

PREGLEDNI NAUČNI ČLANAK

Dr Miroslava M. Krstić*

OSTVARIVANJE PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U KOMBINOVANOM SISTEMU FINANSIRANJA U REPUBLICI SRBIJI**

Apstrakt: Pravo na zdravstveno osiguranje predstavlja jedno od osnovnih ljudskih prava. Sistem zdravstvene zaštite ne može izaći u susret svim željama i potrebama pacijenata, jer potrebe pacijenata imaju stalni rast, a sredstava za njihovo finansiranje je sve manje.

Cilj je da se ovim radom prikaže kako je kombinovani sistem finansiranja (kapitacija i dijagnostički srodne grupe) finansijski održiv, da obezbeđuje veću dostupnost zdravstvene zaštite, dovodi do unapređenja kvaliteta i do povećanja efektivnosti i efikasnosti u pružanju zdravstvenih usluga.

Korišćeni su sledeći metodi: uporedno-pravni, deduktivni metod zasnovan na metodu apstrakcije, statistički metod, induktivni metod, metod komparacije, kao i metodi primereni analizi problema javnih finansija i metodi normativne analize.

Zaključuje se da je nemoguće definisanje adekvatnih zdravstvenih standarda i najfunkcionalnijeg modela finansiranja zdravstvene zaštite radi celovitog i potpunog ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Ključne reči: pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, sistem zdravstvene zaštite, davaoci zdravstvenih usluga, kvalitet zdravstvene zaštite, kombinovani sistem finansiranja.

* Pomoćnik direktora Sektora za kontrolu ugovornih obaveza u Republičkom fondu za zdravstveno osiguranje
e-mail: miroslavkrstic@hotmail.com

** Ovaj rad baziran je na modifikovanom i dodatno prilagođenom delu doktorske disertacije *Obavezno zdravstveno osiguranje i instrumenti njegovog finansiranja u Republici Srbiji* autora Miroslave Krstić, koja je odbranjena na Pravnom fakultetu Univerziteta u Beogradu 15. juna 2016. godine.

1. UVODNA RAZMATRANJA

Potreba za sigurnošću predstavlja jednu od najvažnijih ljudskih potreba. Pojam socijalne sigurnosti¹ posmatra se kao oblast koju čini čitav niz mera i aktivnosti koje jedno društvo sprovodi zarad obezbeđivanja određenih socijalnih potreba pojedinaca. Socijalna sigurnost obuhvata sve mere i programe koji se odnose na zaštitu pojedinaca, društvenih grupa i kategorija od glavnih životnih rizika ili na ublažavanje posledica tih rizika.² Osnovni oblici socijalne sigurnosti su socijalno osiguranje i socijalna zaštita. Jedan vid socijalnog osiguranja jeste zdravstveno osiguranje. Ono se može organizovati kao obavezno, dobrovoljno i dopunsko osiguranje. Zdravstveno osiguranje daje mogućnost osiguranim licima, članovima njihovih porodica i najugroženijim kategorijama stanovništva da ostvare prava iz zdravstvene zaštite, odnosno daje pravo na lečenje, istovremeno obuhvatajući i uređujući nekoliko elemenata, i to: korisnike zdravstvene zaštite, pružaoce zdravstvenih usluga, zdravstvene ustanove, uplatioce doprinosa i odgovarajuću zakonsku regulativu i sistem finansiranja. Zakonska regulativa i načini finansiranja razlikuju se od zemlje do zemlje. Skoro sve zemlje finansiraju zdravstvenu zaštitu iz javnih i privatnih izvora.

Tri su osnovna principa u vezi sa zdravljem, i to: 1) zdravlje ljudi je stvar društvene zajednice, koja je obavezna da ga čuva i unapređuje; 2) socijalno-ekonomski uslovi imaju značajan i, u mnogim slučajevima, ključni uticaj na zdravlje; 3) unapređenje zdravlja je isto toliko društveni koliko i medicinski zadatak.³ Postoji nekoliko modela i načina finansiranja zdravstvene zaštite u svetu; međutim, idealan model, odnosno model koji se može primeniti u većem broju zemalja ne postoji. Kako se Srbija već duže vreme susreće sa problemima u finansiranju zdravstvene zaštite i ostvarivanju prava pacijenata u skladu sa Evropskom poveljom o pravima pacijenata⁴, predmet rada je analiza ostvarivanja prava u kombinovanom sistemu finansiranja u Srbiji.

2. POSTOJEĆI SISTEM ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U SRBIJI

Modeli i načini finansiranja zdravstvene zaštite, kao što su Bizmar-kov model, model Beveridža, Semaškov model, tržišni model, budžetski

1 Socijalna sigurnost [social security]: ovaj termin se može koristiti kao ekvivalent za „socijalnu zaštitu“.

2 Council of Europe, 2006, *Rečnik socijalne sigurnosti* (<http://www.coe.int/t/dg3/sscssr/Source/GlossSERBcyrillic.pdf>, 17.10.2017)

3 Cucić, V., Simić, S., Bjegović, V., Živković, M., Doknić-Stefanović, D., 2000, *Socijalna medicina*, Savremena administracija, Beograd, str. 4.

