

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ПРАВНИ ФАКУЛТЕТ
Београд, 22. март 2016. године

НАСТАВНО-НАУЧНОМ ВЕЋУ ПРАВНОГ ФАКУЛТЕТА УНИВЕРЗИТЕТА У БЕОГРАДУ

Одлуком Наставно-научног већа Правног факултета Универзитета у Београду 04-број: 290/3 од 18. марта 2016. године, донетом на седници одржаној 29. фебруара 2016. године, одређени смо за чланове Комисије за преглед и оцену докторске дисертације кандидаткиње **мр Мирославе М. Крстић**, под насловом **„Обавезно здравствено осигурање и инструменти његовог финансирања у Републици Србији“**. Након увида у докторску дисертацију, подносимо Већу следећи

РЕФЕРАТ О ЗАВРШЕНОЈ ДОКТОРСКОЈ ДИСЕРТАЦИЈИ

1. Основни подаци о кандидату и дисертацији

Мирослава Крстић је рођена 19. новембра 1976. године у Лозници. Основну школу „25. мај“, као и Гимназију „Вук Караџић“ завршила је у Крупњу, са одличним успехом. На Економски факултет Универзитета у Београду уписала се школске 1995/96. године, а дипломирала 21. новембра 2001. Године, са оценом 10, на смеру Спољна и унутрашња трговина, на тему: „Информациони системи у финансијама“. Школске 2002/03. године уписала је последипломске студије, смер „Актуарство“ на Економском факултету Универзитета у Београду, и магистарску тезу, под насловом „Могући правци реформе пензијског система у Србији – Чилеанско искуство“ одбранила је 21. новембра 2006. године, чиме је стекла научни степен магистра економских наука. Мастер рад, на тему „Лидерство и мотивација запослених у здравственим установама у Србији“ на мастер студијама из Менаџмента у систему здравствене заштите, који се изводи у сарадњи Медицинског факултета Универзитета у Београду и Факултета политичких наука Универзитета у Београду одбранила је 25. јануара 2016. године.

Од 2007. године је запослена у Републичком фонду за здравствено осигурање, где обавља послове помоћника начелника у Одељењу за финансијско извештавање.

Говори енглески језик, о чему поседује диплому енглеског језика *Leicester Square School of English*, стечену у Лондону. Веома добро познаје рад на рачунару, о чему поседује Сертификат о савладаном курсу *Excel 2002* напредни.

Мирослава Крстић је до сада објавила следеће научне радове:

1. Реформе система пензијског осигурања у земљама у транзицији, *Економски анали*, фебруар 2006. године (тематски број), Београд, 89-108.
2. Реформа пензијског система у склопу економске транзиције у Србији, *Економски анали*, април 2006. године (тематски број), Београд, 163-173.
3. Приватизација пензионих система (објављена књига), Београд 2006.

Докторска дисертација **мр Мирославе Крстић**, под насловом „**Обавезно здравствено осигурање и инструменти његовог финансирања у Републици Србији**“ написана је на 319 страница компјутерски обрађеног текста (поред 1,5), уз 18 страница библиографије, у којој су наведене 104 библиографске јединице – књиге, чланци у часописима и поглавља у зборницима, 40 различитих прописа (закони, уредбе, правилници, одлуке и др.), као и 156 интернет извора.

Дисертација је подељена на Уводна разматрања, девет глава (Нормативно уређење здравствене заштите и здравственог осигурања у СФРЈ и Србији, Остваривање права из обавезног здравственог осигурања у Србији, Финансирање система здравствене заштите, Финансирање система здравствене заштите у Србији, Комбиновани систем плаћања здравствених услуга, Остваривање права из обавезног здравственог осигурања у комбинованом систему финансирања у Србији, Искуства других земаља у спровођењу и финансирању здравствене заштите након реформи, Прелазак на комбиновани систем плаћања у Србији и Недостаци предложеног модела) и Закључна разматрања.

2. Предмет и циљ дисертације

Задатак сваке државе је да води рачуна о здрављу свог становништва, јер само здрава популација доприноси друштвеном и економском развоју. Због тога, здравствено осигурање у свакој земљи представља један од најважнијих сегмената социјалног осигурања. Оно осигураним лицима, члановима њихових породица и најугроженијим категоријама становништва даје могућност да остваре права из здравствене заштите. Предмет докторске дисертације кандидаткиње мр Мирославе Крстић је свеобухватна анализа и одређивање најефикаснијег начина финансирања здравствене заштите у Србији, имајући у виду да се Србија већ дуже време сусреће са проблемима у финансирању здравствене заштите и остваривању права пацијената. Обавезно здравствено осигурање у Србији обухвата: осигурање за случај повреде на раду или професионалне болести и осигурање за случај болести и повреде ван рада. Адекватни инструменти његовог финансирања треба да обезбеде што боље, потпуније и једноставније остваривање уставом зајемчених права из обавезног здравственог осигурања (право на здравствену заштиту, право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад осигураника и право на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите).

Бавећи се предметом свог истраживања, циљ кандидаткиње је да одговори на следећа кључна питања:

1. Да ли је могуће дефинисање адекватних здравствених стандарда и најфункционалнијег модела финансирања здравствене заштите, ради целовитог и потпуног остваривања права из обавезног здравственог осигурања?

