

УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА
НАСТАВНО-НАУЧНОМ ВЕЋУ

1. Одлука Већа за медицинске науке Универзитета у Крагујевцу

Одлуком Већа за медицинске науке Универзитета у Крагујевцу, број IV-03-1044/42, од 02.11. 2016. године, именовани су чланови комисије за оцену научне заснованости теме докторске дисертације кандидата **др Наташе Михаиловић**, под називом:

„Утицај образаца потрошње здравствених услуга на самопроцену здравља и задовољство грађана здравственом заштитом у Републици Србији“

На основу одлуке Већа за медицинске науке, формирана је Комисија у саставу:

1. **Проф. др Нела Ђоновић**, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Хигијена са медицинском екологијом, председник
2. **Проф. др Сања Коцић**, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Социјална медицина, члан
3. **Проф. др Биљана Миличић**, ванредни професор Стоматолошког факултета Универзитета у Београду за ужу научну област Медицинска статистика и информатика, члан

На основу увида у приложену документацију, Комисија подноси Наставно-научном већу следећи:

2. Извештај комисије о оцени научне заснованости теме докторске дисертације

Кандидат **др Наташа Михаиловић**, испуњава све формалне услове предвиђене Законом о високом образовању, Статутом Универзитета у Крагујевцу и Статутом Факултета медицинских наука у Крагујевцу за пријаву теме докторске дисертације.

2.1. Кратка биографија кандидата

Др Наташа Михаиловић рођена је 25. фебруара 1977. године у Крагујевцу. Основну и средњу Медицинску школу "Сестре Нинковић" завршила је у Крагујевцу са одличним успехом. Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу уписала је 1996. године, а дипломирала је маја месеца 2004. године са просечном оценом 9,46. Академске докторске студије на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, изборно подручје

Превентивна медицина, уписала је школске 2011/2012 године. Усмени докторски испит положила је 2013. године са оценом 10 (десет).

Специјализацију из Медицинске статистике и информатике уписала је 2010/11. године на Медицинском факултету Универзитета у Београду, а звање специјалисте стекла је 2014. године.

У периоду од 2005. године до 2010. године радила је у фармацеутској компанији Хемофарм А.Д. Од фебруара 2010. године запослена је у Институту за јавно здравље Крагујевац, у Центру за биостатистику, информатику и послове континуиране медицинске едукације.

2.2. Наслов, предмет и хипотеза докторске дисертације

Наслов: „ Утицај образаца потрошње здравствених услуга на самопроцену здравља и задовољство грађана здравственом заштитом у Републици Србији”

Предмет: Истраживање ће се бавити испитивањем утицаја образаца потрошње здравствених услуга на самопроцену здравља и задовољство грађана здравственом заштитом са посебним освртом на потребе и обим пружених здравствених услуга, као и дефинисање проблема у реализацији истих у државном и приватном сектору у Републици Србији у периоду 2006-2013. година.

Хипотезе:

1. У периоду 2006-2013. године дошло је до погоршања здравственог стања испитаника по сопственој процени;
2. Корисници су мање задовољни здравственом службом у 2013-тој у односу на 2006-ту годину;
3. Корисници су задовољнији здравственим услугама пруженим у приватном сектору
4. Корисници који нису остварили неки облик здравствене заштите услед дуге листе чекања, удаљености здравствене установе, или из финансијских разлога су мање задовољни здравственом заштитом, а своје здравствено стање дефинишу као лошије у односу на оне који се нису сусретали са датим проблемима;
5. Испитаници који прате теме везане за здравље путем средстава јавног информисања су мање задовољни здравственом заштитом у односу на оне које исте не прате;

2.3. Испуњеност услова за пријаву теме докторске дисертације

Кандидату је објављен рад *in extenso* у часопису категорије М52 који се објављује на једном од водећих светских језика, у коме је кандидат први аутор:

Natasa Mihailovic, Sanja Kocic, Mihajlo Jakovljevic. Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care. Health Services Research and Managerial Epidemiology 2016; 3: 1-8 DOI: 10.1177/2333392816647892. **M52**

2.4. Преглед стања у подручју истраживања

Креирање опште прихваћеног и одрживог здравственог система представља један је од највећих изазова са којим се сусрећу све, а нарочито земље у транзицији у XXI веку.