4 U Rimu je 2002. godine doneta Evropska povelja o pravima pacijenata, koja prepoznaje 14 konkretnih prava pacijenata, (<http://www.parlament.gov.rs/upload/.../files/.../Prava%20pacijenata%20lat.doc>, 24. 12.2015)

način finansiranja, plaćanje po pacijentu i drugi, imali su svoje prednosti do pre par decenija. Ovi sistemi počeli su da nailaze na probleme koji se ispoljavaju kroz nedostatak medicinskih dobara, sporne javne nabavke medicinskih dobara, korupciju, predugačke liste čekanja za pojedine medicinske procedure, dvostruki zdravstveni sistem pružanja usluga,⁵ s jedne strane, i ograničena novčana sredstva, neadekvatnu alokaciju sredstava i sve veće potrebe za skupim medicinskim tehnologijama i procedurama, s druge strane.

Tri su osnovna izvora prihoda za finansiranje sistema zdravstvene zaštite u Srbiji: javni prihodi, dobrovoljno zdravstveno osiguranje i lično plaćanje.⁶ Osnovni izvori prihoda za obavezno zdravstveno osiguranje su doprinosi koje plaćaju kako zaposleni tako i njegov poslodavac. Pored doprinosa, sistem zdravstvene zaštite se finansira i iz prihoda iz budžeta, sredstava lokalne samouprave i na osnovu ličnog učešća osiguranika u delu troškova (participacija). Finansiranje od strane lokalne zajednice uređeno je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti.⁷ Obezbeđivanje sredstava za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja regulisano je članom 201. Zakona o zdravstvenom osiguranju⁸.

O zdravstvenom sistemu u Srbiji se govori kao o jednom „besplatnom“ sistemu lečenja. Međutim, na osnovu doprinosa koje plaća svaki osiguranik i na osnovu plaćanja pregleda u privatnoj praksi i participacije, postojeći sistem uopšte nije besplatan. Lekari u postojećem sistemu finansiranja dobijaju platu bez obzira na rezultate rada. Isti ti lekari stiču prihode kroz „dopunski rad“, na koji imaju pravo po zakonu pošto im je data mogućnost da, pored toga što su zaposleni puno radno vreme u zdravstvenoj ustanovi iz Plana mreže⁹, mogu da rade do trećine radnog vremena i u privatnim ordinacijama i privatnim zdravstvenim ustanovama.

Analiza makroekonomskog okruženja je pokazala da je BDP po glavi stanovnika prema paritetu kupovne moći i dalje veoma nizak u poređenju sa EU28 zemljama i u 2013. godini je dostigao samo 37% od EU28

5 Kada lekar istom pacijentu pruža uslugu i u zdravstvenoj ustanovi i u svojoj privatnoj ordinaciji, preferirajući privatnu, misli se na dvostruki zdravstveni sistem pružanja usluga.

6 Kod dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja plaća se premija, koja pokriva osigurani slučaj do određenog, unapred utvrđenog, iznosa (teže bolesti, putno zdravstveno osiguranje i dr.). Lično plaćanje predstavlja plaćanje pune cene usluge.

7 Član 13–13a Zakona o zdravstvenoj zaštiti, *Sl. glasnik RS*, br. 107/05, 72/09 – dr. zakon, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 – dr. zakon, 93/14, 96/15 i 106/15).

8 Zakon o zdravstvenom osiguranju, *Sl. glasnik RS*, br. 107/05, 109/05 – ispr., 57/11, 110/12 – odluka US, 119/12, 99/14, 123/14, 126/14 – odluka US, 106/15 i 10/16 – dr. zakon.

9 Uredba o Planu mreže zdravstvenih ustanova, *Službeni glasnik RS*, br. 42/06, 119/07, 84/08, 71/09, 85/09, 24/10, 6/12, 37/12, 8/14 i 92/15.

proseka.¹⁰ Sektor zdravstvene zaštite doprineo je BDP-u Srbije sa 4,9% u 2013. Struktura BDP-a je nepovoljna za trenutni nivo razvoja na kom se Srbija nalazi, a koji zahteva visok rast proizvodne industrije i rast izvoza.¹¹

Velike promene u politici Svetske zdravstvene organizacije sredinom sedamdesetih godina prošlog veka, koje su dovele do globalne strategije „Zdravlje za sve“ i koncepta Primarne zdravstvene zaštite kao osnovnog instrumenta u njenoj realizaciji, imale su snažan uticaj na preispitivanje postojećih sistema zdravstvene zaštite i uvođenje reformi.¹² U mnogim zemljama praktikuje se primena kombinovanih sistema plaćanja zdravstvene zaštite. Razlog za to leži u smanjenju troškova pružanja zdravstvenih usluga, suzbijanju negativnih efekata, adekvatnoj alokaciji sredstava, postizanju zadovoljavajućeg kvaliteta zdravstvenih usluga i zadovoljstva pacijenata i dr.

