



## **ПЛАН ОПТИМИЗАЦИЈЕ МРЕЖЕ УСТАНОВА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ - МАСТЕР ПЛАН**

RFP br: RS-SSHPAF-QCBS-CS-18-1.3.1

Kredit br: 8830-YF

**РЕЗИМЕ ЈАВНИХ КОНСУЛТАЦИЈА  
10-22 . фебруар 2021.**

## УВОД

Овај документ је припремљен од стране консултантског тима IBF International Consulting Consortium, Delta House Ltd. и НАЛЕД-а (у даљем тексту: Консултант), који је ангажован на пројектном задатку „План оптимизације мреже установа здравствене заштите – Мастерплан“, у оквиру Другог пројекта развоја здравства Србије, Министарства здравља Републике Србије.

Садржај овог извештаја обавезно не одражава званичан став Министарства здравља Републике Србије. Информације и изнети ставови овде искључиво су дело аутора.

Израда предлога Плана оптимизације мреже установа здравствене заштите (Предлог Мастерплана) је започета 17. септембра 2019. године у Палати „Србија“ на конференцијом којој су присуствовали највиши представници Министарства здравља, Министарства финансија, Здравственог савета, Републичког фонда за здравствено осигурање, Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, стручних комора, Агенције за акредитацију, Канцеларије за управљање јавним улагањима, Завода за статистику, Асоцијације приватних здравствених установа и многи други представници заинтересованих страна, где је Консултант представио свој план рада и позвао све заинтересоване да узму учешће у овом изузетно важном задатку.

Након тога, у оквиру широког консултативног процеса у периоду од 18 месеци, организовано је преко 300 састанака са представницима здравствених установа из Плана мреже и других релевантних институција, комора, удружења итд., на којима је присуствовало више хиљада учесника. Поред тога, Консултант је спровео опсежне анализе на основу података Министарства здравља, Републичког фонда за здравствено осигурање, Републичког завода за статистику, Коморе здравствених установа Србије и других, као и података који су прикупљени кроз анкетирање чланова стручних здравствених комора, те самих здравствених установа из Плана мреже. Чак 9 опсежних упитника достављено је здравственим установама из Плана мреже, а око 95% установа је и дало одговоре. Поред тога, Консултант је организовао теренске посете и обавио разговоре са представницима руководства 278 здравствених установа у оквиру којих су додатно сагледане околности, организација рада, те потребе поменутих установа, као и њихови предлози за унапређење.

Основни задатак Консултанта је да након свеобухватне ситуационе анализе у погледу социоекономског и здравственог контекста Републике Србије да своје стручно мишљење у виду **предлога Мастерплана** који подразумева решења чијом имплементацијом би се постојећи капацитети и ресурси најбоље могуће искористили, организација рада оптимизовала, а све у циљу доступније и квалитетније здравствене заштите свих грађана.

## ПРЕГЛЕД НАЈЧЕШЋЕ ПОСТАВЉАНИХ ПИТАЊА И ДОСТАВЉЕНИХ КОМЕНТАРА

Уговорна обавеза Консултанта је спровођење јавних консултација, у оквиру којих би се стручна и шира јавност упознала са предлогом Мастерплана. Имајући у виду епидемиолошке околности, које су у многоме отежале реализацију пројектног задатка, консултације су спроведене онлајн у периоду од 10-22. фебруара 2021. године.

Стигло је преко 150 питања и коментара, а у наставку овог извештаја дат је преглед по темама које су најзаступљеније са пратећим објашњењима Консултанта.