У Источној Европи и на Балкану процес транзиције започиње 70 и 80-тих година прошлог века. Све слабости дотадашњих здравствених система, као што су: недостатак средстава, доминантна улога државе, неповољни уговора између Фонда за здравствено осигурање и здравствених установа, немогућност пацијента да бира где ће се и како лечити постају уочљивије. Услед свега наведеног креатори здравствене политике земаља у транзицији бивају приморани на започињање реформи здравствених система.

Реформе су подразумевале решавање структурних и функционалних питања, питања људских ресурса, финансирања, организовања и доступност здравствене заштите.

Анализа реформи здравствених система који су у транзицији и процена квалитета пружене здравствене заштите врши се помоћу индикатора за субјективну и објективну процену. Два најчешћа индикатора за субјективну процену су: задовољство корисника здравственом заштитом и самопроцена здравља.

Задовољство корисника здравственом заштитом огледа се у свеопштем, оптималном квалитету пружене здравствене услуге који одговара потребама пацијента у датом тренутку. Испитивање задовољства пацијената на националном нивоу омогућавају праћење трендова, дефинисање проблема у конкретним здравственим установама и здравственом систему уопште, анализу предиктора за одређене популационе групе корисника у односу на пол, старост, врсту пружене услуге и тип здравствене установе.

Досадашња истраживања показују да су најчешће детерминанте задовољства грађана системом здравствене заштите: старост пацијента, здравствено стање, приходи и врста пружене услуге (државни/приватни сектор). Мане ових истраживања су одсуство јасних и чврстих показатеља и конзистентног мерног инструмента, па се истраживачи фокусирају на поједине аспекте везане за лично искуство корисника, као што су: листе чекања, квалитет садржаја пружених услуга и комуникација са здравственим радницима.

Самопроцена здравља, као мера социоекономске неједнакости, подразумева не само оцену тренутног здравственог стања, већ индивидуалну евалуацију различитих димензија здравља – физичку, емотивну и социјалну. Анализа самопроцене здравља показује да су најјачи предиктори: старост, пол, брачни статус, радни статус, образовање и индекса благостања.

Сагледавање онога шта очекује пацијент уз транспарентност здравственог система представљају пут ка побољшању квалитета система здравствене заштите и задовољства корисника.

2.5. Значај и циљ истраживања

Значај истраживања

Ово истраживање ће омогућити сагледавање како обима, тако и потреба за здравственим услугама, дефинисање проблема у реализацији истих у државном и приватном сектору, сагледавање степена финансијских потешкоћа у остваривању здравствене заштите, тренд спровођења скрининг прегледа и утицај свега наведеног на самопроцену здравља и задовољство корисника здравственом заштитом у Републици Србији у периоду 2006-2013. година.

Циљ истраживања

Основни циљ истраживања је да покаже да самопроцена здравља и задовољство корисника здравственом заштитом зависе од доступности и приступачности здравствене заштите која је условљена животним стандардом и балансом потрошње здравствених услуга у државном и приватном сектору.