U svetu se oko 40% troškova zdravstvene zaštite pokriva iz privatnih izvora.¹³ Prema podacima Nacionalnog zdravstvenog računa u 2015. godini privatni rashodi za zdravstvenu zaštitu činili su 41,93% ukupnih rashoda za zdravstvenu zaštitu. Učešće troškova zdravstvene zaštite u BDP-u u Srbiji je 2015. godine iznosilo 9,57%, što je znatno iznad proseka zemalja u okruženju.¹⁴ U apsolutnom iznosu to nije tako velika razlika, s obzirom na to da Srbija ima nizak BDP. Ipak, izdvajanja za zdravstvenu zaštitu su velika, a benefiti mali, te je stanovništvo prinuđeno da zdravstvene usluge plaća direktno „iz džepa“.

3. KAPITACIJA I DIJAGNOSTIČKI SRODNE GRUPE (DSG)

Kapitacija se prvi put pominje u III veku p. n. e. u Kini, kada se lekarima naknada za pružene usluge plaćala u fiksnom iznosu. U IX veku u SAD lekarima je isplaćivana fiksna naknada za porodičnu zdravstvenu zaštitu.¹⁵ U srednjovekovnoj Engleskoj lekarima su isplaćivani fiksni iznosi za pružene usluge. U sklopu reforme sistema zdravstvenog osiguranja,

10 Ernst & Young, 2016, Mogući pravci povećanja efikasnosti zdravstvenog sistema u Republici Srbiji, (https://www.amcham.rs/upload/HC%20Studija_SPRSKI_FINALNA%20VERZIJA.pdf, 15.06.2017), str. 11.

11 Ernst & Young, 2016.

12 Jakovljević, Đ., Grujić V., Mićović P., Đokić D., 1997, *Reforma u oblasti zdravstvene zaštite*, Zavod za zdravstvenu zaštitu Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, str. 75.

13 Kosanović, R., 2011, *Socijalno pravo*, NIP „Radnička štampa“, Beograd, str. 44.

14 Odabrani pokazatelji rashoda za zdravstvenu zaštitu koji se dostavljaju Svetskoj zdravstvenoj organizaciji, Odabrani pokazatelji 2003–2015, (http://www.batut.org.rs/index.php?category_id=50, 02.06.2017), str. 2.

15 Šljivančanin, B., 2012, Kapitacija – Zakonska regulativa i mogućnost primene, *Budžet*, Beograd, str. 1, (<http://www.sindikatzdravstva.org.rs/files/kapitacija.pdf>, 05.05.2015).

tokom devedesetih godina prošlog veka, mnoge zemlje počele su da primenjuju model kapitacije (*capita*) u delu finansiranja primarne zdravstvene zaštite. Ovaj model uvažava povećane potrebe korisnika zavisno od starosne grupe.¹⁶ Sistem plaćanja putem kapitacije, kako sam naziv kaže, zasniva se na plaćanju prema licu.¹⁷ Za svakog pacijenta koji se opredeli za izabranog lekara, lekar i zdravstvena ustanova dobijaju kapitaciju (glavarinu)¹⁸, odnosno određeni iznos sredstava za pružanje usluga iz delokruga svoga rada i svoje delatnosti.

Osnovni cilj finansiranja putem kapitacije jeste da se uspostave kriterijumi ocenjivanja prema kojima će najvišu ocenu dobijati onaj lekar koga je izabrao veliki broj pacijenata, koji tim pacijentima pruža potreban broj usluga, a koji je, pri tome, racionalan u pogledu sredstava i vodi računa o kvalitetu pruženih zdravstvenih usluga. Kapitaciona formula polazi od radnog učinka lekara da bi se rangirao svaki izabrani lekar po sledećim kriterijumima: registracija, racionalnost, efikasnost i prevencija.¹⁹ Za svakog izabranog lekara, za svaki od ovih kriterijuma, računa se ocena. Koначna ocena se formira tako što se ocena za određeni kriterijum pomnoži sa svojim težinskim faktorom²⁰ i sabira sa ponderisanim ocenama (pomnoženim svojim težinskim faktorom) za ostale kriterijume.²¹

Prema dosadašnjem iskustvu zemalja u kojima je primenjena kapitacija, prednosti kapitacije su sledeće:²²

- kapitacija predstavlja ravnomernu raspodelu novčanih sredstava zdravstvenog osiguranja prema svakom korisniku;
- ovakav sistem plaćanja ne stimuliše pružanje prekomernog broja usluga, jer se lekari podstiču da efikasnije koriste resurse;
- plaćanje putem kapitacije podstiče bolji kvalitet usluge;

16 Knežević, R., 2009, Plaćanje primarne zdravstvene zaštite metodom kapitacije, *Zdravstvena zaštita*, 3, Komora zdravstvenih ustanova Srbije, Beograd, str. 75–77.