2. Да ли постоји универзални модел финансирања здравствене заштите, који би био примењив у свим земљама?

3. Да ли начини плаћања здравствених услуга утичу на здравствене установе и медицинске раднике и ефикасност пружања здравствених услуга?

У том смислу, дајући одговор на прво питање, Крстић је приказала разлике, предности и недостатке у постојећим начинима финансирања здравственог осигурања у Србији, али и у појединим изабраним земљама. Посебно је указала на предности и ограничења у остваривању права из обавезног здравственог осигурања у систему буџетског финансирања и у комбинованом систему финансирања.

Одговарајући на друго и треће питање, кандидаткиња констатује да у већини земаља у развоју у систему здравственог осигурања доминира буџетски систем финансирања (буџет по ставкама или глобални буџет). За пружање услуга у буџетском систему, даваоци здравствених услуга плаћени су кроз месечне плате, тако да нису стимулисани да приме већи број пацијената од нормираног броја, што се лоше одражава на доступност и квалитет пружених здравствених услуга. Административни трошкови овог система су високи, а управљање средствима обавезног здравственог осигурања неефикасно. Мр Крстић наглашава да у пракси, поред буџетског система финансирања, егзистирају и систем плаћања по пацијенту, систем исплате накнаде за услуге и систем исплата накнада за услуге на основу случаја. У систему плаћања по пацијенту, даваоцу здравствених услуга се периодично врши плаћање фиксног износа новчаних средстава по осигураном лицу, за трошкове утврђеног пакета услуга. Систем исплате накнада за услуге карактерише утврђивање поена, вредности или накнаде за услуге између уговорних страна, на годишњем нивоу. Према систему исплате накнаде за услуге на основу случаја, даваоцу здравствених услуга унапред се уплаћује износ који покрива све услуге према случају или трајању болести. Она, такође, указује да је одређени број земаља на примарном нивоу здравствене заштите увео модел капитације. Основна карактеристика овог модела је плаћање здравственим установама према броју опредељених пацијената. За одређени износ новчаних средстава који добије, здравствена установа мора да обезбеди осигураним лицима све услуге из своје делатности. Последњих година велики број земаља се определио за финансирање секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите по дијагностички сродним групама.

Спроведећи упоредну анализу, одговор на друго питање је да постоји неколико модела и начина финансирања здравствене заштите у свету. Међутим, идеалан или универзални модел, који се може применити у већем броју земаља не постоји. Но, кандидаткиња сматра да би комбиновани модел финансирања могао да компензује недостатке појединачних система, што би повећало ефикасност укупног система здравствене заштите, јер би даваоци здравствених услуга тада могли да имају различите пакете болничких услуга.

Крајњи закључак у одговору на треће питање је да начини плаћања здравствених услуга утичу на здравствене установе и медицинске раднике као даваоце ових услуга, ефикасност пружања услуга, њихов квалитет, као и на доступност здравствене заштите, што има непосредан утицај на остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

Истраживање је омогућило остварење следећих циљева докторске дисертације:

- Идентификовани су и анализирани најважнији елементи система здравствене заштите.

- Доказано је да комбиновани систем финансирања (капитација комбинована са плаћањем по услузи и дијагностички сродне групе) обезбеђује повећање физичке и ефективне доступности здравствене заштите за све грађане Србије, доводи до унапређења квалитета здравствене заштите, као и до повећања ефективности и ефикасности у пружању здравствених услуга.

- Комбиновани систем финансирања је финансијски одржив, из разлога што не зависи само од буџетских средстава и у њему су грађани заштићени од финансијског ризика везаног за здравље. У комбинованом систему даваоци здравствених услуга, значајним делом, утичу на расподелу прихода, чиме се обезбеђује и стабилност у пружању здравствене заштите.

3. Основне хипотезе од којих се полазило у истраживању

Мирослава Крстић је своје истраживање засновала на трима основним хипотезама.

Прва полазна хипотеза везана је за тврдњу да комбиновани систем финансирања здравственог осигурања више одговара Републици Србији, јер обезбеђује бољи ефекат на рад и друштвени производ, из разлога што је тај систем буџетски неутралнији, омогућава већу стабилност у пружању здравствене заштите и у стању је да осигура виши ниво остваривања права пацијената.

Друга хипотеза је да је комбиновани систем финансирања здравственог осигурања финансијски одржив, јер не зависи само од буџетских средстава, и да обезбеђује повећање физичке и ефективне доступности здравствене заштите за све грађане Србије.

Трећа хипотеза се заснива на полазишту да буџетско финансирање здравственог осигурања не пружа стимулацију у раду лекара, што, међутим, никако не може оправдати лош квалитет пружених здравствених услуга.