### Организација кућног лечења у дому здравља

Кућна посета лекара и медицинске сестре могу пружити јединствену перспективу живота пацијента која није доступна током посете ординацији или болници. Овај вид пружања здравствене заштите може подстаћи однос лекара и пацијента и побољшати лекарско разумевање пацијентовог окружења и степен социјалне подршке. Кућно лечење у дому здравља треба организовати за старије, хронично болесне и тешко покретне пацијенте, непокретне те палијативне пацијенте уз унифициране протоколе и процедуре лечења, за све здравствене установе примарне здравствене заштите, које се спроводе са поменутом популацијом пацијената. Из тог разлога је Консултант предложио оснивање центра за координацију служби за палијативну негу у Републици Србији на примарном нивоу здравствене заштите у оквиру Заводу за геронтологију и палијативно збрињавање, Београд. Такође је предложено да у јединицама локалне самоуправе које имају преко 25.000 становника постоји могућност оснивања мобилних палијативних тимова (један на 100.000 становника), затим могућност оснивања волонтерских палијативних тимова (један на 40.000 становника) те могућност организовања дневног центра за палијативну негу (један који покрива 150.000 становника). Предложено је да кућно лечење спроводи изабрани лекар за своје опредељене пацијенте који, са или без медицинске сестре, одлази у кућне посете према потреби, у обиму не већем од 20% свог радног времена, што је глобално решење, које је примењено у већини других земаља света, а посебно у Европи и региону, односно што је опште прихваћени облик кућног лечења. Једино изабрани доктор познаје довољно свог пацијента да би могао проценити стварну потребу за кућном посетом, да би могао саму посету обавити најефикасније и брже, па се овим потезом оптимизује овај сегмент пружања здравствене заштите. Уз то треба направити јасне смернице и критеријуме за одлазак лекара у кућну посету. Посебно је важно укључивање медицинске сестре односно здравственог техничара и читаве патронажне службе у рад изабраних лекара на терену, као признавање ВСС медицинским сестрама које би онда и официјално преузеле део посла лекара, посебно у погледу превентиве. Консултант је такође предложио унапређење едукације здравствених радника и здравствених сарадника, као и свих осталих учесника у палијативном збрињавању приоритетно у служби кућног лечења и неге. Према подацима Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, на територији читаве Републике Србије свега 211 лекара ради искључиво у служби кућног лечења, те је стога јасно да здравствене потребе ових пацијената већ данас пружају пре свега изабрани лекари опште праксе. Имајући у виду неравномерну дистрибуцију пацијената по изабраним лекарима, чак и у оквиру исте здравствене установе, те преоптерећеност бројем опредељених пацијената појединих изабраних лекара, Консултант је предложио измену Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене неге у виду дефинисања минималног, оптималног и максималног броја опредељених пацијената по лекару, чиме би се радно оптерећење уједначило. Исто тако

Консултант предлаже даље унапређење модела плаћања у погледу плаћања по учинку које би употпунило процес оптимизације.

Више детаља о предлозима у погледу рада домова здравља можете погледати у оквиру поглавља 5.2.1.1. предлога Мастерплана - Нацрт Стратегије оптимизације мреже установа здравствене заштите Републике Србије и смернице за израду Плана развоја здравствене заштите до 2035. године који је доступан на [www.optimizacijazdravstva.rs](http://www.optimizacijazdravstva.rs)

### **Здравствена заштита студената**

У оквиру нацрта Мастерплана садржан један од предлога Консултанта је да се постојећи заводи за здравствену заштиту студената у свом пуном капацитету (без затварања објеката и без отпуштања кадра, дакле без укидања здравствене заштите за студентску популацију) интегришу са капацитетима домова здравља, чиме би се на оптималнији начин искористили кадрови, простор и опрема поменутих установа, а тиме здравствена заштита учинила доступнијом свим грађанима ових градова и градских општина. Остваривање права из обавезног здравственог осигурања студентске популације се овим предлогом не укида, већ би студенти своја права остваривали у истом обиму и садржају одабиром изабраног лекара у било ком дому здравља у месту студирања, те имали на располагању специјалисте из оближње болничке установе (у просторијама истог дома здравља).