17 Cleveland, W., Capitation, 2012, *Practice Management Center*, American Medical Association, (<https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/public/psa/payment-options.pdf>, 17.10.2017), p. 51.

18 Za kapitaciju se nekada navodi termin „glavarina“.

19 Uputstvo za korišćenje K tabela za izabrane lekare, (http://www.rfzo.rs/download/kapitacija/uputstva/Uputstvo_za_korisicenje_Ktabele-5.6-24092014.pdf, 19.10.2017), str. 3.

20 Težinski faktor se nekada naziva i faktorom kvaliteta. Predstavlja procenat učešća određenog kriterijuma u ukupnoj oceni.

21 Atanacković, I., 2015, *Istraživanje iskustva sa kapitacionom formulom u Republici Srbiji*, Master rad, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu.

22 https://www.acponline.org/residents_fellows/career_counseling/understandcapit.htm, 14.12.2015.

- sistem podstiče preventivne usluge, da bi se kasnije smanjili troškovi lečenja;
- sistem dovodi i do smanjenja administrativnih troškova.

Klasifikaciju po DSG-u izradio je tim naučnika sa Univerziteta Jejl 1975. godine, s ciljem da se pruži pomoć i podrška direktorima bolnica u dijagnostikovanju problema u delu upravljanja u pružanju usluga.²³ DSG predstavlja metod na osnovu kojeg se vrši klasifikacija pacijenata koji se leče u bolnicama u grupe sa sličnim dijagnozama i zahtevaju relativno sličnu potrošnju sredstava. Pored dijagnoza, tu su i urađene procedure, dužina bolničkog lečenja, osnovni uzrok hospitalizacije, pol, starost, komplikacije i dr. Finansiranje po sistemu DSG odnosi se na usluge pružene tokom akutnog bolničkog lečenja i usluge pružene u dnevnoj bolnici. Sistem DSG se ne odnosi na ambulantne usluge, usluge iz oblasti psihijatrije i mentalnog zdravlja, usluge iz oblasti fizikalne medicine i rehabilitacije i usluge medicine rada.²⁴

Pre uvođenja DSG-a, bolnice su plaćane retrospektivno, a nakon podnošenja računa. Sjedinjene Američke Države su 1983. godine uvele sistem prospektivnog plaćanja²⁵, čija je baza bio sistem DSG. Primena ovog sistema, u većini zemalja u kojima je uveden, donela je bolju i pravedniju raspodelu ograničenih sredstava i uticala je na povećanje efikasnosti lečenja.²⁶ DSG okvir omogućava bolnicama da prate korišćenje resursa i kvalitet usluga, povezujući demografske karakteristike i dijagnoze pacijenata sa troškovima, koji su u direktnoj vezi sa lečenjem svakog pacijenta ponaosob.²⁷ DSG daje mogućnost identifikovanja trendova u lečenju, utvrđivanje aktivnosti za unapređenje kvaliteta lečenja, mogućnost merenja i kvantifikacije plaćanja zdravstvenih usluga i analiziranja podataka u svrhu istraživanja.²⁸

Primena kombinovanog modela finansiranja može imati i neke nedostatke. Postoji mogućnost neadekvatnog lečenja pacijenata u slučajevima kada lekari, vodeći računa o troškovima svoje zdravstvene ustanove, ne

23 Bushnell, B. D., *The Evolution of DRGs* (<http://www.aaos.org/news/aaosnow/dec13/advocacy2.asp>, 05.04.2015).

24 *Vodič kroz sistem dijagnostički srodnih grupa* (<http://www.rfzo.rs/download/dsg/Vodic%2025-10-2013.pdf>, 14.02.2014).

25 Pod „sistemom prospektivnog plaćanja“ podrazumevaju se unapred definisani troškovi po epizodi lečenja (period od prijema u bolnicu do otpusta iz bolnice).

26 *Kompletan Priručnik pravila šifriranja*, (http://www.rfzo.rs/download/dsg/kompletan_prirucnik_pravila_sifriranja.pdf, 12.02.2017).

27 Bushnell, B. D., *The Evolution of DRGs* (<http://www.aaos.org/news/aaosnow/dec13/advocacy2.asp>, 05.04.2015).

28 *Clinical Casemix Handbook 2011–2012* (<http://www.health.wa.gov.au/activity/docs/cch.pdf>, 06.04.2015).

upute pacijente na laboratorijske analize, ultrazvučne preglede i dr. Takođe, postoji mogućnost da se akcenat stavi na pružanje individualnih usluga, a da se zanemari grupni rad sa pacijentima i savetovanja sa pacijentima. Sistem može na negativan način stimulisati lekare da biraju samo zdravije pacijente, kod kojih neće biti veliki utrošak lekova i medicinskog materijala. Može se desiti da dođe do skraćenja realno potrebnog vremena za pregled svakog pacijenta. To može dovesti u pitanje kvalitet pruženih usluga, kao što može doći do porasta broja specijalističkih pregleda na višim nivoima zdravstvene zaštite zbog nesigurnosti ili propusta izabranih lekara i dr.