Кандидатиња је кроз анализу потврдила прву хипотезу од које је пошла у свом истраживању. Систем здравствене заштите који се финансира путем капитације комбиноване са плаћањем по услугама и дијагностички сродне групе одговара Србији, јер обезбеђује квалитетније здравствене услуге, адекватнију расподелу средстава према потребама становништва и већу посвећеност лекара пацијентима. Све то има за крајњи резултат виши ниво задовољавања здравствених потреба становништва. Реформисан систем здравствене заштите олакшава пацијентима благовремен приступ изабраним лекарима, док се на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите у новом, комбинованом моделу смањује број болесничких дана, који су до сада здравствене

установе повећавале и када за тим није постојала потреба да би на тај начин себи обезбедиле већа новчана средства. У комбинованом систему финансирања нагласак се ставља на кућно лечење, дневне болнице и амбулантно лечење, што психолошки потпуно другачије делује на пацијенте. Смањењем обима хоспитализације ослобађају се одређени капацитети и растеређују лекари и медицински радници. Распоређивање новчаних средстава у складу са потребама пацијената и оптималном искоришћеношћу капацитета, у оквиру расположивих финансијских средстава, ставља пацијента у центар здравствене заштите. У зависности од врсте и броја пружених здравствених услуга, као и њиховог квалитета здравствене установе добијају новчана средства. На тај начин се обезбеђује квалитетна, доступна, благовремена, стабилна и рационална здравствена заштита, без непотребног расипања финансијских средстава. Кроз нов начин финансирања здравствене заштите смањује се јавна потрошња, а повећава се учешће инвестиција, што ће допринети макроекономској стабилности државе.

Спроведена анализа потврдила је и другу хипотезу. Увођењем комбинованог модела финансирања елиминишу се, или ублажавају демографске, социјалне, економске и географске разлике између различитих округа и региона, а самим тим и између здравствених установа. На тај начин, успоставља се конкуренција између давалаца здравствених услуга, што пружа могућност пацијентима да добију бољи квалитет здравствених услуга. Код буџетског начина финансирања здравственим установама се одређује одређени износ средстава према уговореним наменама. Уколико здравствена установа у току буџетске године не утроши сва средства, она мора да их врати Републичком фонду за здравствено осигурање, односно у буџет. У комбинованом начину финансирања, здравствене установе добијају средства на основу извршења и распоређују их на оне области где им је то потребно. Ако рационално послују, здравствене установе могу да остваре одређене уштеде, а неутрошена средства нису у обавези да врате држави. На тај начин, комбиновани модел финансирања унапређује квалитет здравствене заштите, повећава ефективност и ефикасност у пружању здравствених услуга, што је у обостраном интересу и корисника, и давалаца (пружаоца) здравствених услуга.

Мирослава Крстић је у дисертацији потврдила и трећу полазну хипотезу. У буџетском систему финансирања лекари нису стимулирани да више раде, јер сваког месеца добијају плату, без обзира на обим рада. Због тога се, не ретко, дешава да лекар на примарном нивоу здравствене заштите не пружи здравствену услугу пацијенту, већ га одмах шаље на виши ниво здравствене заштите, а уколико не секундарном или терцијарном нивоу лекар специјалиста не може да реши здравствени проблем пацијента, његове ингеренције се ту завршавају и пацијент бива препуштен сам себи. У комбинованом начину финансирања овакве ситуације су сведене на најмању могућу меру. Лекари у оквиру једне здравствене установе морају да сарађују, а такође и здравствене установе и лекари на различитим нивоима здравствене заштите морају да сарађују, како би се решио здравствени проблем пацијената, јер ће задовољство корисника, као и квалитет и обим пружених услуга највише утицати на начин финансирања.

4. Коришћена методологија

Кандидаткиња је у докторској дисертацији користила различиту методологију, коју је примерила циљевима и садржају свог истраживања. У анализи права из обавезног здравственог осигурања, чије финансирање треба обезбедити кандидаткиња је користила дедуктивни метод. Примена компаративне методе јој је омогућила упоређивање између различитих начина и система финансирања обавезног здравственог осигурања који се примењују у појединим земљама, као и посебно поређење система здравствене заштите Словеније и Србије, имајући у виду да је систем здравствене заштите у Србији отпочео реформисање по угледу на Словенију. Статистички метод је помогао кандидаткињи да одређене своје закључке поткрепи релевантним финансијским показатељима из домена здравственог осигурања. Такође, коришћен је и индуктивни метод, који је потпомогао статистичку обраду одговарајућих података. При анализи законских и подзаконских прописа, пре свега из области здравственог осигурања и здравствене заштите у Републици Србији, кандидаткиња је применила нормативни метод, док је у историјском приказу законодавног уређења здравствене заштите на просторима наше земље коришћен историјскоправни метод.

5. Кратак опис садржаја дисертације

Докторска дисертација је, поред Уводних разматрања и Закључка, подељена у девет глава, које су организоване у уже тематске јединице.

Пошто је у Уводним разматрањима (стр. 1-8) дефинисала предмет дисертације, Мирослава Крстић је у Првој глави, насловљеној „Нормативно уређење здравствене заштите и здравственог осигурања у СФРЈ и Србији“ (стр. 9-31), дала кратак историјски осврт на законодавно уређење здравствене заштите и здравственог осигурања на нашем простору. Крајем 1879. године кнез Милан Обреновић прогласио је Закон о установљењу Народног санитетског фонда, којим је утврђен механизам обезбеђивања прихода за здравствену заштиту становништва. Две године касније проглашен је Закон о уређењу санитетске струке и о чувању народног здравља. Касније су донети и Закон о здравственом осигурању и Закон о здравственој заштити (1922. године донет је Закон о осигурању радника, а 1970. године Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва). Ову област у Републици Србији данас уређују Закон о здравственом осигурању и Закон о здравственој заштити, који су од свог доношења 2005. године претрпели одређене измене и допуне. У циљу потпунијег и детаљнијег регулисања појединих питања из области здравствене заштите и здравственог осигурања, донет је и велики број подзаконских аката (правилника, уредби, одлука и др.).