Овај предлог произилази из основне доктрине да популација старости од 18 до 26 година која студира нема специфичне здравствене потребе у односу на популацију исте старосне доби која не студира и из анализе рада Завода за здравствену заштиту студената, тј. коришћење њихових капацитета. На примеру Студентске поликлинике у Београду, увидом у податке о извршењу плана рада, закључује се да постоји простор да се капацитети ове установе ставе на располагање и другим грађанима. Процена је да у Београду студира око **130.000 студената**, а према подацима Републичког завода за статистику школску 2020/2021 годину уписало је **26.866 бруцоша**<sup>1</sup> што је приближан број студената који се сваке године уписује на факултет у престоници. С обзиром на популацију коју збрињава, најзначајније здравствене услуге Службе опште медицине Студентске поликлинике су превентивни прегледи. Превентивни преглед на првој години факултета је у 2019. години добило **6.377 бруцоша**, односно сваки четврти, док је Превентивни преглед који је по распореду на трећој години факултета добило је **3.827 студената**. Укупно је пружено и 30.525 првих и још 15.298 поновних куративних прегледа. Служба гинекологије пружила је **6.103 превентивна прегледа** (свака десета студенткиња), односно 5.239 првих и 922 поновна куративна прегледа. Када се анализира оптерећеност посетама, лекари Студентске поликлинике у Београду у просеку остварују мање посета (597 по лекару опште праксе и 292 по гинекологу) у односу на просек који имају колеге из домова здравља у Београду (654 по лекару опште праксе и 501 по гинекологу). Имајући у виду да се Студентска поликлиника и домови здравља финансирају на исти начин, те да преко 70% укупног трошка ових установа представља новац за плате запослених, закључује се да једна посета лекару опште праксе у Студентској поликлиници кошта 1.564 динара, док је просечна цена посете лекару опште праксе у домовима здравља у Београду 984 динара. Лекари студентске поликлинике су изузети из Модела плаћања изабраних лекара у примарној здравственој заштити по капитационој формули од 2019. године, када је формула унапређена показатељима квалитета рада. Захтев за изузећем је стигао управо од стране свих завода за здравствену заштиту студената уз образложење да због специфичности популације о чијем здрављу брину не могу бити поређени са колегама из домова здравља. Међутим, анализа података Републичког фонда за здравствено осигурање за обрачун капитационих оцена изабраних лекара на основу које се исплаћује варијабилни део плате према важећој Уредби о корективном коефицијенту показује да у 2019. години изузев 2 лекара опште праксе и 1 гинеколога из Завода у Нишу ниједан лекар не достиже републички просек за параметар ефикасност који се рачуна искључиво на основу броја остварених посета у

<sup>1</sup> Републички завод за статистику, Саопштење бр. 349, 25.12.2020.

посматраном периоду. Када се говори о специјалистичким службама, такође је присутна мања оптерећеност, тако да је Студентска поликлиника у 2019. години према подацима из планско-извештајних табела остварила<sup>2</sup> **853 РТГ** и **2.054** стоматолошких РТГ снимања, односно **819 прегледа** и **135 ултразвучних прегледа интернисте**. За разлику од завода у Новом Саду и Нишу, Завод у Београду располаже са 20 постеља у стационару. Просечна попуњеност ових постеља у 2019. години била је **33%**, док је просечна дужина хоспитализације 5,23 дана. Исте године збринато је укупно **642 пацијента**.

Поред закључка који се намеће на основу анализе, чији је део приказан у овом извештају, Консултант је анализирао и међународне праксе у погледу здравствене заштите студената.

Издавамо неколико примера:

- САД – посебан фонд за финансирање у које су укључени Универзитети [https://www.acha.org/ACHA/Resources/Topics/accredited\\_schools.aspx](https://www.acha.org/ACHA/Resources/Topics/accredited_schools.aspx)
- ГРЧКА – посебна организациона јединица Универзитета у Солуну под окриљем Министарства просвете <https://www.auth.gr/en/univUnits>
- ФРАНЦУСКА и НОРВЕШКА – посебан фонд за стране студенте који студирају у Француској који је део ЕУ фонда који нема директе везе са здравственим установама (студенти се лече у дому здравља) већ студентима обезбеђује здравствено осигурање <https://www.campusfrance.org/en/healthcare-student-social-security>  
<https://www.studyinnorway.no/study-in-norway/health-insurance>
- ПОРТУГАЛИЈА – медицинске службе делују унутар Универзитета и доступне су како за студенте тако за запослене, док је финансирање комбиновано из више извора <https://www.uc.pt/en/sasuc>
- ИРСКА – посебан фонд за здравствену заштиту студената који суфинансира Влада и ЕУ фонд <https://www.tudublin.ie/for-students/student-services-and-support/student-wellbeing/student-health-centres/>
- ФИНСКА – посебан фонд за здравствену заштиту студената који се делом финансира из обавезног здравственог осигурања, а делом из других фондова. Установа није намењена свим студентима, већ одређеним категоријама, а налази се под окриљем Министарства омладине (задуженог за студенте) <https://www.yths.fi/en/frontpage/>

