete i, u suštini, stimuliše nerad. Jer, i zdravstvena ustanova, i zaposleni u njoj, radili ne radili, imaju zagarantovana primanja! Budžet se određuje početkom godine, a ustanova dobija novac u 12 jednakih mesečnih rata. Tako će, recimo, Klinički centar Srbije iz kase zdravstvenog osiguranja, za koje izdvajamo 12,3 odsto zarada, ove godine dobiti 11,37 milijardi dinara, od kojih će gotovo polovina, 5,3 milijarde, otići na plate zaposlenih u ovoj ustanovi. Institut za kardiovaskularne bolesti "Dedinje" raspolagaće sa 1,66 milijardi, a od toga će izdvojiti za plate 424 miliona dinara. Budžet KC Novi Sad je 3,5 milijardi, a čak dve milijarde će kroz plate dobiti zaposleni!

- Gotovo polovina ukupnog zdravstvenog budžeta odlazi za plate 102.000 zaposlenih u zdravstvu, 14 odsto, ili oko 19 milijardi dinara izdvaja se za lekove na recept - kaže Vladan Ignjatović iz RZZO. - Troškovi energenata, sanitetskog potrošnog materijala, implantata i medicinskotehničkih pomagala izvuku još 35 odsto ukupnog budžeta, a na naknade za bolovanja i putne troškove potroši se četiri odsto. Mi idemo ka sistemu koji će promeniti način finansiranja u zdravstvu, ali to je dug proces, koji još nije zaokružila nijedna zemlja.

Fakture koje zdravstvene ustanove šalju RZZO, u suštini, samo pravdaju novac koji je ustanova dobila i ne iskazuju tačnu cenu zdravstvene usluge. Jedna operacija tumora dojke na Institutu za onkologiju i radiologiju Srbije fakturisana je na 30.000 dinara, ali to su samo troškovi zahvata, medicinskog i potrošnog materijala. U tu cenu nije uključen rad lekara, troškovi grejanja, ili amortizacije operacione sale i aparata. U zavisnosti od komplikovanosti slučaja, isti zahvati se različito fakturišu. Tako je KBC "Dr Dragiša Mišović" jednu operaciju slepog creva fakturisao na 35.000 dinara, a drugu, komplikovaniju, na 82.000. Ugradnja „baj pasa“, recimo, u Kliničkom centru Srbije kasu osiguranja košta 200.000 dinara.

- Cena hirurškog i zračnog lečenja onkoloških pacijenata kod nas je višestruko niža nego na zapadu, a niko nema objašnjenje zašto je tako - kaže profesor dr Nenad Borojević, direktor Instituta za onkologiju i radiologiju Srbije.

- Mi svake godine fakturišemo 20-30 odsto više nego što početkom godine ugovorimo, jer, objektivno, zbrinemo mnogo više pacijenata, ali to nikada ne naplatimo. Sada je tendencija da se u "be-o dan", prema kojem se plaća bolničko lečenje, uključe i svi pregledi. To nije tako jednostavna računica, jer jednom pacijentu je potrebno uraditi tri pregleda skenerom, a drugom samo jedan.

Osiguranici koji plaćaju doprinos za zdravstvo, a ne koriste zdravstvenu zaštitu, pitaju se gde odlazi njihov novac. Ali, kada bi svako izdvajao isključivo za svoj lični fond za zdravstvo, najveći broj stanovnika ne bi mogao da se leči. Zato se kod nas, kao i u većini zemalja, u prikupljanju i trošenju zdravstvenog dinara primenjuje solidarni, takozvani Bizmarkov model. Mnogi ne potroše godišnje nijedan dinar od onoga što su izdvojili, ali, na primer, pacijent na dijalizi potroši godišnje 16.000 evra, ne računajući druge lekove.

- U javnosti se pogrešno stiče utisak da se mnogi lekovi plaćaju, a istina je da je svaka bolest pokrivena lekovima o trošku osiguranja - kaže Svetlana Vukajlović. - Mi ne možemo da plaćamo skupe lekove, koji daju mali pomak u terapiji, u odnosu na mnogo jeftinije, ali snosimo deo troškova i za neke od tih lekova.

Na pozitivnoj listi je više od 1.700 lekova različitih oblika, doza i pakovanja i 100 vrsta citostatika, koje osiguranici dobijaju na teret fonda. Ogromna većina, 90 odsto tih lekova je iz domaće proizvodnje, ali po strukturi troškova na jeftinije domaće lekove ide 70, a na strane 30 odsto novca za medikamente na recept. Za lek "tritace", recimo, koji uzimaju kardiovaskularni pacijenti plaća se procentualna participacija, pa od 570 dinara, koliko košta lek, 380 pokriva fond, a ostatak sam pacijent. Na pozitivnoj listi se nalaze još tri leka istog hemijskog sastava kao "tritace" - "prilinda", "ramipril" i "ramitide". Oni koštaju po 350 dinara i u potpunosti se izdaju o trošku osiguranja.