У Другој глави, која носи наслов „Остваривање права из обавезног здравственог осигурања у Србији“ (стр. 32-52) кандидаткиња анализира основна, законом предвиђена, права из обавезног здравственог осигурања, која су детаљније уређена одговарајућим правилницима. То су: право на здравствену заштиту, право на накнаду

зараде за време привремене спречености за рад и право на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите. Посебно је, у оквиру права која се остварују на примарном нивоу здравствене заштите, разматрано право на изабраног лекара. Здравствене установе које обављају здравствену делатност на примарном нивоу су: дом здравља, апотека и завод. У установама секундарног (опште и специјалне болнице) и терцијарног нивоа здравствене заштите (клинички центри, клиничко-болнички центри, клинике и институти) осигурано лице остварује право на специјалистичко-консултативне прегледе. Мирослава Крстић анализи подвргава и право на продужену рехабилитацију, хитну медицинску помоћ, кућно лечење, право на медицинско-техничка помагала и право на лекове и медицинска средства.

Трећа глава носи наслов „Финансирање система здравствене заштите“ (стр. 53-79). Кандидаткиња указује на комплексност овог питања, пошто финансирање здравствене заштите не подразумева само обезбеђивање финансијских средстава за задовољавање здравствених потреба становништва, већ и обезбеђивање средстава за стално унапређење квалитета рада здравствених радника и квалитета здравствених услуга, што утиче на повећање ефикасности укупног здравственог система земље и примену савремених здравствених технологија. Она истиче да здравствено осигурање представља само један од фактора трошкова здравствене заштите, па отуда даље у дисертацији говори о моделима финансирања здравственог осигурања. У том смислу, даје приказ четири главна модела: Бизмарков модел, модел Беверица, Семашков модел и тржишни модел. Наводећи принципе који стоје у основи сваког од ових модела, као и њихове основне карактеристике, Крстић указује на предности и недостатке сваког од модела. Бизмарков модел, који преовлађује у земљама Европе, темељи се на принципу непрофитности и солидарности међу свим осигураним лицима и њиховом организовању у одређене фондове, преко којих се обезбеђује остваривање права из обавезног здравственог осигурања. Запослени уплаћују законом предвиђени износ доприноса, а фондови склапају уговоре са даваоцима услуга и тако омогућавају осигураним лицима коришћење здравствених услуга. Основна предност Бизмарковог модела је у томе што је независан од државе и што не постоји могућност да се од доприноса који су уплаћени на име обавезног здравственог осигурања финансирају неке друге намене. Међутим, његово главно ограничење је релативно константан недостатак средстава за финансирање здравствене заштите. У моделу Беверица доступност здравствених услуга и њихово финансијско покриће обезбеђује држава. Држава оснива здравствене установе, финансира њихов рад и управља целим здравственим системом. Највећи недостатак Беверицевог модела је у томе што се, због начина плаћања од стране државе, лекари сматрају државним службеницима, те нису мотивисани да побољшају квалитет здравствених услуга и, ако је потребно, повећају обим посла. Једна од предности Семашковог модела се огледа у добром извођењу јавних програма у циљу очувања јавног здравља, као што су вакцинације, систематски прегледи, едукација и др. С друге стране, неконзистентна политика школовања лекара, која је условила велики број лекара према броју становника, као и недовољан спектар здравствених услуга, имајући у виду развој нових здравствених технологија су главни недостаци овог модела финансирања здравственог осигурања. Најзад, тржишни, или предузетнички модел, који се заснива на прикупљању новчаних средстава од премија

осигурања које се уплаћују у приватне здравствене фондове многи научници сматрају најлошијим системом, како за становништво са ниским примањима, управо због тога што овај систем подразумева уплату премија осигурања, тако и за становништво са вишим примањима, којима су потребне захтевније, па отуда и скупље, здравствене услуге, јер осигуравајуће куће често нуде осигурање које покрива јефтине услуге, које су за њих профитабилније.

Настављајући своје излагање у оквиру Треће главе докторске дисертације Мирослава Крстић приказује различите начине финансирања здравствене заштите, правећи разлику између плаћања здравствених установа и плаћања лекара. Она анализира буџетски начин финансирања (глобални буџет и буџет по ставкама), плаћање по пацијенту, исплату накнаде за услуге и исплату накнаде по основу случаја, наглашавајући да сваки од наведених начина има различит утицај на квалитет и трошкове здравствене заштите и административну процедуру. Држава се опредељује за онај начин финансирања здравствене заштите који највише одговара циљу који жели да постигне (правичност, ефикасност, смањење трошкова и др.). Ако држава настоји да смањи трошкове здравствене заштите и обезбеди већу контролу тих расхода, опредељује се за буџетски систем финансирања, посебно буџет по ставкама. Плаћање по пацијенту подстиче здравствене установе да прихватају пацијенте са лакшим здравственим проблемима, јер тиме имају мање издатке, али то уједно доводи до дискриминације лекара по специјализацијама, пошто се избегава упућивање пацијената код оних лекара специјалиста код којих лечење изискује веће трошкове. Здравствене установе фаворизују плаћање по услузи, јер већи број пружених услуга по пацијенту здравственој установи доноси већи прилив новчаних средстава. Међутим, пошто се акценат тада ставља на квантитет, односно број здравствених услуга, по правилу се дешава да њихов квалитет значајно опада. Исплата накнаде по основу случаја подстиче даваоце здравствених услуга да здравствену заштиту пружају на најјефикаснији начин, као и да ограниче трошкове лечења. Након што је детаљно анализирао сваки од напред поменутих начина финансирања, Крстић закључује да не постоји јединствени начин финансирања здравствене заштите, већ да највећи број земаља данас комбинује различите методе финансирања, у циљу постизања што боље и квалитетније здравствене заштите.