Ukoliko nije utvrđena adekvatna cena za određene usluge, bolnice mogu da uđu u finansijski problem, jer jednom utvrđene cene teško se menjaju. Može se desiti da lekari često dijagnostikuju teže bolesti da bi pružali skuplje usluge i dobijali više novčanih sredstava na ime pruženih usluga. Jedan od nedostataka može biti i to što određene zdravstvene delatnosti i neke zdravstvene usluge nisu obuhvaćene ovim sistemom plaćanja.

4. ZAKONSKA I PODZAKONSKA AKTA KOJIMA JE REGULISANA PRIMENA KAPITACIJE I DSG-A U SRBIJI

Primena kapitacije i DSG-a u Srbiji regulisana je setom zakonskih i podzakonskih akata. Članom 181. Zakona o zdravstvenom osiguranju u Srbiji su predviđeni sledeći načini plaćanja zdravstvenih usluga: plaćanje po kapitaciji, plaćanje po cenama pojedinačnih zdravstvenih usluga, plaćanje po slučaju, odnosno po epizodi lečenja, otkupom plana rada zdravstvenih ustanova, plaćanje po dijagnostički srodnim grupama i na drugi način utvrđen ugovorom između Republičkog fonda i zdravstvene ustanove. Izmenama Zakona o platama u državnim organima i javnim službama²⁹ iz 2013. godine dati su novi elementi za utvrđivanje plata zaposlenih u zdravstvenim ustanovama u državnoj svojini, bez obzira na izvore finansiranja. Zaposlenima u zdravstvenim ustanovama uvodi se i poseban element plate – radni učinak. Deo plate po osnovu radnog učinka određuje se procentualnim uvećanjem osnovne plate. Radni učinak utvrđuje se po zaposlenom u zdravstvenoj ustanovi, odnosno po timu zaposlenih koji učestvuju u obavljanju određenih poslova, odnosno po organizacionoj jedinici ili delu zdravstvene ustanove, odnosno zdravstvene ustanove u celini.³⁰

29 Zakon o platama u državnim organima i javnim službama, *Sl. glasnik RS*, br. 10/13 i 55/13.

30 Član 4a Zakona o platama u državnim organima i javnim službama.

Sa primenom kapitacije u Srbiji otpočelo se septembra 2008. godine kroz projekat „Podrška primeni kapitacije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Srbiji“.³¹ Ukoliko bi se kapitacija u Srbiji primenjivala kao i do sada, ne bi se daleko odmaklo u reformama sistema zdravstvenog osiguranja. Plate izabranih lekara se razlikuju za mali procenat, jer procentualno uvećanje osnovne plate iznosi najviše 8,08%³² (deo koji se odnosi na kapitaciju).

Usvajanjem Pravilnika o nomenklaturi laboratorijskih zdravstvenih usluga na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite³³, Pravilnika o nomenklaturi zdravstvenih usluga na primarnom nivou zdravstvene zaštite³⁴, Pravilnika o nomenklaturi zdravstvenih usluga na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite³⁵ zdravstvenim ustanovama je data mogućnost za prikazivanje i fakturisanje pruženih usluga prema kapitaciji i DSG-u.

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije i Republički fond, u okviru projekta „Razvoj zdravstva Srbije – dodatno finansiranje“, otpočeli su primenu izveštavanja i finansiranja prema DSG-u.³⁶ Republički fond je u 2013. godini doneo i „Vodič kroz sistem DSG“. Vodič je namenjen lekarima i ostalim zdravstvenim radnicima u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, sa ciljem da se upoznaju sa DSG modelom, kao novim načinom izveštavanja, ugovaranja i finansiranja zdravstvenih usluga. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ sačinio je Uputstvo za popunjavanje izveštaja o hospitalizaciji³⁷. Pravilnik o izmenama i dopunama Pravilnika o vođenju medicinske dokumentacije, načinu upisivanja podataka i sastavljanju izveštaja³⁸ sadrži izmene obrazaca medicinske

31 Poter, B., *Kapitacija*, 2009, (<http://www.europa.rs/upload/documents/documents/Kapitacija%20Info%206.pdf>, 14.08.2014), str. 1.

32 Uredba o korektivnom koeficijentu, najvišem procentualnom uvećanju osnovne plate, kriterijumima i merilima za deo plate koji se ostvaruje po osnovu radnog učinka, kao i načinu obračuna plate zaposlenih u zdravstvenim ustanovama, *Sl. glasnik RS*, br. 110/11, 63/12, 101/12 i 46/13.