У складу са основним циљем постављени су следећи задаци у истраживању:

1. Испитати и упоредити разлику у самопроцени здравља и задовољству корисника здравственом заштитом у односу на демографске карактеристике, социо-економски статус, брачно стање, географску област и тип насеља у 2006. и 2013. години;
2. Упоредити задовољство корисника здравственим услугама у државном и приватном сектору;
3. Испитати утицај недоступности неког облика здравствене заштите (дуге листе чекања, удаљености здравствене установе, финансијски разлози) на задовољство корисника здравствене заштите и самопроцену здравља;

2.6. Веза истраживања са досадашњим истраживањима

Земље Источне Европе имале су сасвим другачији систем вођења и финансирања здравствене заштите у поређењу са земљама Западне Европе и Скандинавије. Докази из литературе показују да је готово у целом региону Источне Европе постојало одсуство свести о медицинским трошковима, како код пацијената, тако и код особља. Непотребне дијагностичке процедуре и прекомерно прописивање скувих лекова главни су узрок неконтролисане потрошње у здравству. Све ово приморало је креаторе здравствене политике на започињање реформи здравствених система. Реформе су имале две основна циља: примарни који подразумева обезбеђивање квалитетне, приступачне и правичне

здравствене заштите и секундарни који подразумева ограничење трошкова потрошње уз повећање свести лекара о делотворности и економској исплативости појединих мера.

На крају, након две и по деценије транзиционих процеса, здравствени сектори земаља Источне Европе реобликовани су у различите моделе здравствене заштите који су тржишно оријентисани.

Задовољство корисника здравственом заштитом и самопроцена здравља као индикатори за субјективну процену анализа реформи здравствених система показују да у свим земљама са почетком транзиције самопроцена здравља пада, а незадовољство здравственим заштитом расте. Старије особе, незапослени и мање образоване жене чешће сопствено здравље процењују као лоше, а млађе особе, са већим степеном образовања из урбаних насеља су незадовољнији пруженом здравственом услугом нарочито у државном сектору.

Докази о утицају образаца потрошње медицинских услуга на самопроцену здравља и задовољство корисника здравственом заштитом у јеку транзиције друштвеног уређења и реформи здравственог система су веома скромни на Балкану, иако је познато да сагледавање онога шта очекује пацијент уз транспарентност здравственог система представљају пут ка побољшању квалитета система здравствене заштите и задовољства корисника.

2.7. Методе истраживања

2.7.1 Врста студије

Студија пресека

2.7.2. Популација која се истражује

Истраживану популацију чиниће одрасло становништво Републике Србије старости 19 и више година. Као основа за анализу користиће се подаци из два Национална испитивања здравственог стања становништва Републике Србије, спроведених септембра-октобра 2006. године и октобра-децембра 2013. године. Из истраживања су искључене особе које живе на територији Косова и Метохије, као и особе са адресама пребивалишта у Специјализованим установама (домови за старе, затвори, психијатријске установе).

2.7.3. Узорковање

У истраживању ће се користити национални репрезентативни узорак, по типу стратификовани двоетапни узорак, без понављања.

Узорачки оквир за истраживање из 2006. и 2013. године чине сва домаћинства пописана у свим пописним круговима у попису становништва 2002. и 2011. године.

За добијање случајног узорка коришћене су две технике: стратификација и вишеетапно узорковање. Стратификација је урађена тако да је свака од 6 географских области у 2006. години (Војводина, Београд, Западна Србија, Централна Србија, Источна Србија и Југоисточна Србија), односно 4 у 2013. години (Војводина, Београд, Шумадија и Западна Србија, Јужна и Источна Србија) представљала један, главни стратум у узорку. Затим је сваки стратум био подељен на градска и остала подручја. Укупан број стратума био је 12 у 2006. години, односно 8 у 2013. години. На основу овако формираног узорка могућа је статистички поуздана процена показатеља квалитета који указују на здравље популације како на националном нивоу, тако и на нивоу наведених географских области, односно на нивоу градских и осталих подручја.

Двостапно узорковање подразумева месне заједнице, као јединице прве етапе, одабране на основу вероватноће пропорционалне њиховој величини, односно домаћинства, као јединице друге етапе одабрана на основу линеарног метода узорковања случајним почетком и једнаким кораком избора. На овај начин домаћинства су одабрана са једнаком вероватноћом избора, без понављања.