Своје начелно излагање о моделима и начинима финансирања здравствене заштите кандидаткиња наставља у Четвртој глави, где се бави анализом финансирања система здравствене заштите у Србији (стр. 80-176). Ово је по обиму највећа глава у раду, због њене намере да спроведе анализу финансијских показатеља здравствених установа терцијарног нивоа здравствене заштите. Она, најпре, приказује изворе финансирања, истичући да је постојећи модел финансирања здравствене заштите у Републици Србији заснован на буџету, који покрива следеће расходе: плате и трошкове превоза запослених у здравственим установама, лекове, санитарски и медицински потрошни материјал, исхрану, крв, материјал за дијализу, уградни материјал и остале индиректне трошкове (нпр. трошкови енергената, трошкови материјала и остали трошкови). Сем тога, указује и на критеријуме расподеле средстава даваоцима здравствених услуга. Пошто расподела средстава иде у корист плата и превоза радника у здравственим установама, а не у корист здравствене заштите, неопходно је, по

мишљењу кандидаткиње, пронаћи модел који ће превасходно бити усмерен на остваривање здравствене заштите.

У циљу приказивања недостатака постојећег система финансирања, односно у контексту различитих активности које се предузимају у погледу унапређења капитације и примене модела дијагностичко сродних група, урађена је анализа показатеља који одражавају рад здравствених установа и обележја која карактеришу финансирање здравствене делатности. Анализом су обухваћене установе терцијарног нивоа здравствене заштите у Републици Србији, према врсти здравствене делатности коју обављају (клинички центри, клиничко-болнички центри, институти и здравствене установе које пружају здравствену заштиту деци и омладини). Кандидаткиња је за анализу користила релевантну документациону основу, пре свега податке из спроведених коначних обрачуна између Републичког фонда за здравствено осигурање и здравствених установа, као и податке из извештаја о извршењу планова рада здравствених установа, податке из предрачуна средстава, електронске фактуре и др. Различити показатељи финансирања и рада анализирани су на нивоу појединачних здравствених установа, али и на нивоу групација установа истог типа, у периоду 2009-2012. година. Извршено је упоређивање следећих показатеља: просечан број операција по хирургу на годишњем нивоу, учешће здравствене установе у укупном броју специјалистичко-консултативних прегледа, учешће здравствене установе у укупном броју лабораторијских услуга, учешће здравствене установе у укупном броју рентген услуга, учешће здравствене установе у укупном броју ултразвучних прегледа, просечан број лабораторијских услуга по једном специјалистичко-консултативном прегледу, просечан број лабораторијских услуга по пацијенту, учешће здравствене установе у укупно оствареном броју болесничких дана, учешће здравствене установе у укупно оствареном броју исписаних пацијената и просечна дужина лечења.

Пета глава (стр. 177-219) заузима значајно место у дисертацији, јер у њој мр Крстић даје приказ комбинованог система плаћања здравствених услуга, који обухвата капитацију и плаћање по услугама на примарном нивоу здравствене заштите и дијагностички сродне групе на секундарном и терцијарном нивоу. Основна карактеристика капитационог модела је у томе да здравствене установе и лекари остварују приходе према броју опредељених пацијената. У том смислу, потребно је да се утврди одговарајућа капитациона формула за сваког изабраног лекара, па се приказује модел према којем се пацијенти деле у старосне групе, полазећи од тога да су њихове здравствене потребе друкчије структуриране. Примена капитације на примарном нивоу здравствене заштите представља, по њеном мишљењу, значајан помак по питању бољег третмана пацијената и њихових здравствених потреба, унапређења квалитета здравствених услуга, као и доприноси превентивној здравственој заштити и ефикаснијем спровођењу куративне заштите. Али, да би се капитација успешно применила, Крстић наводи да је неопходна одговарајућа база података, на основу потписаних изјава опредељених пацијената за изабране лекаре, као и ажуриран регистар изабраних лекара, према лекарима, опредељеним пацијентима и местима коришћења здравствене заштите.