33 Pravilnik o nomenklaturi laboratorijskih zdravstvenih usluga na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, *Sl. glasnik RS*, br. 59/12 i 24/17.

34 Pravilnik o nomenklaturi zdravstvenih usluga na primarnom nivou zdravstvene zaštite, *Sl. glasnik RS*, br. 24/09.

35 Pravilnik o nomenklaturi zdravstvenih usluga na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, *Sl. glasnik RS*, br. 58/13.

36 Cilj projekta je izgradnja kapaciteta radi razvijanja održivog sistema zdravstvene zaštite usmerenog na rezultate, u kom se zdravstvene ustanove i zdravstveni radnici nagrađuju za kvalitet i efikasnost, a pacijentima se omogućava dostupna i efektivna zdravstvena zaštita, (<http://www.zdravlje.gov.rs/showelement.php?id=2569,13.02.2014>).

37 <http://www.batut.org.rs/download/uputstva/hospitalizacijaUputstvo.pdf>, 01.11.2017.

38 Pravilnik o izmenama i dopunama Pravilnika o vođenju medicinske dokumentacije, načinu upisivanja podataka i sastavljanju izveštaja, *Sl. glasnik RS*, br. 30/13.

dokumentacije, koje su obezbedile usklađivanje sa postepenim prelaskom na izveštavanje prema DSG-u.

5. PRAVA PACIJENATA

Zakonom o pravima pacijenata³⁹, koji je donet 2013. godine, uređuju se prava pacijenata prilikom korišćenja zdravstvene zaštite, način ostvarivanja i način zaštite tih prava, kao i druga pitanja u vezi sa pravima i dužnostima pacijenata. Pored navedenog zakona, prava pacijenata uređena su Pravilnikom o načinu i postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja⁴⁰.

U dosadašnjem sistemu zdravstvene zaštite, osigurana lica (pacijenti) često su imala pritužbe na nesavesno lečenje od strane izabranih lekara. Osigurana lica su se žalila da pojedini lekari ne žele da primaju nove pacijente, tako da oni za sada nemaju stvarnu mogućnost izbora lekara, iako je to zakonom definisano. Uz to, osigurana lica su se žalila i na gužve u čekaonicama kod lekara. Još jedan od problema u ostvarivanju prava u delu specijalističko-konsultativne delatnosti jeste taj što mnogi lekari specijalisti rade u nekoliko zdravstvenih ustanova, što javnih što privatnih, te su i konsultanti u pojedinim ustanovama iz Plana mreže. Zbog navedenog, vrlo često nisu na svojim „zvaničnim“ radnim mestima. Naravno, to je još jedan razlog zbog kojeg pacijenti ne mogu da ostvare svoja prava.

Postoji dvanaest indikatora u oblasti prava pacijenata, i to: prava pacijenata zasnovana na zakonu, uključenost pacijenata u donošenje odluka, osiguranje od profesionalne odgovornosti lekara, pravo na drugo mišljenje, pravo pristupu sopstvenoj medicinskoj dokumentaciji, registar legitimnih lekara, internet ili dostupnost informacija putem telefona dvadeset četiri časa svakog dana u nedelji, prekogranična medicinska nega finansirana iz zemlje prebivališta, katalog davalaca zdravstvenih usluga sa ocenama kvaliteta, korišćenje elektronske datoteke, mogućnost on lajn (*on line*) zakazivanja pregleda i elektronski recepti. Srbija je, shodno navedenim indikatorima, veoma loše ocenjena. Ukupan broj poena u ovoj oblasti za Srbiju je 102, od ukupno 175 bodova.⁴¹

39 Zakon o pravima pacijenata, *Sl. glasnik RS*, br. 45/13.

40 Pravilnik o načinu i postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, *Sl. glasnik RS*, br. 10/10, 18/10 – ispr., 46/10, 52/10 – ispr., 80/10, 60/11 – odluka US i 1/13.

41 *Sistemi zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja*, 2014, Institut za uporedno pravo, Sindikat lekara i farmaceuta Srbije, Gradska organizacija Beograda, Beograd, str. 192.

Ukoliko bi se primenili kombinovani sistem finansiranja u Srbiji, vođići dobre kliničke prakse i klinički putevi, veći broj osiguranih lica bi se zbrinjavao u domovima zdravlja, preventiva bi bila bolja, lekari u bolnicama bi bili dostupniji i produktivniji, bio bi viši kvalitet zdravstvene zaštite, smanjile bi se liste čekanja i vreme čekanja na specijalističke i dijagnostičke usluge, više bi se uvažavale zdravstvene potrebe pacijenata i dr.⁴² U novom sistemu plaćanja cilj je da se akcenat stavi na građane i njihove potrebe.