Након исцрпног пречишћавања база података ради упоредивости података, биране информатичке јединице су уједињене у јединствену базу по заједничком кључу и принципу организовања.

2.7.4. Варијабле које се мере у студији

Зависне варијабле

1. Задовољство корисника здравственом службом
2. Самопроцена здравља

Независне варијабле

1. Основне карактеристике испитаника (пол, старост, образовање, брачно стање, радни статус, регион, тип насеља, материјално стање)
2. Коришћење ванболничке здравствене заштите (постојање изабраног лекара: опште медицине/педијатрије, гинекологије и стоматологије у државној и приватној установи и посете истима, коришћење и врста услуга приватне праксе)
3. Коришћење болничке здравствене заштите (укупан број болничких дана, дневна болница)
4. Превентивни прегледи (скрининг тестови (Папаниколау тест, мамографија, колпоскопија) и начин одласка на исте)
5. Неостварена потреба за здравственом заштитом (листе чекања, удаљености здравствене установе, финансијски разлози)

Све варијабле су категоријалног типа, а зависне варијабле мерене су Ликертовом скалом мерења.

2.7.5. Снага студије и величина узорка

Величина узорка и снага студије одређена је на основу препорука Европске комисије ([European Commission. European Health Interview Survey \(EHIS wave 2\) — Methodological manual. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013](#)) и резултата Пројекта „Health surveys in the EU: HIS and HIS/HES evaluations and models“ ([Hupkens C, Swinkels H. Health interview surveys in the european union: overview of methods and contents. European Commission, 1998](#)). Ради се о комплексној техници, која представља сублимацију више узорачких техника које укључују различите елементе, као што су: јасно дефинисање параметара који се прате, укупан број становника, тип података, ниво прецизности и циљ истраживања.

Узорак је изабран тако да пружи статистички поуздане оцене за ниво целе Србије, затим за ниво појединачних региона (Београд, Војводина, Шумадија и Западна Србија, Јужна и Источна Србија), као и за ниво појединачног типа насеља (урбано, рурално).

Полазећи од захтева за прецизношћу и поузданошћу добијених оцена, а у складу са препорукама израчуната величина узорка износила је 29.145 испитаника старости 15, односно 20 и више година и то њих 14.522 у 2006. и 14.623 у 2013. години.

2.7.6. Статистичка анализа

Подаци ће бити описани дескриптивним статистичким методама и анализирани уни и мултиваријантним техникама. Од дескриптивних статистичких метода користиће се пропорција испитаника са одређеним исходом. Тестирање значајности разлике учесталости вршиће се помоћу χ^2 теста, у виду таблица контингенције. Повезаност зависних варијабли са независним предикторима испитиваће се биваријантном и мултиваријантном логистичком регресијом. Ризик ће се оцењивао помоћу величине OR (odds ratio), са 95% интервалом поверења.

Резултати ће бити приказани у виду табела и графикана. У приказу резултата ће бити наведене вероватноће (p), а значајним се сматрају вредности $p \leq 0,05$. Подаци ће бити обрађени у SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 19.0 програму

2.8. Очекивани резултати докторске дисертације

Ово истраживање ће омогућити сагледавање како обима, тако и потреба за здравственим услугама, дефинисање проблема у реализацији истих у државном и приватном сектору, сагледавање степена финансијских потешкоћа у остваривању здравствене заштите, тренд спровођења скрининг прегледа и утицај свега наведеног на самопроцену здравља и задовољство корисника здравственом заштитом у Републици Србији у периоду 2006-2013. година.