Међународна пракса говори у прилог томе да и уколико постоје здравствене установе специјализоване искључиво за лечење студената, у питању су установе које се финансирају из других извора, а не у потпуности од обавезног здравственог осигурања, као што је то случај у Републици Србији. Како је задатак Консултанта да **понути најрационалније решење за трошење новца из фонда обавезног здравственог осигурања**, сматрамо да је отварање ових установа за све грађане уз максимално искоришћен капацитет управо то. Такође понављамо да старосна популација 18-26 година има одређене здравствене потребе које нису предефинисане степеном образовања појединца, те да сви остали грађани Републике Србије који нису студенти, а припадају овој старосној доби, право на здравствену заштиту остварују кроз институцију изабраног лекара у дому здравља. Консултант посебно препознаје ангажовање Студентске поликлинике у Београду у домену ХИВ/АИДС превенције, анонимног тестирања и саветовалишта, за које је и сам Завод препознао да је неопходно понудити га свим грађанима, те је саставни део целокупног предлога оптимизације и очувања ове службе.

### Категоризација здравствених установа

Консултант су предложили да универзитетски клинички центри, клиничко-болнички центри, клинике, институти, опште болнице, као и специјалне болнице чији је оснивач Република Србија

---

<sup>2</sup> Уредба о корективном коефицијенту највишем процентуалном увећању основне плате, критеријумима и мерилима за део плате који се остварује по основу радног учинка, као и начину обрачуна плате запослених у здравственим установама (Сл. гласник 157/2020)

и Аутономна Покрајина прођу процес категоризације. Категорије здравствених установа одређују се у односу на: здравствене делатности и здравствених услуга; ниво стручне оспособљености здравствених радника, ниво софистицираности здравствених услуге које пружају; опсег пружања здравствених услуга; постељне капацитете; подручје пружања здравствене услуге становништву. Нивои здравствене услуге су следећи: 1) општи ниво; 2 ) специјализовани ниво; 3 ) високо специјализовани ниво; 4 ) поликлинички ниво/дневна болница. У одређеној категорији здравствене установе пружа се одређени ниво здравствене услуге у свакој појединачној делатности.

Све здравствене установе на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите разврставају се у категорије у складу са врстама и начином пружања здравствених услуга које пружају, а имајући у виду осигурање минималних стандарда стручног развоја, рационално административно управљање, рационално управљање простором, опремом и радницима, у циљу обезбеђења здравствене заштите у складу са законом и равномерног развоја на свим подручјима Републике Србије.

Категорије здравствених установа које обављају здравствену делатност на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите са акутним болничко-стационарним лечењем су следеће:

- 1 . категорија - Локална (општа) болница, која обавља делатност секундарне здравствене заштите;
- 2 . категорија - Окружна (општа) болница, која обавља делатност секундарне здравствене заштите;
- 3 . категорија - Регионална болница, која обавља делатност терцијарне здравствене заштите;
- 4 . категорија - Републичка болница, која обавља делатност терцијарне здравствене заштите;
- 4 а . категорија - Покрајинска болница, која обавља делатност терцијарне здравствене заштите

Ако се на територији регионалне, односно републичке и покрајинске болнице, не налази општа болница (локална или окружна), тада здравствена установа 3. категорије обавља здравствену делатност секундарне здравствене заштите за становништво тог подручја. Показатељи квалитета пружених здравствених услуга за ниво Републике Србије, у односу на коју се мери остварени резултат рада здравствене установе у посматраном периоду, утврђује се у односу на конкретну категорију здравствених установа.

Зато је Консултант предложио број постеља, очекивану просечну заузетост постеља, очекивану просечну дужину лечења, очекивани просечан обрт постеља те очекивани просечан ДСГ коефицијент који у значајном броју случајева данас много болница не достижу, што резултира дугим листама чекања, незадовољавајућим исходима лечења и нагомиланим губицима. Из тога разлога је предложено да се циљане вредности достижу кроз два временска раздобља до 2035. године. Министарство ће детаљно пратити којом динамиком појединачне болнице достижу циљане вредности, а оне болнице које не постижу резултате ће бити категоризоване на онај ниво на којем могу постићи успех, што значи да нема листа чекања, да има добре исходе лечења и да послује у заданим финансијским оквирима без губитака.