6. ZAKLJUČAK

Kombinovani sistem finansiranja obezbeđuje povećanje fizičke i efektivne dostupnosti zdravstvene zaštite za sve građane Srbije, unapređuje kvalitet zdravstvene zaštite i povećava efektivnost i efikasnost u pružanju zdravstvenih usluga. Finansijski je održiv, budžetski neutralniji, obezbeđuje stabilnost u pružanju zdravstvene zaštite, stimuliše zdravstvene faktore i obezbeđuje viši nivo zadovoljenja prava pacijenata. Sistem zdravstvene zaštite koji se finansira putem kapitanije i DSG-a odgovara Srbiji jer obezbeđuje kvalitetnije zdravstvene usluge, adekvatniju raspodelu sredstava prema potrebama stanovništva i veću posvećenost lekara pacijentima, što rezultira boljim zdravstvenim stanjem pacijenata i višim nivoom zadovoljenja njihovih prava. Reformisan sistem zdravstvene zaštite olakšava pacijentima blagovremen pristup izabranim lekarima i doprinosi smanjenju nepotrebnog usmeravanja pacijenata od lekara do lekara, bez ikakvog rešavanja njihovih problema.

Pošto je javna potrošnja u Srbiji visoka, težnja je da se raspoloživa sredstva pravilno alociraju i da se osiguranim licima pruži potrebna zdravstvena zaštita. Raspoređivanje novčanih sredstava u skladu sa potrebama pacijenata i u skladu sa optimalnom iskorišćenošću kapaciteta, a u okviru raspoloživih finansijskih sredstava, stavlja pacijenta u centar zdravstvene zaštite. U zavisnosti od vrste i broja pruženih usluga i kvaliteta tih usluga zdravstvene ustanove dobijaju novac. Na ovaj način obezbeđena je kvalitetna, dostupna, blagovremena, stabilna i racionalna zdravstvena zaštita, bez nepotrebnog rasipanja finansijskih sredstava. Kao što je poznato, javna potrošnja smanjuje učešće investicija u bruto domaćem proizvodu, te će se kroz nov način finansiranja zdravstvene zaštite smanjiti javna potrošnja, a povećati učešće investicija, što će imati značajne efekte na makroekonomsku stabilnost države. Na osnovu navedenog, kombinovani model više

42 Vodič kroz sistem dijagnostički srodnih grupa, <http://www.rfzo.rs/download/dsg/Vodic%2025-10-2013.pdf>, 14.02.2014.

odgovara Srbiji jer su efekti uvođenja novog načina finansiranja za pacijente i državu višestruki. Samo kontinuirani i održiv sistem finansiranja predstavlja garanciju za nesmetano funkcionisanje zdravstvene zaštite.

LITERATURA

1. Atanacković, I., 2015, *Istraživanje iskustva sa kapitationom formulom u Republici Srbiji*, master rad, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu.
2. Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., Wiley, M., 2011, *Diagnosis-Related Groups in Europe – Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Open University Press, Berkshire.
3. Cucić, V., Simić, S., Bjegović, V., Živković, M., Doknić-Stefanović, D., 2000, *Socijalna medicina*, Savremena administracija, Beograd.
4. Jakovljević, Đ., Grujić, V., Mićović, P., Đokić, D., 1997, *Reforma u oblasti zdravstvene zaštite*, Zavod za zdravstvenu zaštitu Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“.
5. Knežević, R., 2009, Plaćanje primarne zdravstvene zaštite metodom kapitacije, *Zdravstvena zaštita*, 3, Komora zdravstvenih ustanova Srbije, Beograd.
6. Kosanović, R., 2011, *Socijalno pravo*, NIP „Radnička štampa“, Beograd.
7. *Sistemi zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja*, 2014, Institut za uporedno pravo, Sindikat lekara i farmaceuta Srbije, Gradska organizacija Beograda, Beograd.

PROPISI

1. Pravilnik o imenama i dopunama Pravilnika o vođenju medicinske dokumentacije, načinu upisivanja podataka i sastavljanju izveštaja, *Sl. glasnik RS*, br. 30/13.
2. Pravilnik o načinu i postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, *Sl. glasnik RS*, br. 10/10, 18/10 – ispr., 46/10, 52/10 – ispr., 80/10, 60/11 – odluka US i 1/13.
3. Pravilnik o nomenklaturi laboratorijskih zdravstvenih usluga na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, *Sl. glasnik RS*, br. 59/12 i 24/17.
4. Pravilnik o nomenklaturi zdravstvenih usluga na primarnom nivou zdravstvene zaštite, *Službeni glasnik RS*, br. 24/09.
5. Pravilnik o nomenklaturi zdravstvenih usluga na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, *Sl. glasnik RS*, br. 58/13.
6. Uredba o Planu mreže zdravstvenih ustanova, *Sl. glasnik RS*, br. 42/06, 119/07, 84/08, 71/09, 85/09, 24/10, 6/12, 37/12, 8/14 i 92/15.
7. Uredba o korektivnom koeficijentu, najvišem procentualnom uvećanju osnovne plate, kriterijumima i merilima za deo plate koji se ostvaruje po osnovu radnog učinka, kao i načinu obračuna plate zaposlenih u zdravstvenim ustanovama, *Sl. glasnik RS*, br. 100/11, 63/12, 101/12 i 46/13.