Налази из 2006. године биће посматрани као полазна тачка (baseline). Очекујемо да ће у периоду 2006.-2013. година самопроцена здравља бити лошија, уз пораст

незадовољство корисника здравственом заштитом. Незадовољство здравственом заштитом ће бити изражејније код старије популације. Када су у питању обрасци потрошње здравствених услуга очекујемо да ће доминирати здравствене услуге пружене у државном сектору, а да ће корисници бити задовољнији здравственим услугама које су добили приватном сектору. Присутна је неједнака дистрибуцији образаца потрошње здравствених услуга у односу на старост испитаника. Млађи испитаници, затим становници из градских подручја и они који су са већим степеном образовања чешће користити услуге приватне праксе. Изостанак потребног облика здравствене заштите најчешће настаје услед дугих листа чекања и из финансијских разлога. Очекивања су да је у периоду 2006-2013. година порастао степен испитаника који прате теме везане за здравље путем средстава јавног информисања, као и да су исти мање задовољни здравственом заштитом у односу на оне које те теме не прате.

2.8. Оквирни садржај дисертације

Анализа реформи здравствених система и процена квалитета пружене здравствене заштите врши се помоћу индикатора за субјективну и објективну процену. Два најчешћа индикатора за субјективну процену су: задовољство корисника здравственом заштитом и самопроцена здравља.

Задовољство корисника здравственом заштитом огледа се у свеопштем, оптималном квалитету пружене здравствене услуге који одговара потребама пацијента у датом тренутку. Испитивање задовољства пацијената на националном нивоу омогућавају праћење трендова, дефинисање проблема у здравственим установама и здравственом систему, анализу предиктора за одређене популационе групе корисника у односу на пол, старост, врсту пружене услуге и тип здравствене установе. Најчешће детерминанте задовољства грађана системом здравствене заштите су: старост пацијента, здравствено стање, приходи, врста пружене услуге, а у анализи истраживачи се најчешће фокусирају на: листе чекања, квалитет садржаја пружених услуга и комуникацију са здравственим радницима.

Самопроцена здравља подразумева не само оцену тренутног здравственог стања, већ индивидуалну евалуацију различитих димензија здравља – физичку, емотивну и социјалну. Најјачи предиктори у самопроцени здравља су: старост, пол, брачни статус, радни статус, образовање и индекса благостања.

Студија ће се бавити испитивањем утицаја образаца потрошње медицинских услуга на самопроцену здравља и задовољство корисника здравственом заштитом у јеку транзиције друштвеног уређења и реформи здравственог система. На основу њих могуће дефинисање водећих проблема у здравству, сагледавање како обима, тако и потреба за здравственим услугама, дефинисање проблема у реализацији истих у државном и приватном сектору, сагледавање степена финансијских потешкоћа у остваривању здравствене заштите, тренд спровођења скринин прегледа и утицај свега наведеног на

самопроцену здравља и задовољство корисника здравственом заштитом у Републици Србији у периоду 2006-2013. година.

3. Предлог ментора

Комисија за ментора ове докторске дисертације предлаже **проф. др Михајла Јаковљевића**, ванредног професора Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Фармакологија и токсикологија. Проф. др Михајло Јаковљевић испуњава услове за ментора докторских дисертација, у складу са стандардом 9. за акредитацију студијских програма докторских академских студија на високошколским установама.

3.1. Компетентност ментора

Проф. др Михајло Јаковљевић поседује стручне и научне компетенције које су комплементарне са предметом истраживања и планираном методологијом.

Радови предложеног ментора који су у вези са темом докторске дисертације:

1. Jakovljevic M. Resource allocation strategies in Southeastern European health policy. *The European Journal of Health Economics*. 2013;14(2):153-9.
DOI: 10.1007/s10198-012-0439-y.
2. Jakovljevic MB, Djordjevic V, Markovic V, Milovanovic O, Rancic NK, Cupara SM. Cross-sectional survey on complementary and alternative medicine awareness among health care professionals and students using CHBQ questionnaire in a Balkan country. *Chin J Integr Med*. 2013; 19(9): 650-5.
DOI: 10.1007/s11655-013-1434-6.
3. Jakovljevic M, Vukovic M, Chen CC, Antunovic M, Dragojevic-Simic V, Velickovic-Radovanovic R et all. Do Health Reforms Impact Cost Consciousness of Health Care Professionals? Results from a Nation-Wide Survey in the Balkans. *Balkan Med J*. 2016; 33(1): 8-17.
DOI: 10.5152/balkanmedj.2015.15869.
4. Sándor J, Kósa K, Papp M, Fürjes G, Kőrösi L, Jakovljevic M, Ádány R. Capitation-Based Financing Hampers the Provision of Preventive Services in Primary Health Care. *Front Public Health*. 2016; 13(4): 200.
DOI: 10.3389/fpubh.2016.00200.
5. Jakovljevic M, Getzen TE. Growth of Global Health Spending Share in Low and Middle Income Countries. *Front Pharmacol*. 2016;12(7): 21.
DOI: 10.3389/fphar.2016.00021.

6. Petrusic T, Jakovljevic M. Budget Impact of Publicly Reimbursed Prescription Medicines in the Republic of Srpska. *Front Public Health*. 2015; 10(3): 213.
DOI: 10.3389/fpubh.2015.00213.
7. Jakovljevic M. A comment on the article: Stošić S, Karanović N. Health care economics in Serbia: current problems and changes. *Vojnosanit Pregl* 2014; 71(11): 1055-1061. The aging of Europe. The unexplored potential. *Farmeconomia. Health economics and therapeutic pathways* 2015; 16(4): 89-92. *Vojnosanit Pregl*. 2015; 72(2): 203-5.
8. Jakovljevic M. Comparison of historical medical spending patterns among the BRICS and G7. *J Med Econ*. 2016;19(1):70-6.
DOI: 10.3111/13696998.2015
9. Ranković A, Rancić N, Jovanovic M, Ivanović M, Gajović O, Lazić Z, Jakovljević M. Impact of imaging diagnostics on the budget--are we spending too much? *Vojnosanit Pregl*. 2013; 70(7): 709-11.

4. Научна област дисертације

Научна област: Медицина. Ужа научна област: Превентивна медицина.

5. Научна област чланова комисије

1. Проф. др Нела Ђонових, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Хигијена са медицинском екологијом, председник
2. Проф. др Сања Коцић, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Социјална медицина, члан
3. Прф. др Биљана Миличић, ванредни професор Стоматолошког факултета у Београду за ужу научну област, за ужу научну област Медицинска статистика и информатика, члан

Закључак и предлог Комисије

На основу увида у резултате досадашње научно-истраживачке активности и публиковане радове др Наташе Михаиловић, комисија закључује да кандидат испуњава све услове да приступи изради докторске дисертације.

Предложена тема је научно оправдана и оригинална, дизајн истраживања прецизно постављен и дефинисан, а научна методологија јасна и прецизна. Ради се о оригиналном научном делу које има за циљ да испита утицај образаца потрошње здравствених услуга, са посебним освртом на потребе и обим пружених здравствених услуга, као и дефинисање

проблема у реализацији истих у државном и приватном сектору на самопроцену здравља и задовољство грађана здравственом заштитом у Републици Србији.

Комисија предлаже Наставно-научном већу Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу да прихвати пријаву теме докторске дисертације кандидата др Наташе Михаиловић, под називом „Утицај образаца потрошње здравствених услуга на самопроцену здравља и задовољство грађана здравственом заштитом у Републици Србији“ и одобри њену израду.

ЧЛАНОВИ КОМИСИЈЕ

1. Проф. др Нела Ђонович, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Хигијена са медицинском екологијом, председник
-

2. Проф. др Сања Коцић, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Социјална медицина, члан
-

3. Проф. др Биљана Миличић, ванредни професор Стоматолошког факултета у Београду за ужу научну област, за ужу научну област Медицинска статистика и информатика, члан
-

У Крагујевцу, 5.11.2016. године