Američki brend "norask", takođe za kardiovaskularne bolesti, koštao je doskoro 1.000 dinara, od kojih je osiguranje pokrivalo 750 dinara, a pacijent je plaćao 25 odsto cene ovog leka. Kada je proizvođač spustio cenu ovog leka na 750 dinara, koliko košta ista generika iz domaće proizvodnje, za "norask" je ukinuta participacija. Za nemački lek "konkord" pacijent u Srbiji iz svog džepa izdvaja 600 dinara, a osiguranje pokriva preostalih 200.

- Ne postoji tačno utvrđena cena lečenja onkološkog pacijenta na hemoterapiji - kaže dr Zoran Bekić, predsednik komisije za lekove Instituta za onkologiju i radiologiju. - Lečenje jednog pacijenta citostaticima može da košta 1.000, ali i 30.000-40.000 dinara godišnje, sve zavisi koji se lekovi primenjuju, i da li su to novi lekovi, koji su u početku skupi, a kasnije im drastično pada cena. U našoj onkologiji je napravljen ogroman pomak kada je reč o terapiji. Naši pacijenti se sada leče kao da su u razvijenim zapadnim zemljama i Americi i gotovo nijedan lek ne moraju da kupe. Ne tako davno, 2003. godine, za citostatike koji se u Srbiji primenjuju na 55 odeljenja iz zdravstvene kase izdvojeno je 7,5 miliona evra, godinu dana kasnije 12, a ove godine izdvojićemo malo više od 30 miliona evra.

## PRIVATNO LEČENJE

Privatnici kažu da pružaju 40 odsto ukupnog broja zdravstvenih usluga u Srbiji. U Ministarstvu zdravlja, međutim, tvrde da je opalo korišćenje usluga privatne lekarske prakse. Istraživanje Ministarstva pokazuje da je sa 23,9 odsto stanovnika koji su se lečili kod privatnika 2000. godine, taj broj u 2006. godini opao na 19,4 odsto.

## TRANSPLANTACIJE

Transplantacija jetre bez komplikacija radi se o trošku osiguranja i kod nas košta 50.000 evra, a u zapadnoj Evropi 150.000 evra. Transplantacija bubrega zdravstvo Srbije košta 15.000 evra, a na zapadu i do 70.000 evra. Amerikanac koji je u Srbiji dobio moždani udar tri nedelje lečenja platio je 3.500 evra, a rođak koji je došao po njega kaže da bi to u SAD koštalo više od 100.000 evra.

## PARTICIPACIJA

Fiksna participacija za zdravstvenu zaštitu koja se obezbeđuje na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja iznosi od 20 dinara po pregledu (kod izabranog lekara i specijaliste), ili receptu, do 600 dinara za najskuplju dijagnostiku, kakva je magnetna rezonanca. U troškovima bolničkog lečenja i rehabilitacije u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi osiguranik učestvuje sa 50 dinara po danu. Laboratorijske usluge, uključujući i mikrobiologiju, parazitologiju, histopatologiju i citologiju, participiraju se sa 20 dinara po uputu. Toliko se izdvaja i za rendgenski snimak.

Participacija za ultrazvučni pregled po uputu je 100 dinara, a za pregled skenerom i osteodenzitometriju 300. U troškovima pregleda i terapije u nuklearnoj medicini osiguranik učestvuje sa 150 dinara, a za ostale dijagnostičke usluge (holter, endoskopija, EKG, spirometrija i drugo) izdvaja 50 dinara po uputu. Jednodnevne terapijske usluge u ambulanti participiraju se 20, pregled i lečenje u dnevnoj bolnici 50 dinara po danu.

Ugradni materijal u ortopediji, kardiohirurgiji i drugim granama medicine, kao i različita pomagala, participiraju se pet do 35 odsto, s tim što iznos koji plaća osiguranik ne može biti veći od 30.000 dinara.

Mnoge kategorije stanovništva, deca, trudnice, oboleli od teških bolesti, oslobođeni su participacije. U Ministarstvu zdravlja kažu da preduzimaju sve mere da se dodatna izdvajanja za zdravstvo smanje. Od ove godine je oko 800.000 socijalno najugroženijih građana oslobođeno plaćanja participacije za usluge iz zdravstvene zaštite i lekove. Oni se sada, u potpunosti, leče o trošku osiguranja.

## ČEKANJE

Sa prosečnih 230 evra, koliko imamo za lečenje, osiguranik u javnom zdravstvu može da računa na kompletnu zaštitu, od dijagnostike, do operacije i lekova. Istina, za mnoge procedure mora da čeka. Sa tim novcem kod privatnika ne može mnogo šta da se uradi, iako bi mnogi želeli da se o trošku svog osiguranja leče privatno. Kod privatnika magnetna rezonanca glave košta od 8.900 do 13.200 dinara, operacija katarakte 1.000 - 1.500 evra po oku, kolor dopler krvnih sudova vrata i glave 4.200 dinara, ultrazvuk srca od 2.600 do 3.900, sa pregledom 4.900 dinara, magnet pluća 10.950 bez kontrasta, 15.900 dinara sa kontrastom, ultrazvuk abdomena 2.600 dinara.