У наставку, кандидаткиња се бави моделом дијагностички сродних група, који претпоставља класификацију пацијената који се лече у болницама у групе које имају

сличне дијагнозе и захтевају релативно сличне трошкове лечења. Основ за разврставање пацијената у одговарајуће дијагностички сродне групе јесте, пре свега, здравствено стање пацијента, односно дијагноза, али и врста здравствене заштите (процедура, интервенција), резултат пружене здравствене заштите (утицај на здравствено стање пацијента), ефекат здравствене заштите, прогноза по спроведеном лечењу и трошкови пружене здравствене заштите. У раду се прво даје кратак историјат дијагностички сродних група. Након тога, она приказује неколико модела дијагностички сродних група, који се користе за плаћање болничких услуга. То су: варијанта коју је развила Агенција Федералне владе Сједињених Америчких Држава (*Health Care Financing Administration*), рафиниране дијагностичко сродне групе, аустралијске дијагностичко сродне групе и 3М варијанте дијагностички сродних група. За болнице је, током истраживања, утврђено девет основних специјалности са одређеном ценом, и то: педијатрија, хирургија, гинекологија, интернистика, онкологија, дерматологија, рехабилитација, оториноларингологија и окулистика. Модел дијагностичко сродних група омогућава поређење трошкова лечења пацијената са истим основним дијагнозама, као и утврђивање активности за унапређење квалитета лечења.

Мр Крстић закључује да, поред капитације, која треба да представља основ финансирања примарне здравствене заштите у Србији, држава треба да одређује одређени износ финансијских средстава за спровођење националних програма и пројеката у овој области. Специјалистичко-консултативне услуге на примарном нивоу потребно је плаћати на основу накнаде за пружене услуге, пошто осим лекара опште праксе, педијатара, гинеколога и лекара специјалиста медицине рада, лекари специјалисти не могу да буду изабрани лекари. Она истиче да су Министарство здравља Републике Србије и Републички фонд за здравствено осигурање усвојили неопходна законска и подзаконска акта за примену модела дијагностичко сродних група као начина финансирања здравствених услуга на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, који ће да доведе до скраћивања просечне дужине хоспитализације и обезбеди континуирано поређење обима рада између болница, како би се здравственим установама финансијска средства алоцирала на бољи и праведнији начин.

У Шестој глави, са насловом „Остваривање права из обавезног здравственог осигурања у комбинованом систему финансирања у Србији“ (стр. 220-241) дат је кратак осврт на проблеме са којима се пацијенти сусрећу у буџетском систему плаћања здравствене заштите. Мр Крстић оцењује садашње функционисање система здравствене заштите као неефикасно, истичући да је и прикупљање финансијских средстава и њихова расподела неадекватна, а да је квалитет здравствених услуга незадовољавајући, јер не постоје релевантни и објективни критеријуми за оцену квалитета рада лекара. С друге стране, постоји незадовољство и на страни лекара и медицинских радника, који због ниских плата нису мотивисани за рад. Здравствене установе су првенствено оријентисане на пружање куративне здравствене заштите, док се пажња не обраћа на превентивну здравствену заштиту. У буџетском систему финансирања постоји јаз између законом дефинисаних права осигураних лица и потребних средстава за здравствену заштиту. У комбинованом систему, акценат би се

ставио на превентиву и доступност лекара пацијентима. Уколико се примарна здравствена заштита финансира путем капитације, лекари би били стимулирани да прегледају што већи број пацијената, јер би на тај начин стекли додатан извор прихода. На тај начин би се смањило чекање у домовима здравља, пацијенти би били задовољни пруженом медицинском услугом од стране свог изабраног лекара, несавесни пацијенти би се позивали на редовне прегледе, што би имало вишеструке ефекте. С друге стране, дефинисањем дијагностичко сродних група на секундарном и терцијарном нивоу дошло би до скраћења непотребног лежања у болницама, листа чекања на специјалистичке прегледе би такође била смањена, постигао би се виши квалитет здравствених услуга због здраве конкуренције између различитих здравствених установа и др. Лечење предвиђено овим моделом било би континуирано и тимско, јер се на тај начин повезују здравствени радници са свих нивоа здравствене заштите.

У Седмој глави (стр. 242-292) су приказана искуства појединих земаља у спровођењу и финансирању здравствене заштите након реформи. Кандидаткиња је, због доступности података, али и због карактеристичних решења која су успешно примењена у области здравственог осигурања и здравствене заштите, анализирала механизме плаћања и остваривања права у здравственој заштити у Немачкој, Великој Британији и Сједињеним Америчким Државама, док је због заједничког културног, економског, политичког и друштвеног наслеђа рађена анализа здравствених система Хрватске, Словеније и Македоније. Сем тога, дат је и кратак приказ здравственог система Чешке Републике, јер је у неком ранијем периоду ова земља имала друштвено-политичко уређење слично уређењу у Србији, које је напуштено пре скоро двадесет година. Имајући у виду висок степен развијености система социјалне сигурности који постоји у скандинавским земљама (Норвешка, Данска и Шведска) и околност да ове земље својим грађанима обезбеђују универзални приступ здравственим услугама, кандидаткиња је дала кратак осврт и њихове системе здравствене заштите. На крају овог дела, Крстић врши поређење система здравствене заштите у Србији и Словенији, из разлога што је систем здравствене заштите у Републици Србији отпочео реформисање по угледу на Словенију. Она указује да у Словенији увођење капитације није имало очекиване резултате, јер се тежило задржавању буџетског система финансирања лекара. На тај начин смањен је број кућних посета од стране лекара примарне здравствене заштите, повећан је број амбулантно лечених пацијената, повећан је број специјалистичких прегледа, док се превентивни прегледи скоро нису ни обављали. Кандидаткиња правилно закључује да искуства других земаља у спровођењу реформи здравствених система, а поготово у начинима њиховог финансирања, могу бити од велике користи Србији приликом опредељивања за различите моделе финансирања здравственог осигурања и указати јој на потенцијалне проблеме.