Детаљни преглед карактеристика болница сваке од предложених категорија можете погледати у оквиру - оквиру поглавља 5.6 предлога Мастерплана - Нацрт Стратегије оптимизације мреже установа здравствене заштите Републике Србије и смернице за израду Плана развоја здравствене заштите до 2035. године који је доступан на [www.optimizacijazdravstva.rs](http://www.optimizacijazdravstva.rs)

Оно што Консултант посебно наглашава када се ради о предлогу конкретних здравствених установа из Плана мреже и њиховог сврставања у категоризације је да су се посебно анализирали параметри који говоре о попуњености капацитета, искоришћености постојећих ресурса те степену компликованости случајева које здравствена установа доминантно збрињава.

Предложена шема категоризације болница заснована је на актуелним подацима и није статична. Околности на основу којих је тренутно предложено да се нека болница категоризује ће се мењати током времена, променама и модернизацијом медицинских доктрина и здравствених технологија, даљим развојем здравственог особља, миграцијом и старењем становништва, економским токовима земље, политичком приоритетизацијом здравства у друштву, те под утицајем многих других фактора. Консултант је за дугорочни период предложио спајање здравствених установа на подручју округа и формирање окружних здравствених центара, међутим у појединим случајевима где су здравствене установе на врло малој раздаљини, као што је то у случају болница у Јагодини, Параћину и Ћуприји, може се размотрити њихово спајање у краткорочно-средњерочном периоду уместо у дугорочном и тиме осигурати да све болнице у саставу новог здравственог центра буду у истој категорији већ од почетка имплементације оптимизације. Предложено је да Министарство здравља ће континуирано пратити здравствене потребе становништва те у складу са економским могућностима болница мењати категоризацију, а применом дискреционог права може ~~ће моћи~~ појединим болницама дати вишу категорију уколико специфичности на терену то оправдавају.

### **Апотекарска делатност**

Консултант у предлогу Мастерплана предлаже да се апотекарске установе, које се дужи временски период налазе у блокади и де факто не раде, избришу из Плана мреже. Међутим предлог Консултанта је организација мреже Апотекарских установа на регионалном нивоу (6 центара у 6 здравствених региона – Војводина, Београд, Западна Србија, Шумадија и Централна Србија, Источна Србија и Јужна Србија), које би биле надлежне за све општине свог региона и у могућности да отварају нове огранке по окрузима, чиме би се обезбедила равномерна покривеност државним апотекама на целокупној територији Републике Србије.

Консултант такође даје стратешке смернице за решење уочених проблема ове здравствене делатности међу којима су најзначајнији: преузимање оснивачких права од стране Републике односно АП, затим изједначавање услова рада са приватним апотекама, успостављање географских и демографских критеријума за отварање нових апотека. Све предлоге можете погледати у оквиру поглавља 5.6 предлога Мастерплана - *Нацрт Стратегије оптимизације мреже установа здравствене заштите Републике Србије и смернице за израду Плана развоја здравствене заштите до 2035. године* који је доступан на [www.optimizacijazdravstva.rs](http://www.optimizacijazdravstva.rs)

### **Мрежа завода за јавно здравље**

Консултант је, сходно предложеној регионализацији, понудио решење **хоризонталне институционалне интеграције** за мрежу Завода за јавно здравље, на чијем челу је Институт за јавно здравље Србије „Др. Милан Јовановић – Батут“.





подручје. У свим Заводима предлаже се оснивање диспечерских центара помоћу којих се координира пружање хитне медицинске помоћи на територији читавог региона од стране завода и домова здравља.

Исто тако, поред домова здравља у општинама са више од 25.000 који имају Службу за хитну медицинску помоћ, Консултант предлаже оснивање ове службе и у 9 домова здравља који се налазе у општинама са **мање од 25.000 становника**, али уз важне путне правце – аутопутеве (ДЗ Баточина, ДЗ Бела Паланка, ДЗ Димитровград, ДЗ Лајковац, ДЗ Ражањ, ДЗ Владичин Хан, ДЗ Мали Иђош, ДЗ Пећинци, ДЗ Љиг).