8. Zakon o platama u državnim organima i javnim službama, *Sl. glasnik RS*, br. 34/01, 62/06 – dr. zakon, 63/06 – ispr. dr. zakona, 116/08 – dr. zakoni, 92/11 i 99/11 – dr. zakon, 10/13, 55/13, 99/14 i i 21/16 – dr. zakon.
9. Zakon o zdravstvenom osiguranju, *Sl. glasnik RS*, br. 107/05, 109/05 – ispr., 57/11, 110/12 – odluka US, 119/12, 99/14, 123/14, 126/14 – odluka US i 106/15 i 10/16 – dr. zakon.
10. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Sl. glasnik RS*, br. 107/05, 72/09 – dr. zakon, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 – dr. zakon, 93/14, 96/15 i 106/15.

INTERNET IZVORI

1. https://www.acponline.org/residents_fellows/career_counseling/understandcapit.htm.
2. <http://www.batut.org.rs/download/uputstva/hospitalizacijaUputstvo.pdf>.
3. http://www.batut.org.rs/index.php?category_id=50.
4. Bushnell, B., D. The Evolution of DRGs (<http://www.aaos.org/news/aaosnow/dec13/advocacy2.asp>, 05.04.2015).
5. Cleveland, W., *Capitation*, 2012, Practice Management Center, American Medical Association, (<https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/public/psa/payment-options.pdf>, 17.10.2017).
6. *Clinical Casemix Handbook, 2011–2012*, (<http://www.health.wa.gov.au/activity/docs/cch.pdf>, 06.04.2015).
7. Council of Europe, 2006, *Rečnik socijalne sigurnosti* (<http://www.coe.int/t/dg3/sscssr/Source/GlossSERBcyrillic.pdf>, 17.10.2017).
8. Ernst & Young, 2016, *Mogući pravci povećanja efikasnosti zdravstvenog sistema u Republici Srbiji*, (https://www.amcham.rs/upload/HC%20Studija_SPRSKI_FINALNA%20VERZIJA.pdf, 15.06.2017).
9. *Evropska povelja o pravima pacijenata* (<http://www.parlament.gov.rs/upload/.../files/.../Prava%20pacijenata%20lat.doc.>, 24.12.2015).
10. *Kompletan Priručnik pravila šifriranja* (http://www.rfzo.rs/download/dsg/kompletan_prirucnik_pravila_sifriranja.pdf, 12.02.2017).
11. Poter, B., *Kapitacija*, 2009, (<http://www.europa.rs/upload/documents/documents/Kapitacija%20Info%206.pdf>, 14.08.2014).
12. *Uputstvo za korišćenje K tabela za izabrane lekare*, (http://www.rfzo.rs/download/kapitacija/uputstva/Uputstvo_za_korisjenje_Ktabele-5.6-24092014.pdf, 19.10.2017).
13. *Vodič kroz sistem dijagnostički srodnih grupa*, (<http://www.rfzo.rs/download/dsg/Vodic%2025-10-2013.pdf>, 14.02.2014).
14. <http://www.zdravlje.gov.rs/showelement.php?id=2569>.
15. Šljivančanin, B., 2012, *Kapitacija – Zakonska regulativa i mogućnost primene, Budžet*, Beograd, (<http://www.sindikatzdravstva.org.rs/files/kapitacija.pdf>, 05.05.2015).

EXERCISING MANDATORY HEALTH INSURANCE
RIGHTS IN A COMBINED FINANCING SYSTEM
IN REPUBLIC OF SERBIA

Miroslava M. Krstić

SUMMARY

The right to health insurance represents one of basic human rights. The system of health care cannot meet all the wants and needs of the patients, because the needs and wants of the patients have a continuous growth and the means of financing are becoming smaller.

The purpose of the work is to show a combined system of financing (capitation and diagnostic groups) is financially sustainable, ensures an increase of physical and effective availability of health care, leading to an advance of quality of health care as an increase of effectiveness and efficiency in providing health services.

Methods that have been used are: comparative law method, deductive method based on the method of abstraction, the statistical method, an inductive method, comparison method and methods of exemplary analysis of problems of public financing.

It is impossible to define adequate health standards and the most functional model of financing health care with the purpose of a wholesome and total achievement of rights coming from mandatory health insurance.

Key words: rights from mandatory health insurance, system of health care, providers of health services, quality of health care, combined system of financing.

Dostavljeno Uredništvu: 14. avgusta 2017. god.

Prihvaćeno za objavljivanje: 1. decembra 2017. god.