Осма глава носи назив „Прелазак на комбиновани систем плаћања у Србији“ (стр. 293-301). Крстић указује на мере и активности које је потребно предузети да би се могао применити комбиновани систем финансирања путем капитације и дијагностичко сродних група, као и да би се унапредио квалитет здравствених услуга и обезбедило боље и ефикасније остваривање права пацијената у Србији. Пре свега, она истиче да држава, преко својих надлежних органа, треба да обезбеди одговарајућу стручну и

техничку помоћ у реформи здравственог система, као и читав сет прописа којима би био дефинисан нов начин финансирања и остваривања права пацијената. Но, да би уопште могло да се отпочне са применом новог, комбинованог модела неопходно је обезбедити финансијска средства за прелазни период. У том смислу, кандидаткиња помиње Споразум о зајму закључен између Републике Србије и Међународне банке за обнову и развој средином 2014. године, који треба да финансијски помогне реализацију пројекта, чији је циљ унапређење ефикасности и квалитета система јавног здравља у Србији. Република Србија је од исте банке добила финансијску подршку и за реализацију „Другог пројекта развоја здравства Србије“ за период 2015-2019. година. Сем тога, потребно је прецизно дефинисати клиничке смернице, које представљају основ за утврђивање показатеља квалитета здравствених услуга. Ови национални водичи добре клиничке праксе дефинишу најбоље начине за третман појединих болести и стања и описују различите здравствене технологије којима се то постиже.

Спроведећи истраживање, кандидаткиња је дошла до закључка да и систем капитације у примарној здравственој заштити, и плаћање према дијагностичко сродним групама на вишим нивоима здравствене заштите треба уводити постепено, јер би, у противном, очекивани позитивни резултати могли да изостану. Током анализе је установљено да успостављање стабилних извора прихода, усклађивање обима и врсте здравствених потреба становништва са изворима финансирања, континуирано унапређење квалитета здравствене заштите, тежња ка остваривању права осигураника, као и рационална употреба финансијских средстава обезбеђују конзистентан и ефикасан здравствени систем.

Кроз модел комбинованог финансирања здравственог осигурања пацијенти ће остваривати већи садржај и обим права на здравствену заштиту у односу на постојећи, буџетски модел финансирања. Међутим, у Деветој глави (стр. 302-306) указано је и на недостатке предложеног модела. Крстић истиче да ниједан модел финансирања није универзалан и примењив за све земље, и да сваки модел, поред својих предности, има и недостатке. Комбиновани модел може довести до преоптерећења лекара у примарној здравственој заштити, повећања трошкова за непотребне прегледе у примарној здравственој заштити, док нижи трошкови за одређену дијагностичку групу могу довести до лошијег квалитета пружених здравствених услуга. Предложени модел има ефекте са становишта сваког пацијента, али и са становишта државе. Приликом избора одговарајућег модела финансирања кандидаткиња је мишљења да треба поћи од тога у којем систему пацијенти остварују највећа права, као и имати у виду трошкове и ефекте примене новог модела.

У Закључним разматрањима (стр. 307-319), кандидаткиња концизно износи резултате своје анализе, констатујући потврду своје три полазне хипотезе.

6. Остварени резултати и научни допринос дисертације

Актуелност тематике којом се кандидаткиња бави у докторској дисертацији се посебно показује у условима када је Србија суочена са озбиљним проблемима финансијске одрживости здравственог система. Циљ сваке земље је стално унапређење квалитета здравствене заштите, продужење живота грађана, доступност здравствене

заштите свим грађанима и др. Мирослава Крстић је настојала да јасно укаже на разне проблеме, пре свега у области финансирања обавезног здравственог осигурања, који постојећи систем здравствене заштите у Републици Србији чине неефикасним. Отуда се залаже да се са буџетског система финансирања пређе на комбиновани систем финансирања, сматрајући да би такав систем обезбедио већу стабилност у пружању здравствене заштите, стимулисао здравствене факторе и обезбедио виши ниво задовољења права осигураника. Она, при томе, указује на активности и мере које претходно треба предузети да би се омогућила примена капитације на примарном нивоу здравствене заштите. У том смислу, истиче да је неопходно извршити свеобухватну контролу трошкова на овом нивоу здравствене заштите, утврдити адекватну капитациону формулу, развијати мотивацију код медицинских радника, реално утврдити меру извршења за сваку здравствену услугу, унапредити информациони систем у области здравствене заштите и др. Капитација треба, по мишљењу кандидаткиње, да обезбеди адекватне услове за остваривање здравствене заштите у домовима здравља, одговарајућа финансијска средства тим здравственим установама, све у циљу унапређења квалитета и нивоа примарне здравствене заштите. С друге стране, уколико се болнице убудуће финансирају путем модела дијагностичко сродних група оствариће се боља превентивна здравствена заштита и доступност лекара на секундарном и терцијарном нивоу, пошто би се смањиле листе чекања на специјалистичке прегледе и обезбедила већа продуктивност здравствених радника. Увођењем дијагностичко сродних група извршила би се јасна подела рада између установа различитог нивоа здравствене заштите, а потребе осигураника би се усагласиле са постојећим здравственим капацитетима.