Са предлозима за унапређење пружања хитне медицинске помоћи на примарном нивоу здравствене заштите се можете детаљно упознати увидом у поглавље 5.5 предлога Мастерплана - *Нацрт Стратегије оптимизације мреже установа здравствене заштите Републике Србије и смернице за израду Плана развоја здравствене заштите до 2035. године* који је доступан на [www.optimizacijazdravstva.rs](http://www.optimizacijazdravstva.rs)

### **Војне здравствене установе**

С обзиром да се војне здравствене установе налазе у надлежности и финансирају у највећој мери од стране Министарства одбране, оне нису биле предмет пројектног задатка. Исто важи и за Завод за здравствену заштиту радника „Железнице Србије“, који је није саставни део важећег Плана мреже.

### **Физикална медицина**

Према предлогу Консултанта, делатност физикалне медицине и рехабилитације би требало организовати је и спроводити у оквиру секундарне и терцијарне здравствене заштите. Применом принципа функционалне интеграције између дома здравља и болнице (а посебно у случају здравствених центара где постоји институционална интеграција) иста се спроводи и на примарном нивоу где физикалну терапију у домовима здравља спроводе физиотерапеути који су запослени у дому здравља. Пацијентима у домовима здравља ће и даље бити доступне сталне или повремене специјалистичке службе у складу са демографским, географским и епидемиолошким потребама становништва, па тако и специјалисти физикалне медицине и рехабилитације. У оквиру тима специјалисте физикалне медицине и рехабилитације, физикалну терапију спроводе физиотерапеути средње, више или високе стручне спреме. Данас је, међутим такође уобичајено у свету да и друге специјалистичке гране медицине прописују физикалну терапију, као на пример реуматолог, ортопед, неуролог, педијатар итд., а то питање би требало решавати у оквиру Министарства здравља односно Републичких стручних комисија и Лекарске коморе.

Поред наведене специјалистичке службе, Консултант је предложио да се физикална терапија спроводи и у кући пацијента према налогу изабраног лекара примарне здравствене заштите (општа пракса, педијатар) на основу препоруке специјалисте (физијатар, реуматолог, ортопед, неуролог, педијатар). Физиотерапеут спроводи програм физикалне терапије према шафранику услуга, а физиотерапеути су дужни придржавати се поступака које прописује лекар специјалиста. Наиме, све је већа потреба за физикалном терапијом за старије, хронично болесне и тешко покретне, непокретне те палијативне пацијенте, а у дечој популацији оних са потешкоћама у развоју и тешком инвалидношћу. Домови здравља који покривају преко 25.000 становника могу имати физиотерапеуте који спроводе физикалну терапију, а која се може спроводити и у кући пацијента.

## **ИЗИС - Интегрисани здравствени информациони систем Републике Србије**

Консултант је у предлогу навео да се предложена Стратегија може спровести једино ако здравствени информациони систем Републике Србије (ИЗИС) прође кроз нови циклус унапређења. Неке од мера за постизање тога су наметање нових стандарда у вођењу здравствене документације и извештавања као и боље интеграције постојећих функција и додавање нових, а све да би се одлуке о управљању здравственим системом доносиле у реалном времену, у сврху побољшања доступности, квалитета, безбедности и ефикасности здравствене заштите. Важно је да ИЗИС-а буде у могућности да мери и извештава о исходима лечења према стандардизованим критеријумима у реалном времену. Да би се то постигло, систем треба да ефикасније обезбеђује правовременост и јединство података у здравству и јединствену информационо-комуникациону инфраструктуру за управљање групама података и пренос података. За постизање циљева изузетно је важно установити стратешку дирекцију и план даљег развоја Интегрисаног Здравственог Информационог Система Србије, па је процес дефинисања Програма и Акционог плана дигитализације здравства од стране Радне групе за Програм и Акциони план дигитализације здравства формиране при Координационом телу за дигитализацију здравства кључан први корак свих даљњих унапређења.

### **ЗАКЉУЧАК**

Решења која су понуђена **део су предлога односно нацрта Мастерплана** који је Консултант у складу са Уговором израдио за Министарство здравља. Како одређена решења захтевају и измену законског оквира, Консултант је у складу са уговором дао предлог измене и допуне Закона о здравственој заштити, затим препоруке за измену и допуну Закона о здравственом осигурању, као и предлоге појединих подзаконских аката, а у складу са уговорним обавезама.

Јавне консултације које су трајале у периоду од 10-22. фебруара 2021. године организоване су од стране Консултанта, а свакако да **даље консултације у организацији Министарства здравља се настављају и служе за боље сагледавање проблема и изналажење најбољих решења, све до доношења коначног Мастерплана.**