Током истраживања је утврђено да би се увођењем комбинованог модела финансирања, пре свега, повећао квалитет пружених здравствених услуга пацијентима и обезбедила адекватна здравствена заштита. Када су у питању здравствене установе, ефекти новог модела би се огледали у правилној расподели средстава, уз уважавање социјалних, демографских, економских и географских разлика између појединих региона. Нови начин финансирања би награђивао ефикасност како лекара, тако и здравствених установа, и правио одређене уштеде здравственим установама, уз јачање здраве конкуренције. По питању ефеката на државу, током рада указано је на значај здравствених приоритета, смањење броја болесничких дана и скраћивање чекања на операције за одређене здравствене процедуре за које се воде листе чекања, јер се на тај начин елиминишу беспотребни трошкови здравствене заштите.

Иако је анализа превасходно усмерена на Републику Србију, на шта указује и сам наслов докторске дисертације, мр Крстић је дала краћи упоредни приказ механизма плаћања и остваривања права осигураника на сва три нивоа (примарном, секундарном и терцијарном) здравствене заштите у изабраним земљама. Приказом решења која у погледу финансирања здравственог осигурања постоје данас у свету, настојала је да укаже не само на предности појединих модела финансирања здравственог осигурања, већ и на њихове евентуалне недостатке који су се показали при имплементацији у другим земљама. На тај начин сугерисала је надлежним државним органима у Србији на која ограничења предложеног комбинованог система

плаћања би требало посебно да обрате пажњу приликом спровођења реформе здравственог система.

Методолошки гледано, кандидаткиња је правни приступ изучавању предмета истраживања употпунила са одговарајућом економском анализом. У том смислу, извршила је аналитичку обраду различитих показатеља који одражавају рад здравствених установа у Републици Србији на терцијарном нивоу здравствене заштите, као и главна обележја њиховог досадашњег финансирања. Анализом су обухваћена четири клиничка центра, пет клиничко-болничких центара, девет института и пет здравствених установа (института и клиника) које пружају здравствену заштиту деци и омладини. Етапно увођење финансирања болничке здравствене делатности по моделу дијагностички сродних група подразумева одговарајуће моделирање цена, којем морају претходити анализе различитих финансијских аспеката. Након извршене анализе релевантних показатеља за сваку од наведених групација здравствених установа, мр Крстић је изнела закључке до којих је дошла, као и дала одговарајуће предлоге у циљу унапређења њиховог будућег финансирања и рада. Анализа коју је Крстић дала у својој докторској дисертацији требало би да буде почетак дефинисања методологије и показатеља, који затим треба да буду верификовани од стране надлежних државних органа (пре свега, Министарства здравља и Републичког фонда за здравствено осигурање), за различите аналитичке приступе у активностима на увођењу модела дијагностичко сродних група, у чему се огледа посебан научни допринос ове докторске дисертације.

Крстић сматра да систем здравствене заштите не може да буде унапређен уколико се не спроводи адекватна политика људских ресурса, те предлаже рационализацију постојећег кадра у здравственим установама, у правцу смањења броја немедицинских радника, уз постојећи број лекара и другог медицинског особља. Мишљења је да у Србији треба да се уведе систем паралелног државног и приватног здравственог осигурања, истичући да би право осигураника да бирају тип овог осигурања подстакло здраву конкуренцију између здравствених установа и тиме допринело бољем квалитету здравствених услуга и обезбедило већу доступност здравствене заштите. Најзад, мр Крстић се залаже за увођење нових, тржишних модела финансирања у здравству, попут добровољног здравственог осигурања, успостављања јавно-приватних партнерстава и сл., како би се постигла већа ефикасност, економичност и рационалност у систему здравствене заштите.

7. Закључак

Из оцене остварених резултата и научних доприноса може се закључити да је докторска дисертација мр Мирославе Крстић оригинално и самостално научно дело у ужој области јавних финансија и финансијског права. У обради теме коришћена је значајна домаћа и инострана литература и проучени релевантни законски и подзаконски прописи који уређују област здравствене заштите и здравственог осигурања. На бази кохерентно постављене структуре рада, засноване на постављеним циљевима и хипотезама истраживања, указано је на импликације увођења новог,

комбинованог начина финансирања обавезног здравственог осигурања у Републици Србији, како на осигуранике, тако и на здравствене установе и државу.

На основу свега наведеног, Комисија је утврдила да докторска дисертација **мр Мирославе М. Крстић**, под насловом „**Обавезно здравствено осигурање и инструменти његовог финансирања у Републици Србији**“, представља оригинално и самостално научно дело и да је урађена у складу са важећим стандардима и у свему према наводима из одобрене пријаве. Отуда, са задовољством констатујемо да су се стекли услови за њену одбрану, те предлажемо Наставно-научном већу Правног факултета Универзитета у Београду да одобри јавну одбрану ове докторске дисертације.

ЧЛАНОВИ КОМИСИЈЕ:

Др Дејан Поповић,
редовни професор Правног факултета
Универзитета у Београду

Др Гордана Илић-Попов,
редовни професор Правног факултета
Универзитета у Београду

Др Божидар Раичевић,
редовни професор Економског факултета
Универзитета у Београду, у пензији